



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

VERA LÚCIA BORGES DE ARAÚJO

PESSOAS DE 50 ANOS E MAIS VIVENDO COM HIV/AIDS NO CEARÁ, BRASIL

FORTALEZA – CEARÁ
2009

VERA LÚCIA BORGES DE ARAÚJO

PESSOAS DE 50 ANOS E MAIS VIVENDO COM HIV/AIDS NO CEARÁ, BRASIL

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título Mestre.

Orientadora: Prof.a Ph.D Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

Coorientadora: Prof.a Dr.a Terezinha do Menino Jesus Silva Leitão

FORTALEZA – CEARÁ
2009

| | |
|-------|---|
| A692a | Araújo, Vera Lúcia Borges de. |
| | Pessoas de 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids: no Ceará, Brasil / Vera Lúcia Borges de Araújo. - Fortaleza, 2009. |
| | 101 f.: |
| | Orientadora: Prof.a Pós-doutora Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr. |
| | Dissertação em Saúde Pública – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2009. |
| | 1. Aids (Doença). 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - Idoso. 3. Epidemiologia I. Kerr, Lígia Regina Franco Sansigolo (Orient.).II Título . CDD 616.792 |

VERA LÚCIA BORGES DE ARAÚJO

PESSOAS DE 50 ANOS E MAIS VIVENDO COM HIV/AIDS NO CEARÁ, BRASIL

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 02 / 06 / 09

BANCA EXAMINADORA

Prof.a. Ph.D Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.a Dr.a Terezinha do Menino Jesus Silva Leitão (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.a Dr.a Marli Teresinha Gimenez Galvão
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof.a Dr.a Elizabeth Mesquita Melo
Universidade de Fortaleza- UNIFOR

A Deus, pela direção e iluminação desde o Alto,
vitalizando e capacitando minhas faculdades
mentais. Graças Te dou, SENHOR,
por mais esta oportunidade de glorificar Teu
santo e precioso Nome.

Aos meus pais, João e Rosa, que, por me
amarem; não procuraram os próprios interesses,
mas, antes, tudo sofreram e suportaram para que
eu realizasse este sonho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Meu especial agradecimento a Ph.D Maria Lúcia Duarte Pereira, pelo apoio durante todo o processo seletivo, principalmente por acreditar na minha inserção na academia; a ela serei eternamente grata.

AGRADECIMENTOS

À Professora Ph.D Lígia Kerr, pelo domínio do conhecimento.

À coorientadora Prof.a Dr.a Terezinha do Menino Jesus, pela posição ética.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos, e encorajamento.

Aos amigos do Mestrado - Vilma, Geziel, Lindélia Ana Brilhante, Sidneuma, Ivoneide e Lúcia pelo companheirismo e troca de informações.

Aos amados Zenaide, Dominik e Carneiro, pela colaboração e eficiência.

À irmã Nelsa e ao pastor Nélio Guimarães , pela intercessão.

À família Barreto pelo suporte financeiro.

Aos Drs. Roberto da Justa e Lúcia Costa, pelo direcionamento.

Aos pacientes entrevistados, pela esperança depositada na ciência.

Ao diretor do Hospital, Dr.Anastácio Queiroz, pelo profissionalismo.

Às Dr. as Tereza Juaçaba e Alekssandra Feijó, pelo encorajamento.

Às, Dr.as Melissa, Albaniza e Sandra Sudário, pelo acolhimento.

Ao Sr. José Raimundo Almeida da Silva, cuja colaboração foi fundamental para a pesquisa.

Aos Srs.Filipe, Flávia e Vera, pelo grande envolvimento na pesquisa.

À Dr.a Dalila, do NUHEP e à Aurízia, pela ajuda na pesquisa.

À equipe, pelas horas compartilhadas na assistência ao paciente.

Aos bolsistas Lídia e Rafael, pela preparação do banco de dados.

Aos técnicos Adriano e Lincoln, pelo trabalho de informática.

A Liduína, Daniel e Ana Cristina, pela revisão e fechamento do trabalho.

A Núbia, do SAME agradeço pelo profissionalismo.

Ao Prof. Vianney Mesquita, pela revisão estilística e grammatical.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito desta dissertação,o mais sincero obrigado.

“Porque Deus amou o mundo de tal maneira que deu seu Filho unigênito, para que todo o que Nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna”.
João 3.16

RESUMO

O crescimento dos casos de Aids em pessoas de 50 anos a mais chama a atenção, principalmente na última década. Este estudo teve como objetivo descrever as características epidemiológicas de pessoas com 50 anos a mais vivendo com HIV/Aids no Estado do Ceará. Método Realizou-se um estudo transversal, em um hospital de referência terciária localizado em Fortaleza-CE, no período de setembro a novembro de 2008. Um questionário semiestruturado foi aplicado a 200 pacientes com HIV/Aids, de 50 a 83 anos de idade. Foram comparadas as diferentes proporções, separadamente para homens e mulheres com (IC 95%). Utilizou-se o teste do Qui-quadrado, de Pearson, ou Exato, de Fisher, quando apropriado. Resultados. Do total, 72,5% dos pacientes eram homens com média de idade de 63,5 anos; 53,5% tinham menos de oito anos de estudo; 69,0% residiam em Fortaleza; 51,0% pertenciam ao “Estrato econômico D/E”, revelando as precárias condições de vida materiais desta população. O sexo feminino predominou com as cores parda (74,5%) e preta (7,3%), níveis de instrução mais baixos e maiores proporções de viúvas (51,5). As mulheres foram menos sexualmente ativas (22,0%) e somente uma (0,8%) relatou mais de um parceiro nos últimos 12 meses. A atividade sexual diminuiu com a idade: 60,2% entre 50-59 anos e 42,8% entre aqueles com 70 anos e mais; 48,0% dos pacientes relataram média de seis relações sexuais ao mês. Homens usaram mais preservativo em relações casuais (96,5%), entre as mulheres o menor uso foi nas relações fixas (80,0%). O sexo vaginal predominou com 70,0%; o sexo oral e anal foi pouco frequente entre as mulheres e 33,0% dos pacientes referiu sexo comercial em algum momento na vida. No conjunto da população masculina, 41,0% referiram contato sexual com outro homem; 52,5% descobriram o diagnóstico entre 30 e 49 anos; 31,0% mostraram a média de 17 anos de diagnóstico; 59,0% nunca fizeram o teste anti-HIV antes da infecção; 76,0% referiram aquisição da doença por via sexual, homens com parceiro desconhecido (44,1%) e mulheres com parceiro conhecido (69,1%); 17,0% não têm ideia de como se deu a infecção. O uso de álcool foi prevalente e de drogas injetáveis foi raro. Conclusão. A análise mostrou diferenças entre os sexos, diagnóstico tardio, envelhecimento com a aids, alto uso de preservativo após a infecção por HIV e pouca percepção em estar em situação de risco. Estes achados remetem à necessidade de um programa voltado especificamente para esta população com 50 anos ou mais.

Palavras-chave:Aids (Doença). Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Idoso. Epidemiologia.

ABSTRACT

The growth of AIDS cases in people 50 years has called attention, especially in the last decade. This study aimed to describe the epidemiological characteristics of people of 50 years and older living with HIV / AIDS in the state of Ceará. **Method:** A cross-sectional study was conducted in a tertiary referral hospital located in Fortaleza, from September to November 2008. A semi-structured questionnaire was administered to 200 patients with HIV / AIDS from 50 to 83 years of age. We compared the different proportions separately for men and women (95%). We used Pearson's chi-squared test or Fisher's exact when appropriate. **Results:** A total of 72.5% of patients were men with a mean age of 57 years. 53.5% had less than eight years of study, 69.0% lived in Fortaleza, 51.0% belonged the "economic stratum D / E" revealing the precarious conditions of material life of this population. Among the females predominated the brown (74.5%) and black ones (7.3%), level of education lower and higher proportions of widows (51.35). Women were less sexually active (22.0%) and only one (0.8%) reported more than one partner in the last 12 months. Sexual activity decreased with age: 60.2% between 50-59 years and 42.8% among those aged 70 and over, 48.0% of patients reported an average of six months to have sex. Men used more condoms in casual relationships (96.5%), among women the lowest use was in fixed relationship (80.0%). The vaginal sex predominated with 70.0%, the oral and anal sex was uncommon among women and 33.0% of patients reported commercial sex at some point in life. As a whole, the male population 41.0% reported sexual contact with another man. 52.5% had their diagnostic between 30 and 49 years, in other words, getting older with the infection; 59.0% had never been tested for HIV before infection; 76.0% reported acquiring the disease through sex, men with unknown partner (44.1%) and women with known partner (69.1%), 17.0% have no idea how the infection occurred. Alcohol use was prevalent and injecting drug rare. **Conclusion:** The analysis showed differences between the sexes, late diagnosis, aging with AIDS, high condom use after HIV infection and low perception of being at risk. These findings indicate the need for a program designed specifically for this population aged 50 years or more.

Keywords: AIDS (Disease). Acquired Immunodeficiency Syndrome. Elderly. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| 1 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, segundo características socioeconômicas e demográficas, por sexo e faixa etária (n=200). Hospital de referência Ceará, 1983-2008.. | 44 |
| 2 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo atividades e comportamento sexual, por sexo e faixa etária (n=119). Hospital de referência Ceará, 1983-2008.. | 48 |
| 3 – Distribuição pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo tipo de relação e práticas (n=119). Hospital de referência Ceará, 1983-2008..... | 51 |
| 4 – Uso de preservativos entre pessoas de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo características sociodemográficas, por tipo de relação (n=108). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.. | 53 |
| 5 – Indicadores de uso de preservativo entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, por faixa etária e classe socioeconômica (n=108). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008. | 54 |
| 6 – Características clínicas de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com diagnóstico de HIV/Aids, por sexo e faixa-etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.... | 57 |
| 7 – Distribuição de pessoas com 50 anos e mais com HIV/Aids, segundo consumo de álcool e drogas, por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008. | 60 |
| 8 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008..... | 61 |
| 9 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por escolaridade (n= 200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.. | 62 |
| 10 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por classe econômica, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008..... | 63 |

LISTA DE FIGURAS

- 1 – Distribuição geográfica de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com HIV/Aids, por mesorregiões e municípios do Ceará, Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.....46
- 2 – Número e percentual de pessoas de 50 anos e mais de idade, vivendo com HIV/Aids, por faixa etária do diagnóstico, Hospital de referência do Ceará, Brasil, 1983 -2008.55
- 3 – Número e percentual de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com diagnóstico de HIV/Aids, por tempo de diagnóstico, Hospital de referência do Ceará, Brasil. 1983-2008. ...56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AIDS | Acquired immune deficiency syndrome |
| CDC | Centers for disease control and prevention |
| DSTS | Doenças sexualmente transmissíveis |
| Epi-Info | Software for data management and epidemiologic analysis |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HAART | Terapia antirretroviral altamente potente |
| HIV | Vírus immune deficiency human |
| HSH | Homens que fazem sexo com homens |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NUHEP | Núcleo Hospitalar de Epidemiologia |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PID | Programa intradomiciliar |
| SESA | Secretaria da Saúde do Estado do Ceará |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SINAN | Sistema Nacional de Agravos de Notificação |
| Stata | Stata Programs for Data Analysis |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TARV | Terapia antirretroviral |
| UDI | Usuário de drogas injetáveis |
| UNAIDS | The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1.1 Justificativa..... | 17 |
| 1.2 Objetivos | 17 |
| 1.2.1 Geral | 17 |
| 1.2.2 Específicos..... | 17 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 2.1 Envelhecimento da população brasileira | 18 |
| 2.2 Sexualidade em pessoas de 50 anos e mais..... | 20 |
| 2.3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida | 23 |
| 2.3.1 Epidemiologia | 23 |
| 2.3.1.1 Aids no mundo..... | 23 |
| 2.3.1.2 Aids na América Latina..... | 25 |
| 2.3.1.3 Aids no Brasil..... | 26 |
| 2.3.1.4 Aids no Ceará e em Fortaleza | 28 |
| 2.4 A aids em pessoas de 50 anos ou mais de idade | 29 |
| 2.4.1 No mundo..... | 29 |
| 2.4.2 No Brasil..... | 32 |
| 2.4.3 No Ceará e em Fortaleza | 33 |
| 2.5 Critérios para definição de casos de aids | 35 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 37 |
| 3.1 Tipo e local do estudo..... | 37 |
| 3.2 População de estudo | 37 |
| 3.3 Amostra | 38 |
| 3.3.1 Critério de inclusão | 38 |
| 3.3.2 Critério de exclusão..... | 38 |
| 3.4 Coleta de dados..... | 38 |
| 3.4 Variáveis..... | 39 |
| 3.5 Análise dos dados | 41 |
| 3.6 Aspectos éticos | 42 |
| 4 RESULTADOS | 43 |
| 4.1 Descrição de variáveis sociodemográficas..... | 43 |
| 4.2 Descrição de variáveis relacionadas à atividade e comportamento sexuais..... | 47 |
| 4.3 Descrição de variáveis de tipo de relação e práticas sexuais e categoria de transmissão | 50 |
| 4.4 Descrição de uso de preservativo associado aos tipos de parcerias: fixas, fixas e casuais e casuais..... | 52 |
| 4.5 Descrição de uso de preservativo e classe socioeconômica | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 4.6 Descrição das características clínicas do HIV/Aids..... | 54 |
| 4.7 Descrição de consumo de álcool e drogas..... | 59 |
| 4.8 Descrição de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV | 61 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 64 |
| 5.1 Caracterização sociodemográfica | 64 |
| 5. 2 Atividade, comportamento e práticas sexuais | 66 |
| 5.3 Uso de preservativo | 68 |
| 5.4 Características clínicas do HIV/Aids..... | 69 |
| 5.5 Uso de álcool e drogas | 71 |
| 5.6 Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV | 72 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 74 |
| REFERÊNCIAS | 75 |
| APÊNDICE | 84 |
| ANEXO | 93 |

1 INTRODUÇÃO

O crescimento dos casos de Aids em pessoas de 50 anos e mais chama a atenção, principalmente na última década. Segundo Sishana et al (2005), em 2005, na África subsaariana, registravam-se altos níveis de infecções pelo HIV entre os homens maiores de 50 anos, e mais de 10,0% resultavam em aids (UNAIDS, 2006). Na Europa, desde o início da epidemia até junho de 2002, o número de casos acumulados de aids representava 10,2% em maiores de 50 anos (EUROPEAN CENTER FOR THE EPIDEMIOLOGICAL, 2002). Os adultos com 50 anos ou mais respondem por cerca de 10,0% dos casos de aids, aproximadamente (GOODROAD, 2003) também nos EUA. Naquele País, uma em cada seis pessoas vivendo com aids tem 50 anos ou mais. Entre 1990 e 2001, os casos de aids nesta faixa etária quintuplicaram (MACK AND ORY, 2003) e em 2006 respondem por 19,0% dos casos recém-diagnosticado (CDC, 2008).

Além disto, pessoas de todas as idades com HIV estão sobrevivendo mais em razão dos avanços da terapia antirretroviral (TARV), consequentemente o número de adultos vivendo com o vírus acima de 50 anos vem aumentando (HOGG et al, 2008). A maioria desta faixa etária não se percebe em risco, não usa preservativos e não costuma se testar para HIV (HENDERSON et al, 2004; LINDAU et al, 2006). Acrescenta-se o fato de que pessoas mais velhas que pertencem às minorias raciais e/ou étnicas, pelo medo da discriminação e estigma, retardam a realização do teste anti-HIV, o diagnóstico e a procura por serviços de saúde (ZINGMOND et al, 2001).

Até 2008, os informes anuais da UNAIDS (THE UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ONHIV/Aids) sobre a epidemia mundial somente estimavam o número de pessoas vivendo com HIV/Aids entre pessoas compreendidas entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2008). Estudo recente, realizado em países desenvolvidos e envolvendo 33 mil pessoas, indica que o uso sistemático dos antirretrovirais levaram a um substancial aumento na sobrevida em pacientes do Ocidente – em média, 20 anos, de 1996 a 2005 (HOGG et al, 2008). O aumento crescente dos casos de infecção por HIV na população de mais de 50 anos de idade muda o perfil da epidemia, apontando para uma nova característica da aids no mundo.

A epidemia da aids em maiores de 50 anos, de forma similar à epidemia em geral, ocorre preferencialmente nas regiões em desenvolvimento, em especial na África e na Ásia (KNODEL;WATKINGS;VAN LANDINGHANM., 2003). Nestas regiões, a infecção por HIV/Aids significa múltiplos impactos sobre as pessoas em idade avançada, em termos de

convivência com o vírus, auxílio aos demais infectados e cuidado com crianças que perderam seus pais por causa desse flagelo (UNAIDS, 2007). Nos países com elevada prevalência, na atualidade, o HIV reduz a expectativa de vida em mais de 20 anos (inferior a 50 anos na população em geral na África Meridional e inferior a 40 anos no Zimbabwe), atrasando o crescimento econômico, produzindo a pobreza entre as famílias e comunidades vulneráveis e alterando o tamanho da população (UNAIDS, 2008).

No Brasil, em 2005, Perez e Gasparin já caracterizavam o crescente número de casos de aids em indivíduos de 50 anos ou mais de idade como o surgimento de uma nova característica da epidemia. Estima-se, até 2008, 47 435 casos de aids em pessoas de 50 anos e, aproximadamente, 23 873 falecimentos tendo por causa a aids. A epidemia nessa faixa etária apresentou: aumento persistente das taxas de incidência na década de 1996 a 2006 - entre os homens quase duplicou, e entre as mulheres triplicou; registrou incremento relativo e absoluto da transmissão heterossexual; mostrou estabilidade em anos recentes quanto aos casos novos referentes à categoria de exposição homo/bissexual masculina e redução proporcional dos casos por uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2008a).

A exclusão de pessoas em idade avançada dos programas relacionados à infecção por HIV/Aids nos países em desenvolvimento leva a que pessoas de mais de 49 anos não sejam submetidas a testes rotineiramente. Desta forma, a infecção por HIV em pessoas a partir de 50 anos não é geralmente detectada ou é diagnosticada erradamente (WHO, 2002).

Ainda são poucas as pesquisas dirigidas à transmissão do HIV no idoso, no Brasil. O Ministério da Saúde realizou, em 2008, pesquisa sobre comportamento sexual brasileiro e divulgou dados parciais em fevereiro de 2009. Mostrou que as pessoas mais velhas também estão vulneráveis à contaminação pelo vírus da aids. Conforme o estudo, mais da metade (53,4%) das mulheres de 50 anos e mais de idade do Brasil são sexualmente ativas, desmistificando a noção de que as pessoas de mais idade não realizam sexo. Chama a atenção para os 72,0% de mulheres a partir da meia idade que não usam o preservativo, nem em relações sexuais casuais. Entre os homens, o percentual de uso de preservativo subiu para 36,9%. Em relações sexuais casuais, a camisinha é adotada apenas por 34,8% (BRASIL, 2009).

O Nordeste é uma das regiões mais pobres do País com os piores indicadores quanto às medidas preventivas (PASCOM, 2006). A epidemia nessa região reflete um quadro de desigualdade social, mostrando tendência de crescimento, ao contrário da região Sudeste, que se encontra em fase, de desaceleração e estabilização (BRITO, 2005).

1.1 Justificativa

É necessária a caracterização da epidemia nesta região para que medidas de controle e prevenção possam ser dirigidas de forma adequada a esta população específica. Este estudo se propõe, portanto, a descrever as “características epidemiológicas” de HIV/Aids em pessoas de 50 anos e mais de idade atendidas no principal hospital de referência para esta infecção do Ceará.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Descrever as características epidemiológicas de pessoas de 50 anos e mais de idade vivendo com HIV/Aids, atendidas em um hospital de referência terciária do Ceará, no período de 1983 a 2008.

1.2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas em pessoas portadoras de HIV/Aids de 50 anos e mais de idade, com HIV/Aids.
- Expor as atividades, comportamentos e práticas sexuais nesta população e suas associações com o sexo.
- Referir as diferenças sociodemográficas do uso do preservativo em pessoas de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids.
- Delinear os padrões de consumo de álcool e drogas em pessoas de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids.
- Demarcar o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV em pacientes de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento da população brasileira

Para os países em desenvolvimento, meia-idade compreende as pessoas entre 50 e 59 anos; e idosos foram conceituados na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, em 1982, como todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (OMS, 1984).

O mundo está passando por uma transformação demográfica sem precedentes. As projeções indicam que em 2050 a população idosa mundial será de aproximadamente dois bilhões de pessoas. No decorrer dos próximos 50 anos, haverá no mundo, pela primeira vez na História, mais pessoas acima de 60 anos do que menores de 15 anos (ONU, 2002).

O envelhecimento normalmente está associado a um bom nível de saúde, a menos que haja doença. Os fatores determinantes do envelhecimento, no contexto da população de um país, são fundamentalmente ditados primariamente pela queda das taxas de fertilidade e, de modo menos importante, pela queda da mortalidade, levando ao crescimento da expectativa de vida da população. O envelhecimento é dinâmico e ocorre em etapas sucessivas, sendo conhecido como transição epidemiológica ou demográfica (KALACHE, 2008).

O envelhecimento de uma população relaciona-se com um declínio no número de crianças e jovens e aumento na proporção de pessoas de mais de 60 anos. Em 2000, o grupo com de idade entre zero e 14 anos representava 30,0% da população brasileira, enquanto os maiores de 65 anos era de 5,0%. Em 2050, esses dois grupos etários se igualarão em 18,0% (IBGE, 2004). À medida que as populações envelhecem, altera-se a configuração populacional, a pirâmide triangular da população em 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025, e em 2050 será “retangularizada”, característica das populações europeias (WHO, 2002).

A transição demográfica é um dos mais urgentes problemas mundiais, tornando-se tema para políticas, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, visto que o envelhecimento implica desigualdades sociais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como entre ricos e pobres em um mesmo país. Tais desigualdades se manifestam particularmente nas diferenças de nível de saúde, levando a desafios colossais para os futuros cenários políticos e sociais. Daí a necessidade de haver solidariedade entre

grupos de uma mesma população, assim como no concerto internacional. Em resposta a esses desafios, foi criada em 2005 a Associação Mundial da Demografia, na Suíça, que realiza um congresso anualmente com especialistas em variados campos de conhecimentos. “Solidariedade interplanetária” foi o tema do 3º Congresso, em 2007, baseado no pacto de solidariedade distributiva entre gerações e nações (KALACHE, 2008).

Segundo a OMS (1984), população envelhecida é “aquela em que a proporção de pessoas com 60 anos e mais na população geral atinge 7,0%, com tendência a crescer”. No Brasil, em 1991, a população de 60 anos e mais era de 10 722 705 pessoas, representando 7,3% da população total (IGBE, 2002).

Nesse contexto, o envelhecimento populacional deverá tornar-se uma questão de primeira importância nos países em desenvolvimento, visto que esta será quadruplicada durante a primeira metade do século XXI (WHO, 2002).

Estamos vivendo mais e a proporção de idosos vem aumentando como reflexo da entrada de menos crianças na população. Assim sendo, está menos difícil envelhecer, visto que existe reconhecimento social de que o Brasil não é mais um país de jovens. Este reconhecimento resulta numa resposta do setor público. As pressões da sociedade civil e da opinião pública fizeram com que o nosso País disponha hoje de um excelente Estatuto do Idoso, de 1º de outubro de 2003, sancionada a Lei n. 10.741, destinada a regular os direitos assegurados à pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Este, se posto em prática na íntegra, garantirá a qualidade de vida de milhões de cidadãos que, em grande parte, permanecem excluídos da sociedade atualmente. No Brasil, algumas conquistas são notáveis, como as pensões contributivas, que dão a esses aposentados um sentido de dignidade e auto-estima nunca antes sonhado. Pela primeira vez envelhecer passa a ser prioridade do Governo Federal. Apesar do que já foi feito, há muito o que se realizar. Temos um desafio crucial: criar condições sociais e econômicas que permitam um mínimo de qualidade de vida aos idosos. Não será fácil, pois não existem modelos facilmente disponíveis. Os países desenvolvidos enriqueceram antes de envelhecer. Os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de serem ricos; no entanto, há marcos conceituais de importância. De um lado, os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, resultado da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1991; de outro, o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, decorrente da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, de Madri, 2002 (KALACHE, 2007).

E há o marco conceitual da OMS, que foi a mais importante contribuição dessa organização para a Assembleia de Madri, de 2002, intitulado “Envelhecimento ativo”, que é a

otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2005).

Portanto, o envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade e um dos maiores desafios da sociedade contemporânea (WHO, 2002), pois não basta acrescentar anos à vida, sendo preciso também que estes sejam vividos com qualidade.

O crescimento da população de idosos é um fenômeno que preocupa, pois o significado epidemiológico deste envelhecimento populacional se traduz no aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, que demanda atenção de largo prazo por parte do sistema de saúde.

Apesar dos avanços na pesquisa médica e tecnológica, o que aumentou muito nossa capacidade de tratar as doenças crônicas, o sistema de saúde do Brasil continua a enfatizar o cuidado com as doenças agudas, enquanto as que afetam os idosos são as crônicas. Nosso País precisa reforçar, capacitar a rede de atenção primária, para que ela esteja mais voltada para as necessidades dessa população que envelhece (KALACHE, 2008).

Com o aumento da expectativa de vida, ocorre, uma busca, pela população de maior idade, de uma melhor qualidade de vida e da realização de várias atividades possíveis, dentre elas a atividade sexual (PAIM;RODRIGUES;SOUZA, 2004).

2.2 Sexualidade em pessoas de 50 anos e mais

Apesar do envelhecimento da população, pouco é conhecido sobre o comportamento e a função sexual das pessoas mais velhas. O aparecimento da aids impôs aos profissionais de saúde repensar as questões de sexualidade, reforçando a necessidade de todos informarem-se e falarem mais abertamente sobre sexo e drogas, especialmente a sexualidade em pessoas mais velhas, e como as atividades sexuais mudam com o envelhecimento.

