

**MARTA DRIEMEIER**

**VULNERABILIDADE DE IDOSOS QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE  
CONVIVÊNCIA DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL,  
À SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

**CAMPO GRANDE  
2010**

**MARTA DRIEMEIER**

**VULNERABILIDADE DE IDOSOS QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE  
CONVIVÊNCIA DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, À SÍNDROME  
DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do grau de mestre em doenças infecciosas e parasitárias, do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina “Dr. Hélio Mandetta” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da professora

Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade

**CAMPO GRANDE  
2010**



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

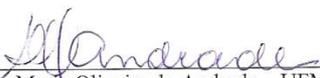
Programa de Pós Graduação em  
Doenças Infecciosas e Parasitárias

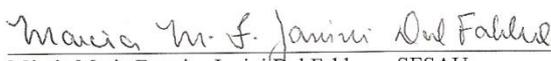


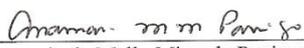
## TERMO DE APROVAÇÃO

A dissertação intitulada VULNERABILIDADE DE IDOSOS DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, À SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA, apresentada à banca examinadora por MARTA DRIEMEIER, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obteve aprovação.

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Sonia Maria Oliveira de Andrade – UFMS

  
\_\_\_\_\_  
Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro – SESAU

  
\_\_\_\_\_  
Anamaria de Mello Miranda Paniago – UFMS

Campo Grande, 22 de junho de 2010.

Dedico esta tese de mestrado a todos os idosos  
pelos quais tenho um carinho especial.

Aos meus pais, Hélio e Anita, que sempre me  
incentivaram com muito amor a buscar o melhor de  
todas as coisas e me fizeram entender que nada é  
difícil quando se tem vontade.

Ao meu esposo, Carlos Henrique, por estar comigo  
em todos os momentos nos últimos 19 anos e por  
ser uma das melhores escolhas que eu fiz.

Aos meus pedacinhos, Gabriel e Rodrigo, pelos  
quais dou minha vida.

Aos meus irmãos, Larissa e Luciano, por serem meu  
exemplo de competência, honestidade e sucesso.

À minha sobrinha, Marina, por ser um exemplo de  
superação.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Dr<sup>a</sup> Sônia por haver me alfabetizado nos caminhos da pesquisa científica.

Aos funcionários dos Centros de Convivência e seus freqüentadores pela colaboração indispensável para realização da pesquisa.

À Professora Dr<sup>a</sup> Elenir pela paciência e prontidão nos plantões de dúvidas estatísticas.

À Professora Dr<sup>a</sup> Anamaria pelo incentivo que sempre encontrei em suas palavras.

## RESUMO

A população mundial envelhece com qualidade de vida graças aos avanços da medicina e ao desenvolvimento de políticas voltadas para saúde do idoso. Neste contexto surge a longevidade sexual e conseqüentemente os riscos de indivíduos com mais de sessenta anos adquirirem doenças sexualmente transmissíveis (DST). Apesar disto, mantém-se a idéia de que o idoso é assexuado e a prevalência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) aumenta nesta população mais que em qualquer outra faixa etária. Esta pesquisa estimou a vulnerabilidade à AIDS, de indivíduos idosos, frequentadores dos Centros de Convivência de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. A mesma teve desenho descritivo exploratório, seccional e quantitativo, sendo a amostra de 329 idosos selecionados de forma probabilística. Foram excluídos idosos com alteração cognitiva (avaliada através do Mini Exame do Estado Mental - MEEM) e com dificuldade de comunicação. A seguir foram aplicadas escalas para avaliação funcional (Barthel para atividades básicas de vida diária (ABVD) e Lawton para atividades instrumentais da vida diária (AIVD)) e realizada entrevista com abordagem dos seguintes aspectos: dados sócio-demográficos, conhecimento e percepção de risco relacionados à AIDS e comportamento sexual. A maioria dos idosos era independente do ponto de vista funcional, do sexo feminino, encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos, achava que idosos eram vulneráveis à AIDS e tinham conhecimento suficiente sobre a doença, porém, apenas 26,9% afirmaram ter realizado o teste anti-HIV. Uso de drogas, homossexualidade/bissexualidade e abuso de álcool não foram relatados. A maior vulnerabilidade do idoso à AIDS foi encontrada na relação sexual sem uso de preservativo (55,7%), sendo que o sexo desprotegido ocorreu em idosos com parceiros que tinham outros parceiros (14%) e que tinham mais de cinco parceiros nos últimos cinco anos (2,9%) aumentando ainda mais o risco de adquirir o vírus HIV. Os idosos frequentadores dos centros de convivência foram vulneráveis à AIDS por manterem relação sexual sem uso de preservativo.

Palavras-chaves: idoso; vulnerabilidade; HIV/AIDS.

## ABSTRACT

The world's population grows older with quality thanks to medical advances and the development of health policies for the elderly. Here arises the sexual longevity and, consequently, the risk of individuals over sixty years acquiring sexually transmitted diseases (STDs). Nevertheless, the idea that the elderly are asexual still exists and the prevalence of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) increases in this group more than in any other age group. This survey estimated the vulnerability to AIDS in the elderly patrons of the social centers in Campo Grande - Mato Grosso do Sul. It had sectional quantitative descriptive exploratory design, with a sample of 329 people over 60 years selected by probabilistic way. Elderly with cognitive impairment (evaluated through the Mini Mental State Examination) and with communication difficulties were excluded. Then applied scales for functional assessment (Barthel for basic activities of daily life and Lawton for instrumental activities of daily life) and an interview were made with approach of the following aspects: sociodemographic data, knowledge and perception related to the AIDS and the sexual behavior. Most elderly people were functionally independent, female, founded in the age group 60-69 years, were aware about AIDS vulnerability and had knowledge about the disease, although only 26,9% have done HIV test. Drug users, homosexuality/bisexuality and alcohol abuse were not reported. The greater vulnerability of elderly people with AIDS was in sexual intercourse without using condoms (55,7%). The unprotected sex may occurred in elderly individuals with a partners who had other partners (14%) and those with more than five partners in the past five years (2,9%), further increasing the risk of acquiring HIV. The elderly from the social centers were vulnerable to AIDS through sexual transmission.

Key words: aged; vulnerability; acquired immunodeficiency syndrome; HIV.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo grau de dependência funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária, Campo Grande – 2009 (n=305)	32
TABELA 2	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo características sócio-demográficas, Campo Grande – 2009 (n=305)	34
TABELA 3	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo conhecimento sobre HIV/AIDS e submissão ao teste anti-HIV, Campo Grande – 2009 (n=305)	36
TABELA 4	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo conhecimento sobre modos de transmissão do vírus HIV, Campo Grande – 2009 (n=305)	36
TABELA 5	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo relação entre percepção da vulnerabilidade de indivíduos com mais de 60 anos à AIDS, faixa etária e escolaridade, Campo Grande - 2009 (n=305)	38
TABELA 6	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo variáveis relativas à exposição sanguínea, Campo Grande - 2009 (n=305)	40
TABELA 7	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo variáveis de comportamento sexual no último ano, Campo Grande - 2009	44
TABELA 8	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo presença de atividade sexual nos últimos 12 meses e gênero, Campo Grande – 2009	47
TABELA 9	Número e porcentagem de idosos segundo o uso do preservativo e tipo de parceiro sexual no último ano, Campo Grande – 2009	48

TABELA 10	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência que tiveram atividade sexual nos últimos 5 anos segundo variáveis de comportamento sexual, Campo Grande - 2009	49
TABELA 11	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo número de parceiros, faixa etária e sexo, Campo Grande - 2009 (n=194)	53
TABELA 12	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo número de parceiros, sexo e renda <i>per capita</i> (em salários mínimos), Campo Grande - 2009 (n=194)	53
TABELA 13	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência com atividade sexual nos últimos 12 meses segundo número de parceiros, tipo de parceria sexual e uso de preservativo, Campo Grande – 2009 (n=147)	54
TABELA 14	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo vulnerabilidade à AIDS, Campo Grande – 2009 (n=305)	55
TABELA 15	Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo utilização de bebida alcoólica e dependência ao álcool avaliada pelo teste de CAGE, Campo Grande – 2009	56

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
CCI	Centros de convivência de idosos
CDC	Centers for diseases control and prevention
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EL	Elias Lahdo
ES	Edmundo Sheuneman
HAART	<i>Highly active antiretroviral therapy</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini-exame do estado mental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa nacional por amostra de domicílios
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
VZ	Adalgisa de Paula Ferreira - Vovó Ziza

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Envelhecimento .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Sexualidade .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Vulnerabilidade e AIDS .....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 AIDS e o idoso .....</b>	<b>18</b>
<b>2.5 Possíveis causas para o aumento da aids no idoso .....</b>	<b>20</b>
<b>2.6 Justificativas para o estudo da aids no idoso .....</b>	<b>22</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>24</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Tipo, local e período da pesquisa .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Sujeitos .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Coleta de dados .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4 Organização e análise dos dados .....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>31</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial envelhece e, graças aos avanços da medicina e da tecnologia, este envelhecimento vem acompanhado de boa qualidade de vida. Idosos atingem faixas etárias mais longevas com autonomia e independência, mantendo como consequência sua vida sexual ativa. Porém a modernidade que traz consigo os novos tratamentos estéticos e de disfunção erétil, as novas oportunidades de relacionamento via internet, os bailes da terceira idade, dentre outras inovações; não traz consigo a atualização instantânea de velhos hábitos e crenças adquiridos em épocas passadas. Neste contexto desencadeou-se um aumento do número de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em indivíduos idosos, proporcionalmente maior do que em qualquer outra faixa etária.

É necessário que ocorra atualização de conduta por parte do idoso e por parte de todos os envolvidos em seu cuidado como assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos e autoridades de saúde pública. Para isto, deve-se conhecer o comportamento atual dos indivíduos com mais de 60 anos inseridos neste novo contexto.

Esforços para que a população envelheça bem devem ser acompanhados de empenho para que ela se proteja de doenças que atingem o público sexualmente ativo. Não há espaço para doença infecciosa incurável em faixa etária que já padece de doenças crônico-degenerativas que trazem sofrimento e oneram o sistema de saúde.

Para reverter este aumento no número de idosos com AIDS deve-se conhecer a vulnerabilidade específica desta faixa etária, tornando possível a adoção de medidas mais eficazes de prevenção que possam proporcionar redução do impacto da doença para os indivíduos e para o sistema público de saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Envelhecimento

Ao longo do século XX ocorreram transformações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial, com conseqüente mudança na sua composição demográfica (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005). A alteração na estrutura etária da população, caracterizada pelo aumento na proporção de indivíduos a partir de 60 anos, para países em desenvolvimento, e de 65 anos, para os desenvolvidos, ocorre como conseqüência da queda da taxa de fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida e à redução da mortalidade (NOGUEIRA et al., 2008). Esse fenômeno, inicialmente observado em países desenvolvidos, assume nos países em desenvolvimento uma velocidade sem precedentes na história da humanidade (JORGE et al., 2008).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2005, os idosos representavam 10,4% da população mundial. Projeções revelam que até 2050 este número será maior que 20% e o percentual de crianças reduzirá de 30% para 21% (NOGUEIRA et al., 2008).

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e para 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2009).

O aumento da expectativa de vida é outro fator envolvido no envelhecimento populacional. O mesmo vem ocorrendo continuamente no Brasil, desde o início do século XX. No período de 1900 a 1950, houve um ganho de pouco menos de 10 anos na longevidade, que cresceu de 33,7 anos para 43,2 anos. Já de 1960 a 1990, houve um aumento de 7,5 a 10 anos por década. Nos últimos anos, tem-se verificado aumentos mais modestos, porém, constantes (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005). A expectativa de vida em 2008 era de 72,7 anos e projeta-se que para 2050 os indivíduos alcancem os 81 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da humanidade. No início do século XXI provocou um aumento global das demandas sociais e

econômicas, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade objetivando condições mais humanas de vida àqueles que atingem a terceira idade (SOUSA, 2008).

À medida que a população envelhece mudam os padrões de morbimortalidade, principalmente com o declínio das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2005). Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de problemas de saúde complexos e onerosos, típicos dos países de longevos. Surgem doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

Por outro lado, o fenômeno do envelhecimento como questão pública deve ser analisado de forma positiva para o desenvolvimento humano (ZORNITTA, 2008). A caracterização errônea do envelhecer natural como um estado patológico, estimulou muito mais a tentativa de combatê-lo do que de entendê-lo. Nas últimas três décadas este conceito vem sendo modificado (SOUSA, 2008).

A complexidade desta mudança demográfica despertou o interesse de autoridades em todo o mundo que têm se empenhado na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso. Há preocupação em manter a qualidade de vida desta população que está diretamente ligada a capacidade funcional, isto é, a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo (VERAS, 2009).

Inquérito domiciliar realizado no município de São Paulo no início dos anos 90 revelou que apesar de 94,4% dos idosos serem portadores de doença crônica, 68% eram capazes de viver com relativa independência (KALACHE, 2008).

Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram tendências positivas nas condições de saúde e no uso de serviços de saúde pela população idosa brasileira. Entre 1998 e 2003, diminuiu a prevalência dos que haviam estado acamados, melhorou a auto-avaliação de saúde, da

capacidade funcional e aumentou o número de consultas médicas (JORGE et al., 2008).

Estudos recentes têm mostrado que doenças crônicas bem como suas incapacidades não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida (VERAS, 2009). Tem-se ainda a favor da qualidade de vida em idosos, os avanços da medicina e tecnologia, proporcionando tratamento de doenças antes incuráveis e recursos para manutenção da independência de idosos doentes (CONTE; GORINCHTEYN, 2008).

Os idosos começam a viver a vida em sua plenitude (SOUSA; SILVA; MONTARROYO, 2007) e podem contar com programas de ensino específicos (Universidades Abertas da Terceira Idade), de lazer (centros de convivência) e até com hospitais e centros de referência em geriatria (GARRIDO; MENEZES, 2002; CONTE; GORINCHTEYN, 2008). O envelhecimento cada vez mais bem sucedido tem feito com que idosos apresentem melhora da qualidade de vida, aumento das relações sociais e das oportunidades de relacionamento sexual (BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007; CONTE; GORINCHTEYN, 2008).

## **2.2 Sexualidade**

Sabe-se que a sexualidade na maturidade é tema emergente que tem despertado interesse científico. Ocorrem pequenas modificações quantitativas na resposta sexual com o envelhecimento, porém, apesar da sexualidade transformar-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, ela só desaparece com a morte (SOUSA, 2008). Além disto, o acesso às informações e a modificação cultural também permitiram alterações comportamentais relacionadas à vida sexual do idoso (RIBEIRO; JESUS, 2006).

Apesar de indivíduos de idade mais avançada serem estereotipados como assexuados, estima-se que após os 60 anos, mais da metade deles permaneça com vida sexual ativa (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005). Segundo Lindau et al. (2007) a frequência de atividade sexual declina com a idade, mas há homens e mulheres que têm relação sexual mesmo na oitava ou nona décadas de vida.

