

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

Marcella Monteiro da Silva

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE HIV/AIDS EM  
PESSOAS COM 60 ANOS E MAIS, RESIDENTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO,  
ENTRE OS ANOS DE 1998 A 2008.**

**RECIFE**

**2012**

**Marcella Monteiro da Silva**

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE HIV/AIDS EM  
PESSOAS COM 60 ANOS E MAIS, RESIDENTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO,  
ENTRE OS ANOS DE 1998 A 2008.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientadora: Ms Leila Karina de Novaes P. Ribeiro

Recife

2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586c Silva, Marcella Monteiro da.  
Caracterização epidemiológica dos casos de HIV/aids em pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008. / Marcella Monteiro da Silva. - Recife: s.n, 2012.  
39 p. : ilus, tabs.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Leila Karina de Novaes P. Ribeiro.

1. Envelhecimento da população. 2. Epidemiologia. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. I. Ribeiro, Leila Karina de Novaes P. II. Título.

---

CDU 616.98:578.828HIV

---

**MARCELLA MONTEIRO DA SILVA**

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE HIV/AIDS EM  
PESSOAS COM 60 ANOS E MAIS, RESIDENTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO,  
ENTRE OS ANOS DE 1998 A 2008.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: \_\_\_\_\_  
Ms Leila Karina de Novaes P. Ribeiro  
Prefeitura da Cidade do Recife

Examinadora: \_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

*Dedico este trabalho a alguém que fez parte da minha  
vida por oito anos e, que me incentivou a ser quem hoje sou.  
Sem ele, não teria iniciado no Programa de Residência.  
À você, Houseman Bezerra.  
Muito Obrigada!*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido Deus, pois sem ele, eu nada seria;

Aos meus pais, Vera Lúcia e Marcelo (*in memoriam*) pelo carinho, educação, apoio, confiança e investimento nos meus estudos e nos meus sonhos;

Aos amigos, que foram imprescindíveis, me apoiando e me compreendendo nas etapas mais difíceis;

À minha orientadora Leila Novaes pela paciência e colaboração na orientação concedida durante todo o processo de elaboração dessa monografia;

À professora Ana Lúcia pela calma e paciência em revisar todo meu trabalho;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditaram e me incentivaram a iniciar e a concluir mais esta etapa.

*“Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e  
força para qualquer sociedade”*

**Albert Einstein**

SILVA, Marcella Monteiro. **Caracterização epidemiológica dos casos de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos e mais, residentes no estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008.** 2012. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

O panorama demográfico mundial tem apresentado mudanças nos últimos anos devido ao declínio das taxas de fertilidade e mortalidade. E como decorrência, a longevidade tem-se apresentado como um fenômeno real. Com o envelhecimento da população, questões como o HIV na terceira idade devem ser aprofundadas de modo a fornecer subsídios tanto para o tratamento da moléstia, como para os programas de prevenção que devem possuir toda uma estratégia direcionada às particularidades desta faixa etária. Assim, o presente estudo caracterizou os casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre 1º de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2008. Para isto, foi realizado um estudo transversal, descritivo, a partir dos dados de notificação do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis da Secretaria de Saúde de Pernambuco. Pode-se demonstrar que em 1998 a taxa de incidência na população de estudo era de 1,6 casos por 100 mil habitantes e em 2008 de 4,8 casos por 100 mil habitantes, caracterizando um aumento de 300%. Pode-se mostrar, ainda, a frequência e distribuição dos casos segundo local de residência, faixa etária, sexo, escolaridade, raça/cor e categoria de exposição. Ficou evidente neste estudo a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e assistência direcionada especificamente para a terceira idade, uma vez que a sexualidade, nessa fase da vida, ainda é envolta por muitos tabus e mitos, que dificultam a eficácia da prevenção contra o HIV nessa população.

**Palavras-Chaves:** Envelhecimento da População. Epidemiologia. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

SILVA, Marcella Monteiro. **Epidemiological characterization of the HIV / AIDS in people aged 60 and older living in the state of Pernambuco, between the years 1998 to 2008.** 2012. Monograph (Multidisciplinary Residency Community Health) - Department of Public Health, Center for Research Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

### **ABSTRACT**

The picture world population has shown changes in recent years due to declining fertility rates and mortality. And as a result, longevity has been presented as a real phenomenon. With an aging population, issues such as HIV in the elderly should be deepened in order to provide support both for the treatment of disease, as for prevention programs must have a whole strategy directed to the particularities of this age group. Thus, this study characterized the AIDS cases in persons aged 60 and older living in the State of Pernambuco, between 1 January 1998 and December 31, 2008. For this, we performed a descriptive study, the reporting data from the System Information Resulting Health Secretariat of Pernambuco. It can be shown that in 1998 the incidence rate in the study population was 1.6 cases per 100 000 inhabitants and in 2008 of 4.8 cases per 100 000 inhabitants, featuring a 300% increase. It can be shown, although the frequency and distribution of cases by place of residence, age, gender, education, race / ethnicity and exposure category. It was evident in this study the need for development of prevention, diagnosis and assistance specifically targeted to seniors, since sexuality, this phase of life, is still surrounded by many taboos and myths that hamper the effectiveness of prevention HIV in this population.

**Keywords:** Demographic Aging. Epidemiology. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Divisão das Gerências Regionais de Saúde, Pernambuco..... 24
- Figura 2 – Figura 2 - Distribuição dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo a classificação raça/cor, de 1998 a 2008..... 29
- Figura 3 – Distribuição dos casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo sexo e ano de diagnóstico, entre os anos de 1998 a 2008..... 30
- Figura 4 - Incidência (por 100 mil hab.) dos casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico, em pessoas com 60 anos e mais. Pernambuco, 1998 – 2008 ..... 30

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos Números de casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, segundo as Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008..... 27
- Tabela 2 – Distribuição dos números de casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo sexo, anos de estudo e categoria de exposição, entre os anos de 1998 a 2008..... 28
- Tabela 3 – Distribuição dos casos de AIDS, segundo o sexo e as categorias de exposições, diagnosticados no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008..... 29

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA / PERGUNTA CONDUTORA</b> .....	14
<b>3 MARCA TEÓRICO</b> .....	15
3.1 Demografia do envelhecimento .....	15
3.2 Sexualidade na maturidade .....	17
3.3 HIV/AIDS .....	18
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	23
4.1 Objetivo geral .....	23
4.2 Objetivos específicos .....	23
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	24
5.1 Tipo de estudo .....	24
5.2 Fontes de dados .....	24
5.3 População, área e período do estudo .....	24
5.4 Análise de dados .....	25
5.5 Limitações do estudo .....	25
5.6 Comitê de Ética em Pesquisa.....	25
<b>6 RESULTADOS</b> .....	27
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
ANEXO A – Parecer do CEP/CPqAM .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

Identificada em 1981, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, habitualmente conhecida como AIDS, tornou-se um marco na história da humanidade, sendo causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), representando um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2006).

Os primeiros casos conhecidos da AIDS ocorreram nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central, entre os anos de 1977 e 1978. Naquela ocasião, os segmentos da população atingidos se concentravam nos grandes centros urbanos e eram constituídos principalmente de homossexuais. Nesse período, a mídia era a única fonte de informação para o que foi chamado de *Câncer Gay* ou *Peste Gay*. Gradativamente a população afetada pela doença foi se ampliando: usuários de drogas injetáveis (UDI), indivíduos expostos a sangue e hemoderivados contaminados com o HIV, mulheres e crianças (BRASIL, 2005).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS, notificados, aconteceram em 1982. A ocorrência de pacientes diagnosticados com este agravo, nesse momento, estava restrita ao eixo Rio - São Paulo, sugerindo ter sido o Sudeste o foco inicial de disseminação dessa epidemia (BARBOSA, 2001).