Sexo é toda atividade mutuamente voluntária que envolve o contato sexual com outra pessoa, ocorrendo ou não a relação sexual ou orgasmo. Sexualidade ultrapassa a questão da atividade sexual (ou o sexo), pois envolve parceria, comportamento, atitudes e função sexual (LINDAU et al, 2007). As diferentes formas de vivenciarmos nossa sexualidade são determinadas pelos contextos sócio-históricos nos quais estamos inseridos. Neste sentido, os rituais de iniciação, os ritos de passagem, as representações sociais que fazemos e manifestamos sobre a condição de como a praticamos, são constituídos socialmente, e podem ser legitimados ou sancionados. Logo, o exercício da sexualidade em pessoas mais velhas é algo absolutamente normal; no entanto, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação

fazem com que o comportamento dessas pessoas seja visto como inadequado, imoral, e até mesmo anormal. A ideia de que as pessoas em idade avançada possam manter relações sexuais não é culturalmente aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade da pessoa mais velha. Apesar desses tópicos culturais, os mais velhos conservam a necessidade sexual, não havendo, pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo se esgotem (BRASIL, 2006).

As mudanças físicas podem afetar a resposta sexual dos homens e das mulheres e podem inibir ou realçar a função sexual, enquanto as pessoas envelhecem (BACHMANN; LEIBLUM, 2004; ROSEN et al., 2005).

Estudo recente realizado sobre a prevalência da atividade, comportamento e problemas sexuais, com 3005 adultos dos EUA (1550 mulheres e 1455 homens) entre 57 e 85 anos de idade, detectou que os problemas sexuais mais relevantes entre as mulheres eram pouco desejo (43,0%), dificuldade com lubrificação (39,0%) e incapacidade para o clímax (34,0%). E entre os homens eram as dificuldades eréteis (37,0%). Quatorze por cento de todos os homens relataram uso de medicamento ou suplemento para melhorar a função sexual. Apenas 38,0% dos homens e 22,0% das mulheres disseram ter discutido sobre relações性uais com um médico depois de a idade de 50 anos (LINDAU et al., 2007). Os profissionais de saúde desconsideram as preocupações dos idosos quanto à vida sexual, quando algumas delas poderiam ser resolvidas com uma simples orientação. Segundo Lindau et al (2007), muitos adultos mais velhos são sexualmente ativos.

As pessoas em idade avançada, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam, por essa razão, um sentimento de culpa e vergonha. Se o profissional considerasse com naturalidade a ocorrência de atividade sexual em pessoas mais velhas, o encaminhamento dessa pessoa para o teste anti-HIV tornar-se-ia um procedimento de rotina. Do ponto de vista da aids, não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis ao HIV/Aids, mas as práticas sexuais realizadas de forma desprotegida, e este é um pressuposto válido para todas as idades. É preciso dispor às pessoas de 50 anos e mais de idade insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante. Atualmente são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, consequentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disjunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, os exames de prevenção ao câncer de próstata, fazendo com que os homens e as mulheres frequentem mais

os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, ioga etc), turismo direcionado para esse segmento, dentre outros recursos, permitem que os homens e as mulheres mais velhos prolonguem ainda mais a sexualidade (BRASIL, 2006).

Portanto, a crença de que as pessoas acima de 50 anos não são sexualmente ativas é uma das causas que contribuem para uma elevada taxa de infecção por HIV (BRASIL, 2005).

De acordo com um estudo feito em Chicago, 60,0% dos homens e 37,0% de mulheres mais velhas têm relação sexual algumas vezes por mês (KNODEL; WATKINGS; VAN LANDINGHANM, 2003).

Ensaio sobre comportamento sexual mostrou que 60,0% das mulheres idosas que tinham sido sexualmente ativas nos últimos dez anos tiveram envolvimento em relações sexuais sem preservativo (LINDAU et al., 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa em 2003, a qual revelou que 67,0% da população entre 50 e 59 anos de idade se diz sexualmente ativa; daqueles acima de 60 anos, 39,0% garantem ter vida sexual (PAIVA et al.; 2003).

Esse resultado levam a necessárias e urgentes discussões sobre o avanço da aids nesse público, até recentemente invisível nas campanhas de prevenção ao HIV, e visivelmente discriminado pela sociedade.

A não-inclusão das pessoas mais velhas em campanhas de prevenção até 2007 fazia com que estas se achassem à margem de risco de contaminação pelo HIV, expondo-se de forma desprotegida em suas relações sexuais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) informa que é neste segmento populacional onde é menor o grau de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Chama a atenção para o fato de que são estes os que menos se sentem expostos à contaminação por HIV, o que contribui para a elevada taxa de infecção; e esta confiança aumenta com a idade. Para este grupo etário, o uso do preservativo constitui dificuldade técnica na sua utilização, o que resulta em relações sexuais sem proteção (BRASIL, 2005).

Os programas específicos devem ser executados para as pessoas mais velhas sobre a transmissão e a prevenção do HIV. Mais pesquisas são necessárias para estudar o comportamento sexual dos idosos, se usam drogas, para determinar a progressão e os tratamentos da doença do HIV, e programas visando a alcançar o cuidado da saúde desse segmento.

Não obstante, adultos mais velhos até recentemente eram omitidos de pesquisas comportamentais, prevenção e de esforços das intervenções.

Nesse contexto, a infecção por HIV segue como um problema de saúde pública mundial de uma magnitude sem precedentes. São vários os desafios sob este aspecto: implementação de medidas para prevenir a patologia, que requer informação e educação, acesso e aderência ao tratamento, acolhimento humanizado ao portador de HIV/Aids, envolvimento e reintegração social do paciente, dentre outros fatores.

2.3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

2.3.1 Epidemiologia

2.3.1.1 Aids no mundo

A epidemia de HIV/Aids manifesta-se como uma das mais complicadas e instigantes pandemia já confrontada pela humanidade.

Desconhecido há 30 anos, a infecção por HIV a cada dia provoca cerca de 6 800 infecções e uma estimativa de 5 700 falecimentos por causa da aids, em sua maioria, em virtude de acesso inadequado aos serviços de prevenção e tratamento.

Estima-se em 33 milhões o quantitativo de pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo 30,8 milhões de adultos, dos quais 15,4 milhões (50,0%) são mulheres e cerca de 2,5 milhões de crianças menores de 15 anos. Em 2007, o número de novas infecções totalizou 2,7 milhões, sendo 2,0 milhões em adultos e 370 000 mil em crianças de menos de 15 anos. Estima-se que, no ano de 2007, tenham ocorrido 2,0 milhões de mortes em consequencia da aids, sendo 1,7 milhão em adultos e 330 000 em crianças de 15 anos e mais (UNAIDS, 2008).

A despeito deste fato, a evolução epidemiológica atual apresenta alguns elementos animadores, tais como: estabilidade da prevalência mundial da infecção por HIV, em 0,8%, desde 2001, ainda que o número geral dos que vivem com HIV esteja aumentando, em virtude da acumulação contínua de novas infecções com períodos mais prolongados de sobrevivência; reduções localizadas na prevalência em países específicos; redução de novas infecções anuais por HIV no contexto mundial e redução na mortalidade associada a HIV, em parte atribuída ao crescimento do acesso ao tratamento nos últimos dez anos (UNAIDS, 2008).

A evolução das tendências mundiais e regionais sugere que a doença toma padrões: epidemias generalizadas de muitos países da África subsaariana, em especial na parte meridional do Continente; e epidemias concentradas, no resto do mundo, principalmente nas populações de maior risco, como os homens que têm relações sexuais com os homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2008).

Considerando as regiões do mundo agrupadas pela OMS, entre 1980 e 2008, a África subsaariana continua sendo a área mais afetada pela epidemia. Estima-se em 22 milhões (67,0%) o número de adultos e crianças vivendo com o HIV do total mundial e 1,5 milhão (75,0% do mundo) de óbitos de adultos e crianças por aids em 2007, sendo provável que, 1,7 milhão (67,0% de todo o mundo) de novas infecções ocorreram em 2007 na região (UNAIDS, 2008).

A África meridional continua suportando uma desproporcional carga viral em todo o mundo. Em 2007, 35,0% das infecções e 36,0% das mortes por aids se produziram nessa sub-região. No conjunto da população feminina, apesar de as mulheres representarem a metade das pessoas que vivem com HIV em todo mundo, na África subsaariana seu percentual é de 60,0%. Durante os últimos dez anos, a proporção de mulheres cresceu em vários países (UNAIDS, 2008).

Entre 2001 e 2007, houve decréscimo nas novas infecções por HIV no mundo. Apesar disto, o aumento é preocupante no número de novas infecções em países de outras regiões, como Ásia (Indonésia), Leste Europeu (Federação Russa) e diversos outros países (UNAIDS, 2008).

Em 2006, nos EUA, foram estimados cerca de 56 300 novas infecções por ano – uma nova infecção a cada nove minutos. Estima-se 1,2 milhão de pessoas vivendo com o HIV naquele País e que mais de 17 000 morreram por causa da aids em 2005 (HALL et al , 2008).

Na atualidade, nos EUA, quase 40,0% das pessoas infectadas por HIV desconhecem seu estado sorológico até que tenham aids, ressaltando a necessidade de ampliar as oportunidades de testes anti-HIV. Hoje, nos EUA, existe mais disponibilidade para fazer a prova de detecção do HIV, especialmente nas proximidades do dia 27 de junho, quando se celebra o Dia Nacional do Teste do Anti-HIV. Organizada pela Associação Nacional de pessoas com aids, com o apoio dos CDC, em 2008 se comemorou a 16^a campanha, cujo tema foi “Fazer o teste anti-HIV e assumir o controle”. (CDC, 2008).

A inquietação com o comportamento sexual dos indivíduos está presente há quatro décadas no conceito mundial, no entanto, com o surgimento da epidemia HIV/Aids,

estudos sobre a sexualidade foram realizados para entender sua relação com a transmissão sexual – que responde pela maioria dos casos de Aids nos países atingidos por esta epidemia (LAUMANN et al., 1994; HUBERT; BAJOS; SANDFORT., 1998; ARREDONDO et al., 2000; SMITH et al., 2003; NACIONES UNIDAS, 2005; AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES, 2007).

Nesse contexto, pesquisas foram desenvolvidas entre 1990 e 2000, nos EUA (1990), e na Europa: França, Bélgica, Alemanha, Finlândia, Espanha, Portugal e Noruega; e, entre 2001-2002, na Austrália. (LAUMANN et al., 1994; HUBERT; BAJOS; SANDFORT, 1998; JOHNSON et al., 2001; SMITH et al., 2003).

Posteriormente, para fins comparativos, foi repetida na Inglaterra, em 2000, pesquisa realizada em 1990 (JOHNSON et al., 2001), e, de modo similar, repetiu-se na França, em 2006, pesquisa efetivada em 1992.

Na América Latina, inquéritos populacionais sobre comportamentos e práticas foram realizados no Brasil, Chile e Argentina (BERQUÓ; BARBOSA, 2008).

As principais vias de transmissão do HIV no mundo são: relação heterossexual, que é a força impulsora da epidemia na África subsaariana, Oceânia, Caribe; ocupa o segundo lugar na América do Norte e Europa ocidental e central; o terceiro lugar de importância na Europa oriental, Ásia central, Oriente médio, África do norte; e está em quarto posicionamento na Ásia; o uso de drogas injetáveis é a via de maior importância na Europa oriental, Ásia central, Ásia, Oriente médio, África do norte; e está em terceiro lugar de importância na África subsaariana e na América do norte e em terceiro lugar na África subsaariana e na América do norte e Europa ocidental e central; HSH é destaque na América do norte e Europa ocidental e central; e o terceiro lugar no Caribe; o comércio sexual ocupa o segundo lugar na África subsaariana, terceira posição na Ásia e quarto posicionamento na África subsaariana, Oriente médio e África do norte; a superposição de sexo comercial e uso de drogas ocupa o segundo lugar na Europa central, Ásia, Oriente e África do norte (UNAIDS, 2008).

2.3.1.2 Aids na América Latina

Na América Latina, o número estimado de novas infecções por HIV em 2007 foi 140 000, o que eleva para 1,7 milhão o número total de pessoas que vivem com HIV. Destas, cerca de um terço (506 499) reside no Brasil. Segundo estimativas, aproximadamente 63 mil pessoas faleceram por causa da aids durante o ano de 2007 (UNAIDS, 2008).

Os níveis gerais de infecção por HIV na América Latina apenas variaram na última década.

A transmissão nessa região segue em populações de maior risco de exposição, entre as quais, HSH, profissionais do sexo e, em menor medida, entre UDI (UNAIDS, 2008).

Na América do Sul, as relações sexuais entre homens sem proteção constituem fator importante na epidemia do Uruguai, Peru, Bolívia, Equador, Argentina e Colômbia, assim como em vários países da América Central, entre eles, Nicarágua e Panamá (UNAIDS, 2008). Nesses países (à exceção do Panamá), entre um terço e um quarto dos homens que têm contato com homem, 30% a 40% desses homens relataram haver mantido relação sexual com outros homens e mulheres sem proteção no ano anterior (SOTO et al., 2007).

A transmissão de HIV está se produzindo num contexto de fatores comuns à maioria dos países latino-americanos: pobreza e migração generalizadas, informações insuficientes acerca da tendência da epidemia fora das grandes zonas urbanas e homofobia crescente (COHEN, 2006).

2.3.1.3 Aids no Brasil

Em nosso País, o total estimado de novas infecções por HIV em 2007 foi de 33 689 e, em consequência, o número de pessoas vivendo com HIV subiu para 506 499. Segundo estimativas, aproximadamente 11 060 pessoas faleceram por causa da aids em 2007 (BRASIL, 2008a) De acordo com Unaids (2008), estima-se 630 000 pessoas infectadas com HIV no Brasil até 2006.

Apesar de o Brasil concentrar um terço de todas as pessoas vivendo com HIV na América Latina, o foco simultâneo na garantia do acesso aos serviços de prevenção e tratamento ajudou a manter a epidemia estável. Ao mesmo tempo, o acesso universal à terapia antirretroviral diminuiu pela metade as taxas de mortalidade por aids entre 1996 e 2002 (UNAIDS, 2008), proporcionando maior chance de sobrevivência (FONSECA et al., 2007).

Em nosso País, foram realizadas pesquisas nacionais sobre comportamento e práticas sexuais em 1998, 2003, 2004 (BRASIL, 2000; PAIVA et al., 2003 e SZWARCWALD e BARBOSA-JÚNIOR et al., 2005), e, com o intuito de identificar mudanças no comportamento sexual, foi repetida em 2005 pesquisa realizada em 1998 (BERQUÓ; BARBOSA, 2008).

As informações disponíveis a respeito de HIV/Aids no Brasil revelam uma epidemia com mudanças sucessivas em seu perfil, sendo mais apropriado referir-se a ela, não

como epidemia única, mas múltipla, refletindo a vasta extensão territorial e as diversidades sociodemográficas, bem como sua heterogeneidade regional (BASTOS; BARCELLOS, 1995; DOURADO et al., 2006).

A epidemia de aids em nosso País teve três grandes fases na sua evolução: 1- inicial, de 1980 a 1986, caracteriza-se pela transmissão em HSH, de escolaridade elevada, na faixa etária 20-49 anos, 2- a segunda fase, de 1987 a 1991, caracteriza-se pela transmissão sanguínea e participação de UDI, principal categoria de exposição entre os homens de 13-39 anos; inicia a pauperização e interiorização. 3- o último período, de 1992 até os dias atuais, caracteriza-se por um rápido aumento por exposição heterossexual, significativamente em mulheres (feminização da epidemia) (HACKER et al., 2007; DOURADO et al., 2007).

A epidemia de aids no Brasil apresenta redução proporcional dos casos, em razão do uso de drogas injetáveis; estabilidade, em anos recentes, quanto aos casos novos referentes à categoria de exposição homo/bissexual masculina; incremento, relativo e absoluto, da transmissão heterossexual; aumento persistente das taxas de incidência entre as mulheres; e estabilidade nas faixas etárias mais jovens, provavelmente, em decorrência das mudanças comportamentais (como o uso consistente de preservativo nas relações sexuais com parceiros eventuais entre os mais jovens e a redução dos casos em razão do uso de drogas injetáveis (FONSECA; BASTOS, 2007).

De 1980-2008, considerando as regiões do nosso País, no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a incidência da aids tende à estabilização, no entanto, no Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento. No período acima foram identificados 333 485 casos no sexo masculino e 172 995 no sexo feminino. A razão de sexo vem diminuindo: em 1983, era cerca de 40 homens para uma mulher, passando para 1,5H:1M desde 2002. A exceção é a faixa etária de 13 a 19 anos, onde persists uma clara inversão na razão de sexo a partir de 1998. Entre os homens, as maiores taxas de incidência estão no intervalo etário de 30 a 49 anos. Verifica-se um incremento das taxas de incidência de aids na faixa etária de 50 anos em diante e redução na incidência da faixa de idade de 25 a 34 anos. Nas mulheres, as maiores taxas de incidência estão na idade de 30 a 39 anos, com incremento a partir de 40 anos (BRASIL, 2008a).

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico de Aids, de 2008, também há uma redução de casos de aids entre os que apresentam maior escolaridade. Em 1990, o grupo era responsável por 14,0% dos casos. Dezessete anos depois, esse percentual caiu para 6,2%. No grupo entre 8 e 11 anos de estudo, o índice subiu de 13,9% para 29,5% no mesmo período . De 1980 a 2007^a, foram declarados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 205 409 óbitos por aids no Brasil. Em nosso País, nas regiões Sul e Sudeste, a mortalidade tende a

queda, porém, no Nordeste, Norte e Centro-Oeste, a tendência é de crescimento. A taxa de mortalidade por aids do Brasil diminuiu em aproximadamente 47,0% entre 1996 e 2006, passando de 9,6 para 5,8. Considerando a série histórica (1985-2007), observa-se redução entre homens a partir de 1995. Em mulheres esta queda ocorre apenas em 1996 e a tendência de redução não persiste após 2001. Observou-se que os homens e as mulheres pretos têm as taxas mais elevadas. Em torno de 58 348 pessoas viviam com HIV no Nordeste em 2008, incluídas as 5 660 que se infectaram em 2007. Aproximadamente 1 687 faleceram por causa de enfermidades relacionadas a aids. Nesta região, a taxa de incidência dobrou entre 1999 e 2005, passando de 3,6/100 000 habitantes para 7,6/100 000 habitantes. Nesta região, a taxa de incidência dobrou entre 1999 e 2005, passando de 3,6/100 000 habitantes para 7,6/100 000 habitantes (BRASIL, 2008a).

As principais vias de transmissão no Brasil são: relação heterossexual, que é a força que dá impulso à epidemia da aids em nosso País, com taxas de transmissão sexual em crescimento; a relação sexual entre homens encontra-se estabilizada, uso de drogas injetáveis está em redução (BRASIL, 2008a); e sobreposição entre UDI e HSH em 52,0% (FERREIRA et al., 2006). Trabalhadores do comércio do sexo constituem um dos segmentos de maior risco (vulnerabilidade), porém pouco se sabe sobre a infecção de HIV nesta população (FONSECA; BASTOS, 2007).

2.3.1.4 Aids no Ceará e em Fortaleza

No Estado do Ceará, estima-se 8 272 casos de aids acumulados até 2008. Em 2007, houve registro de 581 casos novos, com taxa de incidência de 7,0 casos por cem mil habitantes, e de 252 óbitos, com taxa de mortalidade de 2,9 por cem mil habitantes. O total de mortes até 2007 foi aproximadamente 2 854 óbitos. A queda da mortalidade observada no Brasil não é vista no Ceará. Ao contrário, naquele Estado, houve crescimento de 15,0% entre 2002 e 2006, conforme tendência de aumento na mortalidade também detectada no Nordeste (CEARÁ, 2009; BRASIL, 2008a).

A aids no Ceará foi registrada pela primeira vez em 1983, em paciente oriundo do Sudeste do País, e já chega a 175 municípios (interiorização da doença). No período de 2001 a 2007, foram notificados, em média, 629 casos novos por ano. As taxas de incidência de casos no Ceará mostraram a tendência ascendente da doença até o ano de 2004. A partir deste ano, a queda decorre provavelmente de um retardamento das notificações. De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), 51,0% da população cearense e 80,0% dos

casos de aids estão concentrados em 16 municípios distribuídos nas sete mesorregiões do Ceará, conforme organização político-administrativa do Estado (IBGE, 1991), que são: Me 1 – Noroeste Cearense (Sobral), Me 2 – Norte Cearense (Canindé e Itapipoca), Me 3 – Metropolitana de Fortaleza (Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Pacajus), Me 4 – Sertões cearenses (Crateús e Quixadá), Me 5 - Jaguaribe (Aracati e Limoeiro do Norte, Russas e Quixadá), Me 6- Centro Sul (Iguatu) e Me 7 – Sul Cearense (Juazeiro do Norte e Crato) (CEARÁ, 2009).

A razão de sexo entre pessoas com aids passou de 11 homens para 1 mulher em 1987, para 2H:1M em 2007, confirmado o crescimento entre mulheres (feminização). A transmissão do HIV vem ocorrendo principalmente entre heterossexuais, seguida de homo/bissexual (em menor extensão) e usuários de drogas injetáveis (CEARÁ, 2009).

No Hospital São José em Doenças Infecciosas (HSJ), foram registrados 4 524 (72,5%) no sexo masculino a partir de dez anos e 1 710 (27,5%) entre as mulheres do mesmo grupo etário (HOSPITAL SÃO JOSÉ, 2009).

Em Fortaleza foram notificados, de 1983 até 2008, 5 228 casos (63,0%). A transmissão sexual é a via de exposição mais frequente e evidencia-se uso de drogas, havendo a necessidade de ações de prevenção que privilegiem situação de maior vulnerabilidade à infecção, como jovens, mulheres, drogas e velhos. Em nossa Capital, confirma-se a tendência de aumento na mortalidade por aids, também observada no Ceará e no Nordeste, em detrimento da queda de mortalidade que se conhece no País (FORTALEZA, 2009.; BRASIL, 2008a).

2.4 A aids em pessoas de 50 anos ou mais de idade

2.4.1 No mundo

A África subsaariana recebe o impacto demográfico mais significativo que produz a epidemia de HIV. Com o objetivo de avaliar o impacto da aids em populações mais velhas na África, foi implantado um projeto que preliminarmente cobe quatro países: Zimbabwe, Gana, África do Sul e Tanzânia (WHO, 2007). Como resultado, verificaram-se morte prematura e menor fertilidade entre as mulheres HIV-positivas, e em um País com elevada prevalência, como o Lesotho, os grupos mais afetados são as crianças e o grupo de 30 a 50 anos de idade (UNAIDS, 2008).

A despeito disto, o impacto da aids por todo o mundo nas pessoas acima de 50 anos recebe pouca atenção. Não obstante, a epidemia nas pessoas mais velhas merece consideração, porque suas vidas estão afetadas de maneiras diversas (KNODEL;WATKINGS;VAN LANDINGHANANM., 2003).

Em 2006, nos EUA, das 7 365 pessoas de 50 anos de idade diagnosticadas com aids, 4 419 (60,0%) estão no grupo etário de 50-54 anos; 2 209 (30,0%) encontram-se na faixa etária 55-64 e 734 (10,0%) no grupo de idade de 65 anos e mais (CDC, 2008).

Linley; Hall; An (2007), analisando grupos raciais, chamam a atenção para as discrepâncias entre os idosos diagnosticados com HIV. Maiores de 50 anos ou com esta idade, negros são 12 vezes mais diagnosticados com HIV do que os brancos e os hispânicos são cinco vezes mais do que os brancos; Menores de 50 anos negros são sete vezes mais diagnosticáveis do que os brancos; hispânicos tem taxas três vezes superiores aos brancos (CDC,2008).

Estudo realizado sobre a prevalência de HIV entre HSH idosos das zonas urbanas de Nova Iorque, Los Angeles, Chicago e São Francisco demonstra que esta é particularmente alta na idade de 50 anos e mais (DOLCINI et al., 2003).

A porcentagem de pessoas que evoluíram para aids no prazo de 12 meses após serem diagnosticadas com HIV é muito elevada entre estadinudenses mais velhos. Cerca de 53,05 das pessoas idosas desenvolveram aids no prazo de 12 meses de um diagnóstico de HIV, em comparação com 37,0% das pessoas inferiores a 50 anos (CDC, 2008) .

Apesar de a infecção por HIV não discriminar idade, contudo, os clínicos naquele País não estão percebendo o aumento do número do HIV positivo nas pessoas mais velhas na sua prática diária (PEATE, 2007). Essas oportunidades perdidas poderiam ser aproveitadas para orientar quanto a prevenção, oferecer teste anti-HIV ou fazer um diagnóstico precoce, o que poderá ajudar seus pacientes a chegar cedo aos cuidados médicos (LINSK; FOWLER;KLEIN, 2003).

A proporção de estadinudenses com aids de idade acima de 50 anos permanece em ascendência desde que começou a epidemia, constituindo-se uma parcela da população em risco significante. Portanto, o número de ianques mais velhos com HIV e aids pode aumentar mais, definindo claramente a necessidade de intervenções relacionadas a esta idade (GOODROAD, 2003).

Não obstante, são vários os desafios, porquanto pessoas de mais de 50 anos de idade podem ter muitos dos mesmos fatores de risco para a infecção por HIV que os mais jovens têm: ser sexualmente ativas, portanto, vulneráveis, como as pessoas mais jovens a

adquirir HIV por meio de transmissão sexual (LINDAU et al., 2007); e podem não estar praticando sexo seguro para reduzir seu risco; diminuição da lubrificação vaginal e desgaste das paredes vaginais nas mulheres idosas, favorecendo o surgimento de ferimentos que abrem caminho para a infecção por HIV (DE CARLO, 1997); uso de drogas endovenosas ou crack, o que pode situá-las em risco para aquisição de HIV.

A transmissão de HIV por meio do uso de drogas injetáveis representa mais de 16,0% dos casos de aids entre as pessoas com idades compreendidas entre 50 anos e idosos dos EUA (LINSK, 2000). Alguns idosos, em comparação com aqueles mais jovens, têm menos conhecimento de HIV/Aids e, por isso, são menos defendíveis por si próprios. Muitos não se percebem como de risco para o HIV, não utilizam preservativos e não fazem testes anti-HIV.

Mais da metade das mulheres idosas afro-americanas das zonas rurais tinham pelo um fator de risco para a infecção por HIV, como engajar-se em relações sexuais sem uso de preservativo (WINNINGHAM et al., 2004).