Velhice sem sexualidade é mito. A estigmatização da terceira idade tanto por familiares como por profissionais de saúde que se negam a pensar que nesta fase a

pessoa está sexualmente ativa traz graves consequências, sobretudo na área de prevenção (ARAÚJO et al., 2007). Programas de promoção de envelhecimento saudável de Viena e Madri desenvolveram políticas na área de Integração Social, Educação e Cultura e de Esporte e Turismo. No entanto, os cuidados e esclarecimentos com a saúde sexual, não são mencionados. Assim, o próprio Estado contribui para que seja mantido o estereótipo do idoso assexuado – apesar do incentivo à vida sexual saudável (ZORNITTA, 2008). Estudos comportamentais revelam que a concepção arraigada na sociedade de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter os grupos populacionais com idade superior a 50 anos fora das prioridades de prevenção das DST e da AIDS (POTTES et al., 2007).

Ainda em relação a cuidado e esclarecimento, esta geração de idosos que “redescobre” a sua sexualidade é a mesma que presenciou no século XIX a descoberta do agente etiológico da sífilis, a penicilina e sua aplicação terapêutica. Com o surgimento dos antibióticos e dos anticoncepcionais, o sexo passou a ser considerado seguro e libertou a população dos seus tradicionais tabus: doenças venéreas e gravidez indesejada (VELOSO, 2001). Os preservativos para a geração que se encontra idosa eram usados para controle de natalidade, e não para proteger de DST. Com a ausência do risco de gravidez e pouco conhecimento sobre a AIDS, os idosos estão muito distantes de se habituarem a este mecanismo de proteção (MAES; LOUIS, 2003), ficando cada vez mais expostos a riscos antes característicos de faixas etárias mais jovens (SOUSA, 2008).

No final da década de noventa surgiram os medicamentos para disfunção erétil que tiveram larga aceitação e popularidade (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005; MAES; LOUIS, 2003; SOUSA; SILVA; MONTARROYO, 2007), desencadeando uma mudança no padrão sexual masculino que passou a apresentar uma atividade sexual ainda mais intensa. As mulheres, que apesar de menos ativas durante a menopausa, mantiveram a sua vida sexual, porém, com dificuldade de negociar o uso do preservativo com seu parceiro (GODOY et al., 2008).

Começou a haver necessidade de se discutir sexo com uma parcela da população cada vez mais crescente que não teve o hábito de lidar com métodos preventivos em décadas passadas e que não se sente vulnerável às DST (SOUSA; SILVA; MONTARROYO, 2007).

Historicamente, a sexualidade dos idosos tem sido negada. Há uma anulação em sua dimensão e em sua subjetividade, ao longo de construções de estereótipos negativos. No momento de aumento de expectativa de vida e de novas tecnologias como as que prolongam a vida sexual, a sexualidade até então ignorada, emerge como um problema de saúde pública e vem à tona não pela sua negligência ou anulação, mas, pela ocorrência de DST e pela AIDS (ZORNITTA, 2008).

A visão de que o idoso é incapaz de despertar desejo em outras pessoas, aumenta ainda mais a vulnerabilidade desta faixa etária, pois a sociedade não leva em conta a vida sexual dos idosos e não discute sobre medidas preventivas necessárias para atingir esta faixa etária da população. Ribeiro e Jesus (2006) referiram que não se fala em sexo ou uso de preservativo com o idoso. As justificativas encontradas por eles para este fato foram: resistência ou negação do paciente, resistência, receio e desconsideração do assunto por parte do profissional. As palavras associadas ao tema foram: tabu, vergonha falta de intimidade, agressão, assunto delicado, reserva e respeito.

A prevenção das DST e AIDS entre os maiores de 50 anos é algo muito complexo e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública, que concentram sua atenção na população jovem (20-34 anos) (POTTES et al., 2007).

### **2.3 Vulnerabilidade e AIDS**

No início da década de 1980, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) atingia principalmente populações específicas que foram denominadas grupos de risco. Desta forma, as poucas estratégias preconizadas pela política de saúde na época foram dirigidas especificamente a esta população. Isto determinou a ampliação silenciosa da incidência nos grupos que eram excluídos do risco e causou preconceito em relação aos grupos estigmatizados (EIRA et al., 2008).

Este termo grupo de risco foi então substituído gradativamente por comportamento de risco (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Nesse modelo o enfoque é direcionado ao comportamento de risco no qual qualquer um é passível de infecção pelo vírus, estimulando o envolvimento individual na prevenção.

O conceito de vulnerabilidade em HIV/AIDS foi introduzido ainda na década de 80, referindo-se ao risco de adquirir a infecção pelo HIV, estando este vinculado a estruturas sociais, políticas de saúde e conduta individual. Este conceito justificava o

grande número de pessoas expostas ao contágio pelo HIV sem pertencer aos anteriormente chamados grupos de risco. A avaliação da vulnerabilidade tem o objetivo de fornecer subsídio para construção de um planejamento de ações preventivas. Nessa perspectiva, os fatores de risco estão diretamente relacionados a problemas estruturais subjetivos e objetivos que tornam a população geral mais exposta ao HIV, tais como pobreza, violência, baixa escolaridade, desigualdade de gênero, falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros (EIRA et al., 2008).

O caminho para o conhecimento dos elementos presentes em uma dinâmica epidemiológica, fundamentais para a prevenção e mudanças de comportamento, é muito mais complexo do que parece. Não se pode esquecer a existência de desigualdade sócioeconômica e cultural na disseminação da epidemia do HIV no Brasil (EIRA et al., 2008). Estudo da OMS, publicado em 2002, sugeriu que nos EUA e Europa 5% da população com mais de 60 anos morre de doença infecciosa, enquanto na África este valor atinge 20%. Nos países mais pobres, as principais causas de morte por doenças infecciosas são: infecções do trato respiratório, doenças diarréicas, tuberculose, malária e AIDS (juntas perfazem 90% das causas de morte) (GAVAZZI; HERRMANN; KRAUSE, 2004).

Um dos aspectos mais atuais da epidemia é o surgimento de uma nova população vulnerável, a de idosos (FONTES, 2006). Apesar disto, segundo estudo de Paiva, Pupo e Barboza (2006), sobre os desafios da redução da vulnerabilidade à AIDS no Brasil, observou-se descontinuidade das ações preventivas para esta faixa etária.

## **2.4 AIDS e o idoso**

A população idosa no início da epidemia de AIDS praticamente não foi atingida. No Brasil, nos primeiros cinco anos de epidemia, foram diagnosticados apenas quatro casos em pessoas com 60 anos ou mais. Nessa época, considerava-se que os idosos tinham uma vida sexual inativa (GODOY et al., 2008). O comportamento da epidemia da AIDS desde o início da década de 80 vem apresentando alterações importantes, permitindo identificar momentos distintos. O primeiro é caracterizado pela infecção majoritária entre homossexuais e bissexuais masculinos, o segundo pelo incremento significativo da categoria dos usuários de

droga, jovens e heterossexuais, e, em seguida, o avanço acentuado da transmissão entre os grupos de baixa renda e mulheres.

A primeira década do século XXI caracteriza-se pelo aumento de casos de AIDS em pessoas acima de 50 anos de idade (limite para classificar idoso com HIV pelo *Centers for Diseases Control and Prevention* – CDC) (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). O primeiro caso notificado nesta faixa etária foi em 1982. Desde então, até junho de 2008 foram identificados 47.437 casos em indivíduos com mais de 50 anos, o que representa 9% do total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O incremento das taxas de incidência de AIDS na faixa etária de maiores de 50 anos persiste no Boletim Epidemiológico VI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Entre homens a expansão foi de 98% na última década e entre idosas houve um crescimento de 567% entre 1991 e 2001 (POTTES et al., 2007).

A taxa de incidência vem apresentando tendência de crescimento em todas as regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Dos casos novos de AIDS, cerca de 1% a 2% têm idade superior a 65 anos e 10% a 15% idade superior a 50 anos. Nesta frequência ainda não estão contabilizados os pacientes que estão envelhecendo graças à terapia antirretroviral (HAART) (CONTE; GORINCHTEYN, 2008) e os que estão infectados sem diagnóstico, já que poucas pessoas acima de 50 anos são rotineiramente testadas (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005).

Estes números aparentemente pequenos, mas que há 15 anos apareciam como um traço nas estatísticas, hoje representam 2,5% do total de casos confirmados no Brasil (FONTES, 2006).

A mudança do perfil epidemiológico da AIDS não ocorre só no Brasil. Nos Estados Unidos pacientes HIV infectados com mais de 50 anos representam de 10% a 13% (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008) e na Europa 12,6% (NOGUERAS et al., 2006). Na Suíça, 18% dos casos de infecção por HIV ocorrem em indivíduos com mais de 40 anos (ABEL; WERNER, 2003). Em alguns países em desenvolvimento a infecção por HIV é uma das principais causas de hospitalização em indivíduos com mais de 55 anos (GAVAZZI; HERRMANN; KRAUSE, 2004).

Adultos com mais de 50 anos, embora minoria entre os casos de AIDS, são mais atingidos que um dos grupos etários considerados prioridade pelos gestores: crianças e adolescentes. De 1980 a 2006, 26.014 casos de AIDS foram notificados em maiores de 50 anos enquanto as notificações de crianças e adolescentes foram

10.031 e 5.034 respectivamente (SOUSA; SILVA; MONTARROYO, 2007; SOUSA, 2008).

## **2.5 Possíveis causas para o aumento da AIDS no idoso**

O progressivo aumento da média de idade em indivíduos com infecção pelo HIV e AIDS pode ser explicado por diferentes fatores.

Desde 1996, quando a terapia antirretroviral foi instituída houve modificação na história natural da infecção pelo HIV, que deixou de ser doença aguda ou subaguda que invariavelmente progredia para estágio letal, para transformar-se em infecção crônica controlável caracterizada por uma queda brusca nos índices de morbidade e mortalidade (MANFREDI, 2004). Indivíduos infectados tiveram aumento de sobrevida não só pelo tratamento da doença em si, mas também pelo surgimento de terapia antimicrobiana e quimioprofilaxia eficazes para controle de suas complicações (NOGUERAS et al., 2006).

Paralelamente a isto ocorreu o aumento no número de casos novos em indivíduos que se infectaram após os 50 anos. Nos EUA, por exemplo, 10% dos casos de AIDS em mulheres ocorreram na faixa de 50 anos ou mais, e 32% dessas mulheres tinham 60 anos ou mais de idade no momento do diagnóstico, sugerindo que as infecções ocorreram na pós-menopausa (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). O número de pessoas com 65 anos ou mais no momento do diagnóstico de AIDS aumentou cerca de 10 vezes nos últimos 10 anos (STOFF et al., 2004).

Embora o aumento da sobrevida dos doentes e da longevidade sexual dos idosos saudáveis representarem um avanço na qualidade de vida, de uma maneira geral, houve uma consequência grave: a desatenção em relação às medidas preventivas (EIRA et al., 2008).

Apesar dos merecidos elogios da mídia internacional à política de saúde brasileira no que se refere a AIDS, há ainda relativa escassez de trabalhos nacionais sobre esta doença no idoso (MELO et al., 2002). A maioria dos estudos exclui pacientes com idade superior a 50 anos e doenças associadas, comuns nesta faixa etária (CONTE; GORINCHTEYN, 2008).

Pesquisas sobre redução do risco de DST não incluíram indivíduos acima de 50 anos em 72,7% dos casos e acima de 65 anos em 88,8%. A não participação desta população nos estudos perpetua a idéia errônea de que idosos não são

susceptíveis, tanto para médicos quanto para o próprio público idoso (LEVY et al., 2007). Descreve-se ainda que grande proporção de pessoas com mais de 50 anos que tem o diagnóstico de AIDS são notificadas sem ter um fator de risco identificado (MAES; LOUIS, 2003). Há uma variação de 10% a 43,5% de indivíduos com HIV e mais de 50 anos que tem a categoria de transmissão ignorada (ARAÚJO et al., 2007; MELO et al., 2002; SHIPPY; KARPIAK, 2005).

Há dificuldade no diagnóstico do indivíduo idoso em duas situações diferentes: a primeira refere-se ao idoso ainda sem as manifestações da AIDS, portanto, idoso portador do vírus; a segunda refere-se à AIDS doença.

Na primeira situação estão envolvidos vários aspectos. Idosos que não comentam em consultas médicas seu comportamento de risco (CASAU, 2005), os que adiam o teste por não se considerarem do grupo de risco (FONTES, 2006), profissionais desinteressados em abordar e orientar sobre o assunto e falta de campanhas preventivas direcionadas a este público (BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007).

O idoso deste novo contexto usufrui da melhora da qualidade de vida, do uso de medicamentos para disfunção erétil, de maior número de relacionamentos sexuais desprotegidos (BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007). A idosa além de apresentar dificuldade em mencionar o uso de preservativo aos seus parceiros apresenta alterações fisiológicas do epitélio vaginal secundárias ao climatério (LACERDA; KITNER; 2008). Ambos são menos testados, e, conseqüentemente, subdiagnosticados (CASAU, 2005). Estes idosos que não têm consciência da sua infecção (NOGUERAS et al., 2006) são o elo central da transmissão de AIDS na sua faixa etária.

Em relação à AIDS a dificuldade de diagnóstico persiste. Idosos têm mais AIDS doença no momento do diagnóstico do HIV que o grupo jovem e a proporção de mortes também é maior (LACERDA; KITNER; 2008).

As manifestações clínicas da infecção pelo HIV em idosos são similares às dos pacientes jovens, porém, alguns sintomas como fadiga, anorexia e perda de peso não são específicos e podem ser atribuídos a outras doenças comuns em idosos. Como resultado, o diagnóstico apropriado é frequentemente atrasado em média por 10 meses (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005; LACERDA; KITNER; 2008).

A infecção pelo HIV não costuma ser considerada pelos médicos quando existe uma pessoa idosa doente. Exames pós-morte de 257 pacientes em um hospital em Nova York entre 1992 e 1993, com idade superior a 60 anos, que não sabiam ser HIV positivos, detectaram AIDS em 6% dos homens e 9% das mulheres (ARAÚJO et al., 2007).

A maioria dos indivíduos com AIDS também não procura o serviço de saúde próximo à sua residência temendo encontrar pessoas conhecidas que podem de alguma forma suspeitar do seu diagnóstico. Assim, com receio de serem discriminados e estigmatizados, acabam se isolando sem acompanhamento e tratamento adequados (GODOY et al., 2008). Quando com AIDS, idosos tem pior qualidade de vida, progressão mais rápida e curta expectativa de vida (LOVEJOY et al., 2008; MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008; SOUSA, 2008).