A epidemia da AIDS em Pernambuco teve início em 1983, com o primeiro caso identificado no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco. Desde então, apresenta tendências crescentes, com apenas 1 caso em 1983, subindo para 533 casos em 1990 e chegando a 5.395 casos no ano 2000 (BARBOSA, 2001).

No período entre 1980 a 2008, o Ministério da Saúde (MS) registrou cerca de 465 mil casos novos de AIDS no Brasil, sendo grande parte na região Sudeste (61%). A região Nordeste, nesse período, abrigou cerca de 11% deste total de casos, enquanto que a região Centro-Oeste apresentou cerca de 6% dos casos (BRASIL, 2008).

Em Pernambuco, até o ano de 2008, cerca de 13 mil casos de AIDS foram identificados. Destes, cerca de 10 mil (77%), eram residentes da Região Metropolitana do Recife (BRASIL, 2008).

Dos 13.655 casos de AIDS notificados em Pernambuco, desde o início da epidemia (1983), 8.959 (65%) foram em homens e 4.696 em mulheres (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

Apesar da faixa etária de 25 a 49 anos constituir o grupo mais atingido pela AIDS, os casos entre pessoas acima dos 60 anos mais que dobraram entre 1997 e 2007, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2009, passando de 497 para 1.263 novos casos.

Assim, o presente estudo visa caracterizar os casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre 1º de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2008.

## 2 JUSTIFICATIVA / PERGUNTA CONDUTORA

Atualmente há cerca de 15 milhões de idosos no Brasil e, segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2025, o Brasil será o sexto país mais idoso do mundo, apenas perdendo para a Suíça, França, Estados Unidos, Uruguai, Argentina e China, tendo um contingente de 34 milhões de idosos, o que representará em torno de 15% de sua população (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

Com o envelhecimento da população, questões como a infecção pelo HIV/AIDS na terceira idade devem ser aprofundadas, de modo a fornecer subsídios tanto para o tratamento de controle da doença nessa população, quanto para os programas de prevenção, que devem possuir toda uma estratégia direcionada e, um marketing peculiar e adequado às particularidades desse grupo etário.

Levando-se em consideração que estudos sobre este tema ainda são escassos na literatura, abordagens sobre o mesmo se revestem de grande relevância, por fornecer informações úteis para o desenvolvimento de políticas de prevenção de infecção pelo HIV nesse grupo populacional, promovendo a adoção de práticas seguras de cuidado individual e coletivo, contribuindo para discussão do assunto na comunidade científica.

Pergunta Condutora: *qual a caracterização epidemiológica dos casos de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 e 2008?*

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Demografia do envelhecimento

A população idosa pode ser concebida como aquela a partir de sessenta anos de idade. Assim, o acelerado ritmo do crescimento da população idosa é observado mundialmente, inclusive no Brasil e em outros países latino-americanos. A expectativa de vida dos brasileiros que em 1900 não alcançava os 35 anos de idade, em 1950 atingiu 43 anos, em 2000, 68 anos, com a expectativa de atingir os 80 anos em 2025 (BRASIL, 2008).

A partir da segunda metade do século XX, devido ao aumento da população idosa, teve início o estudo da chamada *terceira idade*, passando o envelhecimento a ser tratado como um período importante na vida do ser humano, que exige readaptação frente às peculiaridades que começam a aparecer nessa fase da vida. Daí a necessidade de se procurar entender melhor o que ocorre na velhice, visto que essa condição se tornou um fenômeno social e se transformou em objetivo de políticas públicas, estudos e pesquisas científicas nas diferentes áreas do conhecimento (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Cabe ressaltar, contudo, a transformação que o mundo passou no século XX, e as alterações produzidas exercem uma influência considerável sobre a condição das pessoas da terceira idade e sobre a idéia que a sociedade tem a respeito delas (CARVALHO; WONG, 2008).

Pode-se entender melhor esse fenômeno por meio da demografia, ciência que estuda as tendências nas mudanças das populações e as técnicas para medi-las. Para a demografia questões como a mortalidade, a fecundidade e as migrações são as principais responsáveis pelas alterações no perfil populacional.

O panorama demográfico mundial tem apresentado mudanças nos últimos anos devido ao declínio das taxas de fertilidade e mortalidade. E como decorrência, a longevidade tem-se apresentado como um fenômeno real.

Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça, é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade (CARVALHO; WONG, 2008).

A transição demográfica originou-se na Europa e seu primeiro fenômeno foi à diminuição da fecundidade, observada na revolução industrial, fato este anterior ao aparecimento da pílula anticoncepcional. O aumento na expectativa de vida ocorreu de modo

insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas (CARVALHO; WONG, 2008).

O Brasil tem sido surpreendido por uma significativa mudança demográfica. Entre os anos 40 e 60, houve um declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, uma população quase-estável jovem e com rápido crescimento (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A partir do final da década de 60, a redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária, que levará, provavelmente, a uma nova população quase-estável, mas, desta vez, com um perfil envelhecido e ritmo de crescimento baixíssimo, talvez negativo (CARVALHO; WONG, 2008).

Assim, com o aumento da expectativa de vida, dentre outros fatores, o envelhecimento no Brasil começou a manifestar-se como um fenômeno relevante, tornando-se uma preocupação da sociedade civil organizada e do poder público.

A atitude da sociedade perante a terceira idade é negativa. Essa visão negativa do envelhecimento tem importante influência na adaptação social do idoso, no seu bem-estar, assim como na postura da sociedade em relação a ele.

A redução da importância dos idosos como depositários de experiência nas sociedades industrializadas e o rápido progresso tecnológico têm influência, também, no papel do idoso na sociedade atual (COELHO, 2006).

Daí a necessidade de se desenvolver uma série de atividade de conscientização e de assistência integral ao idoso, a fim de promover saúde, efetuar prevenção de doenças, aumentando as possibilidades dos processos curativos, postergando as incapacidades físicas, a fim de melhorar a qualidade de vida, o alívio da dor e do sofrimento (físico e/ou mental) (BRASIL, 2008).

Na perspectiva das teorias do envelhecimento bem-sucedido, a qualidade de vida e o bem-estar são fatores que devem acompanhar o indivíduo ao longo do desenvolvimento humano. Por causa disso, a Organização Mundial da Saúde (2005) formulou um projeto de política de saúde visando à promoção de envelhecimento saudável e ativo, na tentativa de articular uma melhor qualidade de vida e a manutenção da saúde com o aumento da expectativa de vida (RODRIGUES, 2008).

### 3.2 Sexualidade na maturidade

O prolongamento da vida sexual, até idades mais avançadas, corresponde a uma mudança marcante nas últimas décadas do século XX. Essa mudança está ligada à ampliação da expectativa de vida com boa saúde, à melhoria da condição social das pessoas idosas, à difusão do ideal de juventude e à possibilidade de os mais velhos aproveitarem tanto a sociabilidade quanto os lazeres autônomos, não se limitando mais a frequentar a própria família (BOZON, 2004).