Pesquisadores descobriram que as pessoas mais velhas tinham equívocos sobre riscos quanto à infecção por HIV, como, por exemplo, supor que o vírus pode ser transmitido somente por transfusão sanguínea ou contato casual (SENIOR HIV PREVENTION PROJECT OF SOUTH FLORIDA, 2007). Apenas 13,0% das mulheres idosas, em um estudo, disseram que preservativos eram eficazes para prevenção (HENDERSON et al., 2004);

Alguns sintomas da aids podem imitar aqueles do envelhecimento normal, por exemplo, fadiga, perda de peso e confusão mental. O diagnóstico precoce, que tipicamente leva à prescrição de TARV, pode melhorar as chances de uma pessoa viver uma vida longa e saudável. Segundo um estudo recente, o HAART beneficia tanto idosos quanto mais jovens, no entanto, porque as pessoas mais velhas tendem a receber diagnóstico tardio (após o envelhecimento ter afetado o sistema imunológico), a sua resposta imunológica pode ser menor do que nas mais jovens (CUZIN et al., 2007).

O estigma do HIV e aids poderá ser mais grave entre os idosos, levando-os a esconder seu diagnóstico da família e dos amigos. Isto pode limitar ou impedir potencial apoio emocional e prático (KARPIAK;SHIPPY;CANTOR;2006). O preconceito pode ser um problema maior para as minorias raciais e étnicas idosas. Em outro estudo, a maioria dos idosos afro-americanos HIV-positivos disse que sua idade era um obstáculo importante à procura de serviços e apoio familiar (AJULUCHUKWU;CHRISTIAN; JENKINS, 2003).

Poucas campanhas de prevenção centralizam suas mensagens em adultos mais velhos e suas preocupações. Além disso, são poucos os ensaios clínicos de medicamento que

incluem as pessoas de 50 anos e mais; é acrescido, a isto o fato de que estas pessoas também são excluídas dos ensaios, visando à redução de risco em doenças sexualmente transmissíveis (LEVY et al., 2007).

Sabe-se que qualquer pessoa pode contrair HIV, motivo pelo qual o CDC recomenda que toda pessoa entre 13 e 64 anos faça teste anti-HIV de rotina como parte de seu controle médico normal (pessoas com idade superior a 64 anos podem ser testadas, se estiverem em risco para a infecção por HIV) (CDC, 2006).

Nesse contexto, estratégias de prevenção devem ser desenvolvidas para as pessoas idosas potencialmente em risco de infecção por HIV, entre as quais a educação, para aumentar a conscientização e conhecimentos; competências de formação, para ajudá-los a negociar redução de comportamentos de risco, e mensagens adequadas à idade e à cultura, de modo a ajudar mulheres mais velhas a negociar comportamentos sexuais mais seguros (ZABLOTSKY; KENNEDY, 2003).

2.4.2 No Brasil

Em nosso País, estima-se que até 2008, cerca de 47 435 pessoas de 50 anos e mais de idade viviam com HIV, incluídas as 4 715 que se infectaram com o vírus em 2007. Segundo estimativas, em 2006, ocorreram aproximadamente 87 mortes nessa parcela da população (BRASIL, 2008a).

A epidemia de HIV/Aids em pessoas de 50 anos e mais no Brasil emergiu, nos últimos anos, em decorrência de dois aspectos: incremento da notificação de transmissão de HIV após os 50 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV.

A incidência de aids em pessoas de 50 anos e mais está em torno de 9,3%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção (BRASIL, 2008a).

No Brasil, nos últimos 13 anos, o número acumulado de casos de aids em adultos de 50 anos e mais de idade sextuplicou, de 7 135 até 1995, para 47 435 até junho de 2008. Estima-se que 9,3% do total de casos de aids referem-se a pessoas de 50 anos e mais (BRASIL, 2008a).

No País, na população em idade avançada, houve aumento da incidência. na faixa etária de 50-59 anos, entre 1996 e 2006, o crescimento entre homens passou de 18, 2 para 31,8 e entre as mulheres o aumento foi maior: de 6,1 para 18,6. Nesse mesmo período, houve aumento da taxa de incidência entre homens e mulheres de 60 anos. Nos homens, a incidência, que era 8,3, passou para 14,3, e nas mulheres, de 2,5 para 8,4 (BRASIL, 2008a).

O avanço das tecnologias de diagnóstico e assistência em HIV/Aids, associada à política brasileira de acesso universal à terapia antirretroviral (TARV) e à implementação de uma rede de serviços qualificada para o acompanhamento promovem o aumento da sobrevida e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV ou com aids (BRASIL, 2006).

2.4.3 No Ceará e em Fortaleza

Similarmente ao Brasil e ao mundo verifica-se aumento no número de casos de aids em maiores de 50 anos no Ceará (envelhecimento da doença). No Estado, em 2008, estima-se que 54 casos ocorreram, elevando o número de ocorrências de aids nessa faixa etária para 745. Do total, as pessoas de meia-idade (50-59 anos) totalizam 570 casos em homens e 177 em mulheres (CEARÁ, 2009).

Segundo a SESA (2009), no Estado do Ceará, a faixa etária de 50-59 anos é a mais crítica, pois cada ano aumenta o número de casos de aids em mulheres desse grupo de idade, diminuindo a diferença do sexo oposto de forma acentuada nos últimos oito anos. Em 2000, a razão de sexo era de 5,6 homem para 1 mulher, caindo para 1,5 homem para 1 mulher, em 2008 (CEARÁ, 2009).

Nos primeiros cinco anos do diagnóstico da aids nesta faixa etária, de 1989 a 1993, foram notificados 41 casos. Entre 1994 e 1999, foram registrados 211 casos, enquanto, de 2000 a 2008, o registro foi de 493 casos. Portanto, no período de 1994 a 2008, o crescimento foi de 93,4% (CEARÁ, 2009).

Nos últimos seis anos, a incidência do Ceará nessa população quase dobrou, passando de 1,3/100 00 habitantes, em 2001 para 4,2/100 000 habitantes em 2007. Esse achado é observado no Nordeste que cresceu de 2,8/100 mil habitantes para 7,6/100 000 habitantes no mesmo período (BRASIL, 2008a).

Estima-se que aproximadamente 372 óbitos tenham ocorrido por aids nessa faixa etária (BRASIL, 2008a). A taxa de mortalidade era de 2,8 por 100 habitantes, subindo para 3,1 por 100 mil habitantes em 2007 (CEARÁ, 2009).

Da zona litorânea aos sertões, há registro de pelo menos um caso de aids em pessoas de 50 anos e mais de idade em 81 municípios (43,5%) do Ceará (interiorização da doença) (CEARÁ, 2009).

É grande a quantidade de pessoas de 50 anos e mais que descobre o vírus da aids quando já está com uma doença oportunista grave; quase sempre só toma conhecimento do HIV quando já está numa fase avançada da doença. O diagnóstico tardio não é somente

restrito às pessoas mais velhas. Estudo realizado pela ONU sobre o assunto no País mostra que, de 2003 a 2006, 43,7% tiveram um início de acompanhamento tardio da doença (BRASIL, 2008b). Nesse contexto, em todos os grupos etários e sociais é preciso ser dada ênfase à prevenção.

A principal via de transmissão do HIV no Ceará é a heterossexual (46,0%), seguida de homo/bissexual (25,0%). O número de ignorados chega a um percentual de 29,0% (CEARÁ, 2009).

No HSJ, nesse mesmo período, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEP) registrou, nesta faixa etária, 652 (87,5%) do total dos casos do Ceará (HOSPITAL SÃO JOSÉ, 2009).

Estudo recente realizado em idosos com aids, em um hospital de referência do Ceará, mostrou baixo nível de escolaridade - 44,0%. (ARAÚJO et al., 2007). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2005), o menor grau de conhecimento correspondeu aos analfabetos, com 44 anos. Estes não se sentiam expostos a se contaminar com o vírus HIV. Esta confiança é maior para os homens, nas regiões Norte e Nordeste, aumentando com a idade (BRASIL, 2005).

Segundo a Secretaria de Saúde de Fortaleza, entre 1983 e 2008, foram constatados em pessoas de 50 anos e mais de idade 509 casos de Aids (68,0% do total do Estado). Destes, a faixa etária de 50 a 59 anos contabilizou 365 (FORTALEZA, 2009). A razão de sexo na capital caiu de 11 homens para 1 mulher - hoje é de 2H: 1M, entre 1986 a 2008 . A transmissão sexual foi responsável por 80,0% dos casos da epidemia de Aids (FORTALEZA, 2009).

Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza lançou campanha de prevenção contra a aids direcionada às pessoas acima de 50 anos, antecipando-se à iniciativa mundial, pois estudos já revelam que estas pessoas praticam o sexo, podem ser usuários de drogas injetáveis e se submetem a transfusões sanguíneas (FORTALEZA, 2007).

Pesquisa realizada por Feitoza, Sousa e Araújo (2004) em pessoas de 50 anos de idade ou mais com aids em Fortaleza mostrou que a doença nessa faixa etária específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,65 100.00 hab.), prevalência (224,9 100.000 hab.), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos).

2.5 Critérios para definição de casos de aids

Há 23 anos, é realizada no Brasil a vigilância epidemiológica da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), tomando como referência a notificação universal dos casos de aids incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, em 22 de dezembro de 1986, por meio da Portaria n.º 542, do Ministério da Saúde. A primeira definição de casos de aids no mundo foi estabelecida pelos CDC dos Estados Unidos da América, em setembro de 1982 (BRASIL, 2004).

A primeira definição de casos de aids no Brasil adotada pelo Ministério da Saúde em 1987 foi restrita aos indivíduos com 15 anos de idade e mais. Denominado de Critério CDC Modificado, este se fundamentava na evidência laboratorial de infecção por HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência, utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Desde então, a definição de caso de aids em adultos no Brasil passou por sucessivas revisões que tiveram como objetivo principal a adequação dos critérios às condições diagnósticas laboratoriais e ao perfil de morbidade do País (BRASIL, 2004).

Em 1992, foi introduzido no Brasil um critério inédito baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças com base em experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de Critério de Rio de Janeiro/Caracas. Esse critério foi proposto em reunião de especialistas organizada pela OPAS, em fevereiro de 1989, na cidade de Caracas. Ambos os critérios foram adotados de forma não excludente para pessoas com 13 anos e mais de idade, modificando a faixa etária de referência, anteriormente de 15 anos. Nessa revisão de 1992, foi também adotado o Critério Excepcional CDC, que incluía pacientes sem a evidência laboratorial da infecção pelo HIV, mas que possuíam diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência, desde que excluídas outras causas de imunodeficiência após investigação epidemiológica (BRASIL, 2004).

Em 1996, com o objetivo de recuperar uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas duas definições vigentes, foram estabelecidos três critérios excepcionais: Critério Excepcional Óbito – abrange situações em que as declarações de óbito fazem menção à aids, em algum lugar dos campos de preenchimento, e em que a investigação epidemiológica era inconclusiva.; Critério Excepcional ARC+Óbito – contempla situações em que indivíduos infectados pelo HIV, em acompanhamento, iam a óbito com

manifestações clínicas do complexo relacionados à aids (aids related complex-ARC), por causa não externa (BRASIL, 2004).

A última revisão das definições em adulto data de 1998 e incorporou as doenças da nova revisão dos CDC, retirando, entretanto, da lista de doenças e agravos indicativos de aids, o Critério CDC Modificado a coccidioidomicose, por ser o evento raro no Brasil, e a tuberculose pulmonar, por ser de elevada prevalência no País. Incluiu-se o carcinoma cervical invasivo de colo de útero, haja vista a sua importância clínica e o valor estratégico para assistência à mulher (BRASIL, 2004)..

Um grande avanço para aumentar a sensibilidade da definição de caso de 1998 foi a inclusão de um marcador laboratorial de imunossupressão, baseado na contagem de linfócitos T CD4 + (menor do que 350 células/mm³). Esta diferença justifica-se pela maior sensibilidade que se pretendeu conferir ao critério brasileiro.

A atual revisão (2004) é consequencia da necessidade de simplificar os critérios de definição de casos vigentes, sem prejuízo da sua sensibilidade (BRASIL, 2004).

Ao se proceder a análise dos critérios até então vigentes, a partir do banco de dados de aids até dezembro de 2002, observou-se que determinados critérios excepcionais não mais se justificavam. Portanto, as novas definições de casos de aids em adultos no Brasil estabelecidos em 2003, são: para os adultos Critérios de Rio de Janeiro/Caracas, sem qualquer alteração, introduzindo-se adaptações na evidência clínica de imunodeficiência estabelecidas no CDC Modificado, que passou, dessa maneira, a ser chamado Critério CDC Adaptado. A principal alteração nesse método foi a inclusão da reativação da Doença de Chagas (miocardite e/ou meningoencefalite) na lista de doenças indicativas de aids em vista das evidências clínicas epidemiológicas da reativação dessa condição em pacientes com aids. (BRASIL, 2004).

Foram excluídos o Critério Excepcional ARC + Óbito e o Critério Excepcional CDC. Permaneceu o Critério Excepcional de Óbito, ampliando-se a definição anterior, de modo a incorporar não apenas a menção à aids e aos seus termos correlatos na Declaração de Óbito, mas ainda a menção à infecção por HIV (ou termos correlatos) desde que, nesse último caso, houvesse ainda o registro de doença(s) associada(s) à infecção por HIV. A utilização deste critério é apenas quando a investigação em prontuários do doente é inconclusiva, ou seja, quando o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais (BRASIL, 2004).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo e local do estudo

Realizamos um estudo transversal com indivíduos de 50 anos e mais de idade com HIV ou aids atendidos no serviço ambulatorial especializado em HIV/Aids (SAE) ou internado nas enfermarias de aids e hospital-dia do HSJ, referência em doenças infecciosas do Ceará.

Estudo transversal “caracteriza-se pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade” Esses indivíduos costumam ser selecionados aleatoriamente, isto é, por algum método orientado apenas pelo acaso, entre todos os indivíduos que compõem uma população (KLEIN e BLOCH, 2002 apud MEDRONHO et al, 2002).

Esta unidade de saúde foi selecionada por concentrar a maior demanda de casos de aids no estado e ser, portanto, o mais representativo desta população do Ceará, 654 casos em 50 anos e mais atendidos no hospital (Hospital São José, 2009) contra 745 caos em 50 anos e mais (aproximadamente 90,0%) das notificações em todo o Estado, entre 1983 a 2008 (CEARÁ, 2009).

3.2 População de estudo

O Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NUEHP) do Hospital São José, responsável pela notificação de todos os casos, estimou que 388 indivíduos de 50 anos e mais, com diagnóstico de infecção por HIV ou com aids, classificados segundo critério de definição de caso de aids pelo Ministério da Saúde (2004) (ANEXO A) notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), e que constavam de sua casuística, estivessem vivos no início do estudo (HOSPITAL SÃO JOSÉ, 2009).

Durante o período de setembro a novembro de 2008, foram convidados a participar do estudo.

3.3 Amostra

A amostra foi constituída de 200 casos (142 com aids e 58 com HIV) que aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento, sendo que seis indivíduos convidados se recusaram a participar (HOSPITAL SÃO JOSÉ, 2009).

3.3.1 Critério de Inclusão

Pacientes, residentes no Ceará, com 50 anos e mais, vivendo com HIV/Aids, de ambos os sexos, atendidos nos serviços do HSJ selecionados, que não apresentassem deficit cognitivo e/ou emocional.

3.3.2 Critério de Exclusão

Pacientes abaixo de 50 anos e mais de idade, vivendo com HIV/Aids, e indivíduos de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids, de ambos os sexos, atendidos no HSJ no período de estudo que apresentassem deficit cognitivo e/ou emocional.

3. 4 Coleta de dados

1 Foram visitadas previamente as chefias dos setores: ambulatório especializado em HIV/Aids, unidades de internação em aids, hospital-dia para solicitar o apoio da equipe técnica e agendar a data do início do estudo.

2 Foi solicitada ao NUHEP uma lista de pacientes de 50 anos e mais de idade, vivendo com HIV e/ou Aids, atendidos nos serviços selecionados do HSJ .

3 Após sua adequada preparação, o instrumento foi submetido a procedimento de validação (APÊNDICE A).

4 A pesquisadora principal realizou visitas às 3^a feiras à tarde e de 4^a a 6^a feira, nos turnos manhã e tarde, no período do estudo, para busca dos participantes.

5 Os participantes foram recrutados do SAE em HIV/Aids, setor de internação para aids e hospital-dia.

6 As entrevistas foram realizadas durante o período em que o paciente aguardava atendimento médico ou após a consulta.

7 Foi aplicado um questionário semiestruturado por meio de entrevista face a face. Este instrumento de avaliação foi baseado em questionário orientado para população adulta em estudos de vigilância comportamental (BEHAVIORAL SURVEILLANCE SURVEYS, 2000).

3.4 Variáveis

O questionário foi constituído de dez blocos: **1) socioeconômico-demográfico** -: faixa etária, categorizada nos estratos 50-59, 60-69 e 70 e mais; sexo, raça/cor - dicotomizada em branca, preta e parda); escolaridade, categorizada em nenhuma, fundamental (completa e incompleta) média e superior; situação conjugal- solteiro, casado/unido, separado, divorciado e viúvo; religião - segundo as categorias católica, evangélica, outras e nenhuma; mesorregiões do Ceará: ME-1 Noroeste cearense, ME -2 Norte Cearense, ME- 3 Metropolitana de Fortaleza, ME -4 Sertões cearenses, ME -5 Jaguaribe, ME 6- Centro Sul cearense e ME -7 Sul cearense e classe socioeconômica estratificada : Estrato A, B, C, D e E segundo a pontuação.

Utilizou-se o critério de autodefinição para raça/cor utilizado pelo IBGE: brancos, pretos, pardos, indígenas e amarelos. A denominação "outra" no quesito religião refere-se a espírita, umbanda e mórmons.

Para a classificação socioeconômica, estão associados valores ao número de bens de consumo existentes no domicílio, acesso ao número de automóveis e à existência de empregada mensalista. Esse critério de pontuação permite maior aproximação da realidade socioeconômica dos (as) entrevistados (as), além de poder ser utilizado como prova de renda familiar. Os grupos sociais são criados segundo a pontuação: Estrato A, entre 35 e 41 pontos; Estrato B, entre 23 e 34 pontos; Estrato C, entre 14 e 22 pontos; Estrato D, entre 8 e 13 pontos; e Estrato E, menor que sete pontos, segundo Critério Padrão de Classificação Econômica do Brasil/2008 (ABEP, 2008); **2) Contexto social e identidade** – (com quem e com quantas pessoas você mora e como se define quanto a sexualidade; **3) comportamento sexual** (na vida e nos últimos 12 meses; número e tipo de parceiros sexuais – fixo, casual e comercial; atividade sexual - número de relações sexuais por mês; frequência e uso de

preservativo - na última relação; última relação com parceiro casual; uso consistente do preservativo com qualquer parceria; práticas sexuais - sexo vaginal, oral e anal.

População sexualmente ativa ao longo da vida faz referência a homens e mulheres que já tiveram relações性ual pelas menos uma vez na vida e população sexualmente ativa nos últimos 12 meses anteriores a entrevista abrange pessoas que referiram pelo menos uma relação sexual no período.

Relações性ual foram definidas como prática de sexo oral ou sexo com penetração anal ou vaginal.

Dentre as práticas性ual descritas, escolheu-se o acontecimento de sexo oral e sexo com penetração vaginal ou anal com o último parceiro fixo e/ou casual nos 12 meses anteriores a entrevista.

Categoria homossexual ao longo da vida faz referência a indivíduos que fizeram sexo com parceiro sexual do mesmo sexo ao longo da vida;

Número de parceiros性ual nos últimos 12 meses foi formado com a pergunta: “Quantos parceiros (as)性ual você teve nos últimos 12 meses”?

Uso de preservativo consistente foi definido como aquele em que as pessoas sempre usaram camisinha nas relações性ual nos últimos 12 meses ou se passou a usar “sempre”; **4) parceiro sexual fixo** - alguém com quem você tem “transado” mais de uma vez (em que o segundo e os outros encontros não foram por acaso), e ou com quem pretende transar novamente num futuro próximo (namorado, companheiro etc); **5) parceiro sexual casual** - alguém com quem você tem “transado” uma vez ou mais sem nenhuma regularidade, sem combinar para um próximo encontro e que não seja parceiro sexual comercial (“ficante”, paqueras, pessoas que acabou de conhecer etc); **6) parceiro sexual comercial** - alguém com quem você se relaciona (relacionou) sexualmente e recebeu ou ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo; **7) história clínica do HIV/Aids** (tempo de HIV, fator motivador para fazer o teste, como acha que se infectou; relação sexual depois do diagnóstico, parceiro sabe do HIV e frequencia com parceiro que sabe, uso de antirretrovirais, uso de medicamento para melhorar função sexual, discute relação sexual com seu médico); **8) consumo de álcool e drogas** nos últimos 12 meses, tipo de droga consumida; quantidade e frequencia; **9) conhecimento sobre a transmissão do HIV** baseado no indicador de conhecimento correto, monitorado, internacionalmente, pela UNGASS e estabelecido pelo acerto de cinco questões sobre as formas de transmissão do HIV foram levantados uso de preservativo na relação sexual, contato social com portadores de HIV/Aids (usando banheiros públicos, comendo no mesmo prato de pessoas com Aids), evitando

compartilhar seringas e agulhas já utilizadas. (UNAIDS, 2000); e **10) serviços de saúde** (informações prestadas).

Para cada variável, foram obtidas frequências simples, medidas de tendência central (médias e mediana) e medidas de dispersão (amplitude, desvio-médio, variância, desvio-padrão e percentis).

Foram formatadas tabelas com as variáveis relacionadas às características socio demográficas (idade, sexo, raça cor, escolaridade e situação conjugal, classe socioeconômica e lugar de residência), atividade e comportamento e práticas sexuais; uso do preservativo; história de HIV/Aids ; conhecimento sobre formas de transmissão do HIV/Aids; uso de álcool e drogas; figuras com distribuição geográfica de HIV/Aids (mapa); número e percentual de pacientes, por faixa etária do diagnóstico e tempo do diagnóstico (gráfico).

3.5 Análise dos dados

Para efeito de análise, os participantes foram divididos de acordo com a seguinte classificação: pessoas de meia-idade (50-59 anos), idoso jovem (60-69 anos), idoso médio e velho (70 e mais) (OMS, 1984).

Foram realizadas análises bivariada de seis blocos de variáveis coletadas, separadamente, por sexo, e para cada das categorias de idades acima referidas, com os seus respectivos intervalos de confiança (95%) e p valor $p<0,05$.

Para comparação de proporções, foram utilizados o teste Qui-quadrado, de Pearson ou Exato de Fisher, quando apropriado.

Os dados foram organizados em tabelas e figuras (mapa e gráfico).

As análises foram feitas por meio do programa Epi-info, versão 6.04d <http://www.cdc.gov/epo/epi/epiinfo.htm> e Stata versão10.0. <<http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/ado/analysis/default.htm/>>

Estas análises foram separadas por sexo por serem fundamentais para a identificação e compreensão das diferenças nos padrões de comportamento sexual (GANGNON, 2006 e HUBERT, BAJOS e SANDFORT, 1998) e faixa etárias (50-59 anos, 60-69 anos e 70 anos e +) dadas as particularidades do desenvolvimento humano.

3 6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José (ANEXO B), em cumprimento da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,1996). Os sujeitos da população de estudo que expressaram a intenção de participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Foi mantido total sigilo de todas as informações coletadas durante o estudo. Caso o paciente não aceitasse participar da pesquisa, não houve nenhum prejuízo ao seu atendimento hospitalar ou ambulatorial.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição de variáveis sociodemográficas

O grupo de estudo foi composto por 200 pacientes de 50 a 83 anos de idade. Cerca de 72,5% dos pacientes eram homens; 70,5 % tinham entre 50 e 59 anos, sendo que a idade média da população foi de 63,5 anos; a análise conforme a raça/cor mostrou que 62,5% declararam-se pardos e 31,5% como brancos; no que se refere à escolaridade, 53,5% tinham próxima à fundamental completa. Vale salientar que os níveis de instrução mais baixos foram mais frequentes nas mulheres, chegando a mais do que o dobro entre os que são analfabetos e foram quase seis vezes maiores no curso superior; cerca de 27% viviam com companheiro.

Com relação ao estado conjugal, destacou-se a diferença entre os sexos quanto aos “viúvos”, pertencentes à faixa etária de 50 a 59 anos, sendo de 2,9 (IC 95%, 0,5 a 8,1) para homens e 51,3 (IC 95%, 3,43 a 68,0) para mulheres (Tabela 1).

Com respeito à filiação religiosa, entre homens “evangélicos”, observou-se diferença entre as faixas etárias, que foi de 13,5 (IC 95%, 7,5 a 21,5), na faixa etária de 50-59 anos e de 25,0 (IC 95%, 12,1 a 42,2), na de 60-69 anos. Entre as mulheres, em nenhuma faixa etária foi observada diferença (Tabela 1).

Houve registro de casos de HIV/Aids em todas as mesorregiões do Ceará (Figura 1) com grande concentração (81,0%) na Região Metropolitana de Fortaleza (ME-3). Destes, 69,0% foram na Capital do Estado.

No que diz respeito a classificação socioeconômica, com a finalidade de facilitar a análise desta categoria, agregamos, de um lado, os Estratos “A/B”, e de outro os Estratos “D/E”. Observamos que mais da metade (51,0%) dos pacientes apresentou Estrato econômico D/E”.