Idosos com HIV provocam consequências de grande impacto na população dos países em desenvolvimento, tanto no aspecto emocional, econômico e físico como de bem-estar social. A população idosa tem funcionado como cuidadora de seus filhos adultos HIV-infectados e garantido a criação e educação de seus netos órfãos. Assim, a epidemia de HIV transforma a população de idosos em principais fornecedores de cuidados e, ao mesmo tempo, priva-os de cuidados médicos. Estudo recente da OMS conclui que, em países em desenvolvimento com HIV prevalente, a saúde para a população idosa deve ser priorizada considerando a sustentabilidade dos cuidados que ela fornece (GAVAZZI; HERRMANN; KRAUSE, 2004).

## **2.6 Justificativas para o estudo da AIDS no idoso**

Enfim, no Brasil há atualmente três grupos distintos que apresentam queda constante na incidência de AIDS: adultos jovens, usuários de drogas injetáveis e crianças abaixo de cinco anos de idade infectadas por transmissão vertical. Em contrapartida, mesmo subnotificados, aparecem cada vez mais indivíduos com AIDS e mais de 50 anos de idade (OLIVEIRA; ARAÚJO; SALDANHA, 2006).

Este aumento expressivo emerge como um grande desafio para o Brasil, que deve iniciar medidas de prevenção e contenção da doença, antes que as possibilidades de controle tornem-se remotas. Para isto faz-se necessário o conhecimento das características desta população (ARAÚJO et al., 2007), por meio

de estudos que se proponham a descrever prováveis fatores relacionados com a incidência de HIV/AIDS. Há uma escassez de literatura científica, que esteve concentrada nos comportamentos de risco de outros grupos da população como adultos jovens, adolescentes e crianças (SOUSA, 2008), excluindo os idosos da discussão de vulnerabilidade (SOUSA; SILVA; MONTARROYO, 2007).

Atividade sexual é associada à boa saúde. Praticam menos sexo aqueles que apresentam doenças e menor grau de independência (LINDAU et al., 2007). Em uma época de esforços para um envelhecimento bem sucedido, não se deve assistir passivamente que indivíduos cheguem aos 60 anos saudáveis e ativos e padeçam de uma doença infecciosa incurável. Tão preocupante quanto o exposto, é que tenham diagnóstico tardio e comportamento de risco que afete outros indivíduos de sua faixa etária.

Idosos dos centros de convivência de Campo Grande são independentes e sexualmente ativos? Consideram-se vulneráveis à AIDS? Sabem como a mesma é transmitida? Apresentam comportamento com presença de fatores associados à infecção pelo HIV?

Considerando-se todas essas questões desenvolveu-se a presente pesquisa com o propósito de conhecer a vulnerabilidade dos idosos à AIDS. Espera-se que gere subsídios que possibilitem o desenvolvimento de ações que repercutam positivamente na autonomia e qualidade de vida dos mesmos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Estimar a vulnerabilidade de idosos que frequentam os centros de convivência de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

#### **3.2 Objetivos específicos**

Para a construção do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) proceder à classificação funcional dos idosos frequentadores dos Centros de Convivência de Idosos (CCI);
- b) caracterizar sociodemograficamente os idosos em estudo;
- c) caracterizar o conhecimento sobre HIV/AIDS e a percepção de vulnerabilidade relacionada à faixa etária acima de 60 anos;
- d) identificar a presença de fatores associados à ocorrência de infecção pelo HIV.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Esta pesquisa de dados primários tem desenho descritivo exploratório, seccional e quantitativo. Foi realizada nos Centros de Convivência de Idosos (CCI) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Estes centros são espaços destinados a pessoas com mais de 60 anos que promovem autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade. São mantidos pela Prefeitura Municipal de Campo Grande através da Secretaria de Assistência Social. Contam com uma equipe interdisciplinar composta por assistentes sociais, professores de educação física e psicólogos que atuam no desenvolvimento de programas sócioeducativos e culturais previstos na Política Nacional do Idoso. Indivíduos com mais de 60 anos cadastram-se e frequentam aulas durante a semana gratuitamente. Existem três centros de convivência em Campo Grande: Elias Lahdo (EL), Adalgisa de Paula Ferreira (mais conhecido como Vovó Ziza - VZ) e Edmundo Sheuneman (ES).

O período do levantamento de dados foi de agosto a setembro de 2009.

### **4.2 Sujeitos**

Participaram da pesquisa idosos (indivíduos com mais de 60 anos) frequentadores dos três Centros de Convivência de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. A população de usuários dos CCI é de 1356 idosos. Considerando-se uma prevalência de 50% ( $\pm 5\%$ ), nível de significância de 5%, e perdas de 10%, a amostra constituiu-se de 329 sujeitos, selecionados de forma probabilística. Os idosos foram sorteados proporcionalmente ao número total de frequentadores de cada centro e por sexo (Figura 1). Os idosos participaram de forma voluntária após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

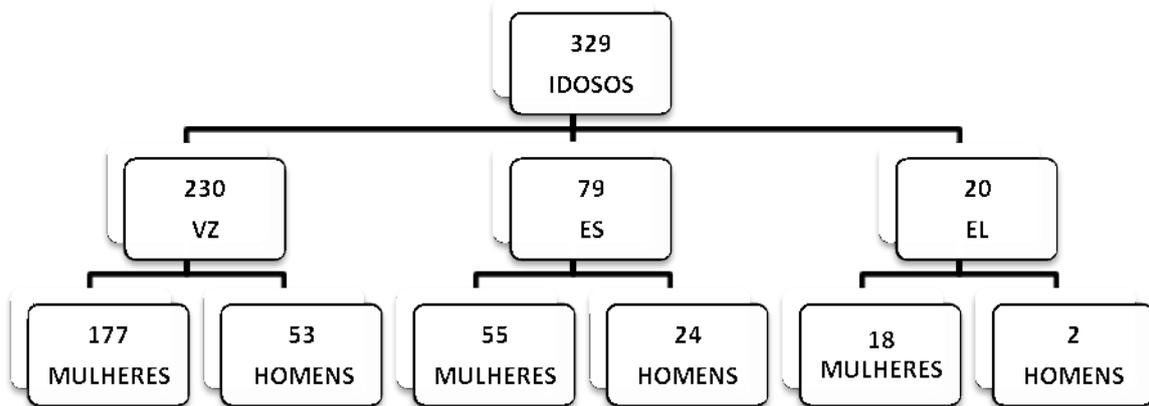


Figura 1 – Cálculo da amostra

Como critérios de exclusão foram estabelecidos: idosos com dificuldades de comunicação, como por exemplo, surdez ou disartria que impedissem a compreensão das perguntas e respostas durante a entrevista, ou qualquer comprometimento cognitivo que impossibilitasse o indivíduo de exercer plenamente sua autonomia (Figura 2). Esta alteração da cognição foi avaliada através da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A), questionário no qual foram observados os seguintes itens: orientação, memória imediata, atenção, cálculo, memória de evocação e linguagem (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975). Os resultados foram interpretados conforme valores de corte estabelecidos para o grau de escolaridade (BRUCKI et al., 2003) (Figura 3). Escores abaixo dos estipulados foram interpretados como alteração cognitiva.

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
Idosos	Dificuldade de comunicação
Frequentedores dos CCI de Campo Grande	Alteração cognitiva (MEEM alterado)

Figura 2 – Critérios de inclusão e exclusão

<b>ESCOLARIDADE (EM ANOS)</b>	<b>MEEM</b>
Analfabetos	20
1 – 4	25
5 – 8	26
9 – 11	28
11	29

Figura 3 – Valores mínimos de MEEM segundo anos de escolaridade

### 4.3 Coleta de dados

Todos os sujeitos sorteados foram submetidos a teste para avaliação cognitiva, a seguir, os incluídos no estudo foram submetidos a testes padronizados para avaliação das condições funcionais. Foi ainda realizada entrevista estruturada para a caracterização sócio-demográfica do grupo pesquisado e para avaliação da vulnerabilidade à AIDS (Apêndice B). Os instrumentos de avaliação foram utilizados seguindo-se rigorosamente a sua metodologia de aplicação e todos os idosos foram arguidos por um único entrevistador, o autor da pesquisa. As entrevistas ocorreram nos próprios centros de convivência, em ambiente favorável à privacidade e ao sigilo das informações.

#### 4.3.1 Avaliação funcional

Avaliou-se a capacidade funcional da população em estudo por estar relacionada com vulnerabilidade à AIDS.

Para avaliação das condições funcionais foram utilizados dois instrumentos: um para atividades básicas de vida diária (ABVD) e outro para atividades instrumentais de vida diária (AIVD):

As atividades básicas são aquelas que a pessoa desempenha na sua rotina como por exemplo: vestir-se, alimentar-se e ir ao banheiro. Mede a habilidade do idoso de executar atividades que permitam cuidar de si próprio e viver independente em seu meio (PAPALÉO; KEIN; BRITO, 2005). A avaliação se faz por meio do Índice de Barthel (Anexo B): o pesquisador fez perguntas ao sujeito da pesquisa baseado

em uma escala que avalia a capacidade funcional para o desempenho de dez funções de atividades básicas de vida diária (alimentação, banho, higiene pessoal, capacidade de vestir-se, controle urinário, controle intestinal, transferência cadeira/cama, deambulação, capacidade de subir e descer escadas). As respostas referidas foram anotadas pelo pesquisador. A pontuação variou de zero a 100 conforme estabelecido pelo autor (MAHONEY; BARTHEL, 1965; WADE; COLLIN, 1988). Pontuação igual a 100 significa sujeito totalmente independente,  $\geq 60$  indica elevada probabilidade de o indivíduo conviver na comunidade,  $\leq 40$  indica importante dependência, e  $\leq 20$  indica elevado risco de morte (DIOGO, 2003) (Figura 4).

<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>ESTADO FUNCIONAL</b>
100	Independência
$\geq 60$	Probabilidade de conviver na comunidade
$\leq 40$	Dependência
$\leq 20$	Risco de morte

Figura 4 – Escala de Barthel

As atividades instrumentais são atividades que fazem parte do dia-a-dia de pessoas que vivem em uma sociedade moderna como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos e usar transporte (PAPALÉO; KEIN; BRITO, 2005). Mede a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive tornando sua vida independente. Para tal avaliação foi utilizado o Índice de Lawton (Anexo C): foram feitas perguntas ao sujeito da pesquisa baseadas em uma escala que avalia a capacidade funcional para o desempenho de sete funções de atividades instrumentais de vida diária (uso do telefone, viagem, compras, preparação de alimentos, tarefas domésticas, medicação, manuseio de dinheiro). Pontuação  $\leq$  cinco indica indivíduos com dependência total, de seis a 20; dependência parcial e 21, independência (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (Figura 5).

PONTUAÇÃO	ESTADO FUNCIONAL
≤ 5	Dependência total
6-20	Dependência parcial
21	Independência

Figura 5 – Escala de Lawton

#### 4.3.2 – Caracterização sócio-demográfica

Para realização dessa caracterização foram consideradas as seguintes variáveis:

a) idade - registrada em anos. O agrupamento por faixas etárias foi feito de acordo com os indicadores demográficos e socioeconômicos da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) (BRASIL, 2008);

b) sexo;

c) escolaridade – registrada em anos, agrupamento por anos feito de acordo com indicadores demográficos e socioeconômicos da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) (BRASIL, 2008);

d) companheiro coabitante - foram considerados companheiros coabitantes aqueles casais de idosos que viviam sob o mesmo teto;

e) renda familiar - em salários mínimos – posteriormente arguiu-se quantas pessoas dependiam desta renda para possibilitar o cálculo da renda familiar *per capita*; e

f) ocupação remunerada;

#### 4.3.3 Conhecimento sobre HIV/AIDS e percepção de vulnerabilidade

Na entrevista foram priorizados os aspectos:

a) autopercepção da suficiência de conhecimento;

b) realização de sorologia anti-HIV;

c) conhecimento sobre modos de aquisição do HIV: não foram oferecidas alternativas pré-estabelecidas podendo o entrevistado responder mais de uma forma de transmissão do vírus; e

d) percepção da vulnerabilidade relativa aos idosos. Para avaliar a percepção de vulnerabilidade foi perguntado ao idoso se ele acha possível indivíduos com mais de 60 anos adquirirem AIDS, sim ou não eram as opções de resposta.

#### 4.3.4 Fatores associados à infecção pelo HIV

Foram obtidos dados em relação aos fatores:

a) sanguíneo:

- presença de transfusão sanguínea;
- uso de droga injetável (atual ou prévio);
- presença de tatuagem;
- compartilhamento de objetos pérfuro-cortantes (alicate de unha, gilete de barbear e outros).

b) sexual:

- atividade sexual: foi considerada atividade sexual a presença de relação sexual com intercurso vaginal e/ou anal e/ou oral. Arguiu-se sobre a presença de atividade sexual no último ano e nos últimos cinco anos;
- parceria sexual: foi considerado parceiro fixo o que coabita com o parceiro com o qual mantém relação ou o que tem um envolvimento emocional estabelecido com o mesmo e eventual o parceiro sem envolvimento emocional;
- uso de preservativo pelos idosos e com que tipo de parceiro;
- número de parceiros nos últimos 5 anos e uso de preservativo nestes relacionamentos;
- orientação sexual: foi perguntado aos idosos se eles tiveram alguma relação com parceiro do mesmo sexo nos últimos 5 anos;
- uso de medicamentos para disfunção erétil (apenas para os idosos que relataram atividade sexual nos últimos cinco anos);
- história prévia de DST;
- parceria sexual do parceiro: arguiu-se sobre a presença de atividade sexual com parceiros com AIDS, usuários de droga injetável e ou múltiplos parceiros, nos últimos 5 anos.

c) indiretos:

- história de prisão;
- uso de álcool. Em relação ao consumo de álcool, foram feitas perguntas baseadas no questionário CAGE (do inglês: *cut down, annoyed, guilty and eye opener*); instrumento já validado no Brasil por Masur e Monteiro para triagem de dependência alcoólica, composto por quatro perguntas (EWING, 1984; MASUR; MONTEIRO, 1983) (Apêndice B).

#### **4.4 Organização e análise dos dados**

Foi realizada estatística descritiva para a verificação de possíveis associações entre as variáveis do estudo. Foram utilizados os testes:  $\chi^2$  corrigido por Yates,  $\chi^2$  de tendência e Teste de Fisher ao nível de significância de 5%. Foram utilizados os programas Epi Info versão 3.4.3 e Bio Estat versão 5.0. (AYRES et al., 2005; CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 2008; MICROSOFT, 2006).

#### **4.5 Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e foi aprovado com protocolo número 1357, em 05 de junho de 2009.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 329 sujeitos sorteados, 18 apresentaram alteração no MEEM e seis recusaram-se a participar do estudo (figura 6). Restaram 305 sujeitos incluídos na pesquisa, sendo que as perdas representaram uma quantidade inferior à prevista no cálculo amostral.