Na maturidade a sexualidade é um tema efervescente, aos quais novas descobertas se acrescem a cada novo dia, muito embora se encontre cercado de tanto preconceito. Uma vez que a dificuldade em reconhecer a sexualidade na pessoa idosa está assentada em vários fatores valorativos, originados da interpretação sociocultural, transformando em mitos associados a corpos perfeitos, esculpidos nas academias, ao vigor físico e a juventude. A esta interpretação, associam-se as preconizadas pelo conhecimento biológico, transformando essa experiência humana em dispositivo de controle social, reforçado pelo sistema de produção de trabalho, delimitando espaços psicossociais para o reconhecimento dessa necessidade, desconsiderando o construído nas outras fases do processo vital do ser humano (MIRANDA, 2005).

Muitas idéias errôneas e mitologias foram difundidas a respeito da sexualidade. Temos como exemplo, a idéia de que aos 40 anos o desejo sexual diminui e que aos 60 anos desaparece. Não existe qualquer comprovação desta hipótese aventada, sendo totalmente fora do propósito, já que a vida sexual se transforma ao longo da evolução individual, e só desaparece após a morte (COELHO, 2006).

Em família, os filhos são geralmente os primeiros a negar a sexualidade dos pais, o que é de se admirar, pois os jovens que tanto lutaram pela liberdade sexual, e dela amplamente fazem uso, são os primeiros a se mostrarem os mais intransigentes e os mais preconceituosos em aceitar a sexualidade das pessoas idosas.

É oportuno ressaltar que, embora se reconheça que as alterações da aparência têm certa importância na diminuição da atração erótica, não se pode subjugar toda a apetência sexual ao atrativo físico (BOZON, 2004).

Segundo Rodrigues (2008), a causa mais comum e típica de anormalidade sexual consiste no fato de que muitas pessoas têm uma vida sexual inibida, rígida, condicionada pela ansiedade e fonte de frustração, pois nem sempre as pessoas têm o hábito saudável de conversar sobre sexo, sobre seus desejos, satisfações e frustrações. As mudanças fisiológicas

assustam de tal maneira as pessoas que elas se tornam inseguras e passam a questionar se ainda tem condições de desempenhar suas funções no ato sexual.

A atividade sexual e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes que realçam os anos vindouros e apresentam uma enorme complexidade psicológica. Se uma pessoa idosa se interessa pela relação sexual, ela vai se deparar com sentimentos ambivalentes, assim como atitudes contraditórias por parte do mundo externo (RODRIGUES, 2008).

Por último, é oportuno ressaltar que o importante na vida sexual é a idade biológica e não a cronológica, visto que várias pesquisas demonstram que o amor entre os idosos pode ser prazeroso e, sobre certos aspectos pode até mesmo ser melhor que nos primeiros anos de iniciação sexual (RODRIGUES, 2008).

### 3.3 HIV/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (HIV). Geralmente a infecção pelo HIV, sem tratamento, leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária e estas, acabam por resultar em infecções oportunistas e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS quando em presença da infecção pelo HIV (VERNESI; FOCACCIA, 2010).

A AIDS foi descrita em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados ao *Centres for Disease Control (CDC), Atlanta, EUA*, instituição responsável pela vigilância epidemiológica naquele país, os primeiros casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de Sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos, previamente sadios (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

A epidemia global do HIV/AIDS é volátil, dinâmica e instável. Dados atuais da Organização Mundial de Saúde – OMS (2009) estima que existam no mundo 33,3 milhões de pessoas vivendo com o HIV; que apenas em 2009 foram 2,6 milhões de pessoas, recém-infectadas pelo vírus. Destas, 2,2 milhões foram adultos e 370 mil crianças menores de 15 anos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

No final dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na tentativa de explicar as diferenças, categorizando a epidemia da AIDS no mundo, descreveu três padrões amplos, porém distintos, de infecção pelo HIV. O Padrão I, caracterizado predominante em países industrializados, incluindo América do Norte, Oeste Europeu, Austrália e Nova

Zelândia, onde o HIV provavelmente começou a se disseminar no final da década de 70, atingindo, basicamente, homens homo/bissexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), suas parceiras sexuais e proles (SANCHES, 1999). O Padrão II, onde o contato heterossexual foi o principal mecanismo de transmissão. No entanto, a transmissão perinatal logo se tornou um problema de peso, chegando em algumas áreas, cerca de 5 a 15% das grávidas estarem infectadas pelo HIV. Esse padrão caracterizou a área correspondente aos países da África Sub-Saariana e do Caribe (BRASIL, 2005). O Padrão III incluía países do Oriente, onde o HIV teria começado a se difundir na metade dos anos 80. A característica desse terceiro grupo de países era o pequeno número de casos, associados a contatos com pessoas de países incluídos nos padrões I e II. O Brasil situava-se como um país limite entre o padrão I e II. Esse modelo ignorou, desde o princípio, diversos determinantes socioeconômicos e culturais, o que teve consequências adversas sobre as estratégias de enfrentamento da epidemia. Por essas questões a tipologia de padrões I, II e III foi abandonada (BRASIL, 2005).

A nova geografia do HIV/AIDS envolve a divisão do mundo em áreas geográficas de afinidade (AGA). Cada área foi identificada considerando-se três fatores principais: (1)- O epidemiológico (relacionado às características epidemiológicas da epidemia pelo HIV/AIDS em cada país); (2)- O operacional ou programático (referente às características e nível da resposta à pandemia); (3)- O social, relacionado à vulnerabilidade social à difusão do HIV. Portanto, as dez áreas geográficas de afinidade foram então definidas como: (1)- América do Norte, (2)- Oeste Europeu, (3)- Oceania, (4)- América Latina, (5)- África Sub-Saariana, (6)- Caribe, (7)-Leste Europeu, (8)- Sul e Sudeste Mediterrâneo, (9)- Nordeste Asiático, (10)- Sudoeste Asiático (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

A distribuição de pessoas infectadas pelo HIV, até 2009, foi de: 22,5 milhões na África Subsaariana; 4,1 milhões no Sul e Sudeste Asiático; 1,5 milhão na América do Norte; 1,4 milhão na América latina, Leste Europeu e Ásia Central; 820 mil na Europa Ocidental; 770 mil no Leste Asiático; 460 mil no norte da África e Oriente Médio; e, 240 mil no Caribe (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

No Brasil, os novos números da AIDS, atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A epidemia continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença. Analisando a epidemia por região, entre os anos de 1999 a 2009, a taxa de incidência no Sudeste caiu de 24,9 para 20,4 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 22,6 para 32,4 no Sul; 11,6 para 18,0 no Centro-Oeste; 6,4 para 13,9 no

Nordeste e 6,7 para 20,1 no Norte. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (58%) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

A infecção pelo HIV no Brasil, bem como no mundo, tem mudado sua face. Na verdade a epidemia já apresentou diversas faces: no início dos anos 80 eram os homossexuais e os poli-transfundidos; em meados dos anos 80, eram os usuários de drogas injetáveis; no final dos anos 90 é caracterizado por uma forte tendência em populações de baixa renda e em cidades de médio e pequeno porte; nos anos 2000, a feminilização e a interiorização da AIDS já apresentam aspectos relevantes, quando comparados ao início da epidemia.