Tabela 1 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, segundo características socioeconômicas e demográficas, por sexo e faixa etária (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983- 2008.

| Características | Total | Sexo | | 50-59 | | | | | | 60-69 | | | |
|--|-------|----------------|------------------|----------|------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------|------------------|-------------|------|-------------|
| | | Total Geral | Homem (n=104) | (95% IC) | Mulher (n=37) | (95% IC) | Total (n=36) | Homem (n=16) | (95% IC) | Mulher (n=16) | (95% IC) | | |
| | 100,0 | | | | | | | | | | | | |
| | | 72,5 | 27,5 | | 70,5 | 73,5 | | 26,0 | 69,2 | | 30,7 | | |
| Raça/cor | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 31,5 | 36,5 | 18,2 | 34,8 | 39,4 | (29,9-49,4) | 21,6 | (9,8-38,2) | 23,1 | 27,8 | (14,2-45,1) | 12,5 | (1,5-38,3) |
| Parda | 62,5 | 58,0 | 74,5 | 61,0 | 56,7 | (46,6-66,4) | 72,9 | (55,8-86,2) | 67,3 | 61,1 | (43,4-76,8) | 81,2 | (54,3-95,9) |
| Preta | 6,0 | 5,5 | 7,3 | 6,0 | 3,8 | (1,05-9,5) | 5,4 | (6,6-18,1) | 9,6 | 11,1 | (3,1-26,0) | 6,2 | (1,5-30,2) |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | |
| (anos de estudo) | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhum | 7,5 | 5,5 | 13,0 | 6,4 | 4,8 | (1,5-10,8) | 10,8 | (3,0-25,4) | 7,7 | 8,3 | (1,7-22,4) | 6,3 | (1,5-30,2) |
| Fund Incompleta (1 a 3 a) | 16,5 | 15,0 | 21,9 | 14,9 | 14,4 | (8,3-22,6) | 16,2 | (6,1-32,0) | 21,1 | 13,9 | (4,6-29,5) | 37,5 | (15,1-64,5) |
| Fund Completa (4 a 7 ^a) | 29,5 | 26,2 | 38,1 | 29,1 | 24,0 | (16,2-33,4) | 43,2 | (27,0-60,5) | 30,8 | 30,6 | (16,3-48,1) | 31,2 | (11,0-58,6) |
| Média | 32,5 | 35,5 | 23,6 | 34,0 | 36,5 | (27,3-46,5) | 27,0 | (13,7-44,1) | 30,8 | 36,1 | (20,8-53,7) | 18,7 | (4,0-45,6) |
| Superior (12a e +) | 14,0 | 18,0 | 3,6 | 39,0 | 20,2 | (12,9-29,1) | 2,7 | (0,06-14,1) | 9,6 | 11,1 | (3,1-26,0) | 6,3 | (1,5-30,2) |
| Estado conjugal | | | | | | | | | | | | | |
| Casado/ unido | 33,0 | 35,5 | 26,6 | 34,0 | 39,0 | (29,9-49,4) | 18,9 | (7,9-35,1) | 28,8 | 27,8 | (14,2-45,1) | 31,2 | (11,0-58,6) |
| Solteiro | 34,0 | 40,0 | 18,1 | 39,0 | 45,2 | (35,4-55,2) | 21,6 | (9,8-38,2) | 23,1 | 27,8 | (14,2-45,1) | 12,5 | (1,5-38,3) |
| Viúvo | 18,5 | 6,9 | 49,0 | 15,6 | 2,9 | (0,5-8,1) | 51,3 | (34,3-68,0) | 25,0 | 16,7 | (6,3-32,8) | 43,7 | (19,7-70,1) |
| Divorciado | 14,5 | 16,5 | 3,6 | 11,3 | 12,5 | (1,7-21,9) | 8,1 | (1,7-21,9) | 23,1 | 27,8 | (14,2-45,1) | 12,5 | (1,5-38,3) |
| Religião | | | | | | | | | | | | | |
| Católica | 73,5 | 74,0 | 73,0 | 72,3 | 75,0 | (65,5-82,8) | 64,9 | (47,4-79,7) | 73,1 | 66,7 | (49,0-81,4) | 87,5 | (61,6-98,4) |
| Evangélica | 18,0 | 16,0 | 24,0 | 18,4 | 13,5 | (7,5-21,5) | 32,4 | (18,0-049,7) | 19,2 | 25,0 | (12,1-42,2) | 6,3 | (1,5-30,2) |
| Outras* | 5,0 | 6,2 | 1,8 | 6,5 | 2,9 | (2,7-13,3) | 2,7 | (0,6-14,1) | 3,8 | 5,6 | (0,6-18,6) | 0,0 | (0-0,2) |
| Nenhuma | 3,5 | 4,1 | 1,2 | 2,1 | 4,8 | (1,5-10,8) | 0,0 | (0-0,9) | 3,9 | 2,8 | (0,07-14,5) | 6,2 | (1,5-30,2) |

Fonte: dados da pesquisa direta.

- A faixa etária de 70 anos e mais concentrou sete idosos.

* Outras religiões: espírita, umbanda e mormos

Cont. Tabela 1 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, segundo características socioeconômicas e demográficas, por sexo e faixa etária (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983- 2008.

| Características | Total | Sexo | | 50-59 | | | | | 60-69 | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-------|------------------|---------|------------------|-------------|-------|-----------------|---------|------------------|-------------|------|-------------|--|
| | | Total | Homem (n=104) | (95%IC) | Mulher (n=37) | (95%IC) | Total | Homem (n=36) | (95%IC) | Mulher (n=16) | (95%IC) | | | |
| | Geral | Masc | Fem | 100,0 | 72,5 | 27,5 | 70,5 | 73,5 | | 11,3 | | 26 | 69,2 | |
| Mesorregião² | | | | | | | | | | | | | | |
| ME 1- Nordeste Cearense ³ | 2,0 | 2,0 | 1,9 | 2,1 | 1,9 | (0,2-6,7) | 2,7 | (0,6-14,1) | 1,9 | 2,8 | (0,7-14,5) | 0,0 | (0-2,0) | |
| ME 2- Norte Cearense | 3,5 | 4,8 | 0,0 | 3,6 | 4,8 | (1,5-10,8) | 0,0 | (0-0,9) | 3,9 | 5,6 | (0,6-18,6) | 0,0 | (0-2,0) | |
| ME 3 - Região Metropolitana.Fortaleza | 81,0 | 81,0 | 82,0 | 78,7 | 79,8 | (70,8-87,0) | 75,7 | (58,8-88,2) | 85,0 | 80,6 | (63,9-91,8) | 93,8 | (69,7-99,8) | |
| ME4- Sertões Cearenses | 5,0 | 5,5 | 3,6 | 5,7 | 6,7 | (2,7-13,3) | 2,7 | (0,6-14,1) | 3,9 | 2,8 | (0,7-14,5) | 6,2 | (1,5-30,2) | |
| ME5- Jaguaribe | 5,0 | 4,0 | 5,4 | 5,7 | 6,7 | (2,7-13,3) | 8,1 | (1,7-21,9) | 3,9 | 5,6 | (0,6-18,6) | 0,0 | (0-2,0) | |
| ME6- Centro-Sul Cearense | 3,0 | 5,0 | 5,0 | 5,7 | 1,9 | (0,2-6,7) | 8,1 | (1,7-21,9) | 1,9 | 2,8 | (0,7-14,5) | 0,0 | -0,02 | |
| ME7- Sul Cearense | 0,5 | 0,0 | 1,9 | 2,7 | 0,0 | (0,0,3) | 2,7 | (0,6-14,1) | 0,0 | 0,0 | (0,0,9) | 0,0 | (0,0,2) | |
| Classe Socioeconômica | | | | | | | | | | | | | | |
| AB | 8,5 | 10,0 | 10,0 | 3,7 | 11,5 | (6,1-19,1) | 5,4 | (0,6-18,1) | 5,8 | 8,3 | (1,7-22,1) | 0,0 | (0-0,2) | |
| C | 40,5 | 45,0 | 45,0 | 29,0 | 41,3 | (31,7-51,4) | 27,0 | (13,7-44,1) | 46,1 | 50,0 | (32,9-67,0) | 37,5 | (15,1-65,5) | |
| D/E | 51,0 | 45,0 | 45,0 | 67,3 | 47,2 | (37,2-57,1) | 67,6 | (50,2-81,9) | 46,1 | 41,7 | (25,5-59,2) | 62,5 | (35,4-84,8) | |

Fonte: dados da pesquisa direta.

² IBGE-1991 Mesorregiões – São as regiões políticas administrativas do Ceará:

³ ME1 Nordeste Cearense, ME2 Norte Cearense, ME3 Região Metropolitana de Fortaleza, ME4 Sertões Cearenses, ME5 Jaguaribe, ME6 Centro-Sul Cearense, ME7 Sul Cearense

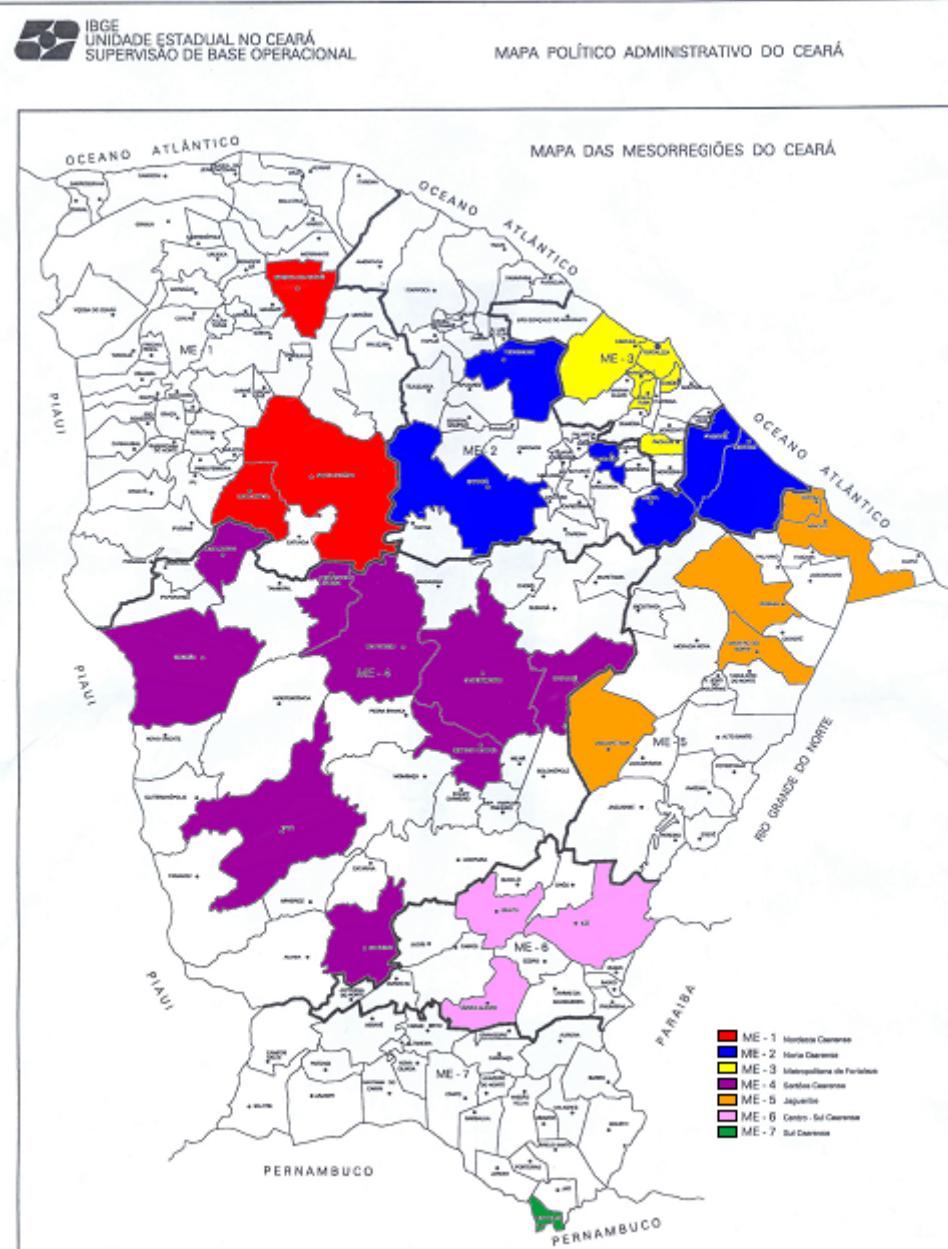


Figura 1 – Distribuição geográfica de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com HIV/Aids, por mesorregiões e municípios do Ceará, Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

Fonte: dados da pesquisa direta.

4.2 Descrição de varáveis relacionadas à atividade e comportamento sexuais

Cerca de 59,5% dos pacientes declararam ser sexualmente ativos nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo que as mulheres foram acentuadamente menos sexualmente ativas - 22,0%.

Quanto ao percentual de indivíduos sexualmente ativos nos últimos 12 meses, destacou-se diferença entre os性os também com relação às faixas etárias. Na faixa etária de 50 a 59 anos, nos homens foi de 91,7 (IC 95%, 83,0 a 96,6) e nas mulheres de 8,2 (IC 95%, 3,3 a 16,2) e na faixa etária de 60 a 69 anos foi de 83,8 (IC 85% 66,2 a 94,5) nos homens e nas mulheres foi de 16,1 (IC 95% 5,4 a 33,7) (Tabela 2).

A atividade sexual diminui com a idade: 60,2 % dos pacientes que eram entre 50 a 59 anos; 59,6 %; e 42,8 % entre aqueles com 70 anos e mais de idade. Quase a metade dos pacientes (48,0%) relatou ter tido quatro a oito relações sexuais por mês e 33,3% dos homens a partir de 70 anos mantiveram de duas a três relações sexuais por mês.

No que se refere ao comportamento sexual, 8,5% dos pacientes relataram mais de mais de cinco parceiros casuais nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, com a concentração entre homens. Somente uma mulher (0,8%) relatou mais de um parceiro nos últimos 12 meses.

No que diz respeito às práticas do sexo protegido, 91,0% dos pacientes usaram o preservativo na última relação sexual, sendo o maior uso com parceiros casuais (96,7%); o uso “sempre” apresentou-se mais alto (87,0%) nesta categoria.

Quanto ao uso de preservativo “sempre”, nas parcerias fixas, notamos diferença no sexo feminino, entre as faixas etárias. Nas pacientes de 50 a 59 anos, foi de 100,0 (IC 95%, 54,0 a 100,0) e nas pacientes de 60-69 anos foi de 40,0 (IC95%, 5,2 a 85,2) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo atividades e comportamento sexual por sexo e faixa etária (n=119), Hospital de referência Ceará, 1983-2008.

| Atividade sexual | Total | Sexo | | 50-59 | | | | 60-69 | | | | | | |
|--|-------|-------|--------|-------|-------|---------|-------------|---------|--------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|
| | | Homem | Mulher | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) | |
| Geral | | | | | | | | | | | | | | |
| Percentual de indivíduos sexualmente ativos | | | | | | | | | | | | | | |
| Na vida | 200 | 100,0 | 72,5 | 27,5 | 70,5 | 73,7 | (65,0-80,8) | 26,2 | (19,1-34,3) | 26,0 | 69,2 | (54,8-81,2) | 30,7 | (18,7-45,1) |
| Nos últimos 12 meses | 119 | 59,5 | 74,0 | 22,0 | 60,2 | 91,7 | (83,0-96,6) | 8,2 | (3,3-16,2) | 59,6 | 83,8 | (66,2-94,5) | 16,1 | (5,4-33,7) |
| Nº de relações sexuais | | | | | | | | | | | | | | |
| < 1 mês | 16 | 13,4 | 12,0 | 14,0 | 11,7 | 11,5 | (5,41-20,7) | 14,2 | (3,6-57,8) | 19,3 | 23,1 | (8,9-43,6) | 0,0 | (0-0,5) |
| 1 mês | 14 | 11,7 | 9,0 | 0,0 | 8,2 | 8,9 | (3,6-17,6) | 0,0 | (0-0,4) | 19,3 | 15,3 | (4,3-34,8) | 40,0 | (5,2-85,3) |
| 2 a 3meses | 30 | 25,2 | 21,0 | 57,0 | 23,5 | 20,5 | (12,2-31,1) | 57,1 | (18,4-90,1) | 29,0 | 30,7 | (14,3-51,7) | 20,0 | (5,0-85,3) |
| 4 a 8 meses | 57 | 48,0 | 56,0 | 29,0 | 54,1 | 56,4 | (44,7-67,6) | 28,5 | (3,6-70,9) | 32,2 | 30,7 | (14,3-51,7) | 40,0 | (5,2-85,3) |
| Diariamente | 2 | 1,7 | 3,0 | 0,0 | 2,3 | 2,5 | (0,3-8,9) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-1,3) | 0,0 | (0-0,5) |
| Total | | | | | | | | | | | | | | |
| Comportamento sexual | | | | | | | | | | | | | | |
| Percentual de indivíduos c/ 10 parceiros. na vida | 126 | 63,0 | 79,0 | 21,0 | 71,2 | 91,1 | (83,0-96,0) | 8,9 | (3,9-16,7) | 90,6 | (74,9-98,0) | 9,4 | (1,9-25,0) | |
| Percentual de indivíduos c/ 5 parceiros. casuais nos últimos 12m | 17 | 8,5 | 27,5 | 0,0 | 5,5 | 100,0 | (1,5-100,0) | 0,0 | (0-0,28) | 25,0 | 100,0 | (47,8-100) | 0,0 | (0-0,5) |
| Uso de preservativo na última relação sexual | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 18 | 91,0 | 94,0 | 100,0 | 95,2 | 94,8 | (87,3-98,5) | 100,0 | (59,6-100,0) | 77,4 | 80,7 | (60,6-93,4) | 60,0 | (14,6-94,7) |
| Não | 11 | 9,0 | 5,1 | 0,0 | 4,7 | 5,1 | (1,4-12,6) | 0,0 | (0-0,4) | 22,6 | 19,2 | (6,5-39,3) | 40,0 | (5,2-85,3) |

• Fonte: dados da pesquisa direta.

- A faixa etária de 70 anos e mais concentrou sete idosos.

- 43,0% dos idosos da faixa etária de 70 anos + referiram comportamento sexual ativo. Destes, um terço manteve de duas a três relações sexuais por mês.

Cont. Tabela 2 – Distribuição de pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo atividades e comportamento sexual por sexo e faixa etária (n=119), Hospital de referência Ceará, 1983-2008.

| Atividade sexual | Total | Sexo | | 50-59 | | | | | | 60-69 | | | | | |
|---|-------|-------|--------|-------|-------|---------|--------------|---------|--------------|-------|---------|-------------|---------|------------|--|
| | | Homem | Mulher | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) | | |
| Geral | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comportamento Sexual | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uso de preservativo na últ. relação sexual c/ parc. | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAUSAL⁴ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 29 | 96,7 | 96,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | (82,3-100,0) | 100,0 | (25,0-100,0) | 88,8 | 67,8 | (51,7-99,7) | 0,0 | (0-0,5) | |
| Não | 1 | 3,3 | 3,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,1) | 0,0 | (0-0,9) | 11,1 | 32,1 | (28,0-48,2) | 100,0 | (0-0,5) | |
| Uso regular preservativo (qualquer parceiro) com parceiro FIXO⁵ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 75 | 84,2 | 88,1 | 100,0 | 89,2 | 88,1 | (77,0-95,0) | 100,0 | (54,0-100) | 68,1 | 76,5 | (50,1-93,1) | 40,0 | (5,2-85,3) | |
| Quase sempre | 2 | 2,2 | 3,3 | 0,0 | 3,1 | 3,3 | (0,4-11,7) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-1,9) | 0,0 | (0-5,2) | |
| Às vezes | 2 | 2,2 | 1,7 | 0,0 | 1,5 | 1,7 | (0,4-9,0) | 0,0 | (0-0,4) | 4,6 | 0,0 | (0-1,9) | 20,0 | (5,0-71,6) | |
| Nunca | 10 | 11,2 | 6,7 | 0,0 | 6,1 | 6,8 | (1,8-16,4) | 0,0 | (0-0,4) | 22,2 | 23,5 | (6,8-49,8) | 27,2 | (5,2-85,3) | |
| Uso de preservativo na últ. relação sexual c/ parceiro. | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAUSAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 26 | 87,0 | 95,0 | 100,0 | 95 | 95,0 | (73,9-99,8) | 100,0 | (25,0-100,0) | 66,7 | 66,7 | (29,9-92,5) | 0,0 | (0-0,5) | |
| Quase sempre | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-1,7) | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | 0,0 | (0-0,3) | 0,0 | (0-0,5) | |
| Às vezes | 3 | 10,0 | 2,5 | 0,0 | 5,0 | 5,0 | (1,3-26,0) | 0,0 | (0-0,9) | 22,2 | 22,2 | (2,8-60,0) | 0,0 | (0-0,5) | |
| Nunca | 1 | 3,0 | 2,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-1,7) | 0,0 | (0-0,9) | 11,1 | 11,1 | (2,8-60,0) | 0,0 | (0-0,5) | |

Fonte: dados da pesquisa direta.⁴

Casual é somente parceiro casual

⁵ Fixo é parceiro fixo e fixo e casuais

4.3 Descrição de variáveis de tipo de relação e práticas sexuais e categoria de transmissão

A relação sexual fixa foi observada em mais da metade dos pacientes (52,9%) e entre as mulheres predominou com 83,3%; no entanto, notamos diferença entre as faixas etárias. Entre as mulheres, foi de apenas 71,4 (95% IC, 29,0 a 96,3) na faixa etária de 50-59 anos e de 100,0 (IC95%, 47,8 a 100,0) na de 60-69 anos (Tabela 3).

A prática de sexo esporádico casual - (27,1%) e fixas e casuais (23,3%) juntas foi de 50,5% entre os homens, sendo sua distribuição entre as faixas etárias não homogênea.

Dos (as) entrevistados (as) com pelo menos um parceiro (a) comercial, 33,0% declaram esta prática, sendo que 9,0% receberam e a maioria (76,0%) já ofereceu dinheiro, presentes ou favores em troca de sexo. Destes, o uso “sempre” e “quase sempre” foi de apenas 16,6% e 86,6% usam apenas “às vezes”. Destacou-se a diferença entre os sexos na faixa etária de 50 a 59 anos, sendo de 93,0 (IC 95%, 80,9 a 98,5) para homens e 6,9 (IC 95%, 14,6 a 19,0) para mulheres.

No que concerne às práticas sexuais, 63,8% das pessoas sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à entrevista relataram prática de sexo vaginal “sempre” com o(a) último(a) parceiro(a)

Comprovamos diferença entre faixas etárias no sexo masculino, quanto à prática do sexo vaginal “quase sempre” foi de 1,2 (IC 95%, 0 a 6,9) na faixa etária de 50-59 anos e de 7,7 (IC 95%, 9,4 a 25,1) na de 60-69 anos (Tabela 3). Com relação ao sexo oral e anal, estes foram pouco frequentes entre as mulheres e sua distribuição nos homens entre as faixas etárias mostrou-se heterogênea (Tabela 3).

Quanto à categoria de transmissão, entre os 30,0% que relataram contato homem com homem (14,5% somente com homem e 15,5% com homem e mulher) e 70% se definiram como heterossexuais, sendo que todas as mulheres pertenceram a esta categoria.

Destacou-se diferença entre os sexos na categoria heterosexual, na faixa etária de 59-59 anos, foram de 57,0 (IC 95%, 46,6 a 66,4) para homens e 100,0 (IC 95%, 90,5 a 100,0) para mulheres (Tabela 3).

No conjunto da população masculina, 41,4% declaram ter tido contato homem com homem e 58,6% somente com mulher.

Tabela 3 – Distribuição pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids sexualmente ativas nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo tipo de relação e práticas sexuais e categoria de transmissão, por sexo e faixa etária. Hospital de referência no Ceará, 1983-2008.

| | Total Geral | | Sexo | | 50-59 | | | | | 60-69 | | | | |
|-----------------------------------|-------------|------|-------|--------|-------|-------|-------------|--------|--------------|-------|-------|--------------|--------|--------------|
| | Geral | | Homem | Mulher | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) | Total | Homem | (95%IC) | Mulher | (95%IC) |
| Tipo de relação | | | | | | | | | | | | | | |
| Fixa | 63 | 52,9 | 49,5 | 83,3 | 50,6 | 48,7 | (37,2-60,3) | 71,4 | (29,0-96,3) | 61,2 | 53,8 | (33,3-73,4) | 100,0 | (47,8-100,0) |
| Casual | 30 | 25,2 | 27,1 | 8,3 | 23,5 | 24,3 | (15,3-35,3) | 14,2 | (3,6-57,8) | 29,0 | 34,6 | (17,2-55,6) | 0,0 | (0-0,5) |
| Fixa e casual | 26 | 21,8 | 23,3 | 8,3 | 25,8 | 26,9 | (17,5-38,1) | 14,2 | (3,6-57,8) | 9,7 | 11,5 | (2,4-30,1) | 0,0 | (0-0,5) |
| Comercial | 66 | 33,0 | 95,4 | 4,6 | 100,0 | 93,0 | (80,9-98,5) | 6,9 | (14,6-19,0) | 100,0 | 100 | (82,3-100,0) | 0,0 | (0-1,7) |
| Recebido | 6 | 9,0 | 6,3 | 66,6 | 9,3 | 5,0 | (0,6-16,9) | 66,7 | (29,2-100,0) | 10,5 | 10,5 | (1,3-33,1) | 0,0 | (0-1,7) |
| Oferecido | 50 | 76,0 | 77,7 | 33,3 | 74,4 | 77,5 | (61,5-89,1) | 33,0 | (8,4-90,5) | 73,7 | 73,7 | (48,7-90,8) | 0,0 | (0-1,7) |
| Recebe/oferece | 10 | 15,0 | 15,8 | 0,0 | 16,2 | 17,5 | (7,3-32,7) | 0,0 | (0-0,7) | 15,7 | 15,7 | (3,3-39,5) | 0,0 | (0-1,7) |
| Práticas性uais | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo vaginal | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 76 | 63,8 | 61,6 | 83,3 | 61,1 | 58,9 | (47,2-69,9) | 85,7 | (42,1-99,6) | 74,1 | 73,1 | (52,2-88,4) | 80,0 | (28,3-99,4) |
| Quase sempre | 3 | 2,5 | 2,8 | 0,0 | 1,1 | 1,2 | (0-6,9) | 0,0 | (0-0,4) | 6,4 | 7,7 | (9,4-25,1) | 0,0 | (0-0,5) |
| Às vezes | 7 | 5,8 | 5,6 | 8,3 | 5,9 | 5,1 | (1,4-12,6) | 14,2 | (3,6-57,8) | 3,2 | 3,9 | (0,9-19,6) | 0,0 | (0-0,5) |
| Nunca | 33 | 27,7 | 29,9 | 8,3 | 31,8 | 34,6 | (24,1-46,2) | 0,0 | (0-0,4) | 16,1 | 15,4 | (4,3-34,8) | 20,0 | (5,0-71,6) |
| Sexo oral últimos 12meses | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 29 | 24,3 | 27,1 | 0,0 | 28,2 | 30,7 | (20,8-42,2) | 0,0 | (0-0,4) | 13,0 | 15,4 | (4,3-34,8) | 0,0 | (0-0,5) |
| Quase sempre | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-0,1) | 0,0 | (0-0,5) |
| Às vezes | 24 | 20,1 | 20,5 | 16,7 | 20,0 | 20,5 | (12,2-31,1) | 14,2 | (3,6-57,8) | 23,0 | 23,1 | (8,9-43,6) | 20,0 | (5,0-71,6) |
| Nunca | 66 | 55,4 | 52,3 | 83,3 | 52,0 | 48,7 | (37,2-60,3) | 85,7 | (42,1-99,6) | 65,0 | 62,0 | (40,5-79,27) | 80,0 | (28,3-99,4) |
| Sexo anal últimos 12 últ m | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 40 | 33,6 | 37,3 | 0,0 | 36,4 | 39,7 | (28,8-51,4) | 0,0 | (0-0,4) | 23,0 | 27,0 | (11,5-47,7) | 0,0 | (0-0,5) |
| Quase sempre | 2 | 1,6 | 1,8 | 0,0 | 2,3 | 2,5 | (3,1-8,9) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-0,1) | 0,0 | (0-0,5) |
| Às vezes | 14 | 11,7 | 11,2 | 16,7 | 13,0 | 11,5 | (5,4-20,7) | 28,5 | (3,6-70,9) | 10,0 | 12,0 | (2,4-30,1) | 0,0 | (0-0,5) |
| Nunca | 63 | 52,9 | 49,5 | 83,3 | 48,2 | 46,1 | (34,7-57,8) | 71,4 | (29,0-96,3) | 68,0 | 62,0 | (40,5-79,7) | 100,0 | (47,8-100,0) |
| Categoria de transmissão | | | | | | | | | | | | | | |
| Contato com heterossexual | 140 | 70,0 | 58,6 | 100,0 | 68,0 | 57,0 | (46,6-66,4) | 100,0 | (90,5-100,0) | 77,0 | 66,7 | (49,0-81,4) | 100,0 | (79,4-100) |
| Contato homem c/ homem | 60 | 30,0 | 41,0 | 0,0 | 32,0 | 43,2 | (33,5-53,3) | 0,0 | (0-0,9) | 23,0 | 33,3 | (18,5-50,9) | 0,0 | (0-0,2) |
| Homossexual | 29 | 14,5 | 20,0 | 0,0 | 15,6 | 21,1 | (13,7-30,2) | 0,0 | (0-0,9) | 11,5 | 16,7 | (6,3-32,8) | 0,0 | (0-0,2) |
| Bissexual | 31 | 15,5 | 21,0 | 0,0 | 16,3 | 21,1 | (13,7-30,2) | 0,0 | (0-0,9) | 11,5 | 16,7 | (6,3-32,8) | 0,0 | (0-0,2) |

Fonte: dados da pesquisa direta

A faixa etária de 70 anos mais concentrou sete idosos.