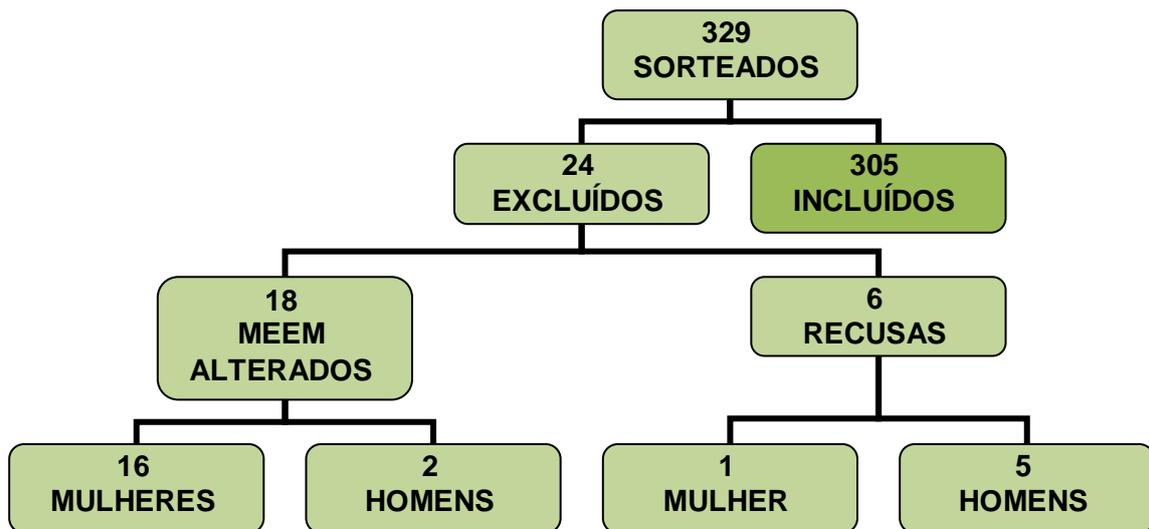


Figura 6 - Amostra final

### 5.1 Avaliação funcional

A autonomia para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais de vida diária foi avaliada e os resultados encontram-se expressos na tabela 1.

Tabela 1 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo grau de dependência funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária, Campo Grande – 2009 (n=305)

EscaLa de avaliação funcional	Nº.	%
Índice de Barthel (ABVD)		
100	304	99,7
95	1	0,3
Índice de Lawton (AIVD)		
Independência (21 pontos)	274	89,8
Dependência parcial (6 a 20 pontos)	31	10,2
Dependência total ( $\leq$ 5 pontos)	-	-

A população do estudo foi composta por idosos totalmente independentes para ABVD (Índice de Barthel), sendo que apenas um indivíduo apresentou pontuação inferior à máxima, visto que necessitava de ajuda para subir e descer escadas. Em relação às AIVD (Índice de Lawton), houve em comparação ao índice anterior um maior número de idosos com dependência, porém, 90% foram classificados como independentes (Tabela 1).

Apesar da ausência de trabalhos sobre avaliação funcional em frequentadores dos centros de convivência, no presente estudo foram encontrados idosos ativos e independentes. Muitos deles relataram chegar ao local sozinhos usando transporte coletivo. Sabe-se que a independência costuma estar associada a uma boa saúde o que propicia a manutenção da atividade sexual em idosos (MAES; LOUIS, 2003).

## **5.2 Caracterização sócio-demográfica**

As variáveis sócio-demográficas investigadas incluíram idade, sexo, escolaridade, renda, ocupação e existência ou não de companheiro. Os resultados encontrados compõem a tabela 2.

Tabela 2 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo características sócio demográficas, Campo Grande – 2009 (n=305)

Variáveis	N°.	%
Idade agrupada em anos		
60-64	85	27,9
65-69	86	28,2
70-74	54	17,7
75-79	55	18,0
≥ 80	25	8,2
Sexo		
Feminino	233	76,4
Masculino	72	23,6
Escolaridade em anos		
<1	99	32,5
1 – 3	38	12,5
4 – 7	98	32,1
≥ 8	70	22,9
Companheiro coabitante		
Não	200	65,6
Sim	105	34,4
Renda familiar <i>per capita</i> em salário(s) mínimo(s)		
< 1	82	26,9
1   2	157	51,5
2   3	32	10,5
3   4	18	5,9
4   5	5	1,6
5   10	9	2,9
≥ 10	2	0,7
Ocupação remunerada		
Não	276	90,5
Sim	29	9,5

A maioria da amostra foi composta por idosos de 60 a 69 anos do sexo feminino. Na distribuição segundo anos de escolaridade, houve um predomínio de idosos com menos de sete anos de estudo. Mais da metade dos indivíduos não possuía companheiro coabitante e ganhava menos de dois salários mínimos. Dos idosos entrevistados, 90,5% não trabalhavam de forma remunerada.

Existem alguns pesquisadores que avaliaram variáveis sócio demográficas em centro de convivência. No estudo de Ferreira et al. (2010), houve um predomínio de

idosos com mais de 69 anos, no de Borges et al. (2008) prevaleceram indivíduos de 65 a 74 anos. Oliveira et al. (2006), encontraram uma maior freqüência de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos.

Na maioria dos estudos sobre variáveis sócio demográficas em CCI, há um predomínio do sexo feminino entre os frequentadores em uma porcentagem que varia de 70% a 90% (BORGES et al., 2008; FERREIRA et al., 2010; LAZZAROTTO et al., 2008; MAZO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2006). Segundo Lima e Bueno (2009), o envelhecimento populacional é marcado pela feminização da velhice, em 2000, 55% da população de idosos era composta por mulheres. Ainda segundo os mesmos autores, se antes o envelhecimento pôde levar a mulher mais velha a desempenhar fortemente o papel de avó, hoje o envelhecimento tem sido, para algumas mulheres, tempo de realização de sonhos e desejos postergados. Neste contexto, participam mais do que os homens de atividade extra domésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens, e até mesmo trabalho remunerado temporário (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004) .

Ferreira et al. (2010) referiram que mais da metade dos idosos dos centros de convivência eram alfabetizados. Lazzarotto et al. (2008) referiram que 79% dos idosos cursaram entre 1 a 7 anos de estudo. Já segundo Mazo et al. (2007), houve predominância em dois grupos de escolaridade: de 1 a 3 anos (38,3%) e de 4 a 11 anos (39,8%).

Ferreira et al. (2010) verificaram que 52,2% dos idosos eram viúvos e Lazzarotto et al. (2008) que 55,3% não possuíam companheiro. No estudo de Mazo et al. (2007) 82% dos idosos moravam com seu respectivo cônjuge.

Em relação à renda, Ferreira et al. (2010) referiram que mais da metade dos idosos (52,27%) recebiam até 1 salário mínimo, Lazzarotto et al. (2008) encontraram uma renda maior, de um a três salários mínimos (52,2%). Porém esses estudos citados não consideraram o número de pessoas dependentes da renda. Borges et al. (2008) relataram que 66% dos idosos tinham renda familiar de meio a um salário mínimo.

Assim como no presente estudo, Borges et al. (2008) referiram que 90,3% dos indivíduos não apresentava atividade laboral remunerada.

Alguns estudos evidenciaram questões relacionadas aos fatores sóciodemográficos e AIDS no idoso: quanto maior o grau de escolaridade, maior o conhecimento sobre a doença (MAES; LOUIS, 2003), maior prevalência em

indivíduos com baixa escolaridade (POTTES et al., 2007) e do sexo masculino (POTTES et al., 2007; SHIPPY; KARPIAK, 2005) e maior acometimento no grupo etário de 60 a 69 anos (ARAÚJO et al., 2007). Segundo Shippy e Karpiak (2005), a maioria dos entrevistados portadores de AIDS moravam sós e não tinham atividade laboral remunerada.

### 5.3 Conhecimento sobre HIV/AIDS e percepção de vulnerabilidade

Os dados relacionados à autopercepção da suficiência de conhecimento sobre AIDS bem como os referentes à realização da sorologia anti-HIV, encontram-se na tabela 3. Os dados sobre conhecimento relacionado aos modos de transmissão do vírus HIV encontram-se na tabela 4.

Tabela 3 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo conhecimento sobre HIV/AIDS e submissão ao teste anti-HIV, Campo Grande – 2009 (n=305)

<b>Variáveis</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Considera ter informação suficiente sobre AIDS		
Sim	210	68,9
Não	95	31,1
Já submeteu-se ao teste anti-HIV		
Não	223	73,1
Sim	82	26,9

Tabela 4 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo conhecimento sobre modos de transmissão do vírus HIV, Campo Grande – 2009 (n=305)

<b>Formas de transmissão do vírus HIV</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Relação sexual desprotegida	280	91,8
Transfusão de sangue	53	17,4
Drogas injetáveis	37	12,1
Beijo	21	6,9
Instrumentos contaminados	21	6,9
Não sabe	16	5,2
Outros	7	2,3

Nota: tabela referente à pergunta do questionário com mais de uma opção de resposta

Mais de dois terços dos idosos consideram-se informados sobre AIDS (68,9%) e a maioria deles citou a relação sexual desprotegida como principal forma de transmissão do vírus HIV (Tabelas 3 e 4). Alguns dos entrevistados referiram que a informação sobre a doença não atinge idosos de todas as classes sociais e nenhum idoso respondeu todas as formas de contágio do vírus HIV de maneira correta.

Estudos têm demonstrado que o conhecimento dos mesmos sobre a AIDS é inferior ao dos jovens (MAES; LOUIS, 2003; MELO et al., 2002). Abel e Werner (2003) analisaram o conhecimento sobre a doença em três subgrupos etários e o mais velho deles (46 anos ou mais) foi o que apresentou maior índice de respostas incorretas (70%). Maes e Louis (2003), assim como Medeiros et al. (2008) descreveram uma correlação positiva entre conhecimento e grau de escolaridade e uma relação inversa entre conhecimento e faixa etária. Medeiros et al. (2008) relataram ainda que 46% dos idosos referiram relacionamento sexual como forma de contágio do vírus HIV, sendo que 7% referiram que o mesmo pode ser adquirido por contato físico (aperto de mão e abraço). Segundo estudo de Lazzarotto et al. (2008) idosos apresentavam dúvidas em relação as formas de transmissão do HIV/AIDS e destacaram que 41,1% deles referiram ser uma doença passível de transmissão pela picada de mosquito.

Estudos indicam que idosos submetem-se menos ao teste anti-HIV. Neste, a maioria (73,1%) dos idosos nunca realizou o exame, sendo que dentre os que haviam realizado, a maioria o fez em campanhas realizadas nos centros de convivência. Segundo a literatura, a porcentagem de idosos que realiza o exame varia de 7% a 45%, incluindo então os 27,9% encontrados neste estudo (AKERS et al., 2007; MACK; ORY, 2003; MAES; LOUIS, 2003; MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008; OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Este número é menor que o de jovens com os mesmos fatores de risco que realizam o teste (MAES; LOUIS, 2003; MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008). Shippy e Karpiak (2005) relataram que 81% dos idosos com AIDS haviam tido um período de infecção pelo HIV de 6 anos ou mais, período no qual não foi feita a solicitação do teste, colocando em risco o indivíduo e seus parceiros sexuais. Segundo Akers et al. (2007), até recentemente o CDC e a *United States Preventive Task Force* (USPSTF) consideravam todos os adultos de 15 a 64 anos residentes em comunidades com alta prevalência de HIV (>1%) como de alto risco e recomendaram que fosse oferecido rotineiramente o teste anti-HIV a estes

indivíduos pelos provedores de saúde. Entretanto, a falta de interesse da idosa destas comunidades em realizá-lo não foi analisada, o que suscitou a pesquisa dos autores anteriormente citados. As principais causas de desinteresse foram: não achar necessário (29%), não se perceber de risco para AIDS (17%) e já ter realizado o teste (17%). As principais razões de interesse foram: curiosidade (39%) e segurança (23%) (AKERS et al., 2007).

Na tabela 5 encontra-se a associação das variáveis percepção dos idosos sobre a vulnerabilidade de indivíduos com mais de 60 anos à AIDS, faixa etária e escolaridade (em anos).

Tabela 5 - Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo relação entre percepção da vulnerabilidade de indivíduos com mais de 60 anos à AIDS, faixa etária e escolaridade em anos, Campo Grande - 2009 (n=305)

Variáveis	Opinião sobre a vulnerabilidade de idosos à AIDS				Total		p
	Não		Sim		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%			
Idade							
60-69	9	5,3	162	94,7	171	56,1	<0,001
70-79	17	15,6	92	84,4	109	35,7	
≥ 80	7	28,0	18	72,0	25	8,2	
Escolaridade							
<1	15	15,2	84	84,8	99	32,5	0,039
1-3	3	7,9	35	92,1	38	12,5	
4-7	13	13,3	85	86,7	98	32,1	
≥ 8	2	2,9	68	97,1	70	22,9	

Nota: teste  $\chi^2$  de tendência

A maioria dos entrevistados acha que é possível uma pessoa idosa adquirir a doença (89,2%). Os entrevistados referiram na sua grande maioria que qualquer um pode pegar AIDS, mesmo em idades mais avançadas, bastando se descuidar. Houve associação entre percepção de vulnerabilidade relativa aos idosos e faixa etária, quanto maior a faixa etária, maior o número de indivíduos que considera os idosos não vulneráveis à AIDS, provavelmente pela crença de uma menor atividade sexual aliada a uma menor busca de atualização frente as novidades epidemiológicas da doença. Há uma relação inversa entre nível de escolaridade e número de pessoas que não consideram os idosos vulneráveis à AIDS, o que demonstra a importância da educação na percepção de risco e a necessidade de

adequar campanhas que se tornem acessíveis também ao público de menor escolaridade (Tabela 5). Não houve diferença estatisticamente significativa entre sexo e percepção de vulnerabilidade.

Em relação à vulnerabilidade a AIDS, Olivi, Santana e Mathias (2008) em pesquisa com indivíduos de 50 anos ou mais, verificaram que 83,6% deles achavam possível qualquer pessoa adquirir DST/AIDS e 16,4% responderam que este risco seria apenas de alguns grupos específicos. Segundo Mack e Ory, (2003) a maioria das pessoas, independentemente da idade, acredita que a possibilidade de contrair AIDS é baixa, ainda que tenham comportamento de risco. Maes e Louis (2003) verificaram que indivíduos com mais de 50 anos acreditam que não devem se preocupar com a possibilidade de adquirir AIDS, que há menor probabilidade deles adquirirem a doença que a maioria das pessoas, e, que esta probabilidade é muito baixa. Em um estudo de 1995, do CDC, menos de cinco por cento dos adultos entre 50 e 64 anos achavam a sua probabilidade de adquirir AIDS média ou alta (MAES; LOUIS, 2003). Akers et al. (2007) relataram que 74,3% das mulheres com mais de 50 anos percebia-se como de baixo risco para adquirir AIDS, sendo que esta baixa percepção de risco leva a uma falta de interesse para realização do teste anti-HIV. Destaca-se ainda que nos anos de 2008 e 2009 o Ministério da Saúde lançou campanhas de prevenção às DST/AIDS, direcionadas ao público com mais de 50 anos, fato este que pode ter contribuído para a melhora da percepção de vulnerabilidade dos mesmos após este período.