A AIDS tem atingido, no Brasil, preponderantemente, a população em idade adulta, segundo dados do Boletim Epidemiológico AIDS/DST (2010). Em relação às faixas etárias, observa-se que a maior proporção dos casos de AIDS se encontra entre os 40 e 49 anos de idade. Nos indivíduos com 60 anos e mais, tem-se verificado um aumento importante dos casos de AIDS, em ambos os sexos, passando de 394 casos em 1999 para 938 casos em 2009 no sexo masculino (*aumento de 138%*), e, no feminino, de 191 casos em 1999 para 685 casos em 2009 (*aumento de 258%*). No entanto, a faixa etária de 35 a 39 anos exibe a maior taxa de detecção do país com 46,7 casos por 100.000 habitantes em 2009 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

As pessoas na terceira idade, infectadas pelo HIV, tendem a adoecer mais rapidamente do que as pessoas jovens, porque tem acrescido à AIDS os efeitos de outras doenças que frequentemente vem com a idade. Fisiologicamente, pessoas nessa faixa etária são mais susceptíveis de contrair AIDS do que pessoas mais novas, pois o sistema imunológico se torna menos eficiente com a idade fazendo com que as pessoas mais velhas, se tornem mais propensas a infecções oportunistas. Também as mulheres mais velhas são especialmente vulneráveis a se infectar pelo HIV através do sexo, porque as paredes vaginais se tornam mais finas com a idade e tem menor produção de secreção vaginal durante o ato sexual, o que contribui para um maior número de fissuras microscópicas, facilitando acesso direto do HIV à corrente sanguínea (BRASIL, 2008).

É inegável que alguns parâmetros para alcançar uma maior qualidade de prevenção e assistência, como: o acesso à educação e a métodos preventivos está diretamente ligado à situação socioeconômica da população. No Brasil e no mundo, a epidemia da AIDS é um problema social que vem ocorrendo em toda a sociedade, sendo maior nos grandes centros

urbanos, mas apontando uma interiorização, conforme dito, ao final dos anos 90 (BRASIL, 2009).

No Brasil, a política do Ministério da Saúde para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV inclui, entre várias outras iniciativas, um programa de acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais na rede pública de saúde. Esse programa foi iniciado na década de 90 através da distribuição do zidovudina ou AZT (azidotimidina) em cápsulas. Em 1992, a AIDS passa a integrar o código internacional de doenças e os procedimentos necessários ao tratamento da infecção são incluídos na tabela do SUS. Combinação entre AZT e Videx inaugura o coquetel anti AIDS. Em 1996, o programa consolidou-se através do Decreto Lei Nº 9313, de 13 de novembro de 1996, o qual garantiu o acesso a toda medicação necessária ao tratamento de todos os pacientes infectados, com indicação de tratamento, segundo o “Documento de Consenso Brasileiro” para uso de anti-retrovirais (BRASIL, 2009). O Ministério da Saúde tem conseguindo obter preços mais baixos para os anti-retrovirais do que aqueles praticados pela indústria farmacêutica em outros países. Isso tudo em decorrência das compras em larga escala e da entrada dos laboratórios estatais no mercado (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

A política de assistência inclui a disponibilização de modalidades de assistência que visam à redução das internações hospitalares, tais como: assistência ambulatorial especializada, hospital dia e assistência domiciliar. Essas iniciativas têm determinado um impacto semelhante ao verificado nos países desenvolvidos no que diz respeito à redução das mortes causadas pela AIDS, em decorrência de infecções oportunistas e redução das internações hospitalares (BRASIL, 2005).

Tentando normatizar a definição da AIDS com vistas no mapeamento epidemiológico da doença, o CDC desenvolveu uma definição de caso, em 1981, que foi revisada em 1985 e em 1987. Em 1993, uma nova classificação incluiu o estado imunológico do paciente, representado pelo nível de linfócitos T-CD4<sup>+</sup> (proteína de superfície do linfócito T4, receptora do vírus HIV) que apresenta utilidade tanto epidemiológica quanto clínica. Já a definição de infecção pelo HIV em crianças é diferente e mais problemática que nos adultos, visto que os recém-nascidos de mães portadoras do HIV podem nascerem com anticorpos anti-HIV circulantes, transferidos pela mãe por via transplacentária. Ou seja, o teste anti-HIV se apresenta reagente sem que, necessariamente, estejam com a infecção (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

A primeira *Definição de Caso de AIDS*, com finalidade de Vigilância Epidemiológica utilizada no Brasil, foi a do CDC dos Estados Unidos da América, cuja primeira publicação

data de setembro de 1982, posteriormente revisada em 1987 e 1993. Essa definição fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência. Ou seja, na evidência laboratorial da infecção pelo HIV e da imunodeficiência. Tecnicamente revisada para a devida adequação ao seu tempo, foi sendo adaptada pelo Ministério da Saúde às condições diagnósticas laboratoriais e clínicas existentes no Brasil, com a apropriada denominação de Critério CDC Modificado (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

Em 1992, entretanto, foi introduzido um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, que já não dependeriam de um sistema diagnóstico complexo e/ou de alto custo. Esse novo critério foi discutido e elaborado em reunião de especialistas realizada na cidade de Caracas, Venezuela, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de Critério Rio de Janeiro/Caracas (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009).

Em 1995, com o objetivo de incorporar ao Banco de Dados da Coordenação de DST e Aids do Ministério da Saúde uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas definições vigentes, mas que apresentavam menção de aids em algum dos campos de preenchimento do documento de Declaração de Óbito, foi estabelecido o chamado Critério Óbito. Nessa mesma ocasião, para cobrir os casos subdiagnosticados de AIDS que foram a óbito, durante a manifestação de ARC (AIDS Related Complex, ou complexo relacionado a AIDS), foi definido o Critério ARC + Óbito (RACHID; SCHERCHTER, 2005).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral

Caracterizar os casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre 1º de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 2008.

### 4.2 Objetivos específicos

- a) Descrever os casos de AIDS, segundo as Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco, em pessoas com 60 anos e mais diagnosticadas entre 1998 a 2008;
- b) Descrever a frequência e distribuição dos casos de AIDS, segundo as características epidemiológicas (*faixa etária, sexo, escolaridade e raça/cor*) e comportamentais (*categorias de exposição*) da população de estudo, diagnosticada no período analisado;
- c) Calcular e demonstrar as taxas de incidência de casos de AIDS entre pessoas com 60 anos e mais, residentes no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1. Tipo de Estudo

Estudo do tipo seccional, de natureza descritiva.

### 5.2 Fonte de dados

Os dados foram coletados do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis, no Núcleo Estadual de Epidemiologia, situado na Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), localizado à Rua Oswaldo Cruz, nº 359, Boa Vista, Recife.

### 5.3 População, área e período do estudo

Pessoas com 60 anos e mais, residentes do Estado de PE, diagnosticadas com AIDS entre os anos de 1998 a 2008 e notificadas no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

O Estado de Pernambuco é dividido em 184 municípios, mais o distrito de Fernando de Noronha. Com a finalidade de avaliar, controlar e apoiar a implementação dos serviços de saúde nesses municípios, garantindo a efetivação dos princípios do SUS, foram criadas, de acordo com as políticas estaduais de saúde, 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES) conforme se demonstra na Figura 1.

Figura 1 - Divisão das Gerências Regionais de Saúde, Pernambuco.



Fonte: Gerência de expansão e qualificação da atenção primária (PERNAMBUCO, 2011)

Cada uma dessas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais de combate à mortalidade infantil, nas diversas endemias e etc.; O modelo de gestão da saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas.