4.4 Descrição de uso de preservativo associado aos tipos de parcerias: fixas, fixas e casuais.

Homens usaram mais preservativo em relações com parcerias casuais (96,5%). Entre as mulheres, menor uso de preservativo foi verificado nas relações com parcerias fixas (80,0%). Pacientes mais escolarizadas, superior (100,0%), usaram mais o preservativo (Tabela 4). Entre as pessoas 60 e 69 anos, observamos menor percentual de uso de preservativo em todos os tipos de relação sexual: fixa (73,6%), casual (88,8%) e fixas e casuais (66,6%). Com relação a raça/cor, o uso do preservativo foi maior entre os brancos (92,1%). Entre os casados, coube a maior frequencia de uso de preservativo (95,3%). Indivíduos sem filiação religiosa usaram mais preservativo.

4.5 Descrição de uso de preservativo e classe socioeconômica

Diferenças foram encontradas por classe socioeconômica relacionadas ao uso do preservativo, sendo desfavorável as pessoas da classe C, seguidas das mais pobres (Tabela 5). O relato de uso do preservativo na última relação sexual entre as pessoas de 60 a 69 anos variou de 100,0% na classe social mais alta para 69,2% na classe C, e o uso de preservativo “sempre” nas parcerias fixas nesta mesma faixa etária variou de 100% (Classes A/B) a 54,5% (Classe C). Proporções menores de relato de uso de preservativo foram observadas entre idosos médios (60 – 69 anos de idade) (Tabela 5).

Tabela 4 – Uso de preservativos entre pessoas de 50 anos e mais de idade com HIV/Aids nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, segundo características sociodemográficas, por tipo de relação (n=108), Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Variável | TOTAL GERAL | | | Relação Fixa | Relação casual | Relação fixa e casual |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|----------|---------------------|-----------------------|------------------------------|
| | População sexualmente ativa | Uso de preservativo | % | % | % | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 107 | 98 | 91,5 | 88,6 | 96,5 | 92,0 |
| Feminino | 12 | 10 | 83,3 | 80,0 | 100 | 100,0 |
| Total | 119 | 108 | 90,0 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Faixa etária | | | | | | |
| 50-59 | 85 | 81 | 81,0 | 93,0 | 100,0 | 100,0 |
| 60-69 | 31 | 24 | 77,4 | 73,6 | 88,8 | 66,6 |
| 70 e + | 3 | 3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total | 119 | 108 | 90,7 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Raça/cor | | | | | | |
| Branca | 38 | 35 | 92,1 | 88,8 | 100,0 | 88,8 |
| Parda | 73 | 67 | 91,7 | 87,8 | 94,1 | 100,0 |
| Preta | 8 | 6 | 75,0 | 75,0 | 100,0 | 50,0 |
| Total | 119 | 108 | 90,7 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | | |
| Nenhum | 9 | 5 | 55,5 | 40,0 | 66,6 | 100,0 |
| Fundamental Incompleta (1 a 3a) | 16 | 13 | 81,3 | 72,7 | 100,0 | 100,0 |
| Fundamental completa (4 a 7a) | 30 | 29 | 96,7 | 100,0 | 100,0 | 90,0 |
| Média (8 a 11a) | 42 | 39 | 92,7 | 90,4 | 100,0 | 90,0 |
| Superior (12 a e +) | 22 | 22 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total | 119 | 108 | 90,7 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Estado Conjugual | | | | | | |
| Casado (a) ou unido (a) | 43 | 41 | 95,3 | 92,8 | 100,0 | 100,0 |
| Solteiro (a) | 43 | 39 | 90,7 | 85,0 | 100,0 | 90,9 |
| Viúvo (a) | 12 | 10 | 82,3 | 71,4 | 100,0 | 100,0 |
| Separado (a) ou divorciado (a) | 21 | 18 | 85,7 | 87,5 | 85,7 | 83,3 |
| Total | 119 | 108 | 90,7 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Religião | | | | | | |
| Católica | 88 | 81 | 92,1 | 89,5 | 95,0 | 95,0 |
| Evangélica | 17 | 14 | 82,3 | 72,7 | 100,0 | 100,0 |
| Nenhuma | 5 | 5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 |
| Outras | 9 | 8 | 88,8 | 50,0 | 33,3 | 25,0 |
| Total | 119 | 108 | 90,7 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |
| Classe socio econômica | | | | | | |
| A/B | 13 | 13 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| C | 49 | 44 | 89,8 | 82,7 | 100,0 | 100,0 |
| D/E | 57 | 51 | 89,5 | 88,8 | 93,3 | 86,6 |
| Total | 119 | 108 | 90,8 | 87,3 | 96,6 | 92,3 |

Fonte: dados da pesquisa direta

Tabela 5 – Indicadores de uso de preservativo entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, por faixa etária e classe socioeconômica (n=108). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Indicadores | Uso de Preservativo | Faixa Etária (anos) | Classe socioeconômica | | |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------|----------|----------|
| | | | N | % | C |
| Uso de preservativo (%) na última relação sexual | | | | | |
| Sim | 108 | 50-59 | 100,0 | 97,0 | 92,5 |
| | | 60-69 | 100,0 | 69,2 | 81,2 |
| | | 70 e + | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| | | Total | 100,0 | 89,7 | 89,4 |
| Uso consistente de preservativo c/ FIXO | | | | | |
| Sempre | 52 | 50-59 | 83,3 | 94,1 | 85,0 |
| | | 60-69 | 100,0 | 54,5 | 85,7 |
| | | 70 e + | 0,0 | 100,0 | 0,0 |
| | | Total | 85,7 | 79,3 | 85,1 |
| Uso consistente de preservativo com CASUAL | | | | | |
| Sempre | 26 | 50-59 | 100,0 | 85,7 | 100,0 |
| | | 60-69 | 0,0 | 50,0 | 83,3 |
| | | 70 e + | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| | | Total | 80,0 | 80,0 | 100,0 |
| Uso consistente de preservativo c/ qualquer tipo de parceiro FIXO e CASUAL | | | | | |
| Sempre | 24 | 50-59 | 100,0 | 100,0 | 90,9 |
| | | 60-69 | 0,0 | 0,0 | 66,6 |
| | | 70 e + | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| | | Total | 100,0 | 100,0 | 86,6 |

Fonte: dados da pesquisa direta

4.6 Descrição das características clínicas do HIV/Aids.

Três quartos (150/200, 75,0%) dos pacientes declararam ter de quatro a mais anos de infecção por HIV. De acordo com a figura 2, menos da metade (95/200, 47,5%) descobriu o diagnóstico após os 50 ou 60 anos, e pouco mais da metade disse ter envelhecido com a infecção (10/200, 5,0%) entre 30 e 39 anos e (95/200, 47,5%), entre 40 e 49 anos. Mais da metade (59,5%) nunca foi testada antes da infecção e 17,5% fizeram o anti-HIV porque o parceiro estava doente ou morreu com aids, seguido de curiosidade (15,5%).

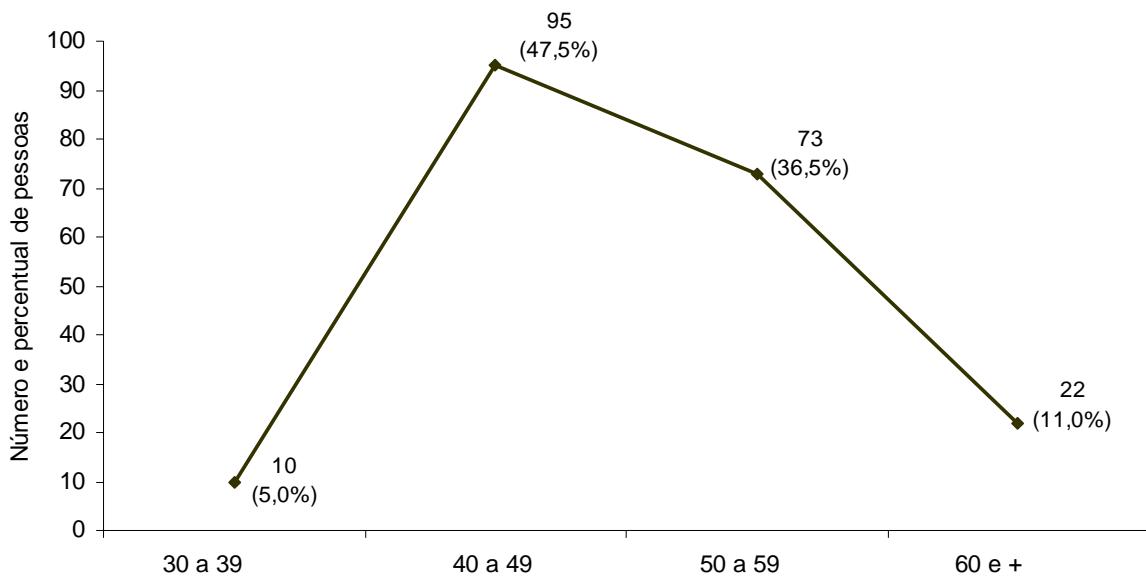


Figura 2 – Número e percentual de pessoas de 50 anos e mais de idade, vivendo com HIV/Aids, por faixa etária do diagnóstico, Hospital de referência do Ceará, Brasil, 1983 -2008.

Fonte: dados da pesquisa direta

Quanto à percepção de como se infectou com o HIV, a relação sexual desprotegida respondeu pela maioria (76,0%) das transmissões: entre os homens, 44,1% acham que se infectaram em relações sexuais com parceiro “pouco conhecido”, e, entre as mulheres, (69,1%), com parceiro “conhecido”. Na faixa etária de 50 a 59 anos, com respeito à relação sexual desprotegida com parceiro “pouco conhecido”, foi de 45,2 (IC 95%, 35,4 a 55,2) para homens e 13,5 (IC 95%, 4,5 a 28,7) para mulheres (Tabela 6). Nesta mesma faixa etária, no que concerne à relação sexual desprotegida com parceiro “conhecido”, foi de 31,0% (IC 95%, 22,0 a 40,5) para os homens e 73,0 (IC 95% 55,8 a 86,2) para as mulheres. (Tabela 6); 17,0% das pessoas disseram não ter a mínima ideia de como se deu a contaminação.

No que concerne à realização de relações sexuais após HIV positivo, 74,7% disseram que continuaram com vida sexual ativa. Foi observada diferença, na faixa de 50 a 59 anos, de 84,0 (IC 95%, 75,3-90,5) para os homens e 48,0 (IC 95% 28,6 a 68,0) para as mulheres; (Tabela 6).

Em relação à frequência de uso de preservativo após HIV positivo, 86,0% referem uso “sempre”, (mas 13,0% somente “às vezes”). Na faixa etária de 50 a 59 anos, a frequência de uso “às vezes” foi de 6,0 (IC 95%, 1,9-13,3) para os homens e 46,1 (IC 95% 19,2 a 74,8) para as mulheres (Tabela 6).

Parceiro não sabe que é HIV+ foi de 20,2 (IC 95%, 12,9 a 29,1) para os homens e 0,0 (IC 95% 0,0 a 0,9) para as mulheres (Tabela 6).

O relato de uso do preservativo pós-HIV com o conhecimento da soropositividade pelo parceiro revelou um alto percentual de uso “sempre” (87,5%), embora 11,1% tenham referido somente “às vezes” e/ou “quase sempre”; 1,4% não informou a sua soropositividade ao parceiro.

A maioria (90,5%) dos pacientes faz uso dos antirretrovirais e, conforme a figura 3, cerca de 31,5% mostraram uma média de 17 anos de diagnóstico.

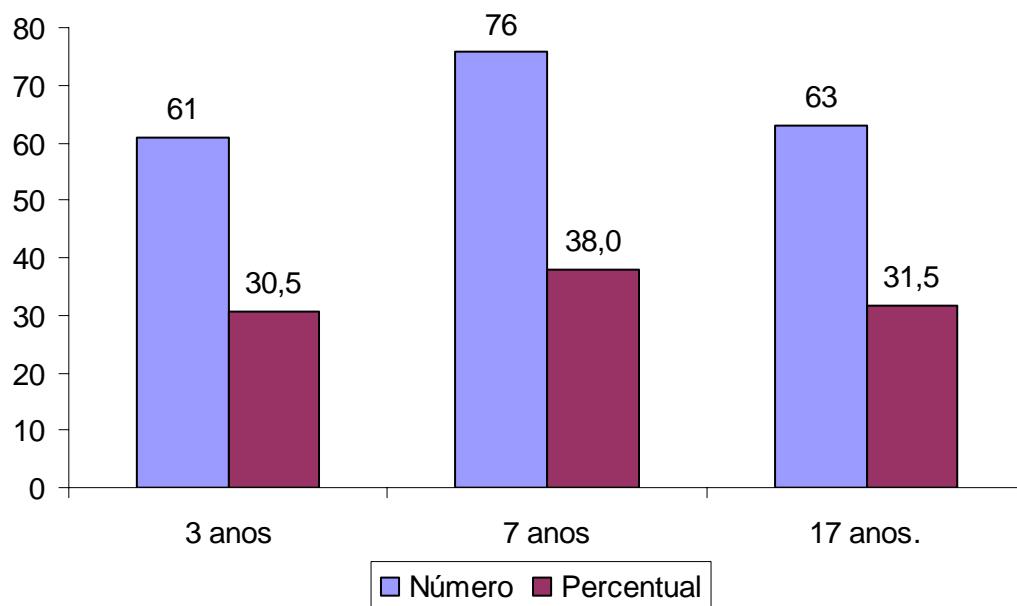


Figura 3 – Número e percentual de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com diagnóstico de HIV/Aids, por tempo de diagnóstico. Hospital de referência do Ceará, Brasil. 1983-2008.

Fonte: dados da pesquisa direta

Em relação ao uso de medicação ou suplementos para melhorar a função sexual, apenas os homens 2,0% o referiram.

Somente 34,0% de todos os entrevistados disseram que eles tinham discutido relações sexuais com o seu médico, cabendo aos homens mais do que o dobro dessa discussão do que entre as mulheres - 40% e 18,1%, respectivamente. Notamos diferenças na faixa etária de 50 a 59 anos, que foram de 39,4 (IC 95%, 29,9-49,4) para os homens e 13,5 (IC 95% 4,5 a 28,7 para as mulheres) (Tabela 6). Não observamos diferença entre os homens e mulheres entre si.

Tabela 6 – Características clínicas de pessoas de 50 anos e mais vivendo com diagnóstico de HIV/Aids, por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Características | Total (n=200) | Sexo | | 50-59 | | | | | 60-69 | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|-----------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| | | Homem (n=145) | Mulher (n=55) | Total (n=141) | Homem (n=104) | (95%IC) | Mulher (n=37) | (95%IC) | Total (n=52) | Homem (n=36) | (95%IC) | Mulher (n=16) | (95%IC) |
| Há quanto tempo é HIV+ | | | | | | | | | | | | | |
| < 4 anos | 25,0 | 24,8 | 25,4 | 24,0 | 25,0 | (17,0-34,3) | 21,6 | (9,8-38,2) | 29,0 | 25,0 | (12,1-42,2) | 37,5 | (15,1-64,5) |
| 4 anos ou + | 75,0 | 75,2 | 74,6 | 76,0 | 75,0 | (65,5-82,9) | 78,4 | (61,7-90,1) | 71,1 | 75,0 | (57,7-87,8) | 62,5 | (35,4-84,8) |
| Fator motivador para fazer o teste Anti-HIV | | | | | | | | | | | | | |
| - Serviço de saúde pediu | 80,0 | 76,5 | 89,1 | 79,0 | 73,1 | (63,4-81,3) | 94,6 | (81,8-99,3) | 85,0 | 88,9 | (7,3-96,8) | 75,0 | (47,6-92,7) |
| - Curiosidade | 15,5 | 17,2 | 10,1 | 15,0 | 18,3 | (11,3-27,0) | 5,4 | (0,6-18,1) | 15,0 | 11,1 | (3,1-26,0) | 25,0 | (7,2-52,3) |
| - Precisou ou quis doar sangue | 3,5 | 4,8 | 0,0 | 5,0 | 6,7 | (2,7-13,3) | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | (0-0,2) |
| - Firma pediu | 1,0 | 1,3 | 0,0 | 1,4 | 1,9 | (0,2-6,7) | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | (0-0,2) |
| Como acha que se infectou | | | | | | | | | | | | | |
| - Transfusão de sangue | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,0 | 5,8 | (2,1-12,1) | 2,7 | (0-1,4) | 3,9 | 2,8 | (0-1,4) | 6,2 | (1,5-30,2) |
| - Uso de drogas compartilhada com agulha | 1,5 | 1,4 | 1,9 | 1,4 | 1,0 | (0-0,5) | 2,7 | (0-1,4) | 1,9 | 2,8 | (0-1,4) | 0,0 | (0-0,2) |
| - Rel. sexual desprotegida c/ parceiro (a) pouco conhecido (a) | 35,0 | 44,1 | 10,1 | 37,0 | 45,2 | (35,4-55,2) | 13,5 | (4,5-28,7) | 31,0 | 41,7 | (25,5-59,2) | 6,2 | (1,5-30,2) |
| - Rel. sexual desprotegida c/ parceiro.(a) conhecido(a) | 41,0 | 30,3 | 69,1 | 42,0 | 31,0 | (22,0-40,5) | 73,0 | (55,8-86,2) | 38,5 | 28,0 | (14,2-45,1) | 62,5 | (35,4-84,8) |
| - Não tem a menor ideia | 17,0 | 18,6 | 12,7 | 15,0 | 17,3 | (10,5-25,9) | 8,1 | (1,7-21,9) | 25,0 | 25,0 | (12,1-42,2) | 25,0 | (7,2-52,3) |
| Após HIV + teve relação sexual | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 74,7 | 83,3 | 45,0 | 76,4 | 84,0 | (75,3-90,5) | 48,0 | (28,6-68,0) | 72,0 | 82,3 | (65,4-93,2) | 41,7 | (15,1-72,3) |
| Não | 25,3 | 16,7 | 55,0 | 23,6 | 16,0 | (9,4-24,6) | 52,0 | (31,9-71,3) | 28,2 | 17,7 | (6,7-34,5) | 58,3 | (27,6-84,8) |

- Fonte: dados direto da pesquisa
- A faixa etária de 70 anos e mais concentrou sete idosos.

Cont. Tabela 6 – Características clínicas de pessoas de 50 anos e mais, vivendo com diagnóstico de HIV/Aids, por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Características | Total (n=200) | Sexo | | 50-59 | | | | 60-69 | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
| | | Homem (n=145) | Mulher (n=55) | Total (n=141) | Homem (n=104) | (95% IC) | Mulher (n=37) | (95% IC) | Total (n=52) | Homem (n=36) | (95% IC) | Mulher (n=16) | (95% IC) |
| Usa reg preservativo após HIV+ | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 86,0 | 89,5 | 61,2 | 86,6 | 91,7 | (83,5-96,5) | 54,0 | (25,1-80,7) | 85,0 | 85,7 | (67,3-95,9) | 80,0 | (28,3-99,4) |
| Quase sempre | 1,0 | 1,7 | | 2,1 | 2,3 | (0,2-8,3) | 0,0 | (0-0,2) | | 0,0 | (0-1,2) | 0,0 | (0-0,5) |
| Às vezes | 13,0 | 38,8 | 39,0 | 11,3 | 6,0 | (1,9-13,3) | 46,1 | (19,2-74,8) | 15,0 | 14,3 | (4,0-32,6) | 20,0 | (5,0-71,6) |
| Nunca | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | | 0,0 | (0-1,2) | 0,0 | (0-0,5) |
| Parceiro sabe se HIV+ | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 45,0 | 51,0 | 29,0 | 44,0 | 50,0 | (40,0-59,9) | 27,0 | (13,7-44,1) | 48,1 | 52,8 | (35,4-69,5) | 37,5 | (15,1-64,5) |
| Não | 14,0 | 18,6 | 1,8 | 15,0 | 20,2 | (12,9-29,1) | 0,0 | (0-0,9) | 13,5 | 16,7 | (6,3-32,8) | 6,2 | (1,5-30,2) |
| Não tem parceiro | 40,5 | 29,6 | 69,0 | 41,1 | 29,8 | (21,2-39,5) | 73,0 | (55,8-86,2) | 36,5 | 27,8 | (14,2-45,1) | 56,2 | (29,8-80,2) |
| Não sabe informar | 0,5 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,3) | 0,0 | (0-0,9) | 1,9 | 2,8 | (0-1,4) | 0,0 | (0-0,2) |
| Usa reg. preservativo c/ parceiro que sabe HIV+ | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre | 87,5 | 87,3 | 12,9 | 88,4 | 89,1 | (78,7-97,5) | 71,4 | (29,0-96,3) | 88,8 | 92,8 | (66,1-99,8) | 75,0 | (19,4-99,3) |
| Quase Sempre | 1,4 | 100,0 | 0,0 | 1,4 | 2,2 | (0,5-11,7) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,6) |
| Às vezes | 11,1 | 62,5 | 34,5 | 9,6 | 6,7 | (1,3-18,2) | 28,5 | (3,6-70,9) | 11,1 | 7,1 | (1,8-33,8) | 25,0 | (6,3-80,5) |
| Nunca | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,7) | 0,0 | (0-0,4) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,6) |
| Usa Antiretrovirais | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 90,5 | 74,0 | 26,0 | 89,3 | 90,3 | (83,0-95,2) | 86,5 | (71,2-95,4) | 92,3 | 94,4 | (81,3-99,3) | 87,5 | (61,6-98,4) |
| Não | 9,5 | 63,2 | 36,8 | 11,0 | 9,6 | (4,7-16,9) | 13,5 | (4,5-28,7) | 7,7 | 5,6 | (0,6-18,6) | 12,5 | (1,5-38,3) |
| Usa de medicamentos para melhorar a função sexual? | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2,0 | 2,0 | 0,0 | 0,7 | 0,9 | (0-5,2) | 0,0 | (0-0,9) | 3,8 | 5,6 | (0,6-18,6) | 0,0 | (0-0,2) |
| Não | 98,0 | 71,9 | 28,0 | 99,3 | 99,1 | (94,7-99,9) | 100,0 | (90,5-100,0) | 96,1 | 94,4 | (81,3-99,3) | 100,0 | (79,4-100,0) |
| Se sim, qual? | | | | | | | | | | | | | |
| Viagra | 25,0 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) |
| Outro similar | 75,0 | 75,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | (25,0-100,0) | 0,0 | (0-0,2) | 100,0 | 100,0 | (15,8-100,0) | 0,0 | (0-0,2) |
| Tem discutido relações sexuais com seu médico? | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 34,0 | 40,0 | 18,1 | 32,6 | 39,4 | (29,9-49,4) | 13,5 | (4,5-28,7) | 40,3 | 44,4 | (27,9-61,9) | 31,3 | (11,0-58,6) |
| Não | 65,0 | 65,0 | 35,0 | 66,6 | 59,6 | (49,5-69,1) | 86,5 | (71,2-95,4) | 57,6 | 52,8 | (35,4-69,5) | 68,7 | (41,3-88,9) |
| Nunca | 0,5 | 100,0 | 0,0 | 0,7 | 0,9 | (0-0,5) | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | 0,0 | (0-0,9) | 0,0 | (0-0,2) |
| Não respondeu | 0,5 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,3) | 0,0 | (0-0,9) | 0,2 | 2,8 | (0-1,4) | 0,0 | (0-0,2) |

4.7 Descrição de consumo de álcool e drogas

O álcool foi a substância mais frequentemente utilizada - 37,5% . Essa proporção mostrou-se acentuadamente maior entre os homens (73,3%) do que entre as mulheres (22,6%) e sua distribuição por faixa etária decresceu com a idade. Variou de 75,0% entre as pessoas de 50 e 59 anos para 23,0% nas pessoas de 60 a 69 anos. Destacou-se a diferença entre os sexos na faixa etária de 50 a 59 anos, sendo de 80,3 (IC95%, 67,5 a 89,7) para homens e 19,6 (IC 95%, 10,2 a 24,0) para mulheres (Tabela 7).

O consumo de drogas ilícitas foi referido por 2,0% dos entrevistados (maconha), com registro concentrado entre os homens com idade de 50 a 59 anos. O uso de drogas injetáveis foi raramente mencionado - 0,5%.

