



**Congresso Internacional
de Envelhecimento Humano**
Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA E ASPECTOS CLÍNICOS DE PESSOAS COM HIV/AIDS ABAIXO E ACIMA DE 50 ANOS

Regina Lúcia Wanderlei de Azevedo – FIP – regina.azevedo@gmail.com

Josevânia da Silva – UNIPÉ – josevaniasco@gmail.com

Ana Alayde Werba Saldanha – UFPB – analayde@gmail.com

INTRODUÇÃO

A identificação de crenças estereotipadas sobre a sexualidade na maturidade e na velhice e suas conseqüências para a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) tem motivado a realização de pesquisas^{1,2} que possibilitem a desconstrução de discursos equivocados, haja vista o aumento de casos de AIDS nessa faixa etária.

Entre as pessoas acima de 50 anos, segundo Barbosa e Struchiner³, as estimativas de suscetibilidade por idade têm demonstrado que o “risco relativo de infecção pelo HIV” apresenta crescimento a partir da faixa etária de 13 anos, atinge o máximo após os 20 anos, diminuindo até os 40 anos, recomeçando o crescimento após essa idade. Tal fato indica as faixas etárias que demandam a necessidade de campanhas de prevenção e a inserção desse segmento populacional em ensaios clínicos, bem como a promoção de intervenções educativas voltadas para as pessoas acima de 40 anos de idade e para seus cuidadores formais e informais.

Assim, este estudo teve por objetivo analisar e comparar o perfil clínico e a autoavaliação de saúde e doença entre dois grupos de pessoas com HIV/AIDS, sendo um formado por pessoas na faixa etária de 40 a 49 anos e outro por pessoas acima de 50 anos.

METODOLOGIA

Tratou de um estudo com abordagem quantitativa e de caráter transversal. Participaram, de forma não probabilística e acidental, 172 pessoas soropositivas para o HIV/AIDS, atendidas em serviços de atendimento especializado às pessoas com HIV/AIDS. A amostra foi distribuída em dois grupos: 1) grupo de 86 pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 33 (38,4%) contraíram o HIV após os 50 anos. A idade dos participantes variou de 50 a 69 anos (M=56;

DP=4,6), sendo a maioria do sexo masculino (57%), tendo a maioria (76,7%) até 8 anos de escolaridade, bem como renda menor que 2 salários mínimos (67,4%); 2) Grupo formado por 86 pessoas soropositivas para o HIV com idade abaixo de 50 anos, na faixa-etária de 40 a 49 anos (M=44; DP=2,8), sendo a maioria do sexo masculino (61%), tendo a maioria (64%) até 8 anos de escolaridade, bem como renda menor que 2 salários mínimos (73%).

Para a coleta dos dados, foi utilizado um Questionário com questões versando sobre variáveis sócio demográficas e clínica. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (medidas de posição e de variabilidade)

Após a autorização do serviço de saúde e do comitê de ética, foi realizada a aplicação dos instrumentos de forma individual, na qual a participação se deu de forma voluntária. Durante a coleta seguiu-se todos os procedimentos éticos direcionados à pesquisas com seres humanos, bem como foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização clínica, deve-se considerar que os dados aqui apresentados referem-se a pessoas atendidas em serviços especializados para o tratamento de pessoas que convivem com o HIV/AIDS, estando todos os participantes (amostra e grupo comparativo) fazendo uso da terapia antirretroviral combinada. Estes e outros dados clínicos podem ser observados na *Tabela 1*:

Tabela 1. Perfil dos participantes segundo frequência das variáveis clínicas

Variáveis	50 anos com HIV		< 50 anos com HIV	
	f	%	f	%
Tempo de diagnóstico				
< 2 anos	9	10,8	8	9,4
2 – 5 anos	22	26,5	25	29,4
6 – 10 anos	33	39,8	35	41,2
>10 anos	19	22,9	17	20
Modo Contaminação				

Heterossexual	62	74,7	54	64,3
Homossexual	10	12	20	23,8
UDI	0	0	1	1,2
Sanguínea	6	7,2	6	7,1
Outro	5	6	3	3,6
Estágio HIV				
Sintomática	42	48,8	45	52,3
Assintomática	44	51,2	41	47,7
Tempo Uso TARV				
< 1 ano	6	7,3	5	6,2
1 – 2 anos	9	11	10	12,3
3 – 5 anos	19	23,2	19	23,5
6 – 10 anos	32	39	33	40,7
>10 anos	16	19,5	14	17,3
Motivo para usar a TARV				
CD4/Carga Viral	48	60,8	52	66,7
Sintomas/Doença Oportunista	10	12,6	11	14,1
Diagnóstico	6	7,6	6	7,7
Não sabe	15	19	9	11,5
Doenças Oportunistas				
Sim	42	48,8	45	52,3
Não	44	51,2	41	47,7

Verifica-se que a maioria dos participantes com idade igual ou superior a 50 anos foi diagnosticado há mais de 6 anos, tendo como principais vias de contaminação as relações heterossexuais, seguido da categoria homossexual. Além disso, o tempo de diagnóstico de soropositividade ao HIV/AIDS variou de 1 a 22 anos (M=7,9; DP=5), o que pode estar relacionado com eficácia da TARV, uma vez que todos os participantes estavam fazendo uso da mesma, com tempo de uso variando de 1 a 19 anos (M=6,8; DP=4,5). Dentre as razões para o uso da TARV estão, principalmente, a carga viral e doenças oportunistas, com 51,2% dos participantes relatando condição assintomática e 48,8% sintomática, não havendo diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo comparativo com idade abaixo de 50 anos. No que se refere ao CD4, dentre os prontuários que constavam esta informação (54 casos), a taxa variou de 28 a 1159/mm³ de sangue periférico (M=529; DP=298).

