

Idosos e HIV/aids: algumas considerações sobre a epidemia no estado de Minas Gerais e Brasil

Elderly and HIV/AIDS: some considerations on the epidemic the state of Minas Gerais and Brazil

Marília Borborema Rodrigues Cerqueira¹

Resumo: Objetivo: O objetivo geral deste trabalho foi descrever a epidemia de HIV/aids entre idosos residentes no estado de Minas Gerais e Brasil. **Metodologia:** Realizou-se análise de dados secundários disponíveis no Datasus, referentes ao período de 1980 a 2008. Foram calculadas taxas, proporções e razões de sexo, trabalhando-se com médias dos triênios para os casos notificados de HIV/aids. **Resultados:** No Brasil, entre os casos notificados e acumulados até 2008, 2,5% acometeram pessoas com 60 anos ou mais, sendo 60,8% destes em homens. Em Minas Gerais, no mesmo período, foram 3,1% do total de casos notificados em idosos, e 54,4% em homens idosos. O padrão de disseminação do HIV/aids observado, segundo a categoria de exposição conhecida e registrada, ressaltou a categoria heterossexual entre os casos estudados em idosos, como também o grande número de casos com categorias de transmissão ignoradas. Tratando-se da morbidade hospitalar em 2008, 3,55% e 4,99% das internações de idosos pelo SUS, respectivamente no Brasil e em Minas Gerais, tiveram como causa básica a doença pelo HIV. Nesse contexto, a mortalidade hospitalar de idosos por doença pelo HIV, em 2008, foi igual a 18,42% para o Brasil e 18,81% para o estado de Minas Gerais. **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que a epidemia de HIV/aids entre indivíduos com 60 anos ou mais apresenta movimento crescente das incidências, e caracteriza-se pela primazia da transmissão heterossexual, contribuindo para o processo de feminização da epidemia.

Palavras-chave: Idosos. HIV/AIDS. Epidemia.

Abstract: Objective: The aim of this study was to describe the HIV/AIDS epidemic among the elderly in the state of Minas Gerais and Brazil. **Methods:** We conducted the analysis of secondary data available in DATASUS from 1980 to 2008. We calculated rates, ratios and sex ratios, operating with the average of three-year periods for reported cases of HIV/AIDS. **Results:** In Brazil, among all cases until 2008, 2.5% were reported by people with 60 years of age or older, 60.8% were men. In Minas Gerais in the same period there was a total of 3.1% cases reported in the elderly, and 54.4% in elderly men. The dissemination patterns of HIV/AIDS observed according to exposure category known and recorded, showed prevalence of the heterosexual category in the elderly, as well as the large number of cases with unknown transmission category. In what comes to hospital morbidity in 2008, 3.55% and 4.99% of elderly people in the admissions by SUS, respectively in Brazil and in Minas Gerais, were caused by underlying HIV. In this context, the hospital mortality of elderly people by HIV in 2008 was equal to 18.42% and 18.81% for Brazil and the state of Minas Gerais respectively. **Conclusion:** We conclude, therefore, that the HIV/AIDS among individuals aged 60 years or more has increased, and is characterized by the primacy of heterosexual transmission, contributing to the process of feminization of the epidemic.

Keywords: Elderly. HIV/AIDS. Epidemic.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é o aumento da proporção da população idosa na população total, em consequência da queda da fecundidade.¹ O declínio da fecundidade faz com que haja mudanças na estrutura etária, alterando-se o tamanho relativo dos grupos de idade. Já a queda da mortalidade contribui com o processo de envelhecimento populacional quando ocorre nas idades avançadas, fazendo com que haja um maior número absoluto de idosos.² Logo, o declínio sustentado da fecundidade é o primeiro determinante do envelhecimento de uma população.

A história do envelhecimento populacional é uma história de sucessos.^{3,4} Os autores fazem referência ao triunfo da saúde pública, dos avanços médicos e desenvolvimento econômico sobre doenças e agravos que limitaram a esperança de vida por milênios.