A frequencia de uso de bebida alcoólica foi de 21,3% “semanalmente” e 1,3% “diariamente”. Observamos diferença entre as faixas etárias, “mensalmente”, no sexo masculino, que foi de 6,7 (IC 95%, 1,3 a 18,2) na faixa etária de 50-59 anos e de 0,0 (IC 95%, 0-0,20); na de 60-69 anos; e “diariamente” no sexo masculino, foi de 2,2 (IC 95%, 0,5 a 11,7) na faixa etária de 50 a 59 anos e de 0,0 (IC 95% , 0 a 0,2) na faixa etária de 60 a 69 anos (Tabela 7). Entre as mulheres não notamos diferença. A referência por parte dos entrevistados quanto ao consumo de álcool regular foi de 20,0%.

A ocorrência de relações性uais com parceiros que tinham bebido muito ou estavam bêbados foi de 68,5%; e com este parceiro 83,4% não usaram camisinha.

Tabela 7 – Distribuição de pessoas com 50 anos e mais com HIV/Aids, segundo consumo de álcool e drogas por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Consumo de álcool e drogas | Total Geral | Sexo | | 50-59 | | | | | | 60-69 | | | | | |
|--|-------------|-------|--------|-------|-------|--------------|--------|-------------|-------|-------|--------------|--------|-------------|--|--|
| | | Homem | Mulher | Total | Homem | (95% IC) | Mulher | (95% IC) | Total | Homem | (95% IC) | Mulher | (95% IC) | | |
| Uso de drogas nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | | | |
| Álcool | 37,5 | 73,3 | 22,6 | 75,0 | 80,3 | (67,5-89,7) | 19,6 | (10,2-24,0) | 23,0 | 70,6 | (44,0-89,6) | 29,4 | (10,3-55,9) | | |
| Maconha | 2,0 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | (39,7-100,0) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | 0,02 | 0,0 | (0,-0,5) | | |
| Loló | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Crack | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Cocaína | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| “Arrebite” | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,95) | | |
| Calmante | 1,0 | 59,0 | 100,0 | 50,0 | 50,0 | (12,5-98,8) | 50,0 | (12,5-8,8) | 100,0 | 100,0 | (25,0-100,0) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Drogas injetáveis | 0,5 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | (25,0-100,0) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Frequência de bebida alcoólica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensalmente | 4,0 | 66,1 | 0,0 | 5,3 | 6,7 | (1,3-18,2) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,20 | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Menos q/ mensalmente | 73,3 | 4,8 | 76,4 | 69,6 | 68,9 | (53,3-81,8) | 72,7 | (39,0- | 82,3 | 83,3 | (51,5-97,9) | 80,0 | (28,3-99,4) | | |
| Semanalmente | 21,3 | 19,3 | 23,6 | 23,2 | 22,2 | (11,2-37,0) | 27,2 | (6,0-60,9) | 17,6 | 16,7 | 2,0-48,4) | 20,0 | (5,0-71,6) | | |
| Diariamente | 1,3 | 1,6 | 0,0 | 1,8 | 2,2 | (0,5-11,7) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Uso regular de álcool (+de 5 doses) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca | 80,0 | 76,6 | 23,3 | 80,3 | 80,0 | (65,4-90,4) | 81,8 | (48,2-97,7) | 76,4 | 75,0 | (42,8-94,5) | 80,0 | (28,3-99,4) | | |
| Menos q/ me | 6,7 | 8,6 | 0,0 | 71,4 | 8,9 | (2,4-21,2) | 0,0 | (0-0,2) | 5,9 | 8,3 | (2,1-4) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Semanal-mente | 12 | 10,3 | 17,6 | 11,0 | 8,9 | (2,4-21,2) | 18,2 | (2,2-51,7)) | 17,6 | 16,7 | (2,0-48,4) | 20,0 | (5,0-71,6) | | |
| Diariamente | 1,3 | 1,7 | 0,0 | 1,8 | 2,2 | (0,5-11,7) | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | 0,0 | (0-0,2) | 0,0 | (0-0,5) | | |
| Você fez sexo c/ alguém q/ tinha bebido muito | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 68,5 | 66,9 | 72,7 | 71,6 | 68,2 | (58,4-77,0) | 81,1 | (64-82,0) | 61,5 | 63,9 | (46,2-79,1) | 56,2 | (29,8-80,2) | | |
| Não | 30,5 | 31,7 | 27,2 | 27,6 | 30,8 | (22,0-40,5) | 18,9 | (7,9-35,1) | 36,5 | 33,3 | (18,5-50,9) | 43,8 | (19,7-70,1) | | |
| Não sei | 1,0 | 1,3 | 0,0 | 0,7 | 0,9 | (0,2-5,0) | 0,0 | (0-0,2) | 1,9 | 2,8 | (0,7-14,5) | 0,0 | (0-0,2) | | |
| Com essa pessoa você usou camisinha | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 13,7 | 16,5 | 7,5 | 16,8 | 21,1 | (12,3-32,4) | 6,7 | (0,8-22,0) | 6,2 | 4,3 | (1,1-21,9) | 11,1 | (2,8-48,2) | | |
| Não | 83,4 | 81,4 | 92,5 | 83,1 | 78,8 | (67,5-87,6) | 93,3 | (77,9-99,1) | 87,5 | 87,0 | (66,4-97,2) | 88,9 | (51,7-99,7) | | |
| Não sabe | 2,9 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | (0-0,5) | 0,0 | (0-0,1) | 6,2 | 8,7 | (1,0-28,0) | 0,0 | (0-0,3) | | |

- Fonte: dados direto da pesquisa
- A faixa etária de 70 anos e mais concentrou sete idosos.

4.8 Descrição de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV

Entre os percentuais do conhecimento, destaca-se percentual elevado dos pacientes, de 97,0%, que citou espontaneamente o uso do preservativo como a maneira de se proteger da contaminação por HIV.

Quanto ao indicador de conhecimento correto, monitorado, internacionalmente, pela UNGASS, e estabelecido pelo acerto de cinco questões sobre as formas de transmissão, o percentual entre pacientes foi de 85,7%. Os homens com (79,2%) atingiram quase o mesmo nível de informação das mulheres (81,0%) (Tabela 8).

Pacientes de 50 a 59 anos apresentaram maior nível de conhecimento com destaque para os homens (87,4%). Com relação às questões de convívio social, 86,5% dos pacientes discordaram completamente da ideia de que usar banheiro público poderia facilitar a transmissão do HIV, e 95% dos pacientes discordaram completamente da noção de que dividir talheres, copos ou refeições com alguém infectado por HIV facilitaria a transmissão do vírus. Com respeito às questões referentes ao sexo, quanto ao uso do preservativo, 88,5% concordaram com a possibilidade de que este protege do HIV. No que concerne à transmissão pelo compartilhamento de seringas e agulhas já utilizadas, quase a totalidade (97,5%) concordou que esta prática facilita a transmissão do HIV (Tabela 8).

Tabela 8 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por sexo e faixa etária, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Formas de transmissão | Total | | Sexo | | 50-59 | | 60-69 | | 70 e + | |
|---|--------------|----------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | % | P valor⁶ | Homem | Mulher | Homem | Mulher | Homem | Mulher | Homem | Mulher |
| Não é transmitido por picada de inseto | 61,0 | p>0,013 | 48,5 | 51,0 | 67,3 | 59,4 | 58,3 | 43,8 | 20,0 | 50,0 |
| Não é transmitido pelo uso de banheiros públicos | 86,5 | p>0,423 | 78,5 | 72,6 | 89,4 | 86,5 | 86,1 | 81,2 | 60,0 | 50,0 |
| Não é transmitido pelo compartilhamento de talheres, copos, refeições | 95,0 | p>0,098 | 79,1 | 92,2 | 94,2 | 89,1 | 83,3 | 87,5 | 60,0 | 100,0 |
| É transmitido por compartilhamento de seringas e agulhas | 97,5 | p>0,766 | 98,4 | 97,0 | 98,1 | 97,3 | 97,2 | 93,8 | 100,0 | 100,0 |
| É transmitido pelo não- uso de preservativo | 88,5 | p>0,849 | 91,5 | 92,2 | 88,4 | 89,1 | 86,1 | 87,5 | 100,0 | 100,0 |
| Conhecimento correto (5 itens certos) | 85,7 | | 79,2 | 81,0 | 87,4 | 84,2 | 82,2 | 79,0 | 68,0 | 80,0 |

Fonte: dados da pesquisa direta

⁶ Valor de p referente Qui-quadrado

Grande variação foi encontrada por nível de instrução dos pacientes: o conhecimento correto variou de 68% no grupo de nenhuma escolaridade, a 93% do ensino superior. Entre os pacientes com ensino fundamental incompleto, o percentual alcançou 85,2% (Tabela 9).

Tabela 9 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por escolaridade (n= 200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Formas de transmissão | total % | P valor⁷ | Nenhum | ESCOLARIDADE (anos de estudo) | | | |
|---|--------------------|--------------------------------|---------------|---|---|-----------------------------|-------------------------------|
| | | | | Fundamental Incompleta 1 a 3anos | Fundamental Completa 4 a 7anos | Média 8 a 11anos | Superior 12anos e+ |
| Não é transmitido por picada de inseto | 61,0 | p>0,793 | 40,0 | 57,6 | 50,9 | 69,2 | 78,6 |
| Não é transmitido pelo uso de banheiros públicos | 86,5 | p>0,389 | 53,3 | 88,0 | 85,7 | 86,2 | 100,0 |
| Não é transmitido pelo compartilhamento de talheres, copos, refeições | 95,0 | p>0,285 | 73,3 | 88,0 | 85,7 | 94,1 | 100,0 |
| É transmitido p/compartilhamento de seringas e agulhas | 97,5 | p>0,042 | 86,7 | 97,8 | 92,9 | 100,0 | 100,0 |
| É transmitido pelo não- uso de preservativo | 88,5 | p>0,043 | 86,7 | 94,7 | 92,9 | 78,4 | 85,7 |
| Conhecimento correto (5 itens certos) | 85,7 | p=0,137 | 68,0 | 85,2 | 82,0 | 85,6 | 93,0 |

Fonte: dados da pesquisa direta

Persiste a desigualdade quanto à classe socioeconômica dos entrevistados: o conhecimento variou de 87,1% (Classe A) a 69,2 % (Classe E). Diferença foi observada na classe mais alta (82,3%), em relação ao estrato econômico mais baixo (30,8%), quanto ao conhecimento de que o HIV não é transmitido por picada de inseto (Tabela 10).

A análise do conhecimento correto sobre as formas de transmissão por sexo, escolaridade ($p=0,131$) e classe econômica não mostrou significância. Todas as variáveis não estiveram associadas ao conhecimento.

⁷ Valor de p referente Qui-quadrado

Tabela 10 – Percentual (%) de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV entre pessoas de 50 anos e mais com HIV/Aids, por classe econômica, (n=200). Hospital de referência do Ceará, 1983-2008.

| Formas de transmissão | Total % | P. valor ⁸ | Classe Socioeconômica | | | | |
|---|------------|-----------------------|------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | | A | B | C | D | E |
| Não é transmitido por picada de inseto | 61,0 | p>0,906 | 0,0 | 82,3 | 66,7 | 56,2 | 30,8 |
| Não é transmitido pelo uso de banheiros públicos | 86,5 | p> 0,556 | 0,0 | 88,2 | 85,2 | 89,9 | 69,2 |
| Não é transmitido pelo compartilhamento de talheres, copos, refeições | 95,0 | p>0,299 | 0,0 | 94,1 | 91,3 | 89,9 | 77,0 |
| É transmitido por compartilhamento de seringas e agulhas | 97,5 | p>0,186 | 0,0 | 100,0 | 98,7 | 96,6 | 92,3 |
| É transmitido pelo não-uso de preservativo | 88,5 | p>0,104 | 0,0 | 71,0,0 | 90,1 | 92,1 | 77,0 |
| Conhecimento correto (5 itens certos) | 85,7 | | 0,0 | 87,1 | 86,4 | 85,0 | 69,2 |

Fonte: dados da pesquisa direta

⁸ Valor de p referente Qui-quadrado

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica

Em todas as regiões administrativas do Estado, houve registro de pelo menos um caso de aids em maiores de 50 anos. Desde o litoral, com aproximadamente setenta por cento, em Fortaleza, confirmando concentração nos grandes centros urbanos brasileiros destacada por Szwarcwald et al., (2000), até os sertões cearenses, comprovando a tendência de interiorização da doença.

Estudo recente em idosos com aids no Ceará (1989-2004), informa que um em cada cinco dos casos concentrou-se em cidades de até 200 mil habitantes, ficando constatado que o vírus não poupa cidadãos idosos de municípios de pequeno porte. Em tais localidades, a pobreza e a miséria são constantes, ensejando sérias dificuldades de acesso aos diferentes serviços de saúde, em virtude da distância entre as localidades, da ausência de profissionais em razão da insatisfatória qualidade dos serviços de saúde oferecidos (ARAUJO et al., 2007).

O Nordeste apresenta os piores índices de desenvolvimento socioeconômico. Então, as pessoas são mais sujeitas à infecção por HIV ou, quando já doentes pelo vírus da aids, falta assistência, pois boa parte não tem acesso aos serviços de saúde. Mais da metade dos pacientes entrevistados do presente estudo pertencia ao estrato econômico “D/E” enfatizando mais uma vez a tendência à pauperização da epidemia.

No trabalho realizado proporções maiores estavam entre pessoas de 50 a 59 anos (70,5%). Em nosso Estado, a faixa etária de 50-59 anos é a mais crítica. Cada ano aumenta o número de casos de aids em mulheres desse grupo de idade diminuindo a diferença do sexo oposto de forma acentuada nos últimos oito anos. Em 2000, a razão de sexo era de 5,6 homens para 1 mulher, caindo para 1,5 homem para 1 mulher, em 2008. Nos primeiros cinco anos de diagnóstico da aids nesta faixa etária, de 1989 a 1993, foram notificados 41 casos. Entre 1994 e 1999, foram registrados 211 casos. Enquanto isso, de 2000 a 2008, o registro foi de 493 casos. Portanto, no período de 1994 a 2008, o crescimento foi de 93,4% (CEARÁ, 2009).

No Brasil, na faixa etária de 50-59 anos, entre 1996 e 2006, o crescimento entre homens passou de 18,2 para 31,8 (quase duplicou) e entre as mulheres o aumento foi maior: de 6,1 para 18,6 (triplicou). Em nosso País, nos últimos 13 anos, o número acumulado de

casos de aids em adultos de 50 anos e mais de idade sextuplicou, de 7 135 até 1995 para 47.435 até junho de 2008 (BRASIL, 2008a).

Ainda neste trabalho predominaram homens com razão de sexo de 2,6H:1M caracterizando feminização. No Brasil, até 2008, mais de dois terços dos casos de aids com 50 anos ocorreu entre os homens, com uma razão de sexo de aproximadamente 2H:1M (BRASIL, 2008a). Na África subsaariana, dá-se o inverso: as mulheres são mais afetadas (UNAIDS, 2007).

Nesta pesquisa, a cor autodeclarada, que se mostrou predominante foi a parda. Com relação à cor preta, as mulheres apresentaram maiores valores, seguindo a tendência crescente nacional (BRASIL, 2008a). De acordo com IBGE (2007), próximo de sessenta e um por cento da população do Ceará se definiu como parda. Segundo Linley, Hall; An (2007), nos EUA, a epidemia é caracterizada por graves disparidades: pretos são 12 vezes mais suscetíveis de serem diagnosticados, portanto, desproporcionalmente atingidos.

Indivíduos com ensino médio/superior representaram um número menor de infectados por HIV. Níveis de instrução mais baixos foram mais frequentes entre as mulheres infectadas, sendo estas o dobro dos homens entre os analfabetos, porém sete vezes maior no curso superior. Segundo o boletim epidemiológico de aids (2008), houve redução de casos entre aqueles com maior escolaridade (BRASIL, 2008a). Cruz (2004), em pesquisa com idosos com HIV em Santos-SP, encontrou uma frequência maior de infecção por HIV em pessoas com menos de oito anos de estudo, provavelmente pela menor informação acerca das formas da transmissão do HIV.

Entre as mulheres, observou-se que tiveram menos cônjuge ou outra relação íntima em comparação com os homens. Dados similares são mostrados por Lindau et al. (2007) em estudo sobre sexualidade realizado nos Estados Unidos com 3005 idosos.

A mulher brasileira maior de 50 anos, que ultrapassou a menopausa, está divorciada, viúva, sozinha, e enfim, com pouca ou nenhuma orientação quanto ao uso do preservativo e por não correr o risco de engravidar, ao buscar parceiros, faz sexo sem proteção (INSTITUTO ARY CARVALHO, 2009).

5.2 Atividade, comportamento e práticas sexuais

Em 2008, o Ministério da Saúde realizou pesquisa sobre comportamento sexual brasileiro, a qual revelou que as pessoas mais velhas também estão vulneráveis à contaminação por HIV. De acordo com o estudo, mais da metade das mulheres de 50 anos e mais de idade do Brasil são sexualmente ativas, desmistificando a ideia de que as pessoas mais velhas não realizam sexo (BRASIL, 2009). No estudo atual, apenas um pouco mais de um quinto das mulheres foi sexualmente ativa nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. A diferença entre os sexos é ampliada na faixa etária de 50 a 59 anos, com maiores proporções entre os homens.

Outro estudo realizado pelo Ministério da Saúde (em 2003) sobre comportamento sexual mostrou que, no Brasil, mais de dois terços da população entre 50-59 anos é sexualmente ativa e a média de relações sexuais na parcela acima de 50 anos é de 6,3 ao mês (PAIVA et al., 2003). Neste trabalho, quase a metade dos pacientes relatou ter tido de quatro a oito relações sexuais por mês, o que os situa dentro da média nacional e um terço dos homens a partir de 70 anos manteve de duas a três relações sexuais por mês. Atribui-se a maior atividade sexual à difusão de medicamentos para a função erétil, ainda que eles não estejam disponíveis a todos, e maior qualidade de vida (GORINCHTEIN, 2004).

Ainda nesse estudo, a proporção de indivíduos em atividade sexual diminuiu com a idade. Sessenta por cento dos que afirmaram ter vida sexual entre 50 e 59 anos comparado com quarenta e três por cento dos pacientes referiram comportamento sexual ativo naqueles com 70 anos. Nos EUA, também houve declínio da atividade sexual com a idade: setenta e três por cento entre os informantes de 57 a 64 anos referiram comportamento sexual ativo, cinquenta e três por cento entre aqueles com 64 a 74 anos e vinte e seis por cento entre o grupo que tinha de 75 a 85 anos de idade. A longevidade dos estadinudenses é mostrada por Lindau et al (2007), quando, neste último grupo etário, cinquenta e quatro por cento dos participantes mantiveram de duas a três relações sexuais por mês e vinte e três por cento uma vez ao mês (LINDAU et al., 2007).

Foram identificadas predominância do sexo vaginal e diferenças quanto às práticas sexuais de homens e mulheres, notando-se pouca frequência de sexo oral e anal entre as mulheres.

Ainda que não pertença ao mesmo segmento de idade, o estudo de Heilborn et al. (2006) com pessoas de 18 a 24 anos domiciliadas em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre,

registrou predomínio de sexo vaginal, sendo o sexo oral mais difundido e praticado entre homens. O sexo anal foi menos frequente entre as mulheres com diferenças acentuadas entre os gêneros.

Barbosa e Koyama (2008) divulgaram diferenças segundo sexo apenas com relação ao sexo anal, menos frequente entre as mulheres. Essas diferenças referidas quanto à prática do sexo anal não se mostraram corroborados por estudos realizados na Inglaterra e Austrália por Johnson et al. (2001) e Visser et al. (2003).

No que diz respeito às relações com o mesmo sexo ao longo da vida, na população feminina, ninguém declarou este tipo de parceria neste trabalho. É bastante possível que isto decorra do fato de se tratar de mulheres que se contaminaram por meio da relação heterossexual. No conjunto da população masculina, já se observou diferença, pois quarenta e um por cento declararam ter tido contato com outro homem no estudo realizado. O Boletim Mundial de Aids-2008 faz referência à manutenção de elevadas taxas de infecção por HIV, entre homens que têm relações sexuais com homens no Brasil, representando quarenta por cento de todos os diagnósticos de aids entre homens nos anos de 2000 a 2005 (UNAIDS, 2008). Barbosa e Koyama (2008) referiram um pequeno número de parcerias homossexuais entre as mulheres. Barbosa e Facchini (2006) sugerem que o relato de parcerias homossexuais entre as mulheres ainda é marcado de preconceitos e censura e, nesse sentido, mais passíveis de omissão nos contextos de pesquisa.

Análises foram desenvolvidas em separado para homens e mulheres, por serem fundamentais para a identificação e compreensão das diferenças nos padrões de comportamento sexual (GANGNON, 2006; HUBERT; BAJOS SANDFORT, 1998). Foram observados padrões diferenciados de comportamento e práticas sexuais em função do sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e tipo de parceria.

Em pesquisas brasileiras sobre comportamento e práticas sexuais, também com população de mais idade com HIV/Aids, o sexo é posto como uma categoria a mais entre as outras variáveis sociodemográficas, não explicitando diferenças internas desses grupos, o que dificulta a comparação com os achados desta pesquisa. Perspectiva de análise vem sendo internacionalmente adotada em outros trabalhos (VISSIER et al., 2003; LAUMANN et al., 1994; AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES, 2007).

5.3 Uso de preservativo

Bertонcini et al (2007), em um estudo com idosos com HIV/Aids de Santa Catarina, verificando comportamento sexual antes e após o conhecimento da infecção, concluíram que o conhecimento da infecção por HIV alterou o comportamento sexual em metade dos casos, ainda que havendo bastante resistência quanto ao uso do preservativo. Nesse estudo, o relato de uso de preservativo pós-conhecimento da soropositividade pelo parceiro revelou um alto percentual de uso “sempre”.

Homens usaram mais preservativo nas relações sexuais com parcerias casuais, neste trabalho, Paiva et al (2003), Szwarcwald et al. (2005), Berquó, Barbosa, Lima (2008) concordam com a noção de que pessoas com apenas parcerias casuais se protegem mais, porém acentuam que a maior frequência de uso de preservativo acontece entre as pessoas solteiras. Ainda neste estudo, quanto à situação conjugal, com maiores proporções de uso de preservativo entre os solteiros e desunidos juntos (Tabela 4), foi encontrado paralelo nos estudos realizados no Chile (ARREDONDO et al, 2000) e Argentina (NAÇÕES UNIDAS, 2005).e Brasil (PAIVA et al. 2003 e SZWARCWALD et al. 2005).

Entre as mulheres, verificou-se menor uso de preservativo nas relações sexuais com parcerias fixas (Tabela 4). Berquó, Barbosa e Lima (2008) verificaram o mesmo, sendo o uso de preservativo entre as mulheres solteiras de maior representatividade.

Ainda no sexo feminino, quanto a relações fixas, observamos diferença entre as faixas etárias com relação à frequência de uso de preservativo “sempre”. As pacientes de 60 a 69 anos apresentaram menores proporções de uso de preservativo (Tabela 2).A metade delas era de soroconcordantes.

Pesquisa realizada no Brasil (2009) sobre comportamento sexual chama a atenção para os setenta e dois por cento de mulheres a partir da meia-idade que não usam preservativos nem em relações sexuais casuais. Entre os homens, o percentual de uso de preservativo subiu para aproximadamente trinta e sete por cento. Em relações sexuais casuais, a camisinha é adotada por quase trinta e cinco por cento. Lovejoy et al. (2008), identificando o uso de preservativo em 290 pessoas infectadas por HIV, de 50 anos e mais de idade, verificaram que mais de um terço foi sexualmente ativa nos últimos três meses, e que um terço fez sexo anal ou vaginal sem proteção.

Diferenças foram encontradas por classe socioeconômica relacionadas ao uso de preservativo, sendo pouco o uso entre as pessoas da classe C, seguidas das mais pobres

(Tabela 5). Apesar do conhecimento da infecção, o não-uso do preservativo consistente apresentou considerado percentual, propiciando disseminação do vírus.

5.4 Características clínicas do HIV/Aids

Vários estudos registraram a transmissão sexual como responsável pela maior parte dos casos nos países acometidos pela epidemia (LAUMANN et al., 1994; HUBERT et al., 1998; ARREDONDO et al., 2000; SMITH et al., 2003; .NACIONES UNIDAS, 2005; AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES, 2007).

Neste trabalho, cerca de três quartos acham que a infecção por HIV se deu por meio de relação sexual desprotegida, demonstrando que a via de infecção do HIV foi a sexual. Entre os homens, quarenta e quatro por cento disseram ter-se infectado em relações sexuais com parceiro “pouco conhecido”, e, entre as mulheres, quase setenta por cento referiu que a infecção aconteceu com parceiro “conhecido”, com maiores proporções na faixa etária de 50 a 59 anos em ambos os性os (Tabela 6);

Longo et al (2008), em estudo entre pessoas com aids de 50 anos e mais na Itália, relataram que oitenta e um por cento adquiriram a infecção por contato sexual. Orchi et al (2008), estudando na Itália 1073 indivíduos, revelaram que 125 eram de 50 anos e mais e relataram exposição heterossexual de risco para HIV com parceiro “desconhecido”. Cruz (2004), em pesquisa com idosos brasileiros, mostrou que quase um terço dos homens havia se infectado por HIV em múltiplas parcerias. Em relação às mulheres, quarenta por cento haviam sido contaminadas pelo marido.

O Boletim Epidemiológico DST/Aids-2008 divulgou que entre as pessoas de 50 anos e mais, setenta por cento dos contaminados eram homens; desses, três quartos eram casados (BRASIL, 2008a).

Gorinchteyn (2004) também já demonstrava que oitenta por cento dos pacientes com aids eram heterossexuais, com um alto percentual de casados.

Neste experimento, dezessete por cento das pessoas disseram não ter a mínima ideia de como se deu a contaminação com o HIV, indicando a necessidade de ações e programas de prevenção urgentes voltadas a esta a população nesta faixa etária.

Pesquisadores descobriram que as pessoas mais velhas supunham que o vírus podia ser transmitido somente por transfusão sanguínea ou contato casual (SENIOR HIV PREVENTION PROJECT OF SOUTH FLORIDA, 2007); apenas treze por cento das mulheres idosas disseram que preservativos eram eficazes para prevenção (HENDERSON et al., 2004).