Nesta tríade conhecimento sobre AIDS, realização do teste anti-HIV e vulnerabilidade do idoso, percebem-se questões passíveis de solução prática. Ainda há carência de informação direcionada a população idosa, falta de iniciativa dos profissionais de saúde em solicitar o exame e desinteresse do próprio idoso em realizá-lo (AKERS et al., 2007). Fatos estes relacionados ao desconhecimento da vulnerabilidade de indivíduos com mais de 60 anos tanto pelos médicos quanto pelo próprio idoso (MAES; LOUIS, 2003). Embora existam indícios de melhora da percepção de risco neste estudo e em outro mais recente (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008), ela não foi traduzida objetivamente em maior solicitação de teste anti-HIV para diagnóstico da infecção.

## 5.4 Fatores relacionados à ocorrência da infecção pelo HIV

### 5.4.1 Exposição sanguínea

Os dados relativos à exposição sanguínea encontram-se na tabela 6.

Tabela 6 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo variáveis relativas à exposição sanguínea, Campo Grande - 2009 (n=305)

Variáveis	Nº.	%
Transfusão sanguínea		
Não	237	77,7
Sim	68	22,3
Uso atual ou prévio de droga injetável		
Não	305	100,0
Sim	-	-
Tatuagem <sup>(1)</sup>		
Não	305	100
Sim	-	-
Compartilhamento de objetos perfuro-cortantes		
Não	166	54,4
Sim	139	45,6

<sup>(1)</sup> 16 idosos foram submetidas à maquiagem definitiva

Sessenta e oito idosos foram submetidos à transfusão sanguínea (Tabela 6). Noventa por cento deles tiveram apenas um episódio de transfusão, sendo que 75% delas foram realizadas após o ano de 1994.

Em 1980 a epidemia de AIDS foi caracterizada como uma doença de homem branco, jovem e homossexual. A exceção era a ocorrência de AIDS em idosos secundária à transfusão sanguínea (MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008; RESS, 2003). Segundo Maes e Louis (2003), havia uma desproporção desta forma de transmissão ao comparar jovens e idosos. Nos indivíduos de 13 a 49 anos representava 1% e em indivíduos com mais de 70 anos, 64%. Existia ainda a preocupação de que uma parcela significativa de idosos tivesse sido submetida à transfusão sanguínea em procedimento cirúrgico e não soubesse, levando a uma subestimação desta forma de contágio (MAES; LOUIS, 2003). Até meados da década de 80, a falta de métodos para seleção de doadores e controle de sangue fazia com que a transfusão

sanguínea representasse o principal fator de risco para o HIV em pessoas com mais de 60 anos (POTTES et al., 2007). Neste período, pessoas com mais de 50 anos representavam 70% de todos os casos de HIV transmitido por transfusão de sangue contaminado (WILLIAMS, DONNELLY; 2002).

Em 1985 esta tendência mudou com a disponibilização de testes laboratoriais para controle de sangue e hemoderivados e com a triagem de rotina dos doadores (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008). Houve ainda uma redução desta forma de exposição devido ao uso de procedimentos como doador autólogo, técnicas de redução de sangramento em cirurgias e preocupação em obter alternativas para substituir a transfusão (RESS, 2003).

Apesar da instituição de triagem nos bancos de sangue, o longo período entre a infecção pelo vírus HIV e o início da AIDS foi responsável pela permanência de aparecimento de casos da doença relacionados à transfusão sanguínea (WILLIAMS, DONNELLY; 2002). Em 1984, os submetidos à transfusão de sangue representavam 62% dos que haviam adquirido a doença por exposição sanguínea. Em 2000, representavam 0,9% (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Estudo em idosos com HIV, na Califórnia, evidenciou a transfusão de sangue como fator de exposição em 5,9% dos indivíduos entre 50 e 59 anos e em 15,8% dos indivíduos com mais de 60 anos (EMLET; FARKAS, 2001).

O número de casos de AIDS, originários de sangue infectado, tem declinado e deverá continuar declinando nos anos que se seguem (WILLIAMS, DONNELLY; 2002).

Segundo o Boletim Epidemiológico - ano V (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) o número de casos secundários à transfusão sanguínea sofreu uma queda em indivíduos acima de 50 anos a partir de 1998. Estudo realizado em Pernambuco em indivíduos infectados pelo HIV com mais de 50 anos evidenciou hemotransfusão em 2,4% dos indivíduos (POTTES et al., 2007) e Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007) não encontraram indivíduos infectados por transfusão sanguínea ao estudar adultos maiores de 50 anos com HIV em Santa Catarina.

Apesar disso, em uma pesquisa qualitativa feita em 2005 e 2006 com profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice, ainda houve a preocupação relacionada à transfusão sanguínea como fator de vulnerabilidade (OLIVEIRA; ARAÚJO; SALDANHA, 2006).

No presente estudo, a maioria das transfusões sanguíneas ocorreu após o ano em que se estabeleceu a triagem sanguínea.

Não houve registro de idosos que usassem ou tivessem usado droga injetável. Indivíduos com mais de 60 anos raramente são considerados dependentes graves e são menos propícios a adquirir AIDS por esta via (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005). No estudo de Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) profissionais de saúde questionados sobre AIDS na velhice relataram não achar o uso de drogas injetáveis um comportamento de risco para esta faixa etária. Assim como no presente estudo, Pottes et al.(2007) não encontraram usuários de droga injetável em indivíduos com mais de 50 anos.

Por outro lado, vários autores observaram que este grupo etário não está isento desta forma de contaminação, relatando de 1,2% a 29% de usuários acima de 50 anos (ARAÚJO et al., 2007; BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007; EMLET; FARKAS, 2001; MACK; ORY, 2003; MELO et al., 2002; SHIPPY; KARPIAK, 2005). No estudo de Emler e Farkas (2001) foi descrito que apesar do uso de droga injetável estar presente em idosos, a porcentagem é menor que na faixa etária mais jovem (7,9% acima de 60 anos e 18,4% entre 50 a 59 anos). Existe o mito de que a população acima de 50 anos não apresenta este comportamento de risco (WILLIAMS, DONNELLY; 2002). O CDC, em 1993, reportou um aumento significativo do número de idosos que vinha usando droga injetável nos últimos anos. Alguns usavam quando mais jovens e tiveram o seu diagnóstico de AIDS por compartilhamento prévio de seringas e agulhas contaminadas. De 1991 a 1996, em mulheres acima de 50 anos, este modo de transmissão cresceu mais que o de transmissão heterossexual (106% e 75%, respectivamente) (MAES; LOUIS, 2003).

Não se pode deixar de citar que o uso de droga injetável pelo idoso também está associado a outros comportamentos de risco como sexo sem preservativo em troca de dinheiro ou até mesmo de drogas (MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008).

Assim como o hábito sexual, o uso de drogas é ignorado em consultas médicas. Há o pressuposto de que se por acaso o idoso tenha sido usuário de droga injetável, o fato teria ocorrido há muito tempo atrás e esta informação já não seria relevante (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005).

Existe escassez de literatura sobre uso de drogas injetáveis em idosos. Nos trabalhos revisados sobre AIDS em idosos as maiores porcentagens de usuários de drogas injetáveis são de estudos americanos. Rodrigues-Júnior e Castilho (2004)

relataram que a região Centro-Oeste é uma das três regiões brasileiras com maior proporção de casos de AIDS secundária ao uso de drogas injetáveis por ser rota de escoamento do tráfico. Por outro lado, um indivíduo que adota este comportamento de risco antes dos 60 anos tem a possibilidade de um desfecho desfavorável antes de atingir a velhice, seja por adquirir doenças, seja por morte violenta. Há ainda relato de associação do uso de droga injetável a indivíduos de baixa escolaridade. No presente estudo, mais da metade dos idosos tinha acima de quatro anos de escolaridade. O usuário de droga apresenta ainda uma tendência ao isolamento, não frequentando locais como centros de convivência que tem como um dos objetivos a socialização.

Não houve relato de tatuagem propriamente dita, porém 16 idosas haviam se submetido à maquiagem definitiva. Neste procedimento de pigmentação artificial permanente é introduzida na camada sub dérmica da pele por meio físico visando correção ou embelezamento estético. A tatuagem está associada à transmissão das hepatites B e C e é provável ainda que transmita o vírus HIV (NISHIOKA; GYORKOS, 2001). Alerta-se sobre a necessidade de informar o público feminino idoso sobre cuidados ao submeter-se a este procedimento. Quanto ao compartilhamento de objetos perfuro-cortantes, 45,6% dos idosos apresentaram este hábito. Encontrou-se uma idosa que relatou ser portadora do vírus da hepatite B e compartilhar alicate de unha.

Percebe-se a despreocupação em relação a estes dois últimos modos de transmissão que sequer são mencionados na literatura relacionada à AIDS e idosos.

#### 5.4.2 Exposição sexual

Dados relacionados à exposição sexual no último ano encontram-se na tabela 7.

Tabela 7 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo variáveis de comportamento sexual no último ano, Campo Grande – 2009

<b>Variáveis de comportamento sexual (12 meses)</b>	<b>n</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Parceria sexual no último ano	305		
Não		158	51,8
Sim		147	48,2
Tipo de parceiro sexual no último ano	147		
Fixo		117	79,6
Ocasional		18	12,2
Fixo e ocasional		12	8,2
Uso de preservativo no último ano	147		
Não / Às vezes		127	86,4
Sim		20	13,6

Quarenta e oito por cento dos idosos referiram ter mantido relação sexual nos últimos 12 meses (Tabela 7), resultado este de acordo com os estudos a seguir.

Williams e Donnelly (2002) criticaram educadores e assistentes sociais que consideram a população idosa assexuada. Ao estudarem idosos da comunidade reportaram que 65% dos indivíduos entre 60 e 70 anos mantinham relação sexual. Vários outros estudos corroboram com o autor prévio, relatando uma persistência de atividade sexual em porcentagens que variam de 47% a 72% (EMLET; FARKAS, 2001; LEVY et al., 2007; MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008; OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Segundo Maes e Louis (2003), o idoso tendo oportunidade de encontrar parceiros persiste ativo sexualmente por toda a vida.

Há uma concordância entre os estudos de que a atividade sexual persiste em indivíduos idosos apesar de haver uma diminuição da frequência com o aumento da idade. Inelmen, Gasparini e Enzi (2005), encontraram uma frequência de atividade sexual de 90% em indivíduos com menos de 60 anos e de 61% em indivíduos com mais de 60 anos. Segundo os mesmos autores, tal fato ocorre mais precocemente e de forma mais acentuada nos indivíduos do sexo masculino sem parceira coabitante, onde a porcentagem chega a ser reduzida para 17%. Lindau et al. (2007), também evidenciaram um declínio da atividade sexual com a idade de 73% entre 57 a 64 anos, para 53% entre 65 a 74 anos, e, finalmente, para 26% entre 75 e 85 anos.

Indivíduos com mais de 50 anos portadores do vírus HIV também mantêm atividade sexual. No estudo de Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007), 95,5% dos

pacientes mantinham atividade sexual sendo 43,7% destes com frequência maior do que uma vez por semana. Lovejoy et al. (2008) também encontraram 38% dos pacientes HIV positivos com mais de 50 anos com vida sexual ativa.

A presença da atividade sexual nesta faixa etária está ligada a algumas particularidades que levam ao aumento da vulnerabilidade à AIDS. A redução da lubrificação vaginal e o adelgaçamento da parede da vagina secundários à diminuição de estrogênio predispoem a microtraumas locais durante o ato sexual. Soma-se a isto, o declínio da função do sistema imune. Tais alterações do envelhecimento facilitam o acesso do vírus com conseqüente aumento do risco de infecção (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005; WILLIAMS; DONNELLY, 2002).

No presente estudo, dos idosos que tiveram relação sexual no último ano (147), 12% tiveram parceiros ocasionais e 8% parceiros ocasional e fixo concomitantemente (Tabela 7). Em relação ao envolvimento com parceiro, particularmente o ocasional, destaca-se uma preocupação relatada por parte dos idosos envolvendo situação financeira. Um entrevistado idoso relatou ter tido oportunidade de encontro ocasional com uma aluna da escola onde trabalhava em troca de dinheiro para compra de uma calça jeans. Idosas referiram preocupação e desconfiança em relação a parceiros mais jovens por temer abuso financeiro. Catusso (2005), também evidenciou esta preocupação ao estudar senhoras de um grupo de convivência. As mesmas enfatizaram que o desejo e a necessidade de buscar novos relacionamentos, são limitados pelo medo de encontrar um parceiro que tenha interesse no possível conforto financeiro, que esse relacionamento possa vir a proporcionar.

No estudo de Olivi, Santana e Mathias (2008), feito com 167 indivíduos com mais de 50 anos, houve relato de parceiro ocasional em 4,9% dos entrevistados e de fixo e ocasional em 9,8%, sendo que ao excluir-se os indivíduos sem atividade sexual, este número eleva-se respectivamente para 12% e 24%. Já segundo Abel e Werner (2003), dos três subgrupos estudados, o grupo de maior faixa etária (46 a 65 anos) com atividade sexual nos últimos dois anos foi o que apresentou a maior porcentagem de indivíduos com contatos ocasionais paralelamente a parceiros fixos (23,7%). Nota-se que neste último estudo há inclusão de pacientes mais jovens que os do presente estudo.

Acredita-se que culturalmente a infidelidade e a multiplicidade de parceiras sempre estiveram presentes na trajetória da vida dos homens que hoje estão com

mais de 60 anos (FONTES, 2006). Porém, surgem outros riscos associados à modernidade. Relatórios breves têm reportado que idosos tem encontrado parceiros de sexo via internet e através de agências de viagem e turismo (MARTIN; FAIN; KLOTZ, 2008).

Ainda em relação a parceria sexual, Fontes (2006) descreveu que entre os idosos que se descobrem portadores dos vírus HIV há dois perfis clássicos: homens casados que se contaminam com mulheres mais jovens e viúvas que redescobrem o sexo.

Neste estudo, 86,4% dos idosos com atividade sexual no último ano não usaram o preservativo de maneira regular (Tabela 7).

A literatura tem relatado a dificuldade dos idosos em aderir a este método de proteção. Porcentagens semelhantes ao presente estudo do não uso regular de preservativo foram verificadas por Olivi, Santana e Mathias (2008), 83,1% dos indivíduos não havia usado preservativo em sua última relação sexual. Maes e Louis (2003) pesquisaram o comportamento sexual de indivíduos com mais de 60 anos através de um questionário; 17% dos que haviam respondido sobre o uso do preservativo referiram o fazer regularmente. No Reino Unido, menos de 1% dos casos de HIV são diagnosticados em indivíduos com 65 anos ou mais. Entretanto, estudos de comportamento sexual de adultos idosos têm sugerido que eles são menos conscientes dos fatores de risco e estratégias de prevenção e mais predispostos a praticar sexo desprotegido (GEOFREY, 2003).