#### 5.4 Análise de dados

Os dados foram transportados através do TAB-WIN para o Excel 2010, onde foram construídas planilhas de banco de dados;

Os dados populacionais foram reunidos de censos demográficos e de projeções e estimativas, por grupo de idade, acessadas por meio eletrônico (BRASIL, 2010);

As variáveis analisadas foram: *faixa etária, sexo, raça/cor, grau de escolaridade (anos de estudo), categoria de exposição, município de residência e ano do diagnóstico*, sendo demonstrada a frequência e distribuição dos casos, segundo essas variáveis;

A partir dos municípios de residência os casos foram agrupados e demonstrados segundo as regionais de saúde do Estado;

Foram calculadas as taxas de incidência de AIDS na população do estudo, por ano de diagnóstico.

#### 5.5 Limitações do estudo

A natureza dos dados secundários pode levar a problemas inerentes à confiabilidade da informação seja por erros decorrentes de digitação e/ou de registro, e a própria cobertura da informação impondo restrições quanto à validade dos dados apresentados.

Elevado número de casos classificados como *ignorados* e de casos não notificados nas Gerências Regionais de Saúde. Segundo Gonçalves et al (2008), a baixa qualidade das investigações pode ser comprovada pelo número de inconsistências encontradas no SINAN, assim como pelo número de informações ignoradas, o que compromete as análises epidemiológicas.

#### 5.6 Comitê de Ética em Pesquisa

Este projeto foi realizado segundo as Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / FIOCRUZ e aprovado sob parecer nº 66/2010 e registrado no CAAE: 0071.0.095.000-10 (ANEXO A).

## 6 RESULTADOS

Demonstra-se na tabela 1, o número de casos de AIDS em pessoas com 60 anos e mais, de acordo com as Gerências Regionais de Saúde (GERES) de Pernambuco, de 1998 a 2008. Pode-se observar que mais de 60% dos casos encontram-se na I GERES (183 casos), seguida da IV GERES com 17 casos (cerca de 6%). Chama a atenção o elevado percentual de casos (26%) com procedência ignorada.

Tabela 1 - Distribuição dos Números de casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, segundo as Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008.

ANO \ GERES	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL	%
<b>I GERES</b>	12	11	9	15	21	15	20	27	18	15	20	183	62,5
<b>II GERES</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0,7
<b>III GERES</b>	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1,0
<b>IV GERES</b>	0	1	1	0	3	1	0	3	2	4	2	17	5,8
<b>V GERES</b>	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	1,0
<b>VI GERES</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,3
<b>VII GERES</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,3
<b>VIII GERES</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1,0
<b>IX GEERS</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0,7
<b>X GERES</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3
<b>XI GERES</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
<b>PERNAMBUCO</b>	12	14	12	16	26	17	20	32	25	19	23	216	73,7
<b>IGNORADO</b>	0	0	9	8	10	7	7	2	15	19	0	77	26,3
<b>TOTAL</b>	12	14	21	24	36	24	27	34	40	38	23	293	100,0

Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

Pode-se observar, ainda, que a XI GERES não notificou nenhum caso no período em estudo, caracterizando indícios de subnotificação.

Observa-se na tabela 2, que dos 293 casos de AIDS em indivíduos com 60 anos e mais, 195 (66,5%) eram homens e 98 (33,5%) mulheres. Nota-se ainda, que entre os idosos notificados, o grupo etário mais acometido foi aquele com 60 a 69 anos (79,5%). Além disso, 3% dos casos comprometiam indivíduos com 80 anos e mais, observando ser essa, a única faixa etária onde o número de mulheres acometidas foi maior do que o número de homens.

Quanto à escolaridade dos idosos, esta demonstrada na tabela 2, desde analfabetos (*quase 8% com nenhum ano de estudo*) até aqueles que cursaram o ensino superior (*também cerca de 8% com doze anos ou mais de estudo*), percebe-se que do total de 293 idosos com

AIDS, 45 (15%) possuía apenas o nível fundamental de ensino (1 a 3 anos de estudo). Somando-se este percentual com o da faixa etária seguinte, verifica-se que 28% dos idosos possuíam baixa escolaridade. Destaca-se o número de casos classificados como “ignorados”, ou seja, 141 (48%) do total notificado.

Podem-se observar as categorias de exposições por faixa etária (tabela 2) e por sexo (tabela 3), verificando-se que a maioria dos casos foi notificada como heterossexual (131 casos – 45%). Observando-se, ainda, que as subcategorias homo e bissexual foram todos do sexo masculino, e que os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) somam quase 11% dos casos. Entre as mulheres, a maior porcentagem declarada (25%) ocorreu por transmissão heterossexual. Destaca-se, mais uma vez, o grande número de casos com essa informação ignorada (44,4%).

Tabela 2 - Distribuição dos números de casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo sexo, anos de estudo e categoria de exposição, entre os anos de 1998 a 2008.

Variáveis independentes	60 - 69		70-79		80 e mais		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>SEXO</b>								
Masculino	159	54,2	33	11,3	3	1,0	195	66,5
Feminino	74	25,3	18	6,2	6	2,0	98	33,5
<b>ANOS DE ESTUDO</b>								
Nenhum	19	6,4	3	1,0	1	0,3	23	7,8
de 1 a 3	38	13,0	6	2,1	1	0,3	45	15,4
de 4 a 7	28	9,5	7	2,4	2	0,7	37	12,6
de 8 a 11	21	7,1	2	0,7	0	0,0	23	7,8
de 12 e mais	20	6,8	3	1,0	1	0,3	24	8,2
Ignorado	107	36,5	30	10,2	4	1,4	141	48,1
<b>CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO</b>								
Homossexual	15	5,1	3	1,0	2	0,7	20	6,8
Bisssexual	10	3,4	2	0,7	0	0,0	12	4,1
Heterossexual	108	36,9	19	6,5	4	1,4	131	44,7
UDI	0		0		0		0	0,0
Ignorado	100	34,2	27	9,2	3	1,0	130	44,4
<b>TOTAL</b>	<b>233</b>	<b>79,5</b>	<b>51</b>	<b>17,4</b>	<b>9</b>	<b>3,1</b>	<b>293</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

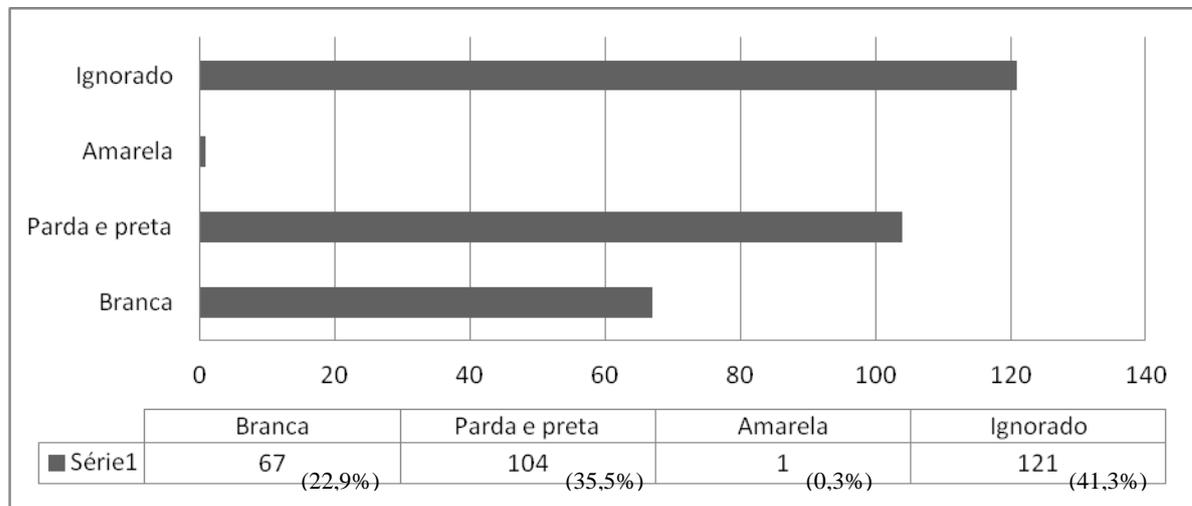
Tabela 3 - Distribuição dos casos de AIDS, segundo o sexo e as categorias de exposições, diagnosticados no Estado de Pernambuco, entre os anos de 1998 a 2008.