É possível que médicos e enfermeiros possam não considerar discutir HIV/Aids com idosos, influenciados pela crença de que estes não são sexualmente ativos e não usam drogas, e por se sentirem desconfortáveis em levantar estas questões. A recomendação dos médicos solicitarem o teste anti-HIV aos seus pacientes a partir da meia-idade deve ser considerada prioritária.

Este trabalho mostrou que quase a metade dos pacientes descobriu o diagnóstico após os 50 ou 60 anos e mais da metade envelheceu com a infecção, sendo um percentual pequeno entre 35 anos e quase metade aos 40 anos. Mostrou também que mais da metade jamais havia feito o teste anti-HIV antes da infecção, revelando o diagnóstico tardio.

Estudo realizado pela Organização das Nações Unidas sobre diagnóstico tardio mostra que, de 2003 a 2006, próximo de quarenta e quatro por cento dos portadores do vírus do HIV no Brasil tiveram início de acompanhamento tardio da doença. Com isso, mais de 14 mil pessoas foram a óbito no início do tratamento, o que representa cerca de vinte e nove por cento dos infectados (BRASIL, 2008b). Segundo estatísticas oficiais, nacionais e internacionais, trinta e sete por cento dos pacientes acima de 50 anos morrem no mesmo mês em que descobrem a doença (INSTITUTO ARY CARVALHO, 2009).

A terapia antirretroviral de alta potência (HAART) beneficia pessoas de todas as idades, no entanto, como idosos tendem a receber diagnóstico tardio, sua resposta imunológica pode ser menor (CUZIN et al., 2007). Na Itália, dois terços tiveram diagnóstico tardio e apenas um quarto realizou tratamento antirretroviral após o diagnóstico (LONGO et al., 2008). No mesmo País, em outra pesquisa com 1 073 indivíduos, 125 (doze por cento) pacientes tinham 50 anos de idade e mais e, destes, a maioria jamais havia sido testada antes pelo HIV e estava em um estádio mais avançado da aids (diagnóstico tardio) (ORCHI et al, 2008).

O preconceito pode ser maior entre os idosos, levando-os a esconder o diagnóstico de familiares e amigos, limitando ou evitando potencial apoio emocional (KARPIAK, SHIPPY, CANTOR, 2007). A vergonha não é só pela doença em si, mas por tê-la adquirido numa idade em que a vivência plena da sexualidade é vista com restrição e preconceito pela sociedade brasileira.

Nesta pesquisa, pouco mais de um terço dos entrevistados disse ter discutido relações sexuais com seu médico, sendo que o dobro coube aos homens. Apenas um pequeno percentual referiu uso de medicamento para melhorar a função sexual.

Lindau et al. (2007), em um estudo nos EUA, revelam que trinta e oito por cento dos homens e vinte e dois por cento das mulheres de sua casuística discutiram relações sexuais com seu médico. Enquanto isso, que quatorze por cento dos estudinhenses relataram uso de medicamentos ou suplementos para melhorar a função sexual.

Novamente o tabu da sexualidade nesta faixa etária, mais a dificuldade do profissional de saúde, contribuem para esta situação.

5.5 Uso de álcool e drogas

A infecção por HIV é prevalente entre os toxicodependentes, de acordo com a literatura mundial.

Nesta pesquisa, o consumo de álcool foi prevalente nos pacientes de 50 anos e mais, enquanto o uso de drogas injetáveis se mostrou raro. Dos trinta e oito por cento que ingeriram álcool nos últimos 12 meses, maiores proporções foram evidenciadas nos homens de 50 a 59 anos (Tabela 7). Do total, pouco mais de vinte por cento consumiram álcool uma “vez por semana” e cerca de um quinto relatou uso regular de bebidas alcoólicas com mais de cinco doses.

Ainda neste estudo, um pequeno percentual consumiu drogas ilícitas (maconha) com registro concentrado entre homens de 50 a 59 anos.

Bastos, Bertoni e Hacker (2008), analisando os padrões de consumo de álcool e drogas e comportamento sexual de brasileiros de 16 a 65 anos, em pesquisa de âmbito nacional, enfatizam que o consumo de álcool, regular ou não, tem elevada prevalência na população brasileira, enquanto o uso de drogas injetáveis se mostrou pouco frequente. Dizem ainda que, ao longo da última década, se observou declínio no consumo da cocaína (BRASIL, 2005).

Vermelho et al (1999) identificaram apenas uma pessoa usuária de drogas injetáveis em um estudo com 25 mulheres de 20 a 69 anos com HIV/Aids do Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Ao contrário dos EUA, dezesseis por cento dos casos de aids em pessoas de 50 anos e mais estavam associados ao uso de drogas injetáveis (LINSK, 2000).

Nesta pesquisa, cerca de sessenta e nove por cento relataram relações sexuais com parceiros que haviam bebido muito, sendo que a maioria não usou preservativo. O consumo do álcool pode ser mais um fator de vulnerabilidade entre esta população específica.

Baum et al (2009), em um estudo longitudinal, com 222 soropositivos毒ico-dependentes em Miami, obtiveram achados de que *crack* e cocaína facilitam a progressão da HIV, reduzindo a aderência do HAART e acelerando a progressão do doença. Independentemente do HAART, esta situação não se mostrou presente entre os pacientes do HSJ.

5.6 Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV

Merece destaque o alto percentual (quase totalidade) dos participantes que citou espontaneamente o uso de preservativo como maneira de se proteger da contaminação por HIV, neste trabalho. Vale ressaltar que eles são portadores de HIV/Aids, portanto, alvo de informações sobre ações e programas de prevenção relacionados a esta patologia, o que pode facilmente explicar este resultado.

Szwarcwald et al. (2005) e Brasil (2009) registraram resultados similares em estudos nacionais. O índice de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV da população brasileira é um dos mais elevados do mundo. Daqueles indivíduos que tinham terminado a instrução elementar, o percentual foi de noventa e cinco por cento. Dados do relatório da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids (UNGASS) de 2008 apontam que, no mundo, setenta por cento dos homens e apenas cinquenta e cinco por cento das mulheres jovens conhecem sobre as formas de infecção e de prevenção da aids (BRASIL, 2009).

Quanto ao indicador de conhecimento correto, monitorado internacionalmente pela UNGASS e estabelecido pelo acerto de cinco questões sobre as formas de transmissão, o percentual obtido pelos pacientes foi elevado, pois homens demonstraram quase o mesmo nível de conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV das mulheres, neste estudo. Pesquisador informou que os homens aumentaram seu nível de conhecimento, equiparando-se às mulheres, ao descrever o nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, de 16 e 65 anos, no período de 1998 a 2005 (FERREIRA,2008).

Estudo com idosos do Ceará revelou que o conhecimento sobre HIV/Aids está muito restrito ao uso do preservativo, o que não implica assinalar que eles o aceitem ou usem. As influências do contexto sociocultural fazem com que os idosos não se percebam como população vulnerável à epidemia (FEITOZA et al, 2008).

A análise do conhecimento correto sobre as formas de transmissão por sexo, escolaridade, próximo a oitenta e seis por cento ($p=0,137$) (Tabela 9), e classe econômica não mostrou significância. Todas as variáveis não estiveram associadas ao conhecimento correto.

6 CONCLUSÃO

Este estudo conseguiu mostrar que a população de 50 anos e mais está extremamente vulnerável à infecção por HIV/Aids. Quanto a tal situação se indicam intervenções em diferentes níveis da gestão:- educação, saúde, comunidade. Sugere-se, com efeito, neste aspecto: ações de prevenção diferenciadas voltadas ao gênero masculino e feminino, assim como aos profissionais de saúde, para que possam realizar diagnóstico precoce e os pacientes possam obter resultados favoráveis.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. APEB. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008** (junho 2007). Acesso em 23 de maio de 2008. Disponível em <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classifica>

AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA ET LES HÉPATITES VIRALES . **Dossier de presse:** Premiers résultats de l'enquête "Contexte de la sexualité en France" Paris. Paris, 2007.

AJULUCHUKWU, D. C.; CHRISTIAN, T. F.; JENKINS, R. Special needs of elderly HIV positive African Americans. In: NATIONAL HIV PREVENTION CONFERENCE, 2003, Atlanta. Atlanta, 2003.

ARAÚJO, V. L. B.; BRITO, D. M. S.; GIMENEZ, M. T.; QUEIROZ, T. A.; TAVARES, C. M. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.10, n. 4, p. 544-554, set. 2007.

ARREDONDO, A.; GOLDSTEIN, E.; OLIVEIRA, M. P.; BOZON, M.; GIRAUD, M.; MESSICH, A. et al. **Estudio Nacional de comportamiento sexual:** primeiros análisis, Chile 2000. Santiago: Ministerio de Salud Comission Nacional del Sid, 2000.

BACHMANN GA; LEIBLUM SR. The impact of hormones on menopause! Sexuality: a literature review. **Menopause** 2004; 11:120-30.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. **Mulheres, cuidados à saúde, gênero e diversidade sexual.** São Paulo, 2006. Relatório de pesquisa – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo n. 401256/2004-9)/CNPq.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1989 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl.1, p. 21-23, 2008.

BASTOS, F. I.; BARCELLOS, C. Geografia social da aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, 1995.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 109-117, 2008.

BAUM, M. K.; RAFIE, C.; LAI, S.; SALES, S.; PAGE, B.; CAMPA, A. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a Cohort of HIV-Positive drug users. **J. Acquir. Immun. Defic. Syndr.**, v. 50, n. 1, p. 93-99, Jan. 2009.

BEHAVIORAL SURVEILLANCE SURVEYS. **Questionnaire for adult + aged groups aged 15-49:** Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. [S.l.]: USAID, 2000.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; Introdução **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, 2008

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso de preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, 2008

BERTONCINI, B. Z.; MORAES, K. S.; KULKAMP, I. C.; Sexual behavior in HIV infected adults more than 50 years old. **DST- J Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 2, p. 75-79, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim epidemiológico Aids**, Brasília, DF, ano 5, n. 1, p. 12-13, jan./jun. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília, DF, 2004. (Série Manuais, n. 60).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Metas e compromissos assumidos pelos Estados-membros na sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids: UNGASS – HIV/Aids: resposta brasileira 2005/2007: Relatório de Progresso do País**. Brasília, DF, 2008b

BRITO, A.M. Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns of the temporal evolution of the Aids epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **Braz J Infect Dis.** 2005;9(1):9-19.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Informe epidemiológico AIDS**, Fortaleza, jan. 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HIV aids **Surveillance Report 2006**. Atlanta, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. HIV aids Surveillance Report: Cases of HIV Infection and aids in the United States and Dependent Areas, 2006. **Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, Washington, v. 28, Feb. 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr>>. Acesso em: 26 Jun. 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 55, n. RR-14, p. 1-17. 2006.

COHEN, J. The overlooked epidemic. **Science**, v. 314, p. 468-469, 2006.

CRUZ, G. E. C. P. **A nova idade da Aids**: um perfil epidemiológico de portadores idosos. 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

CUZIN, L.; DELPIERRE, C.; GERARD, S.; MASSIP, P.; MARCHOU, B. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy in patients with HIV infection aged > 50 years. **Clin. Infect. Dis.**, v. 45, n. 5, p. 654-657, 2007.

DE CARLO, P.; LINSK, N. **What are HIV prevention needs of adults over 50**. San Francisco: University of California, 1997. Disponível em:<<http://www.caps.usf.edu/maires.htm>>. Acesso em: 22 July 2005.

DOLCINI, M. M.; CATANIA, J. A.; STALL, R. D.; POLLACK, L. The HIV epidemic among older men who have sex with men. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 1, n. 33, suppl. 2, p. S115-S121, June 2003.

DOURADO, I.; MILROY, C. A.; MELLO, M. A. G.; FERRARO, G. A.; CASTRO-LIMA FILHO, H.; GUIMARÃES, M. L. et al. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia state, Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 25-32, 2007.

DOURADO, I.; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. aids epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, suppl., p. 9-17, abr. 2006.

EPI-INFO: versão 6.04. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/cps/cpi/epinfo.htm>>. Acesso em: 1 set. 2008.

EUROPEAN CENTER FOR THE EPIDEMIOLOGICAL Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2002. N° 67

FEITOZA, A. R.; ADRIANO, R. S.; ARAÚJO, M. F. M. The magnitude of the infection for the HIV-AIDS in the greater of 50 years in the city of Fortaleza-CE. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 4, p. 32-37, 2004.

FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; BARROSO, M. G. T. A cultura do idoso e sua influencia no risco perante o HIV/Aids. **DST J. Bras. Doença Sex. Transm.**, v. 20, Suppl. 1, p. 1-272, 2008.

FERREIRA, A. D.; CAIAFFA, W. T.; BASTOS, F. I.; MINGOTI, A. S. Projeto AjUDE-Brasil II. Injecting drug users who are (un) aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE- Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 815-826, 2006.

FERREIRA, M. P. knowledge and risk perception onHIV/Aids by Brazilian population, 1998 and 2005. Rev. **Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, jun. 2008.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the aids epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, supl., p. S333-S344, 2007.

FONSECA, M. G. P.; LUCENA, F. F. A.; SOUSA, A.; BASTOS, F. I. aids mortality, "race color", and social inequality in a context of universal access to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Brazil, 1999-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, supl., p. S445-S455, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Política de Saúde. Célula de Vigilância epidemiológica. **Informativo epidemiológico Aids**, Fortaleza, 2009

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Política de Saúde. Célula de Vigilância epidemiológica. **Informativo epidemiológico Aids**, Fortaleza, 2007.

GANGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo:** ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GOODROAD, B. K. HIV and aids in people older than 50. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 29, n. 4, p.18-24, 2003.

GORINCHTEYN, J. C. **Terceira idade e HIV/Aids**. Disponível em: <www.roche.com.br/TherapeuticAreas/doencas_infecciosas/aids/reportagens.../terceira_idade_hiv_aids_PT.htm> 2004. Acesso em: 23 maio 2009.

HACKER, M. A.; KAIDA, A.; HOGG, R. S.; BASTOS, F. I. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access toHIV/Aids comprehensive management and care, 1996-2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, supl., p. S345-S359, 2007.

HALL, H. I.; SONG, R.; RHODES, P.; PREJEAN, J.; AN, Q.; LEE, L. M. et al. Estimation of HIV Incidente in the United Status. **JAMA**, v. 300, n. 5, p. 520-529, Aug. 2008.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R.; (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

HENDERSON, S. J.; BERNSTEIN, L. B.; GEORGE, M. S.; DOYLE, J. P.; PARANJAPE, A. S.; CORBIE-SMITH, G. Older women and HIV: HOW much do they know and where they getting their information. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 52, n. 9, p. 1549-1553, 2004.

HOGG, R.; LIMA, V.; STERNE, J. A.; GRABAR, S.; BATTEGAY, M.; BONAREK, M. et al. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high – income countries: a collaborative analyses of 14 cohort studies. **Lancet**, v. 372, n. 9635, p. 293-299, July 2008.

HOSPITAL SÃO JOSÉ. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. **NUHEP** 2009.

HUBERT, M.; BAJOS, N.; SANDFORT, T. **Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe: comparisons of national surveys**. London: UCL Press, 1998.

INSTITUTO ARY CARVALHO. **O ginecologista, a AIDS e o idoso**. Disponível em: <<HTTP://iac.terra.com.br/artigos291007.asp>>. Acesso em: 30 jul. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Divisão Territorial do Brasil**. Rio de Janeiro, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **População acima de 60 anos sobe para 10,2%**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios do Brasil**: 2000. Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período - 1980-2050**: revisão. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Revisão_%202004_Projeções_1980_2050>. Acesso em: 20 jan. 2008.

JOHNSON, A. M.; MERCER, C. H.; ERENS, B.; COPAS, A. J.; McMANUS, S.; WELLINGS, K. et al. Sexual behavior in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. **Lancet**, v. 358, n. 9296, p. 1835-1842, 2001

KALACHE, A. Fórum. Population aging and health information from the National Household Sample Survey: contemporary demands and challenges. Postscript. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, out. 2007.

KALACHE, A. The world is ageing a pact of social solidarity is an imperative. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008.

KARPIAK, S. E.; SHIPPY, R. A.; CANTOR, M. **Research on Older Adults with HIV**. New York: Aids Communicaty Research Initiative of America, 2007.

KLEIN, C. H; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais In: MEDRONHO, Roberto A.[et al] **Epidemiologia** São Paulo Atheneu , 2002 p. 125-150.

KNODEL, J.; WATKINGS, S.; VAN LANDINGHANM, M. aids and older persons: an international perspective. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 33. suppl. 2, p. S165-165, June 2003. Disponivel em:<<http://www.ps.c.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr02-495.pdf>> . Acesso em: 18 Nov. 2007.

LAUMANN, E. O.; GAGNON, J. H.; MICHAEL, R. T.; MICHAELS, S. **The social organization of sexuality**: sexual practies in the United States. Chicago: The University of Chicago Press, 1994

LEVY, B. R.; DING, L.; LAKRA, D.; KOSTEAS, J.; NICCOLAI, L. Older persons exclusion from sexually transmitted disease risk-reduction clinical trials. **Sex. Transm. Dis.**, v. 34, n. 8, p. 541-544, Aug. 2007.

LINDAU, S. T.; LEITSCH, A. S.; LUNDBERG, K. L.; JEROME, J. Older women s attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: a community-based study. **J. Womens Health (Larchmt.)**, v. 15, n. 6, p. 747-753, 2006.

LINDAU, S. T.; SCHUMM, P.; LAUMANN, E. O.; LEVINSON, W. O.; MUIRCHEARTAIGH, C.; WAITE, L. J. A National Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. **N. Eng. J. Med.**, v. 357, n. 8, p. 762-774, Aug. 2007. Disponível em:<<http://www.news.uchicago.edu/releases/07/070822.sexualattitudes.shtml>>. Acesso em: 22 Nov. 2007.

LINLEY, L.; HALL, H. I.; AN, Q. et al. HIV aids diagnoses among persons fifty yaears and older in 33 states, 2001-2005. In: NATIONAL HIV PREVENTION CONFERENCE, 2007, Atlanta. Atlanta, 2008.

LINSK, N. L. HIV among older adults. **Aids Reader**, v. 10 n. 7, p. 430-440. 2000.

LINSK, N. L.; FOWLER, J. P.; KLEIN, S. J. HIV/Aids prevention and care services and services for the aging: bridging the gap between service systems to assist older people. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 33, suppl. 2, p. S243-S250, June 2003.

LONGO, B.; CAMONI, L.; BOROS, S.; SULIGOI, B. Increasing proportion of AIDS diagnosis among older adults in Italy. **AIDS Patient Care STDS**, v. 22, n. 5, p. 365-371, 2008.

LOVEJOY, T. I.; HECKMAN, T. G.; SIKKEMA, K. J.; HANSEN, N. B.; KOCHMAN, A.; SUHR, J. A. et al. Patterns and correlates of sexual activity and condon use behavoir in persons 50- plus years of age living withHIV/Aids. **AIDS Behav.**, v. 12, n. 6, p. 943-956, 2008.

MACK, K. A.; ORY, M. G. aids and older Americans at the end of the Twentieth Century. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 1, n. 33, Suppl 2, p. S68-S75, 2003.

NAÇÕES UNIDAS . Atitudes, información y conductas em relación com el VIH SIDA Em la población general . Argentina 2005

ORCHI, N.; BALZANO, R.; SCOGNAMIGLIO, P.; NAVARRA, A.; DE CARLI, G.; ELIA, P. et al. Ageing with HIV: newly diagnosed older adults in Italy. **AIDS Care**, v. 20, n. 4, p. 419-425, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento. In: **Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento**, 2002, Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo Científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra, 1984. (Serie de Informes Técnicos, 706).

PAIM, L.; RODRIGUES, C. F.; SOUZA, T. E. Quem é o idoso contemporâneo. In: JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLOGIA, 5.; JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 28., 2004, Florianópolis. **Livro-programa**. Florianópolis: ABEN-SC, 2004. p. 107.

PAIVA, V.; VENTURI G, FRANCA JUNIOR, I.; LOPES, F. **Uso de preservativos**. [S.l]: Pesquisa Nacional MS/IBOPE, 2003. Disponível em: [acesso 2009 abr 27]. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/03/276094.shtml><<http://www.aids.gov.br>

PASCOM, A. R. P.; BARBOSA JUNIOR, A.; SZWARWALD, C. L. Diferenças regionais nas práticas sexuais e comportamentais relacionadas a transmissão do HIV. In: PASCOM, A. R. P. (Org.). **PCAP**: pesquisa de conhecimento atitudes e práticas na população brasileira 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. V. 1, p. 65-83.

PEATE, I. Human immunodeficiency vírus and the older person. **Br. J. Nurs.**, v. 16, n. 10, p. 606-610, 2007.

PEREZ, B. F. A.; GASPARIN, S M. The senior existence in the process of aging and HIV aids: a double reconstruction with their possibilities and limits. **J. Bras. Aids**, v. 6, n. 3, p.106-109, maio/jun. 2005.

ROSEN RC, WING R, SCHNEIDER S, GENDRANO N. Epidemiology of erectile dysfunction: the role of medical comorbidities and lifestyle factors. **Urol Clin North Am** 2005;32:403-17.

SENIOR HI, V PREVENTION PROJECT OF SOUTH FLORIDA. **HIV and the older adult – a growing population**, July 16, 2007. Disponível em: <www.cdc.gov/hiv/topics/over50/index.htm>. Acesso em: 4 July 2008.

SHISANA, O. et al. **South African National Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey**. Pretoria: Humman Sci. Res. Council, 2005. Disponivel em:<http://www.hsrc.za/media2005/1120051130_1.htm>. Acesso em: 12 Feb. 2007.

SMITH, A. M.; RISSEL, C. E.; RICHERS, J.; GRULICH, A. E.; VISSER, R. O. Sex in Australia: the rationale and methods of the Australian Study of Health and Relationships. **Aust. NZ J. Public Health**, v. 27, n. 2, p. 106-117, 2003.

SOTO, R. J.; GHEE, A. E.; NUNEZ, C. A.; MAYORGA, R.; TAPIA, K. A.; ASTETE, S. G. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviours in vulnerable

populations in five Central American countries. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 46, n. 1, p. 101-111, 2007.

STATA 10,0. Disponível em:<<http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/ado/analysis/default.htm>>. Acesso em: 1 set. 2008.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA-JÚNIOR, P. R. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. **Aids**, v. 19, n. 4, p. S51-S8, Oct. 2005.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; ESTEVES, M. A. P.; ANDRADE, C. L. T. A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S7-S19, 2000.

THE UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ONHIV/Aids (UNAIDS). **Aids epidemic update**: 2008. Genéve, 2008. Disponivel em:< <http://www.unaids.org>>. Acesso em: 16 May 2009.

THE UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ONHIV/Aids (UNAIDS). **Aids epidemic update**: 2007. Genéve, 2007. Disponivel em:< <http://www.unaids.org>>. Acesso em: 14 Apr 2008.

THE UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ONHIV/Aids (UNAIDS). **Aids epidemic update**: 2006. Geneve, 2006. Disponivel em:< <http://www.unaids.org>>. Acesso em: 10 Mar 2007.

THE UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ONHIV/Aids (UNAIDS). **The status and trends of the HIV/AIDS epidemics in the world**: monitoring of the AIDS pandemic (MAP) network. Geneve, 2000.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n.2, p.369-379, 1999.

VISSE, R. O.; SMITH, A. M.; RISSEL, C. E.; RICHTERS, J.; GRULICH, A. E.; Sex in Australia: heterosexual experience and recent heterosexual encounters among a representative sample of adults. **Aust. NZ J. Public Health**, v. 27, n. 2, p. 146-154, 2003

WINNINGHAM, A.; CORWIN, S.; MOORE, C.; RICHTER, D.; SARGENT, R.; GORE-FELTON, C. The changing age of HIV: sexual risk among older African-American women living in rural communities. **Prev. Med.**, v. 39, n. 4, p. 809-814, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontija. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **II Assembléia das Nações Unidas sobre o envelhecimento**: Resolução Parlamento Europeu. Madrid, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Impact of aids on older people in Africa**: Zimbabwe case study. Geneve, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world Health Report working together for health.** Ginebra, 2006. Disponível em:< <http://www.who.int/whn/2006/en/>>. Acesso em: 23 May 2009.

ZABLOTSKY, D.; KENNEDY, M. Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 33, suppl. 2, p. S122-S130, 2003.