Como a AIDS é uma doença recente, da década de 80, é possível haver dificuldade em perceber a importância do uso do preservativo pelos mais velhos, pois esta prática não faz parte de sua cultura (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008). Em homens acima de 50 anos com comportamento sexual de risco, o uso de preservativo é seis vezes menor do que na população jovem (MELO et al., 2002). Sabe-se que a ausência do risco de gravidez contribui para esta diferença de comportamento ligada a faixa etária (WILLIAMS, DONNELLY; 2002). Além disso, Fontes (2006) referiu que idosos não usam preservativo por temer a perda da ereção e por achar que este cuidado só é necessário nas relações com profissionais do sexo.

Em geral pouco se sabe sobre o uso de preservativo em mulheres idosas, porém, relata-se que elas têm uma maior dificuldade em negociar o sexo seguro que as mulheres jovens. As mulheres idosas atribuíram o não uso à presença de

parceiro fixo, confiança no parceiro ou receio de magoá-lo (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Shippy e Karpiak (2005) citaram o sexo desprotegido como meio de transmissão em 49% dos casos de AIDS em idosos.

Ainda em relação a idosos HIV positivos, Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007) verificaram que nenhum deles usava preservativo antes da infecção, e, 47,6% deles continuaram a não utilizar após a descoberta da doença. Lovejoy et al. (2008) encontraram resultados semelhantes ao citado anteriormente, com 32,7% dos indivíduos sexualmente ativos sem hábito de uso regular do preservativo, prática esta que dissemina o vírus e aumenta a contaminação nesta faixa etária.

Na tabela 8 encontram-se as frequências de atividade sexual relacionadas ao gênero.

Tabela 8 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo presença de atividade sexual nos últimos 12 meses e gênero, Campo Grande – 2009

Sexo	Atividade sexual nos últimos 12 meses				Total		p
	Sim		Não		N°.	%	
	N°.	%	N°.	%			
Masculino	57	79,2	15	20,8	72	23,6	<0,001
Feminino	90	38,6	143	61,4	233	76,4	
<b>Total</b>	147	48,2	158	51,8	305	100,0	

Nota:  $\chi^2$  corrigido por Yates

Idosos do sexo masculino mantiveram atividade sexual em uma frequência 2 vezes ( $1,7 < RP < 2,5$  IC 95%) maior que as idosas (Tabela 8).

Esta diferença de gênero relacionada com atividade sexual tem sido observada também por outros autores. Em um estudo com 800 indivíduos acima de 60 anos, 92,7% dos homens permaneciam com atividade sexual enquanto 70,4% das mulheres eram ainda sexualmente ativas (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005). Segundo Lovejoy et al. (2008), feito em heterossexuais com mais de 50 anos infectados pelo HIV, a diferença foi ainda maior, 72% dos homens eram sexualmente ativos nos últimos 3 meses comparado com apenas 21% das mulheres. Olivi, Santana e Mathias (2008), ao estudar servidores públicos com mais de 50 anos, relataram que os homens tem 1,7 vezes mais atividade sexual do que as mulheres.

Apesar de estudos demonstrarem esta diferença entre os gêneros, a razão de sexo dos casos de AIDS em indivíduos com 50 anos ou mais mostra tendência ao decréscimo. Em 1986, a razão era de 19 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres e, em 2006 passou de 16 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em Pernambuco a proporção de homens e mulheres com AIDS era de 19:1 em 1994 e em 2000 caiu para 2,4: 1 (POTTES et al., 2007). A relação homem/mulher de casos novos de AIDS vem diminuindo. Em 1995, a média era de três homens diagnosticados para cada mulher, e em 2005 a proporção diminuiu para 1,5: 1 (GODOY et al., 2008).

Esta diferença segundo Lindau et al. (2007) é explicada por alguns fatores como: diferença na estrutura de relacionamentos em idosos (geralmente homens são casados com mulheres mais jovens), padrão diferente de novos casamentos e morte precoce do homem em relação a mulher.

A análise dos dados referentes ao tipo de parceiro e uso de preservativo para os idosos com atividade sexual no último ano, baseou-se no conteúdo da tabela 9.

Tabela 9 - Número e porcentagem de idosos segundo o uso do preservativo e tipo de parceiro sexual no último ano, Campo Grande – 2009

Tipo de parceiro	Uso de preservativo				Total		p
	Não		Sim		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%			
Ocasional ou fixo e ocasional	21	70,0	9	30,0	30	20,4	0,007
Fixo	106	90,6	11	9,4	117	79,6	
<b>Total</b>	127	86,4	20	13,6	147	100,0	

Nota: teste de Fisher

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso de preservativo e o tipo de parceiro. Idosos com parceiros ocasionais têm maior preocupação em usar preservativo que os idosos com parceiro fixo (Tabela 9). Apesar disto enfatiza-se a necessidade de uma conscientização do uso do preservativo independente do tipo de parceiro.

Abel e Werner (2003) compararam o uso do preservativo na ocasião de contato sexual ocasional em três subgrupos, sendo que no mais velho (46-65 anos) foi encontrada a maior porcentagem de não uso do preservativo (52,6%). Nos outros dois subgrupos a porcentagem foi semelhante (19 a 30 anos: 25,1% e 31 a 45 anos: 26,9%). Ainda segundo os mesmos autores, a comunicação com o parceiro sobre

proteção e risco na ocasião da relação também foi menor quando comparada com os grupos mais jovens. Isto mostra um aumento da vulnerabilidade à AIDS da população com o avançar da idade.

Na tabela 10 são apresentados os resultados referentes às variáveis de comportamento sexual dos idosos que tiveram atividade nos últimos 5 anos.

Tabela 10 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência que tiveram atividade sexual nos últimos 5 anos segundo variáveis de comportamento sexual, Campo Grande - 2009

<b>Variáveis de comportamento sexual (5 anos)</b>	<b>n</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Parceria sexual nos últimos 5 anos	305		
Sim		194	63,6
Não		111	36,4
Número de parceiros nos últimos 5 anos	194		
1		140	72,2
2-4		41	21,1
5-7		8	4,1
≥ 8		5	2,6
Uso de preservativo nos últimos 5 anos	194		
Não / Às vezes		170	87,6
Sim		24	12,4
Orientação Sexual últimos 5 anos	194		
Heterossexual		194	100,0
Homossexual ou bissexual		-	-
Uso de medicamento para disfunção erétil	194		
Não		166	86,6
Sim		28	14,4
História de DST	305		
Não		240	78,7
Sim		65	21,3
Parceiros com múltiplos parceiros (PMP)	194		
Não		127	65,5
Sim		67	34,5
Uso de preservativo em relação com PMP	67		
Sim		16	26,9
Não		51	73,1

Como já discutido anteriormente a atividade sexual faz parte da vida dos indivíduos com mais de 60 anos. No presente estudo, a frequência de atividade sexual aumentou de 48% para 63% ao estender-se o prazo de presença de atividade para os últimos cinco anos (Tabela 10).

Neste estudo, 28% dos idosos que mantiveram atividade sexual nos últimos cinco anos tiveram mais de dois parceiros, e, mais da metade deles, não usou preservativo regularmente (Tabela 10). Maes e Louis (2003) encontraram uma porcentagem inferior, 4% dos idosos que mantiveram atividade sexual no último ano haviam tido dois ou mais parceiros sexuais.

Segundo vários autores, a presença de múltiplos parceiros diminui com a idade. Segundo Mack e Ory (2003), 21% dos indivíduos com idade entre 18 e 24 anos relataram dois ou mais parceiros, comparado com 3,9% dos indivíduos com idade entre 45 e 49 anos. Sabe-se que para as mulheres é mais difícil falar sobre suas necessidades sexuais, sendo que para mulheres idosas isto é particularmente um tabu. Já os homens têm maior facilidade em relatar múltiplas parceiras independente de sua situação conjugal, em qualquer faixa etária (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005).

Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) relataram em seu estudo que profissionais de saúde referiram a múltipla parceria como um possível fator de transmissão da AIDS em idosos. O não uso de preservativo, já discutido anteriormente, torna-se ainda mais complexo com o aumento do número de parceiros.

Todos os idosos entrevistados referiram ser heterossexuais, não houve menção de relacionamento homossexual ou bissexual (Tabela 10). Godoy et al. (2008) estudaram casos de AIDS em indivíduos com mais de 60 anos no período de 1995 a 2005, dentre as categorias de exposição analisadas (homossexual, bissexual, heterossexual, usuário de droga injetável, hemofílico, transfusão de sangue e ignorado) a categoria heterossexual foi a mais freqüente (51,6%). Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007) ao estudarem soropositivos com idade acima de 50 anos encontraram que 72,8% dos pacientes haviam adquirido o vírus por via sexual, sendo os casos de transmissão heterossexual os mais frequentes (63,6%). Melo et al. (2002) também referiram a exposição sexual heterossexual como a mais importante forma de exposição à AIDS em idosos.

Porém, vários autores encontraram uma variação de 11% a 50% de comportamento de risco relacionado à exposição sexual homossexual/bissexual

(BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007; CONTE; GORINCHTEYN, 2008; GODOY et al., 2008; LACERDA; KITNER, 2008; MELO et al., 2002). Outros autores descrevem esta opção sexual ainda mais frequente que a heterossexual. O estudo de Emler e Farkas (2001), em HIV positivos com mais de 50 anos, comparou as categorias de exposição ao vírus (homossexual, heterossexual, uso de droga injetável e uso de derivados de sangue) encontrando a exposição homossexual como a categoria de exposição mais frequente na faixa etária de 50 a 59 anos (64,7%) e em indivíduos com mais de 60 anos (52,6%).

Araújo et al. (2007) ao estudar idosos acima de 60 anos descreveram uma predominância de categoria de exposição homossexual/bissexual (42,9%) seguida da categoria heterossexual (34,5%) no sexo masculino. Entre as idosas, a maior porcentagem de exposição ocorreu na categoria heterossexual (56,5%).

Segundo o Boletim Epidemiológico 2008 em homens com 50 anos ou mais, no período de 1990 a 2008 percebe-se aumento na transmissão heterossexual com uma estabilização no final do período. Na subcategoria homossexual/bissexual nota-se diminuição da proporção de casos, também seguida de estabilização ao final do período. Já em mulheres, há o predomínio da transmissão heterossexual em todo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A porcentagem de homossexuais encontrada em nosso estudo foi zero. Há uma escassez de pesquisas direcionadas a orientação sexual da população idosa. Sabe-se que possíveis dificuldades para obter dados relacionados à sexualidade no público idoso podem levar a uma subnotificação da homossexualidade nesta faixa etária (LACERDA; KITNER; 2008).

Há diferença entre as subcategorias de exposição sexual e o uso do preservativo. O uso irregular ocorre com maior frequência em homens heterossexuais (20%) seguido dos homossexuais/bissexuais (14%) e finalmente, das mulheres heterossexuais (7%) (LOVEJOY et al., 2008).

Em relação ao uso de medicamento para disfunção erétil, apenas 14,4% dos idosos referiram o uso (Tabela 10). No presente estudo foram percebidos dois tipos de resposta relacionadas ao não uso do medicamento para disfunção erétil. Os idosos que cogitaram a possibilidade de usá-lo, porém apresentavam temor que eles viessem a causar efeitos colaterais, inclusive a morte, e tinham dúvidas em relação a qual profissional deveriam procurar para obterem informação sobre o mesmo. E outro grupo de idosos que referiu não necessitar do medicamento, relatando ainda

que preferiam ficar sem relação sexual caso isto não viesse a acontecer de forma “natural”.

Segundo Lovejoy et al. (2008) 26% dos homens heterossexuais e 15% dos homossexuais/bissexuais reportaram o uso de medicamento para melhora da ereção .

Apesar de relatar-se que a vida sexual na terceira idade foi impulsionada pelos medicamentos para disfunção erétil, poucos estudos se propuseram a verificar o impacto desta medicação na vida sexual e na saúde dos usuários (SOUSA, 2008). Segundo Maes e Louis (2003) a aceitação e popularidade dos medicamentos para melhora da potência, fizeram a transmissão sexual da AIDS aumentar entre idosos. Os inibidores da fosfodiesterase melhoraram a ereção em 70% a 85% dos casos e têm sido comercializados em larga escala. Entre 1998 (ano de lançamento da medicação) e 1999 foram feitas mais de 17 milhões de prescrições de Viagra® para idosos americanos (EMLET; FARKAS, 2001). Estudos da literatura apontam para uma influência retardada do uso de medicamentos para disfunção erétil no aumento do número de casos de AIDS em idosos, como não há obrigatoriedade de notificação compulsória da infecção pelo HIV, seriam necessários no mínimo dez anos de prazo após a introdução do medicamento para análise de sua possível influência na epidemia de AIDS em indivíduos com 50 anos ou mais (SOUSA, 2008).

Sessenta e cinco idosos entrevistados neste estudo tiveram história prévia de DST. Destes, 55 (84,6%) adquiriram DST apenas uma vez, 53 (81,5%) tiveram gonorréia e/ou sífilis, e este mesmo número de idosos relatou ter adquirido a doença há mais de 40 anos (Tabela 10). Olivi et al. (2008) relataram que 87,3% dos indivíduos acima de 50 anos referiram conhecer as DST. As mais citadas foram AIDS, sífilis, gonorréia, herpes, HPV e hepatites.

Pode-se verificar que 34,5% dos idosos relataram relação sexual com parceiros que possuíam múltiplos parceiros, sendo que 73% destes não usaram preservativo nestas relações (Tabela 10), caracterizando um grupo de idosos vulnerável a AIDS e outras DST.

No estudo de Schensul, Levy e Disch (2003) 17% dos homens acima de 50 anos havia tido relação sexual com profissionais do sexo nos últimos seis meses.

Os dados referentes ao número de parceiros (mais de um e um), faixa etária e sexo podem ser visualizados na tabela 11

Tabela 11 - Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo número de parceiros, faixa etária (em anos) e sexo, Campo Grande - 2009 (n=194)

Variáveis	Número de parceiros				Total		p
	> 1		1		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%			
Faixa etária							
60-69	39	32,5	81	67,5	120	61,8	<sup>(1)</sup> 0,037
70-79	14	22,6	48	77,4	62	32,0	
≥80	1	8,3	11	91,7	12	6,2	
Sexo							
Masculino	23	18,2	103	81,8	126	64,9	<sup>(2)</sup> <0,001
Feminino	31	45,6	37	54,4	68	35,1	

<sup>(1)</sup>  $\chi^2$  de tendência

<sup>(2)</sup>  $\chi^2$  corrigido por Yates

Com o aumento da faixa etária, há uma tendência a diminuir o número de indivíduos com mais de um parceiro. Idosos tendem a ter um número maior de parceiros que as idosas (Tabela 11).