Categorias de exposição	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
<b>Homossexual</b>	20	6,8	0	0	20	6,8
<b>Bissexual</b>	12	4,1	0	0	12	4,1
<b>Heterossexual</b>	58	19,8	73	24,9	131	44,7
<b>Ignorado</b>	105	35,9	25	8,5	130	44,4
<b>TOTAL</b>	<b>195</b>	<b>66,5</b>	<b>98</b>	<b>33,5</b>	<b>293</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

No caso da variável raça/cor (*terminologia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE, e pelo Programa Nacional de DST/AIDS*), observa-se na figura 2 que, entre os anos de 1998 e 2008, das 293 notificações ocorridas, aproximadamente 23% (67 casos) continham a classificação branca; cerca de 35% (104 casos) pardos ou pretos; e 41% (121 casos) tiveram a classificação dita “ignorada”.

Figura 2 - Distribuição dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo a classificação raça/cor, de 1998 a 2008.



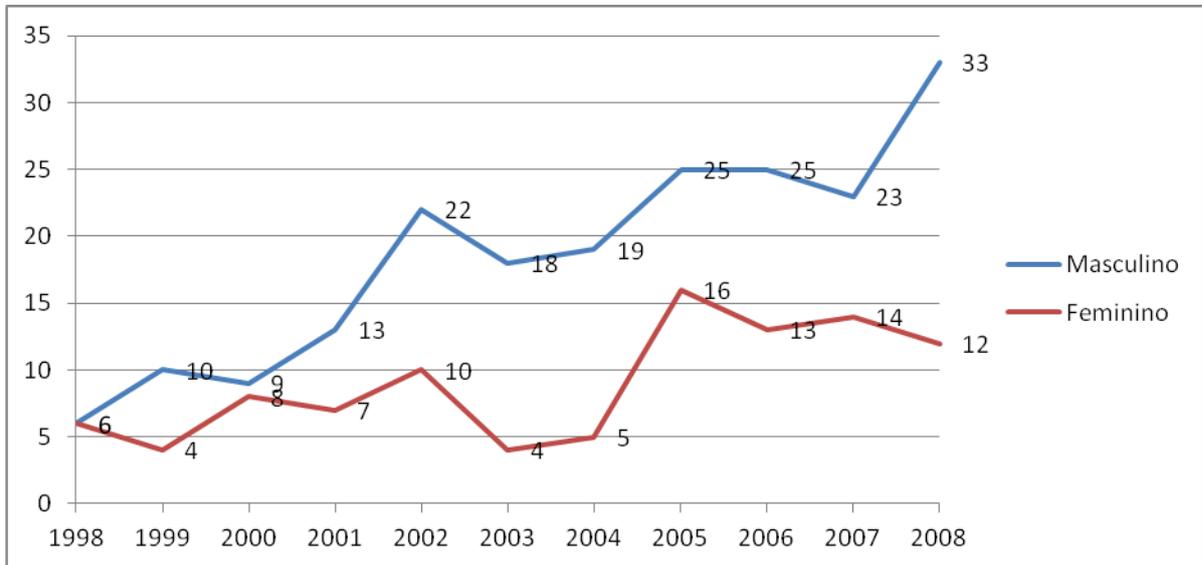
Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

Quanto à evolução da epidemia, na faixa etária em estudo e no período analisado, observa-se na figura 3, que houve um crescimento no número de casos para ambos os sexos. Identifica-se maior proporção do número de casos de AIDS no sexo masculino.

Ao proceder à análise da taxa de incidência no grupo etário em estudo (figura 4), verifica-se um crescimento da incidência no período estudado, ou seja, em 1998 a incidência foi de 1,6 casos por 100 mil habitantes e em 2008 de 4,8 casos por 100 mil habitantes,

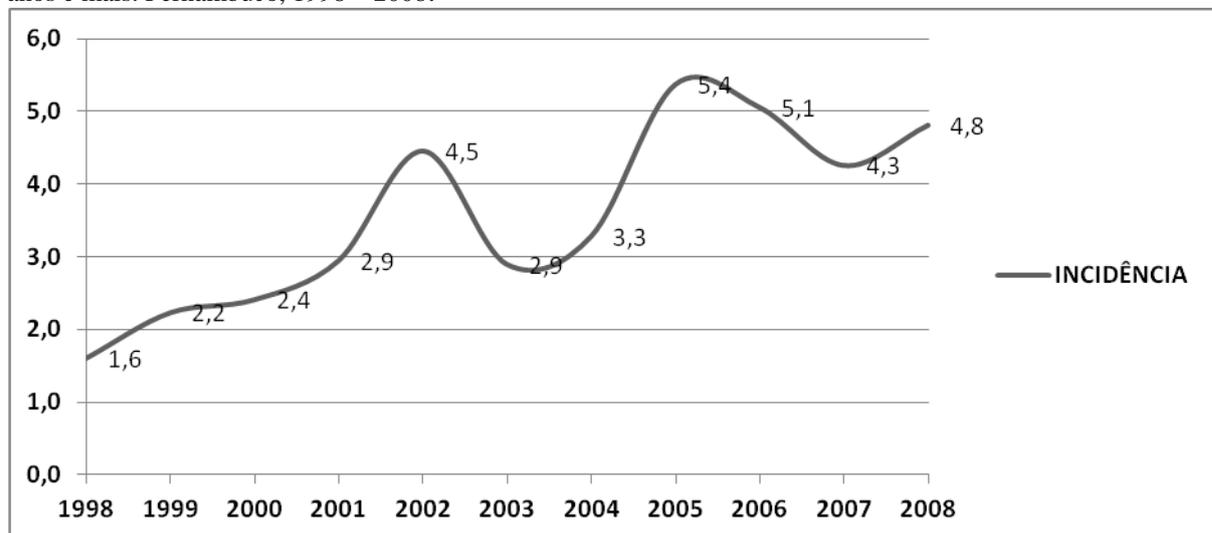
caracterizando um aumento de 300%. Verifica-se, ainda, que em 2005 atingiu-se um pico de 5,4 casos por 100 mil habitantes (figura 4).

Figura 3 - Distribuição dos casos de AIDS, em pessoas com 60 anos e mais, residentes em Pernambuco, segundo sexo e ano de diagnóstico, entre os anos de 1998 a 2008.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

Figura 4 - Incidência (por 100 mil hab.) dos casos de AIDS, segundo ano de diagnóstico, em pessoas com 60 anos e mais. Pernambuco, 1998 – 2008.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos e Notificações (2010).

## 7 DISCUSSÃO

Os dados epidemiológicos demonstram que a epidemia avançou rapidamente em grupos sociais mais vulneráveis tendo-se os idosos entre esses. Ou seja, o perfil da epidemia da AIDS, focada nos grupos de risco, tem hoje no critério de vulnerabilidade, seu maior foco.