Em relação ao grupo de pessoas soropositivas abaixo de 50 anos, o tempo de diagnóstico variou de 1 a 26 anos (M=7,3; DP=4,6), com tempo de uso da TARV variando de 1 a 19 anos (M=6,7; DP=3,9). Dentre os 86 participantes, 63

apresentaram em seus prontuários informações sobre a taxa de CD4, a qual variou de 52 a 1669/mm³ de sangue periférico (M=486,7; DP=288,4).

A partir do perfil clínico dos participantes soropositivos, mais especificamente considerando o tempo de diagnóstico e de uso da TARV, é possível considerar que, em parte, a população de idosos com HIV está crescendo devido ao sucesso do tratamento que contribui para que as pessoas adentre a faixa etária dos 50 anos já com a soropositividade ao HIV^{4,5}.

Além disso, nesse estudo considerou-se que a percepção, por parte da pessoa que convive com o HIV/AIDS, acerca da eficácia do tratamento na manutenção da saúde pode ter implicações para a autoavaliação de saúde.

Neste sentido, além dos dados clínicos, foi perguntado aos participantes como eles avaliavam sua saúde e se os mesmos se consideravam doentes, conforme demonstrado na *Tabela 2* abaixo:

Tabela 2. Avaliação dos participantes acerca da saúde e do considerar-se doente.

Variáveis	50 anos com HIV		<50 anos com HIV		$\chi^2(g)$	p*
	f	%	f	%		
Como você avalia sua saúde?						
Muito ruim						
Ruim	2	2,3	2	2,3		
Nem ruim/nem boa	4	4,7	7	8,1	5,075(8)	,750
Boa	26	30	30	35		
Muito boa	45	52	41	48		
	9	10,5	6	7,0		
Você se considera doente?						
Sim	28	33	35	41	11,356(2)	,003
Não	58	67	51	59		

* Qui-quadrado (χ^2) com p < ,05

Os resultados indicaram que a maioria dos participantes HIV+ com idade igual ou superior a 50 anos avaliaram positivamente a sua saúde, não havendo diferença estatisticamente significativa em relação aos grupos. Contudo, ao avaliar a percepção acerca do “considerar-se doente”, as pessoas HIV+ com 50 anos ou mais de idade se percebem doentes (32,6%) em menor frequência que as pessoas abaixo de 50 anos (40,7%), sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Se por um lado, os resultados sugerem que o impacto do HIV na percepção



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

sobre o “sentir-se doente” é maior para as pessoas abaixo de 50 anos; por outro, indica que o aumento da idade não implica, necessariamente, em maior frequência da percepção do “sentir-se doente” entre as pessoas com HIV/AIDS acima de 50 anos, mas sugere-se considerar a natureza do diagnóstico implicada nessa avaliação, bem como a própria noção subjetiva de saúde e doença que as pessoas possuem^{2,5}.

Considerando os resultados apresentados, para compreender o maior impacto da AIDS na percepção das pessoas de menor faixa etária acerca do “sentir-se doente”, é preciso que se considere que a autopercepção de saúde inclui fatores como a experiência de vida, o conhecimento que a pessoa tem a cerca da doença, as expectativas frente ao futuro, as condições socioeconômicas e os estilos de vida^{1,2}. É possível que a diferença na avaliação do “sentir-se doente” decorra das expectativas de saúde esperadas por ambos os grupos, tendo em conta o momento de vida que cada um se encontra.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados considera-se que os modos de se conviver com a AIDS vão ser perpassados pelos momentos de vida que as pessoas se encontram, dada a associação, ainda presente na sociedade, entre AIDS e morte iminente. Nesse sentido, é possível que as pessoas de menor idade, vivenciem outras expectativas de futuro quando comparadas com pessoas mais velhas, o que vai também estar relacionado com os aspectos sócio demográficos e clínicos.

REFERÊNCIAS

- 1 Barbosa MTS, Struchiner, CJ. The estimated magnitude of AIDS in Brazil: A delay correction applied to cases with lost dates. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002; 18 (1): 279-285.
- 2 Silva J, Saldanha AAW. Envelhecer com AIDS: considerações sobre Qualidade de Vida e saúde mental. In: Falcão DVS, Araújo LF (Orgs.). *Idosos e Saúde Mental*. Campinas, SP: Parirus; 2010. p. 125-146.
- 3 Barbosa SMC. A Representação da Sexualidade e das Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo as idosas da cidade de Olinda: estudo de caso no “Cais do Parto”. Congresso Virtual de antropologia e arqueologia. 2010 Jan [citado em

05 jan 2013] Disponível em:<http://www.antropologia.com.ar>

- 4 Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N. Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care*, 2007; 19(2): 215-219.
- 5 Saldanha AAW, Araújo LF. A AIDS na Terceira Idade na Perspectiva dos Idosos, Cuidadores e Profissionais de saúde. VII Congresso Virtual HIV/AIDS - O VIH/SIDA na Criança e no Idoso, 2006; 1(1): 14-19.