Na tabela 12 fez-se a associação das variáveis número de parceiros nos últimos cinco anos (mais de cinco, de um a cinco), sexo e renda *per capita*.

Tabela 12 - Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo número de parceiros, sexo e renda familiar *per capita* (em salários mínimos), Campo Grande - 2009 (n=194)

Variáveis	Número de parceiros nos últimos 5 anos				Total		p
	>5		1-5		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%			
Sexo							
Masculino	7	10,3	61	89,7	68	35,0	<sup>(1)</sup> 0,003
Feminino	1	0,8	125	99,2	126	65,0	
Renda							
<1	0	0	49	100,0	49	25,3	<sup>(2)</sup> 0,001
1-2	2	2,2	91	97,8	93	47,9	
3-4	4	10	36	90,0	40	20,6	
>4	2	16,6	10	83,4	12	6,2	

<sup>(1)</sup> teste de Fisher

<sup>(2)</sup>  $\chi^2$  de tendência

Em relação ao número de parceiros e gênero, confirmou-se a tendência verificada na tabela anterior de maior número de parceiros em maiores de 60 anos do sexo masculino. Em relação à renda *per capita*, quanto maior a renda, maior a tendência de aumento no número de parceiros (Tabela 12).

Schensul, Levy e Disch (2003), referiram que 66% dos indivíduos com mais de 50 anos residentes em locais de baixa renda tinham tido um parceiro nos últimos 6 meses, 17% haviam tido dois parceiros e 17% três ou mais parceiros. Ainda segundo os mesmos autores, os idosos tendem a ter um maior número de parceiros que as idosas e o número de parceiros tende a diminuir com a idade. Verificando mais um dado semelhante ao presente estudo que relacionou o sexo masculino a um maior número de parceiros.

Na tabela 13 estão os dados referentes ao uso de preservativo, número de parceiros e presença ou não de relacionamento com indivíduos com múltiplos parceiros (PMPM).

Tabela 13 - Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência com atividade sexual segundo número de parceiros, tipo de parceria sexual e uso de preservativo, Campo Grande – 2009

Variáveis	Uso de preservativo				Total		p
	Não		Sim		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%			
Número de parceiros (n=147)							
1	89	93,7	6	6,3	95	64,6	<sup>(1)</sup> <0,001
2-4	29	74,4	10	25,6	39	26,5	
5-7	6	75,0	2	25,0	8	5,5	
≥ 8	3	60,0	2	40,0	5	3,4	
Presença de PMP (n=194)							
Sim/Não sei	51	76,1	16	23,9	67	34,5	<sup>(2)</sup> <0,001
Não	119	93,7	8	6,3	127	65,5	

<sup>(1)</sup>  $\chi^2$  de tendência

<sup>(2)</sup>  $\chi^2$  corrigido por Yates

Quanto maior o número de parceiros, maior o uso do preservativo. Indivíduos com parceiros que possuíam múltiplos parceiros ou que desconheciam a atividade sexual destes parceiros apresentaram uma maior tendência ao uso de preservativo (Tabela 13). Apesar disto, a maioria dos idosos com comportamento de risco não usa preservativo, tornando-se vulnerável a adquirir infecção pelo vírus HIV.

Na tabela 14 são apresentados os resultados de comportamentos associados ao aumento da vulnerabilidade a AIDS.

Tabela 14 - Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo vulnerabilidade à AIDS, Campo Grande – 2009 (n=305)

<b>Fatores associados à vulnerabilidade a AIDS</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Relação sexual no último ano		
Sem preservativo e sem parceiro fixo	21	6,9
Sem preservativo e com parceiro fixo e ocasional	8	2,6
Relação sexual últimos 5 anos		
Sem preservativo	170	55,7
Sem preservativo com parceiro com múltiplos parceiros	51	16,7
Sem preservativo com 5 ou mais parceiros	9	2,9
Sem preservativo com parceiro com múltiplos parceiros e mais de 5 parceiros	6	2,0

Cinquenta e seis por cento dos idosos frequentadores dos centros de convivência de Campo Grande são vulneráveis a AIDS por manterem relação sexual sem o uso do preservativo nos últimos cinco anos. Um número menor deles ainda apresenta uma maior vulnerabilidade quando não usa preservativo em suas relações com múltiplos parceiros (16,7%), e não possui parceiro fixo (6,9%) (Tabela 15).

#### 5.4.3 Fatores Indiretos

Na tabela 15 encontram-se as variáveis relacionadas indiretamente a vulnerabilidade a AIDS.

Tabela 15 – Número e porcentagem de idosos dos centros de convivência segundo utilização de bebida alcoólica e dependência ao álcool avaliada pelo teste de CAGE, Campo Grande - 2009

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
Ingestão de bebida alcoólica	305		
Não		204	66,9
Sim		101	33,1
Dependência alcoólica	101		
Não		101	100,0
Sim		-	-
História de prisão	305		
Não		305	100,0
Sim		-	-

Apenas 33,1% dos idosos entrevistados ingerem bebida alcoólica, sendo que destes, nenhum apresentou pontuação ao questionário de CAGE para dependência alcoólica. Não houve relato de idosos que tenham história de prisão prévia (Tabela 15).

No estudo de Lovejoy et al. (2008) 45% dos participantes consumiram álcool nos últimos dois meses. Este estudo avaliou ainda a presença do consumo de álcool em subgrupos relacionando sexo e orientação sexual: 63% em homossexuais e/ou bissexuais, 46% em homens heterossexuais e 19% em mulheres heterossexuais (LOVEJOY et al., 2008). Relata-se que indivíduos que ingerem bebida alcoólica têm maior risco de adquirir o vírus HIV. O efeito do álcool pode estar associado à relação sexual sem proteção e a relação sexual com vários parceiros (WILLIAMS, DONNELLY; 2002).

## 6 CONCLUSÃO

Os idosos do centro de convivência foram independentes tanto para ABVD quanto para AIVD.

A maioria dos idosos tinha idade de 60 a 69 anos, eram do sexo feminino, tinham menos de sete anos de estudo, não possuíam companheiro coabitante, ganhavam menos de dois salários mínimos e não tinham atividade laboral remunerada.

Mais da metade considerou-se informada sobre AIDS, nunca realizou o teste anti-HIV e referiu achar que indivíduos com mais de 60 anos podem adquirir a doença. Quanto maior a escolaridade e quanto menor a idade dos entrevistados mais eles consideraram pessoas com mais de 60 anos vulneráveis à AIDS. Não há diferença em relação a opinião sobre vulnerabilidade e sexo.

A importância da transfusão sanguínea como modo de transmissão de AIDS vem diminuindo com o passar dos anos, o uso de drogas, homossexualidade/bissexualidade e abuso de álcool não foram relatados. O compartilhamento de objetos cortantes, principalmente alicates de unha por idosos, é hábito frequente que necessita discussão e esclarecimentos.

A maioria dos idosos mantém vida sexual ativa, sendo que idosos mantêm duas vezes mais atividade sexual que as idosas. Idosos de maior renda, menor faixa etária e do sexo masculino apresentaram maior número de parceiros sexuais. Apesar de uma maior tendência ao uso do preservativo em idosos conforme aumentava o número de parceiros ou conforme ocorria a presença de parceiros com múltiplos parceiros, a maioria deles não usava preservativo.

A maior vulnerabilidade do idoso à AIDS encontrou-se na relação sexual sem uso de preservativo (55,7%), sendo que este comportamento de sexo desprotegido pode ocorrer em indivíduos idosos que tenham parceiros com múltiplos parceiros (16,7%) ou que tenham tido mais de cinco parceiros nos últimos cinco anos (2,9%) aumentando ainda mais o risco de adquirir o vírus HIV.

## REFERÊNCIAS

- ABEL, T.; WERNER, M.; HIV risk behaviour of older persons. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 13, n. 4, p. 350-352, Dec. 2003.
- AKERS, A.; BERNSTEIN, L.; HENDERSON, S.; DOYLE, J.; CORBIE-SMITH, G. Factors associated with lack of interest in HIV testing in older at-risk women. **Journal of Women's Health**, Larchmonth, v. 16, n. 6, p. 842-858, July/Aug. 2007.
- AYRES, M.; AYRES JUNIOR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS A. A. S. **BioEstat versão 4.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biomédicas**. Belém: UFPA, 2005.
- ARAÚJO, V. L. B. de.; BRITO, D. M. S. de.; GIMENIZ M. T.; QUEIROZ, A.; TAVARES, C. M. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 544-554, dez. 2007.
- BERTONCINI, B.; MORAES, K. S.; KULKAMP, I. C. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 75-79, abr./jun. 2007.
- BORGES, P. L. C.; BRETAS, R. P.; AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M. M. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede interagencial de informações para a saúde**. Indicadores e dados básicos. Brasília, 2008.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A. de.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2001.
- BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, set. 2003.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J, L, Como vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO A. A. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, p. 25-73, set. 2004.
- CASAU, N. C. Perspective on HIV infection and aging: emerging research on the horizon. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v.41, p. 855-863, Sept. 2005.
- CATUSO, M. C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/996/776>> Acesso em: 09 maio 2010.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epi Info 2008, version 3.5.1: programs for use by public health professionals**. Atlanta: CDC, 2008.

CONTE, L. M. L.; GORINCHEIN, J. Idoso e HIV. In: LINDOSO, J. A. L.; CASSEB, M. E. J.; SILVA, A. C. C. M. (Ed.). **Infectologia Ambulatorial Diagnóstico e Tratamento**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. cap. 10, p. 62-66.

DIOGO, M. J. D. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 13, n. 6, p. 395-399, jun. 2003.

EIRA, M.; SCOTÁ, S.; BOCCARDO, E. J.; ROSSI, M. B.; ABIB, E. A. N. Vulnerabilidade ao HIV. In: LINDOSO, J. A. L.; CASSEB, M. E. J.; SILVA, A. C. C. M. (Ed.): **Infectologia ambulatorial diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008. cap. 6, p. 37-44.

EMLET, C.; FARKAS, K. J. A descriptive analysis of older adults with HIV/AIDS in Califórnia. **Health & Social Work**, Washington, v. 26, n. 4, p. 226-233, Nov. 2001.

EWING, J. A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 252, n. 14, p. 1905-1907, Oct. 1984.

FERREIRA, K. S.; SILVA, M. G.; CHEREM, T. M. D. A.; ARAÚJO, C. L. O. Percepção dos idosos perante o sexo na idade avançada. **Geriatrics & Gerontologia**, Fortaleza, v. 3, n. 4, p. 182-188, out./nov./dez. 2010.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUG, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONTES, K. S. **Representações do HIV na terceira idade e vulnerabilidade no idoso**. In: Congresso virtual de HIV/AIDS, 10., 2010, Lisboa. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/pdf/294.pdf>> Acesso em: 09 maio 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. I, abr. 2002.

GAVAZZI, G.; HERRMANN, F.; KRAUSE, K.H. Aging and infectious diseases in the developing world. **Clinical Infectious Disease**, Chicago, v. 39, p. 83-91, July 2004.

GEOFFREY C. C.; BROWNE, R.; SALOOJA, N.; McLEAN, K. A. Newly diagnosed HIV infection in an octogenarian: the elderly are not "immune". **Age and Ageing**, London, v. 32, n. 3, p. 353-354, May 2003.

GODOY, V. S.; FERREIRA, M. D.; SILVA, E. C.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. O Perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008.

INELMEN, E. M.; GASPARINI, G.; ENZI, G. HIV/AIDS in older adults A case report and literature review. **Geriatrics**, New York, v. 60, n. 9, p. 26-30, Sept. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic\\_sociais2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2010.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; LIMA-COSTA, M. F.; GOTLIEB, S. L. D.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 271-281, out./dez. 2008.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, jul./ago. 2008.

LACERDA, H. R.; KITNER, D. Mortality of the elderly is still exceedingly high at diagnosis of AIDS despite favorable outcomes after highly active antiretroviral therapy in Recife, Brazil. **International Journal of STD and AIDS**, London, v. 19, p. 450-454, July 2008.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of old people: self-maintaining and instrumental activities old daily living. **Gerontologist**, Washington, v. 9, p. 179-86, 1969.

LAZZAROTTO, A. R.; KRAMER, A. S.; HÄDRICH M.; TONIN, M.; CAPUTO, P.; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, nov./dez. 2008.

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

LIMA L. C. V.; BUENO C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.

LINDAU, S. T.; SCHUMM, M. A.; LAUMANN, E. O.; LEVINSOS, W.; O'MUIRCHEARTAIGH, C. A.; WAITE, L. J. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 357, n. 8, p. 762-774, Aug. 2007.

LOVEJOY T. I.; HECKMAN T.G.; SIKKEMA, K. J.; HANSEN, N. B.; KOCHMAN, A.; SUHR, J. A.; GARSKE, J. P.; JOHNSON, C. J. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. **AIDS and Behavior**, New York, v. 12, p. 943-956, Apr. 2008.

MACK, K. A.; ORY, M.G. AIDS and older americans at the end of the twentieth century (epidemiology and clinical issues). **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Hagerstown, v. 33, supl. 21, p. 68-75, June 2003.

MAES, C.; LOUIS, M. Knowledge of aids, perceived risk of aids, and at-risk sexual behaviors among older adults. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Thorofare, v. 15, n. 11, p. 509-516, Nov. 2003.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: Barthel index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, v. 14, p. 56-61, Feb. 1965.

MANFREDI, R. HIV infection and advanced age - emerging epidemiological, clinical, and management issues. **Ageing Research Reviews**, Oxford, v. 3, p. 31-54, 2004.

MARTIN C. P.; FAIN, M. J.; KLOTZ, S. A. The older hiv-positive adult: a critical review of the medical literature. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 121, n. 12, p. 1032-1037, Dec. 2008.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. J. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 215-218, 1983.

MAZO, G. Z.; LIPOSCKI, D. B.; ANANDA, C.; PREVÊ, D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 16, p. 437-442, nov./dec. 2007.

MEDEIROS K. C. S. de.; LEAL, M. C. C.; MARQUES A. P. O.; MARINO J. G. Avaliação do nível de informação em relação à AIDS/HIV por idosos assistidos no programa de saúde da família. **Geriatrics & Gerontologia**, Fortaleza, v. 2, n.2, p. 53-58, 2008.

MELO, M. R.; GORZONI, M.; MELO, K. C. de.; MELO, E. Síndrome da imunodeficiência adquirida no idoso. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 13-17, abr./jun. 2002.

MICROSOFT Office Enterprise 2007: **Office Excel**<sup>®</sup>. [s.1.]: Microsoft Corporation, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**, Brasília, ano VI, n. 1, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BC2103015-A615-4585-B629-CB4E3D721734%7D/Boletim2010.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**, Brasília, ano V, n. 1, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008\\_vers%E3o1\\_6.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2010.