Ao demonstrar que os casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais se situam, em sua maioria, em residentes da I<sup>a</sup> GERES, que congrega municípios da região metropolitana e com grande contingente populacional, este estudo mostrou que os mesmos acompanham a tendência dos casos na população geral, e que, ainda se mantém concentrada nos grandes centros urbanos corroborando com informações do Ministério da Saúde (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2009; BRASIL, 2008) e com a literatura científica sobre o tema que demonstram maior incidência de AIDS nos grandes centros urbanos (ARAÚJO et al., 2007; CARVALHO; GARCIA, 2003; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010; RACHID; SCHERCHTER, 2005).

O que é descrito nas pesquisas, e também nos indicadores epidemiológicos nacionais, é que o grupo dos homens configura-se como o mais afetado por este agravo, independente da faixa etária (ARAÚJO et al., 2007; BRASIL, 2008; BRITO; CARVALHO; GARCIA, 2003; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2006). Descreve-se, ainda,  $\Theta$  significativo aumento no número de casos de AIDS, entre adultos mais velhos. Leite et al (2007) alertam que houve um aumento progressivo das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), inclusive pelo HIV, na faixa etária de 60 anos ou mais, em ambos os sexos. Todos esses aspectos foram ratificados no presente estudo.

Quanto à escolaridade, considerado o melhor indicador para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, neste estudo prevaleceram os que possuem baixa escolaridade (nível educacional menor que 8 anos de estudos, que somados aos analfabetos, correspondem a cerca de 36% da população estudada). Este resultado corrobora com os encontrados em outras pesquisas brasileiras, onde se constata que o número de casos de AIDS aumentou nos estratos de menor escolaridade, remetendo precárias condições de prevenção, diagnóstico e assistência oportuna entre os menos favorecidos economicamente. (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010; RIQUE; PINTO, 2001; RODRIGUES, 2008; RODRIGUES JR.; CASTILHO, 2004). Pode-se observar também um elevado número de casos com escolaridade *ignorada*. A falta dessa informação prejudica evidenciar a magnitude da AIDS entre os idosos.

Em relação à categoria de exposição, a via heterossexual foi a mais expressiva. Confirmando que a prática sexual, sem proteção adequada, se constitui como a mais importante via de transmissão também entre os mais velhos. A relevante transmissão heterossexual em pessoas mais velhas pode ter como fatores predisponentes a resistência ao uso de preservativo e o advento de grande número de drogas farmacológicas facilitadoras da relação sexual, nessa faixa etária. O aparecimento desses fármacos também podem ter influenciado as práticas homossexuais, igualmente desprotegidas. Estes resultados sintonizam com a tendência que vem sendo demonstrada em diversos estudos, que apontam a mudança gradativa da doença. Antes a AIDS estava restrita aos homossexuais e usuários de drogas injetáveis e hoje, vem se expandindo para os heterossexuais, embora o número de homossexuais ainda se mantenha preocupante (ARAÚJO et al, 2007; BRASIL, 2008; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2006).

Ainda em relação à categoria de exposição, chama a atenção o fato de não ter nenhum caso notificado de usuários de drogas injetáveis entre os adultos mais velhos. É possível que, assumindo erroneamente que este grupo não é passível de tal comportamento, os profissionais de saúde tendem a não investigar o uso de drogas nessa população, seja no presente ou no passado, esquecendo que essa abordagem deve ser considerada fator importante na investigação epidemiológica do caso (POTTES et al., 2007; TOLEDO et al., 2010).

Nota-se, ainda, o alto número de notificações (44% dos casos) classificadas como “*ignorada*”. Este fato aponta também, para o problema da qualidade da notificação, visto que, a falta de informação, quanto à categoria de exposição, constitui num grave problema que dificulta a atuação da vigilância e atenção em saúde, direcionado para essa situação (BRASIL, 2008; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

No que se refere à categoria raça/cor, este estudo evidenciou que os mais atingidos pela AIDS, na faixa etária estudada, foram os de cor parda e preta, o que corrobora com estudo anterior realizado no Brasil (FRY et al., 2007). Um estudo norte americano, também, demonstrou crescimento do número de casos na população dita não branca (TOLEDO et al., 2010). A possível explicação apontada pelos autores seria a pauperização da doença. Essa condição contribui para a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Os casos *ignorados* na categoria raça/cor também foram expressivos (41%), tem-se como uma das possíveis explicações o fato de ter sido inserida no SINAN somente a partir de 2001 (BRASIL, 2005).

Neste estudo, as categorias parda e preta foram unificadas, tendo em vista as dificuldades de análises epidemiológicas advindas do fato dessa variável não ser padronizada, o que possibilita diferentes sistemas de classificação: *auto-referida* (autoclassificação) e *por*

*terceiros* (heteroclasificação). Assim, enquanto raça/cor no banco de dados do Programa Nacional de DST/AIDS deriva de classificação feita por profissionais de saúde, no IBGE deriva de autoclassificação. É importante ressaltar que para a construção das taxas de prevalência de AIDS, segundo raça/cor, são utilizados dados do IBGE (FRY et al., 2007). Todavia, felizmente esse fato não tem qualquer influência na incidência da doença, serve apenas para dar base para amostras, estudos, detectar tendências, dentre outros fatores, sem estar diretamente ligada a transmissão do HIV (FRY et al., 2007; RACHID; SCHERCHTER, 2005).

Em termos de incidência, observou-se tendência de crescimento significativo na faixa etária estudada. O que também ratifica o que pode ser identificado na literatura, visto que, com a expansão do processo de envelhecimento populacional, as notificações da AIDS tendem a aumentar. A expansão da doença, apesar das campanhas preventivas, é apontada em pesquisas como consequência de mudanças comportamentais efetuadas a partir do século XX e impulsionadas pelo fenômeno da globalização, da massificação da notícia e da relativização de valores, que tem colaborado para a manutenção da crescente incidência do HIV. Alguns fenômenos, já foram identificados para o aumento dessa incidência: o processo de interiorização da doença, alcançando as pequenas cidades e até mesmo na zona rural, assim como, a heterossexualização e pauperização, acima já comentadas (BRASIL, 2008; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010; MIRANDA, 2005; NUNES; GONÇALVES; SILVA; BINA; 2004).

Segundo Perez e Gasparini (2005), o elevado número de idosos infectados deve-se a não-assimilação por parte dessa população, de medidas preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo o HIV. Atualmente, medicamentos que inibem a impotência sexual e a reposição hormonal, fazem com que os idosos passem a ter uma vida sexual mais ativa, não utilizando, conforme dito, medidas preventivas por não se sentirem vulneráveis.

É oportuno salientar a ausência de casos em alguns anos deste estudo, que podem ter ocorrido por falta de diagnóstico da AIDS, fato ainda possível de ocorrer principalmente nas pequenas cidades, ou resultante da subnotificação que ainda se constitui um dos principais problemas da vigilância epidemiológica. Alguns fatores são responsáveis para que seja questionado o número de casos notificados de AIDS, tanto qualitativa quanto quantitativamente, dentre esses, destacam-se: a não notificação dos casos pelo profissional médico, em especial os que atendem na rede privada; o atraso na investigação; e a baixa qualidade da informação coletada que alimenta o SINAN, que muitas vezes despreza os

princípios do processo de vigilância epidemiológica e incorpora um olhar burocrático e limitante (GONÇALVES et al., 2008). Em relação a não notificação dos casos de AIDS, um dos fatos que mais contribui é o estigma que a doença traz aos pacientes. A falta de organização dos sistemas de vigilâncias epidemiológica leva ao atraso na investigação dos casos. E a baixa qualidade das investigações pode ser comprovada pelo número de inconsistências encontradas no SINAN, assim como pelo número de informações “*ignoradas*” bastante expressiva no atual estudo, o que compromete as análises epidemiológicas (BRASIL, 2002).