ZINGMOND DS.; WENGER NS.; CRYSTAL S.; JOYCE GF.; LIU H.; SAMBAMOORTHI U, et al. Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV – infected Americans. **Am J Public Health** 2001 jul; 91(7):1117-20.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO
Pessoas de 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no Ceará, Brasil

1. Nº do Questionário ____ (entrevistados deixar em branco)

2. Você é paciente do Hospital São José?

() Sim () Não . Se sim, há quanto tempo _____ anos. (00 se menos de 1 ano)

3. Você apresenta alguma alteração que impeça ou inviabilize você de responder este questionário?

Sim () () Não

Se qualquer uma das questões acima for negativa, agradeça e diga que ele não é elegível para esta pesquisa

4. Local da entrevista

1. () Ambulatório 2. () Unidade de internação

3. () Hospital-dia 4. () Outro local. Especificar _____

5. Entrevistador:_____

6. Data da entrevista:_____

7. Início da entrevista ____h e ____min.

8. Supervisor: Assinatura:_____ Data: _____

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS / COD | CÓD |
|-----|--|--|-----|
| | Prontuário | Nº | |
| | Nome | Sexo | |
| | Município | Bairro | |
| 101 | Quantos anos você tem? | Idade completada em anos _____ 8-Não sei 9-Não respondeu | |
| 102 | Escolaridade | 1-Analfabeto () 2-1ª a 4ªsérie incompleto () 3-1ª a 4ªsérie completo () 4-5ª a 8ªsérie incompleto (1 grau) () 5-5ª a 8ªsérie completo (1 grau) () 6-2º grau incompleto() 7-2º grau completo () 8-Superior incompleto() 9-Superior completo () 99-Não respondeu () | |
| 103 | Quantos anos de estudo? | anos | |
| 104 | Qual a sua situação de trabalho? | 1-Empregado tempo integral () 2-Empregado ocasionalmente (bico) () 3-Desempregado () 4-Autônomo () 5-Trabalhador com meio expediente () 6-Aposentado () 7-Pensionista () | |
| 105 | Qual o seu estado conjugal? | 1-Casado(a),Unido (a) consensualmente() 2-Solteiro (a) () 3-Viúvo (a) () 4-Separado (a),Divorciado (a) () 99-Não respondeu () | |
| 106 | Qual a sua religião? | 1- Católica () 2- Evangélica() 3- Espírita () 4-Afro-brasileira () 5- Nenhuma() 6-Outra _____ 99 Não respondeu () | |
| 107 | A qual raça /cor você pertence? | 1-Branca() 2-Parda () 3-Negra() 4-Indígena () 5-Amarela () 6-Outra _____ 99-Não respondeu () | |
| 108 | Renda familiar Em qual dessas faixas de renda a sua família se enquadra ? | 1-Sem rendimento () 2-Menos de um salário mínimo () 3-De um a três mínimos () 4-De três a cinco salários mínimos () 5-De cinco a dez salários mínimos () 6-Mais de dez salários mínimos () 88-Não se i() 99-Não respondeu () | |
| 109 | Quantos desses itens você | CIRCULE A QUANTIDADE | |

| | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------|----|----|
| | possui em casa? | | NS | NR |
| | Itens | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Automóvel | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Banheiro | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Empregada mensalista | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Freezer e ou geladeira duplex | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Geladeira simples | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Máquina de lavar roupa | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Rádio | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Televisão em cores | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |
| | Vídeo e ou DVD | 0 1 2 3 4+ 88 99 | | |

PARTE II – CONTEXTO SOCIAL E IDENTIDADE

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|-----|--|---|-----|
| 201 | Com quem você mora? | 1-Sozinho (a) () 2-Com parceiro (a),Marido (mulher) () 3-Família() 4-Amigos(as) () 5-Pais/parentes() 6-Casa de convivência() 7-Outros _____ 99 Não respondeu() | |
| 202 | Quantas pessoas moram com você? | _____ pessoas | — |
| 203 | Como você se definiria em relação a sua sexualidade? | 1-Homossexual () 2-Heterossexual () 3-Bissexual () 4-Outra 88-Não sei() 99- Não respondeu () | |

PARTE III – HISTÓRIA SEXUAL – NÚMEROS E TIPOS DE PARCEIROS

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|-----|---|--|-----|
| 301 | Quantos anos você tinha na sua primeira relação sexual (vaginal, oral ou anal)? | 1- (____) 88-Não sei() 99- Não respondeu () | |
| 302 | Você usou preservativo na primeira vez que teve relação sexual? | 1-Sim () 2-Não 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 303 | Quantos parceiros (as) sexuais você já teve na vida? | _____ parceiros | |
| 304 | E quantos parceiros (as) sexuais você teve nos últimos 12 meses? | _____ parceiro (S) | |
| 305 | Quando foi sua última relação sexual? | — Se + de 1 ano 404, 407 | |

PARTE IV- HISTÓRIA SEXUAL: PARCEIRO SEXUAL FIXO é definido como: Alguém com quem você tem “transado” mais de uma vez (em que o segundo e os outros encontros não foram por acaso), e ou com quem pretende transar novamente num futuro próximo (**namorado, companheiro etc**) ”

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | COD |
|-----|--|--|-----|
| 401 | Você teve ou tem um parceiro fixo nos últimos 6 meses? Se sim, há quanto tempo dura essa relação? | 1-Sim () 2-Não 403 88-Não sei () 99-Não respondeu () Tempo em meses____ | |
| 402 | Qual das afirmações abaixo melhor descreve o seu comportamento sexual e o do seu (sua) parceiro (a) fixo (a) ? | 1-Nenhum de nós tem sexo com outras pessoas() 2-Apenas ele (a) tem sexo com outras pessoas() 3-Apenas eu tenho sexo c outras pessoas() 4-Nós dois temos sexo com outras pessoas() 5-Eu tenho sexo com outras pessoas, eu não sei se ele(a) tem () 6-Eu não tenho sexo com outras pessoas, eu não sei se ele (a) tem 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 403 | Com que freqüência, em média, você teve relações sexuais nos últimos 12 meses? | 1-De modo nenhum () 2-Uma ou duas vezes () 3-Irregularmente () 4-Duas a três vezes no mês () | |

| | | |
|-----|---|--|
| | | 5-Uma vez no mês () 6-Diariamente/ quase diariamente () 7-Outra _____() 88-Não sei () 99-Não respondeu () |
| 404 | Você usou preservativo na última relação sexual ? | 1-Sim () 2-Não 88-Não lembra () 99-Não respondeu () |
| 405 | Com que freqüência você usou preservativo com todos os seus parceiros sexuais fixos durante os últimos 6 meses ? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() |
| 406 | Você usou preservativo na última relação sexual com este parceiro (últimos 6 meses)? | 1-Sim () 2-Não 88-Não lembra () 99-Não respondeu () |
| 407 | Você e seu parceiro fizeram sexo vaginal? Se sim, com que freqüência | 1. Sim () 2. Não () 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() |
| 408 | Você e seu parceiro fizeram sexo oral nos últimos 12 meses ? Se sim, com que freqüência . | 1. Sim () 2. Não () 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() |
| 409 | Você e seu parceiro fizeram sexo anal nos últimos 12 meses ? Se sim, com que freqüência ? | 1. Sim () 2. Não () 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() |

PARTE V- PARCEIRO SEXUAL CASUAL é definido como:

“Alguém com quem você tem “transado” uma vez ou mais sem nenhuma regularidade, sem combinar para um próximo encontro e que não seja parceiro comercial (“ficante”, paqueras, pessoas que acabou de conhecer etc)”.

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|------------|--|--|----------------|
| <u>501</u> | Você já teve algum parceiro casual? | 1-Sim () 2-Não Se NÃO PARTE VI 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 502 | De todos os parceiros sexuais que você já teve na vida , quantos foram casuais? | _____parceiros | |
| 503 | Quantos parceiros sexuais casuais você teve nos últimos 12 meses ? | _____parceiros Parceiro há + 1 ano TAMBÉM 504 | 505 506 |
| 504 | Com o seu último parceiro casual você usou camisinha na última relação sexual? | 1-Sim () 2-Não 88-Não lembra () 99-Não respondeu () | |
| 505 | Com que freqüência você usou preservativo com seu último parceiro casual? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() | |
| 506 | Com que freqüência você e seu parceiro fizeram sexo vaginal? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() | |
| 507 | Você e seu parceiro fizeram sexo oral nos últimos 12 meses ? Se sim, com que freqüência? | 1-Sempre () 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() | |
| 508 | Você e seu parceiro fizeram sexo anal nos últimos 12 meses ? Se sim, com que freqüência? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

PARTE VI - PARCEIRO SEXUAL COMERCIAL é definido como: “Alguém com quem você se relaciona (relacionou) sexualmente e recebeu ou ofereceu dinheiro, presente ou favores em troca de sexo”

| .N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|-----|--|---|-----|
| 601 | Alguma vez você já recebeu dinheiro em troca de sexo? | 1-Sim () 2-Não 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 602 | Com que freqüência você usou camisinha com parceiros de quem você recebeu dinheiro presentes ou favores? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 603 | Alguma vez você ofereceu dinheiro, presentes ou favores em troca de sexo? | 1-Sim () 2-Não 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |
| 604 | Com que freqüência você usou camisinha com parceiros para quem ofereceu dinheiro presentes ou favores? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu () | |

PARTE VII – HISTÓRIA HIV/Aids

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|-----|---|---|-------------|
| 701 | Há quanto tempo você sabe que está infectado pelo HIV? | 1-Há menos de 1 ano () 2-Entre 1 e 2 anos () 3-Entre 2 e 4 anos() 4-Há mais de quatro anos () 88--Não sabe() 99-Não respondeu () | |
| 702 | Como soube que tinha HIV? <u>Em que foi baseado o diagnóstico.</u> | | |
| 703 | Por que você fez o teste de HIV? | 1-Serviço de saúde pediu porque ficou doente () 2-Serviço de saúde pediu por que o parceiro estava doente ou morreu com aids () 3-Firma (trabalho exigiu () 4-Decidiu fazer por precaução () 5-Decidiu fazer porque o parceiro pediu () 6-Precisou ou quis doar sangue () 7-Doou sangue para se testar () 8-Por achar que tinha algum risco () 9-Curiosidade () 10-Parceiro (a) está infectado pelo HIV () 11-Indicação médica () 12-Outro(especifique) _____() 99-Não respondeu () 88-Não sabe() | |
| 704 | Como você acha que se infectou com o HIV? | 1-Transfusão de sangue contaminado.() 2-Uso de drogas compartilhando agulhas. 3-Relação sexual desprotegida com parceiros sexuais pouco conhecidos. () 4-Parceiro infectado por transfusão de sangue () 5-Parceiro infectado por uso de drogas injetáveis () 6-Parceiro infectado por relação sexual desprotegida com outro homem () 7-Parceiro infectado por relação sexual desprotegida com outra mulher() 8-Parceiro infectado por relação sexual desprotegida não se sabe se por homem ou por mulher () 9-.Parceiro infectado não se sabe como () 10-Não tem a menor idéia de como se infectou o outro (especifique) _____ 99-Não respondeu () | |
| 705 | Como ficou a tua vida sexual após ter o resultado positivo para HIV? | 1-Ficou igual 2-Melhorou 3-Piorou 99-Não respondeu | 88-Não sabe |

| | | |
|-----|---|--|
| | Depois do resultado de HIV, você teve relação sexual? | 1-Sim () 2-Não () Se NÃO pule para 707 99-Não respondeu () |
| 706 | | |
| 707 | Depois do resultado positivo para HIV com que freqüência você usou camisinha? | 1-Sempre() 2-Quase sempre() 3-Ás vezes () 4-Nunca () 88-Não sei () 99-Não respondeu() |
| 708 | O (A) parceiro (a) atual sabe que você é soropositivo(a)? | 1-Sim () 2-Não () 3-Não sei se ele (a) sabe 4-Não tem parceiro no momento () 5-Não sabe informar () 6-Não quer informar |
| 709 | Você está fazendo uso do medicamento (antirretrovirais) para tratar aids? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () |
| 710 | Você já teve alguma sintoma ou doença que seu médico disse ser por causa da AIDS? | 1-Sim () 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 711 | Qual foi a doença ou sintoma? | |

PARTE VIII - USO DE DROGAS E ÁLCOOL

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|-----|--|--|-----|
| 801 | Quais drogas você usou? USO 1. Nunca usei 2. Usei alguma vez na vida 3.Não usei no último ano 4. Usei no último ano (últimos 12 meses) | 1-Álcool () 2-Maconha () 3-Cola de sapateiro () 4-Cheirinho da loló () 5-Crack () 6-Cocaína () 7-Heroína () 8-Haxixe () 9-LSD () 10-Morfina () 11-Dolantina () 12-Moderador de apetite, bolinha, arrebite() 13-Calmantes, tranqüilizantes () 14-Outro(especifique) Se parou de BEBER há + de 1 ano NÃO perguntar da 806 a 813 | |
| 802 | Você utilizou algum tipo de droga injetável (acima) nos últimos 12 meses? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () | |
| 803 | Você já reutilizou uma agulha usada por outra (s) pessoa (s)? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () | |
| 804 | Você já fez sexo com alguém que estava tinha bebido muito ou bêbado (a)? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () | |
| 805 | Com essa pessoa você usou camisinha? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () | |
| 806 | Qual a freqüência do seu consumo de bebidas alcoólicas CONSUMO ATUAL | 1-Nunca () 2-Menos que mensalmente () 3-Mensalmente () 4-Semanalmente () Diariamente ou quase que diariamente | |
| 807 | Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando está bebendo CONSUMO ATUAL | 1-Nenhuma() 2- 1 a 2 () 3-3 a 4 () 4- 5 a 6 () 5-7 a 9 () 6-10 ou mais () Uma dose equivale a: 120 ml de vinho (taça); 350 ml de cerveja (lata) 1 coquetel; 36 ml de destilado (whisky, vodka, pinga) | |
| 808 | Qual a freqüência que você consome 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião CONSUMO ATUAL | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente | |

| | | |
|-----|---|---|
| 809 | Com que freqüência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado? | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 810 | Quantas vezes durante os últimos 12 meses você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 811 | Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira? | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 812 | Quantas vezes durante os últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber? | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 813 | Quantas vezes durante os últimos 12 meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo? | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 814 | Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras? Antes e nos últimos 12 meses | 1-Nunca 2-Menos que mensalmente 3-Mensalmente 4-Semanalmente 5-Diariamente ou quase que diariamente |
| 815 | Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber? Antes e nos últimos 12 meses | 1-Não 2-Sim, mas não no último ano 3-Sim, durante o último ano |
| 816 | Que idade você tinha quando começou a beber mais que só um “golinho”? Em anos | Idade que começou a beber em anos _____ |
| 817 | Nós gostaríamos de saber os efeitos que a bebida pode ter em você. Quando você.. (LEIA OS ITENS E AS RESPOSTAS) RESPOSTAS: 1. Em geral verdadeiro 2. Às vezes verdadeiro 3. Nunca verdadeiro -8 Não sei -9 Não respondeu | 1-Fica mais fácil se abrir com os outros () 2-Você acha mais fácil conversar com seu companheiro (a) sobre seus sentimentos, problemas () 3-Você se sente mais desinibido (a) com sexo () 4-As atividades sexuais são mais prazerosas para você () 5-Você se sente mais atraente sexualmente () 6-Você se torna mais agressivo (a) com as pessoas () |

PARTE-IX CONHECIMENTO, OPINIÕES E ATITUDES FRENTE AHIV/Aids

| N | QUESTÕES | CATEGORIAS | CÓD |
|------|---|--|-----|
| 1001 | Você poderia me dizer três maneiras de uma pessoa se proteger do HIV, o vírus que causa a aids? | 1_____ 2_____ 3_____ | |
| 1002 | As pessoas podem se proteger do HIV, usando a camisinha toda vez que eles fizerem sexo? | 1-Sim () 2-Não () 3- Não sabe() 99-Não respondeu () | |

| | | | |
|------|--|---|---|
| 1003 | Uma pessoa pode pegar HIV ao receber injeções com a mesma agulha que já tinha sido usada por outra pessoa? | 1-Sim () 3- Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 1004 | As pessoas podem se proteger do HIV ao ter um parceiro sexual fiel e não-infectado? | 1-Sim () 3- Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 1005 | As pessoas podem se proteger do HIV ao evitar relação sexual? | 1-Sim () 3- Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 1006 | Uma pessoa pode pegar HIV ao dividir talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado? | 1-Sim () 3- Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 1007 | Uma pessoa pode pegar HIV pelo uso de banheiros públicos? | 1-Sim () 3- Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |
| 1008 | Uma pessoa pode pegar o HIV por uma picada de mosquito? | 1-Sim () 3-Não sabe() | 2-Não () 99-Não respondeu () |

X – SERVIÇOS DE SAÚDE

| N | QUESTÃO | CATEGORIAS | CÓD |
|-------|--|---|--|
| 1101 | No serviço em que você é atendido (a) para tratar do HIV, quais informações ao lado foram dadas a você? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra | 1- Que mesmo que seu parceiro também seja positivo, vocês devem prevenir-se de Infecção com novas cargas virais () 2- Que você não precisa deixar de ter relações sexuais com seu parceiro sexual devido ao HIV () 3-.Que existem remédios capazes de manter o HIV sob controle, reduzindo as chances que você adoeca() | |
| 1102 | Você tem você tem discutido sobre relações性uais com seu médico ? | 1-Sim () 3-Nunca () | 2- Não() 99-Não respondeu () |
| 11203 | Com que freqüência você tem facilidade de obter camisinha? | 1-Sempre() 3-Nunca () | 2-Às vezes() 99-Não respondeu() |
| 1104 | Você faz uso de medicamentos para melhorar a função sexual? | 1.- Viagra () 2 Outro similar _____ | |
| 1105 | Chegamos ao final de nosso questionário. Agradecemos muito o tempo que você nos dedicou e a boa vontade com a qual você respondeu nossas perguntas? Gostaríamos de saber o que você achou do nosso questionário? | 1-Chato() 3-Importante() 5-Muito longo 6-Outro (especificar)_____ | 2-Interessante() 4-Indiscreto() |
| | Horário final da entrevista____ horas____ minutos | | |

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Introdução: Meu nome é Vera Lúcia Borges de Araújo, sou aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, e estou sob orientação da Pós-Doutora Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr, desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Pessoas de 50 anos de idade e mais vivendo com HIV/Aids no Ceará, Brasil, com o propósito de colher informações sobre conhecimento, atitudes e práticas sexuais entre pessoas de 50 anos de idade e mais vivendo com HIV/Aids.

Termo de consentimento livre e esclarecido (Participantes escolhidos pela pesquisadora): Estou convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada em um hospital de referência terciária do Ceará, entre as pessoas de 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids. O objetivo deste estudo é saber o que fazem e pensam as pessoas de 50 anos de idade e mais vivendo com HIV/Aids, em relação aos seus aspectos comportamentais, de atitudes e práticas性uais. Você responderá a um questionário contendo 89 questões, semiestruturadas, com informações sobre: identificação pessoal (sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado conjugal, classe social), contexto social e identidade, conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, história de HIV/Aids, comportamento, atitudes e práticas sexuais, número e tipos de parceiros, uso de preservativo e uso de drogas. As informações colhidas poderão melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Serão listados todos os pacientes 50 anos e mais de idade vivendo com HIV/Aids atendidos no hospital em exame, no período de 1983-2008 (388 pessoas) os quais, constituirão a amostra para participar da pesquisa. Será garantido o total sigilo das informações que você nos fornecer. Seu nome não será relacionado ao questionário, mas constará somente deste termo e será utilizado apenas para estimar o tamanho desta população no hospital. Sua participação não oferecerá risco à sua saúde. Você pode deixar de responder as questões em relação às quais não se ache confortável e pode interromper a qualquer momento, se assim o desejar.

Em caso de dúvida, você poderá procurar por Vera Lúcia Borges de Araújo, nos telefones, 3101-2358 e 8864-1710 ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital São José em Doenças Infecciosas, situado na rua Nestor Barbosa, nº 315 Parquelândia CEP : 60.455-610, em Fortaleza-CE, fone: (85) 3452-7880 ou se comunicar com a coordenadora, Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira.

--Não haverá despesas ou compensações pessoais e/ou financeiras para o participante em qualquer fase do estudo. Em face desses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Fortaleza, ____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Portanto, eu, _____, declaro que
compreendi o estudo e aceito participar da referida pesquisa na seguinte modalidade,
respondendo ao questionário. Fortaleza, ____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO

**ANEXO A – Critérios de definição de casos de aids em Adultos
(treze anos de idade ou mais)**

No quadro-resumo abaixo, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para definição de casos de aids em indivíduos com treze (13) anos de idade ou mais para fins de vigilância epidemiológica:

QUADRO 1

**RESUMO DOS CRITERIOS DE DEFINICAO DE CASOS DE AIDS EM
INDIVIDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS**

Critérios CDC Adaptado

Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos ante-HIV

+

Evidencia de imunodeficiênci: Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids

e/ou

Contagem de linfócitos T CD4 + <350 células/mm³

E/OU

Critério de Janeiro / Caracas

Existência de dois (2) testes de triagem reagentes ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Somatório de pelo menos dez (10) pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças.

OU

Critério Excepcional Óbito

Menção a AIDS/Sida (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

Ou

Menção a infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em alguns dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

Critério CDC adaptado em indivíduos com treze anos e mais de idade

Será considerado como caso de AIDS, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócito T CD4+ abaixo de 350 células/mm³), independentemente da presença de outras causas de imunodificiência.

Como evidência da infecção pelo HIV para fins de vigilância epidemiológica, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: ELISA, EIA, MEIA e ensaio imunoenzimático por quimioluminiscência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência indireta, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos (carga viral), NASBA e PCR.

Como evidência de imunodeficiência, faz-se necessário uma contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 células/mm³ e/ou o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de AIDS (listadas abaixo em ordem alfabética):

1. Criptococose extrapulmonar;
2. Câncer cervical invasivo;
3. Candidose de esôfago;
4. Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões;
5. Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos; como a retinite por citomegalovírus;
6. Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
7. Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês;
8. Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);
9. Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
10. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomarírus);
11. Linfoma não-Hodgkin de célula B (fotótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico);
12. Linfoma primário do cérebro;

13. Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
14. Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose e/ou miocardite);
15. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite);
16. Sepse recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);
17. Toxoplasmose cerebral

Segundo esse critério, para algumas doenças indicativas de AIDS, faz-se necessário o diagnóstico definitivo, enquanto para outras aceita-se o diagnóstico presuntivo.

Critério Rio de Janeiro / Caracas

Será considerado como caso de AIDS, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente)e, além disso, um somatório de pelo menos dez (10) pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Para o diagnóstico de infecção pelo HIV, são considerados testes de triagem para detecção de anticorpos: ELISA, EIA, MEIA e ensaio imunoenzimático por quimioluminiscência. São considerados testes confirmatórios: imunofluorescência, imunoblot, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, PCR e NASBA.

Apresenta-se no Quadro 3, a seguir, a escala com a pontuação para cada sinal, sintoma ou doença.

QUADRO 2 – ESCALA DE SINAIS, SINTOMAS OU DOENÇAS

| SINAIS/SINTOMAS/ DOENÇAS | DESCRIÇÃO | PONTOS |
|---|---|-----------|
| Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia | Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e 25% em mulhe-res; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 11,0 g/dL) em homens e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 10,0 g/dL) em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a 1 x 10 ⁹ /L (menos de 1.000 células/mm ³). Trombocitopenia: contagem de plaquetas inferior a 100 x 100 ⁹ /L (menos de 100.000 células/mm ³). | 2 |
| Astenia | Por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Caquexia | Perda de peso involuntário superior a 10% do peso atual do paciente com ou sem emaciação, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Dermatite persistente | Lesões eczematosas localizadas ou generalizadas de evolução crônica, lesões papulavesiculosas disseminadas sem etiologia definida ou micoses superficiais de evolução crônica resistentes ao tratamento habitual. | 2 |
| Diarréia | Constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês. | 2 |
| Febre | Igual ou superior a 38°C, de forma constante ou intermitente, por um período igual ou superior a um (1) mês, excluída a tuberculose como causa básica. | 2 |
| Linfadenopatia | Maior ou igual a um (1) centímetro acometendo dois (2) ou mais si-tios extra-ingüinais, por um período igual ou superior a um (1) mês. | 2 |
| Tosse | Tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite, determinadas radiologicamente ou por qualquer outro método diagnóstico. | 2 |
| Candidose oral ou leucoplasia pilosa | Candidose oral: inspeção macroscópica de placas brancas removíveis em base eritematosa ou pela inspeção microscópica de material obtido da mucosa oral com achados característicos. | 5 |
| Disfunção do sistema nervoso central | Confusão mental, demência, diminuição do nível de consciência, convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia conhecida (exceto a por <i>Cryptococcus neoformans</i>) ou desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais, excluídas as disfunções originadas por causa externas. | 5 |
| Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade | Lesões dermatológicas em diferentes fases de evolução, precedidas e/ou acompanhada por dor, acometendo um ou mais dermatomos. | 5 |
| Tuberculose pulmonar, pleural (ou de linfonodos localizados numa única região) | Tuberculose de linfonodos com localização única, pleural, pulmonar não-especificada ou cavitária diagnosticada por padrão radiológico específico, inspeção microscópica (histologia ou citologia), cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluídios desse tecido. | 5 |
| Outras formas de tuberculose | Tuberculose de linfonodos localizados em mais de uma cadeia, disseminada, atípica ou extra-pulmonar diagnosticada por padrão radiológico específico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário) e/ou inspeção microscópica (histologia ou citologia), pesquisa direta, cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluídios desse tecido. | 10 |
| Sarcoma de Kaposi | Diagnóstico definitivo (inspeção microscópica: histologia ou citologia) ou presuntivo (reconhecimento macroscópico de nódulos, tomorações e/ou placas eritematosas/violáceas característica na pele e/ou mucosas). | 10 |

Critério Excepcional Óbito em indivíduos com treze (13) anos ou mais de idade

Será considerado como caso de AIDS, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais em cuja Declaração de Óbito (DO):

- Haja menção a AIDS/SIDA ou termos equivalentes (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunodeficiência adquirida) em algum dos campos de preenchimento, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de casos de AIDS vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva).

Ou

Haja menção a HIV ou termos equivalentes em algum dos campos de preenchimento, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV, e que, após investigação epidemiológica, não possa ser descartado ou enquadrado em nenhum dos critérios principais de definição de caso de AIDS vigentes (investigação epidemiológica inconclusiva).

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS
INFECCIOSAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Ofício N.º 022/2008

Fortaleza, 22 de Julho de 2008

**Referente ao Protocolo Nº 019/2008
CAAE – 0027.0.042.000-08**

Folha de Rosto Nº. 201193

Título do Projeto: “AIDS em pessoas com 50 anos ou mais -estudo epidemiológico dos casos atendidos em um hospital de referência terciária do Ceará”

Instituições Envolvidas: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Hospital São José de Doenças Infecciosas

Pesquisadora Responsável: Vera Lúcia Borges de Araújo

Senhor Diretor,

Levamos ao conhecimento de V. Sa. que, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas (CEP-HSJ), dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos do conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial da União em 16 de outubro de 1996, **aprovou** o projeto em apreço na reunião ordinária do CEP-HSJ, em 21 de julho de 2008.

Sendo só o que se nos apresenta no momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Cordenadora do CEP-HSJ

Ilmo. Sr.
Dr. Anastácio de Queiroz Sousa
Diretor Geral do Hospital São José
Nesta

+

Vianney Mesquita (Reg. Prof. nº CED0485JP)

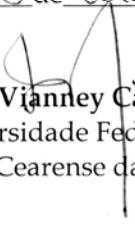
Revisão Gramatical e Estilística de Textos
Docente da Universidade Federal do Ceará
Acad. Titular (Cad nº 37) da Acad. Cearense de Língua Portuguesa

DECLARAÇÃO

Declaro, para constituir prova junto ao (à) PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA,
do(a) FACULTADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ,
que procedi ao trabalho de revisão estilística e gramatical do(a)
DISSERTAÇÃO intitulado(a) "PESSOAS DE 50 ANOS
E MAIS VIVENDO COM AIDS NO CEARÁ, BRASIL"

_____, da
autoria de Vera Lúcia Borges de Amorim,
orientado(a) pelo(a) Prof.ª Nívia Regina Franco Sanguineto Kierer (Ph.D.),
pelo que assino a presente.

Fortaleza, 03 de outubro de 2009.


Prof. João Vianney Campos de Mesquita
 Universidade Federal do Ceará e
 Academia Cearense da Língua Portuguesa

Válida somente com a carta anexa.