NETTO PAPALÉO, M.; KEIN, E. L.; BRITO, F. C. Avaliação geriátrica multidimensional. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap.6, p.73-85.

NISHIOKA, S. A.; GYORKOS, T. W. Tattoos as risk factors for transfusion-transmitted diseases. **International Journal of Infectious Diseases**, Hamilton, v. 5, n. 1, p. 27-34, 2001

NOGUEIRA, S. L.; GERALDO, J. M.; MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 195-198, jan./jun. 2008.

NOGUERAS, M. M.; NAVARRO, G.; ANTÓN, E.; SALA, M.; CERVANTES, M.; AMENGUAL, M. J.; SEGURA, F. Epidemiological and clinical features, response HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. **BMC Infectious Disease**, London, v. 6, p. 159-162, Nov. 2006.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, ago. 2006.

OLIVEIRA, I. C. V.; ARAÚJO, L. F.; SALDANHA, A. A. W. Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 143-147, 2006.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 679-685, Aug. 2008.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 109-119, abr. 2006.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 2, p. 19-34.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 338-351, set. 2007.

RESS, B. HIV Disease and aging: the hidden epidemic. **Critical Care Nurse**, Secaucus, v. 23, n. 5, p. 38-42, Oct. 2003.

RIBEIRO, L. C. C.; JESUS, M. V. N. Avaliando a incidência dos casos notificados de AIDS em idosos no estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 113-116, maio/ago. 2006.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de medicina Tropical**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 312-317, jul./ago. 2004.

SANTOS, R. L. dos.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCHENSUL, J. J.; LEVY, J. A.; DISCH, W. B. Individual, contextual, and social network factors affecting exposure to HIV/AIDS risk among older residents living in low-income senior housing complexes. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Hagerstown, v. 33, supl. 2, p. 138-152, jun 2003.

SHIPPY, R. A.; KARPIAK, S. E. The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 9, n. 3, p. 246-254, May 2005.

SOUSA, J. L.; SILVA, M. D. P.; MONTARROYOS, U. R. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 203-216, 2007.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

STOFF, D. M.; KHALSA, J. H.; MONJAN, A.; PORTEGIES, P. Introduction: HIV/AIDS and aging. **AIDS**, London, v. 18, suppl 1, p. 1-2, Jan. 2004.

VELOSO, B. Da sífilis à SIDA. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 8, n. 1, p. 56-61, jan./mar. 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

WADE, D. T.; COLLIN, C. The Barthel ADL index: a standart measure of physical disability? **International Disability Studies**, Basel, v. 10, n. 2, p. 64-67, 1988.

WILLIAMS, E.; DONNELLY, J. Older americans and aids: some guidelines for prevention. **Social Work**, New York, v. 47, n. 2, p. 105-111, Apr. 2002.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. 2008. 102 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela Dr<sup>a</sup> Marta Driemeier e Dr<sup>a</sup> Sônia Maria Oliveira de Andrade.

### **Porque o estudo está sendo feito?**

O (A) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa porque frequenta o Centro de Convivência e tem mais de 60 anos. Sua participação é importante pois suas respostas irão nos demonstrar o comportamento mais comum de vossa faixa etária, permitindo a identificação dos riscos a que estão expostos as pessoas de sua idade no que se refere a transmissão de AIDS.

### **Quem participará deste estudo? Quais são os meus requisitos?**

O senhor e os outros idosos que frequentam os Centros de Convivência de Campo Grande-MS, e foram sorteados. Não poderão participar, os idosos que tenham dificuldade de comunicação como, por exemplo, surdez ou impossibilidade de falar e pessoas que não estejam com boa capacidade de compreensão para responder as perguntas com autonomia. O interessado deverá concordar em participar e assinar este Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### **O que serei solicitado a fazer?**

Você deverá responder a três questionários:

- 1) Dois com perguntas sobre sua independência para realizar atividades do dia-a-dia – 13 perguntas.
- 2) Um com perguntas sobre vida sexual, Aids, transfusão de sangue e tatuagem – 23 perguntas.

### **O que se sabe sobre este assunto?**

Precisamos compreender quais os comportamentos que podem aumentar a chance de uma pessoa contrair Aids nesta idade.

### **Quanto tempo estarei no estudo?**

Você participará deste estudo durante os minutos necessários para o preenchimento dos questionários. Em média meia hora.

**Quantas outras pessoas estarão participando deste estudo?**

Esperamos a participação de 261 pessoas neste estudo.

**Que prejuízos (ou eventos adversos) podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?**

A aplicação dos questionários será feita de maneira individual para evitar constrangimento e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso as suas respostas. Caso sinta-se constrangido, poderá não responder a alguma pergunta e até mesmo desistir de sua participação na pesquisa.

**Que benefício eu posso esperar?**

Após a aplicação dos testes iremos informar ao senhor (a) imediatamente sobre os resultados, informaremos sobre importância da manutenção da capacidade funcional do idoso, sobre Aids e suas formas de transmissão. Ao final da pesquisa o senhor (a) poderá esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre os temas. Caso detectemos alguma alteração funcional, encaminharemos para avaliação mais detalhada dentro do Sistema Público de Saúde da Prefeitura. Informaremos depois os resultados da pesquisa através de cartas impressas e seminários que poderemos realizar no próprio Centro de Convivência que o senhor (a) já frequenta. O benefício existe também, de uma forma menos individual, estendido para sociedade, pois os resultados poderão auxiliar na reorganização de campanhas preventivas, melhorando a qualidade de vida desta faixa etária da população. Não haverá pagamento em dinheiro para quem participar da pesquisa.

**Quem poderá ver os meus registros / respostas e saber que eu estou participando do estudo?**

Se você concordar em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo. Seu nome não será mencionado ou publicado. A menos que requerido por lei, somente os pesquisadores, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

**Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?**

A qualquer momento durante a aplicação dos questionários você pode chamar pelos pesquisadores, 3384 7200. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone 33457187.

**Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?**

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender as exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário

---

Data\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

---

Data\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DO IDOSO À AIDS

### 1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1.1. Idade: \_\_\_\_\_ (em anos)

1.2. Sexo: F  M

1.3. Escolaridade: \_\_\_\_\_ (anos de estudo):

1.4. Companheiro coabitante: Sim  Não

1.5. Renda familiar: \_\_\_\_\_ (em reais)

1.6. Quantas pessoas dependem desta renda? \_\_\_\_\_

1.7. Ocupação remunerada: Sim  Não

### 2. CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS E PERCEPÇÃO DE VULNERABILIDADE

#### 2.1 AUTO-PERCEPÇÃO DA SUFICIÊNCIA DE CONHECIMENTO

O sr (a). acha que tem informação suficiente de como evitar AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis?

Sim  Não

#### 2.2 REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA ANTI-HIV

O sr (a) alguma vez fez teste anti-hiv?

Sim  Não

#### 2.3 CONHECIMENTO SOBRE MODOS DE AQUISIÇÃO DO HIV

Como as pessoas podem adquirir AIDS?

---

(não sei, compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas, sexo desprotegido, contato com sangue, mãe para filho e outros)

## 2.4 PERCEÇÃO DA VULNERABILIDADE RELATIVA AOS IDOSOS

HIV/ O sr (a). acha que as pessoas com mais de 60 anos podem adquirir AIDS?

Sim  Não

## 3. FATORES RELACIONADOS AO RISCO PARA INFECÇÃO PELO HIV

### 3.1. RISCO SANGUÍNEO

a) O sr (a). já se submeteu a transfusão sanguínea alguma vez?

Sim  Não

- Quantas vezes? \_\_\_\_\_

- Época: antes de 1994  depois de 1994

b) O sr (a). usa droga injetável?

Sim  Não

c) Alguma vez já usou?

Sim  Não

Se sim: - quantas vezes? \_\_\_\_\_

- compartilhou material? Sim  Não

d) O sr (a). já se submeteu a alguma tatuagem?

Sim  Não  - Ano: \_\_\_\_\_

e) O sr (a). compartilha objetos cortantes de higiene?

Sim  Não

### 3.2. RISCO SEXUAL

#### 3.2.1. ENTREVISTADO

a) O sr (a). tem atividade sexual nos últimos 12 meses?

Sim  Não

b) O sr (a). tem parceiro fixo (nos últimos 12 meses)?

Sim  Não

c) O sr (a). tem algum parceiro ocasional (nos últimos 12 meses)?

Sim  Não

d) O sr. ( ou o parceiro da sra ) usa camisinha em suas relações sexuais?

Sim  Não  Às vezes

e) Se sim ou às vezes, em que situação usa?

P fixo  P ocasional  P fixo e ocasional

f) Quantos parceiros o sr (a). teve nos últimos 5 anos?

1  2  3  4  \_\_\_\_\_

g) Usou preservativo?

Sim  Não

h) O sr (a). já teve alguma relação com parceiro (a) do mesmo sexo nos últimos 5 anos?

Sim  Não

i) O sr. ou o seu parceiro já fez uso de alguma medicação para disfunção erétil?

Sim  Não

j) O sr(a). já teve alguma doença sexualmente transmissível?

Sim  Não

Se sim:

- Quantas vezes? \_\_\_\_\_

- Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Qual (is)? \_\_\_\_\_

### **3.2.2. PARCERIA SEXUAL**

a) O sr (a). já teve parceira (o) hiv positivo?

Sim  Não  Não sei

- Se sim, usou camisinha? Sim  Não

b) O sr (a). já teve parceira (o) usuário de droga injetável?

Sim  Não  Não sei

- Se sim, usou camisinha? Sim  Não

c) O sr (a). já manteve relação sexual com alguém que tinha outros parceiros (as)?

Sim  Não  Não sei

- Se sim, usou camisinha? Sim  Não

### **3.3 FATORES INDIRETOS**

a) História de prisão Sim  Não

b) Alcool\* Sim  Não

- Se sim:

✓ O senhor (a) já pensou em parar de beber?

Sim  Não

✓ As pessoas o (a) aborrecem comentando seus hábitos de bebida?

Sim  Não

✓ O sr (a) sente-se culpado (a) pela forma como bebe?

Sim  Não

✓ Alguma vez já bebeu de manhã para afastar o nervosismo?

Sim  Não

\* as quatro últimas perguntas relacionadas ao consumo do álcool são baseadas no questionário CAGE (do inglês: *cut down, annoyed, guilty and eye opener*); instrumento já validado no Brasil por Masur e Monteiro no ano de 1983, para triagem de dependência alcoólica, composto por quatro perguntas (MASUR; MONTEIRO, 1983).

## ANEXO A - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

### ORIENTAÇÃO:

ANO( ) SEMESTRE( ) MÊS( ) DATA( ) DIA( )  
 ESTADO( ) CIDADE( ) BAIRRO( ) LOCAL( ) ONDE ESTÁ( ) ANDAR( )

### MEMÓRIA IMEDIATA:

Nomeie três objetos (um segundo para cada nome). Posteriormente pergunte os três nomes dando um ponto para cada resposta correta. (Conte as tentativas e anote. Tentativas:\_\_\_\_\_)

CANECA ( )

TIJOLO ( )

TAPETE ( )

### ATENÇÃO E CÁLCULO:

Dê um ponto para cada acerto. Interrompa após cinco perguntas:

100-7( ) 93-7( ) 86-7( ) 79-7( ) 72-7( )

Alternativamente peça para soletrar a palavra mundo de trás para frente:

O ( ) D( ) N( ) U( ) M( )

### MEMÓRIA DE EVOCACÃO:

Pergunte pelos três objetos nomeados acima. Dê um ponto para cada resposta correta.

CANECA ( )

TIJOLO ( )

TAPETE ( )

### LINGUAGEM:

- Mostrar um relógio e uma caneta. Pergunte o nome e dê dois pontos se correto.

RELÓGIO ( ) CANETA ( )

- Repita o seguinte: nem aqui, nem ali, nem lá. Dê um ponto

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ ( )

- Seguir o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão (3 pontos )

PEGUE O PAPEL COM A MÃO DIREITA ( ) DOBRE-O AO MEIO ( )

COLOQUE-O NO CHÃO( )

- Leia e execute: Feche os olhos ( 1 ponto )

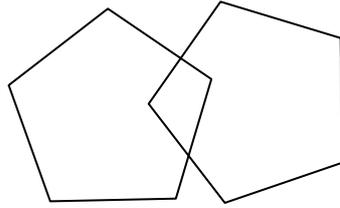
FECHE OS OLHOS ( )

Escreva uma frase: um ponto

---

---

Copie o desenho: um ponto ( )



**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**ANEXO B - ÍNDICE DE BARTHEL**

	<b>COM AJUDA</b>	<b>INDEPENDENTE</b>
<b>1. ALIMENTAÇÃO</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>2. MOVER-SE NA CADEIRA DE RODAS</b>	<b>5-10</b>	<b>15</b>
<b>3. HIGIENE PESSOAL</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>4. ENTRAR E SAIR DO BANHEIRO</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>5. BANHO</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>6. ANDAR SOBRE SUPERFÍCIES NIVELADAS</b>	<b>10</b>	<b>15</b>
<b>* PROPULSÃO DA CADEIRA DE RODAS: SCORE USADO SOMENTE NO CASO DE INCAPACIDADE PARA DEAMBULAR</b>	<b>0*</b>	<b>5*</b>
<b>7. SUBIR E DESCER ESCADAS</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>8. VESTIR-SE E DESPIR-SE</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>9. CONTINÊNCIA INTESTINAL</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>10. CONTINÊNCIA MICCIONAL</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

## ANEXO C - ÍNDICE DE LAWTON

### 1)USAR O TELEFONE:

I: capaz de atender e discar os números sem ajuda ( )

A: capaz de responder as chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números ( )

D: incapaz de usar o telefone ( )

### 2)VIAGEM:

I: capaz de viajar só ( )

A: capaz de viajar, porém não sozinho ( )

D: incapaz de viajar ( )

### 3)COMPRAS:

I: cuida de todas as compras sozinho ( )

A: capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda ( )

D: incapaz de fazer compras ( )

### 4) PREPARAR OS ALIMENTOS:

I: planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda ( )

A: capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de cozinhá-las ( )

D: incapaz de preparar qualquer refeição ( )

### 5)TAREFAS DOMÉSTICAS:

I: consegue ajudar na realização de qualquer tarefa doméstica ( )

A: capaz de executar tarefas domésticas mais leves ( )

D: incapaz de executar qualquer trabalho doméstico ( )

### 6)MEDICAÇÃO:

I: capaz de usar medicação de maneira correta ( )

A: capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda ( )

D: incapaz de tomar a medicação sem ajuda ( )

### 7)DINHEIRO:

I: capaz de pagar contas, aluguel, preencher cheques, controlar as necessidades diárias de compras ( )

A: necessita algum tipo de ajuda para pagar contas, preencher cheques etc. ( )

D: incapaz de manusear o dinheiro ( )

Independente (I); Ajuda (A) e Dependente (D)