Este problema só será transposto na medida em que a vigilância dos dados for efetivada em todos os níveis da atenção a saúde, sendo incorporada também aos profissionais que assistem aos pacientes, principalmente no que concernem às doenças infecciosas. A confiabilidade, completude e atualização dos dados de notificação podem melhorar a sua qualidade e privilegiará a tomada de decisões, mas, para tanto, é necessário que tanto o nível municipal quanto o estadual identifiquem fatores que possam interferir na adequada notificação e acompanhamento dos casos, investindo na melhoria da qualidade da informação no Estado (TOLEDO et al., 2010; VENTURA et al, 2007).

## 8 CONCLUSÃO

O envelhecimento é uma experiência positiva, onde a independência e a qualidade de vida são fundamentais, concebendo o exercício da sexualidade como natural e, portanto, inerente a essa população. O aumento de casos de AIDS, demonstrado neste estudo, vem reafirmar essa realidade. Sendo assim, as ações intersetoriais de saúde são imprescindíveis na efetivação de uma política promissora direcionada a terceira idade, principalmente no contexto do HIV/AIDS, se faz necessário.

A incidência da AIDS na população estudada faz supor que as campanhas de prevenção do HIV/AIDS, até então realizadas pelo MS, Estados e Municípios não estão atingindo eficazmente essa população. Faz-se necessário, portanto, que campanhas específicas sejam pensadas e que os serviços de saúde abordem essa temática durante as consultas realizadas na rotina de atendimento de essa população, aumentando assim o número de pessoas com 60 anos e mais aconselhadas e testadas para o HIV, lhes possibilitando o diagnóstico precoce ou prevenção primária.

As campanhas devem levar em consideração a linguagem, o interesse, e as peculiaridades dessa população, o que remete ser uma ação de responsabilidade maior dos municípios e serviços da Atenção Primária, pois isso facilita a comunicação, despertando a atenção e melhorando a possibilidade de informação e aquisição de conhecimentos acerca dos aspectos que se deseja transmitir.

Todavia, é oportuno ressaltar que muitos profissionais da área de saúde não possuem conhecimentos suficientes, nem sabem lidar com essa temática, principalmente quando se trata de idosos, apontando para a necessidade de capacitação de profissionais, especificamente da Atenção Primária, por ser porta de entrada nos serviços de saúde para a população.

No que se refere à notificação dos casos, este estudo demonstrou a necessidade de capacitação para os profissionais, não só envolvidos com a vigilância epidemiológica mais, especificamente, para os que assistem os pacientes, por deterem informações, muitas vezes fora do alcance dos que investigam o caso.

Este estudo suscita o debate e aponta a necessidade de se efetuar novos estudos voltados para esta temática, a fim de que as ações voltadas para prevenção do HIV/AIDS nessa faixa etária possam reduzir a incidência de casos com diagnóstico tardio, e reduzindo conseqüentemente, a mortalidade por AIDS nessa população.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n.4, p.544-554, dez. 2007.
- BARBOSA, L. M. **A dinâmica da epidemia de AIDS nas regiões nordeste e sudeste**. 2001. Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2001. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_SAU-ST35\\_Barbosa\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU-ST35_Barbosa_texto.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2011.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST. Brasília, DF, ano 5, n 1 – 27/ 52 semanas epidemiológicas – jul./dez. 2008 e 1/26 semanas epidemiológicas – jan/ jun. 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008\\_versao1\\_6.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf)>,. Acesso em: 03 abr. 2011.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST. Brasília, DF, ano 7, n 1 – 27/ 52 semanas epidemiológicas – jul./dez. 2009 e 1/26 semanas epidemiológicas – jan/ jun. 2010. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim\\_aids\\_2011\\_preliminar3\\_pdf\\_20265.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2011.
- BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF: Programa Nacional de DST/AIDS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/pe.def>> Acesso em: 31 maio 2011.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de DST e Aids. **Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/162vig\\_hiv\\_005.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/162vig_hiv_005.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa estratégico de ações afirmativas: população negra e AIDS**. Brasília, DF: Programa Nacional de DST/AIDS, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao\\_negra\\_e\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra_e_aids.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2012.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p.207-217, mar/abr. 2006.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.597-605, mar. 2008.

COELHO, A. V. R. **O Sentido Subjetivo da Sexualidade na Terceira Idade**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2006. Disponível em: <[http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_arquivos/11/TDE-2007-01-24T132904Z-285/Publico/Ana%20Velasco%20Remigio%20Coelho.pdf](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2007-01-24T132904Z-285/Publico/Ana%20Velasco%20Remigio%20Coelho.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2011.

FRY, P. H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p 497-523, mar. 2007.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios Brasileiros de 2002-2006. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo, v. 44, n. 3, p 430-440, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/06.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

GONÇALVES, V. F. et al. A. Estimativa de subnotificação de casos de aids em uma capital do Nordeste. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.3, p 356-364, set. 2008.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Rio de janeiro, v. 13, n. 3, p 135- 147, jul/set. 2004.

LEITE, M. T.; MOURA, C. de; BERLEZI, E. M. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 327-338 2007.

MIRANDA, F. N. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. **Revista científica, Biologia e Saúde**, Londrina, v. 7. n. 1, p. 27-34, out. 2005.

NUNES, C. L. X. et al. Características clinico-epidemiológicas de um grupo de mulheres com HIV/AIDS em Salvador-Bahia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, n.6, p. 436-440, nov./dec. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Brasília, DF, 2005.

PEREZ, B. F. A.; GASPARINI, S. M. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/Aids: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. **Jornal Brasileiro da Aids**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 93-140, maio. 2005.

POTTES, F. A. et al. 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, 2007.

RACHID, M.; SCHERCHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

RIQUE, J.; PINTO, K. M. **Perfil Epidemiológico dos pacientes HIV/AIDS que abandonaram a terapia retroviral.** 2001. Dissertação graduação- Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife, 2001.

RODRIGUES, L. C. B. **As vivências da sexualidade de idosos.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: < [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/vivenciasdaseexualidadenosidosos.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/vivenciasdaseexualidadenosidosos.pdf) >. Acesso em: 03 jun. 2011.

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

SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES (Brasil). **Número de casos de AIDS em Pernambuco.** Brasília, DF, 2010.

TOLEDO, L. S. G.; et al. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 3, p. 264-267, maio/jun, 2010.

VENTURA, A. A. C. M.; et al. Características dos pacientes HIV positivos do estado de Pernambuco nos últimos 20 anos. **Anais da Faculdade de Medicina da UFPE**, Recife, v. 52, n.2, p.122-126, 2007.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

## ANEXO A – Parecer do CEP/CPqAM



**Título do Projeto:** “Caracterização epidemiológica dos casos de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos e mais, entre os anos de 1998 a 2008, residentes no estado de Pernambuco”.

**Pesquisador responsável:** Marcella Monteiro da Silva.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 21/09/2010

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 69/10

**Registro no CAAE:** 0071.0.095.000-10

### PARECER Nº 66/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 19 de novembro de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 19 de novembro de 2010.



Giselle Camposana Gouveia  
Farmacêutica  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 0463376  
CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 19/11/2011.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