Neste artigo, a proposta de estudo do tema envelhecimento populacional circunscreve-se ao binômio idosos e HIV/aids^a, tendo como embasamento que a atividade sexual “não é prerrogativa exclusiva dos *juvems*”⁶ (grifo da autora) e justificando-se a escolha pela necessidade de se pesquisar a questão, dado o número limitado de estudos sobre o tema. Os idosos são a parcela da população que mais está crescendo no país, de forma célere, e o ganho de longevidade – e aumento no número absoluto de idosos – pode implicar em aumento da morbidade e mortalidade por HIV/aids, caso permaneça a “invisibilidade da sexualidade” dos idosos.⁶

Sobre a pandemia de HIV/aids, em junho de 2001, as Nações Unidas reconheceram-na como uma emergência mundial e um dos maiores desafios à vida.⁷ Soma-se, também, a conclusão de que o uso dos coquetéis antirretrovirais levou ao aumento na esperança de vida dos pacientes de HIV/aids, tornando a doença um problema crônico.⁸

Neste cenário, o Brasil se destaca por ser protagonista em desenvolver um modelo de resposta à epidemia de HIV/aids, como também no número elevado de casos de aids^b, tendo em vista o tamanho da sua população.⁷ O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de 1996; além de sustentar uma política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com aids que inclui outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, como a assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.^{10,11}

A evolução histórica de incidência de casos notificados de aids mostra tendência de estabilização no Brasil, possivelmente devido aos impactos de ações preventivas desenvolvidas por iniciativas governamental e não-governamental, somando-se às mudanças de comportamento visando à prática de sexo seguro e à saturação do segmento populacional sob maior risco.^{10,12,13}

De forma geral, a situação atual da epidemia de HIV/aids no Brasil é caracterizada pela heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia, ou seja, o perfil epidemiológico da doença sofreu modificações ao longo do tempo, passando a ser disseminada por relações heterossexuais e, por conseguinte, contaminando as mulheres. O dinamismo da epidemia aponta para o envolvimento das populações socialmente mais vulneráveis e a análise da evolução espacial indica que a AIDS não se distribui de forma homogênea entre as regiões brasileiras, e deixa de ser uma doença dos grandes centros, atingindo municípios menores.^{12,10} Contudo, algumas destas características da epidemia são definidas pela análise da evolução das proporções das notificações, representando no denominador o total

a Conforme orientação do Programa Nacional de DST e Aids – PN-DST/AIDS, o agravo em saúde “aids” deve ser escrito em letras minúsculas como qualquer outro substantivo. “Aids” é o agravo quando corresponde à primeira palavra de uma oração ou frase ou quando faz parte de um título com esse padrão de formatação (todas as palavras iniciam com maiúscula). AIDS, com letras maiúsculas, é a sigla da doença em inglês e denomina a epidemia em português.⁵

b Aids é a síndrome clínica⁹

de observações.¹⁴

Em se tratando do padrão de disseminação via relações heterossexuais, avulta deste novo padrão a questão da vulnerabilidade social, expondo as populações mais vulneráveis ao risco de contrair a doença, como é o caso daqueles com menores níveis de escolaridade, os trabalhadores de ocupações mal-remuneradas ou fora do mercado formal, com acesso restrito aos cuidados de saúde e a outras políticas de promoção social e comunitária e, ainda, algumas mulheres, alguns jovens e idosos.¹⁵

Quando os estudos sobre HIV/AIDS se concentram nas questões da vulnerabilidade à infecção por HIV/aids, descortinam-se as desigualdades existentes, primordialmente na condição de vulnerável, também no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento e nas demais condições de vida. Há o caráter sinérgico dos agravos e problemas sociais, alijando o indivíduo da sociedade.^{16,17} Existe uma “sinergia de pragas”, na qual os efeitos de uma variedade de problemas sociais interagem sinérgicamente para criar vulnerabilidade aumentada ao HIV e à AIDS.¹⁸

Sobre os idosos, a literatura (alguns estudos de natureza local) aponta características da epidemia de HIV/AIDS diferentes daquelas para a população em geral: não há a estabilização da epidemia, registrando-se movimento crescente das incidências.¹⁹ Segundo Pottes et al.¹⁹ (2007, p.349): “Não causa surpresa o fato de pessoas idosas não adotarem medidas de prevenção para o HIV, pois, além da questão cultural, os programas de prevenção são mais voltados para a camada da população mais jovem [...]”. A exclusão de idosos das políticas de prevenção é confirmada por Lisboa⁶ (2006, p.3): “Há uma capa de invisibilidade sobre tal população no que concerne a enxergá-los como sujeitos desejantes e sexualmente ativos”.

Ainda sob uma perspectiva negativa e considerando-se o processo de envelhecimento biológico, alguns autores mostraram que o diagnóstico em pacientes idosos é feito em uma fase mais tardia da história natural da infecção pelo HIV, após investigação extensa e por exclusão de outras doenças. Entre outras

causas, os autores afirmam que um determinante deste atraso é a ausência de suspeita pela infecção nos pacientes idosos, pois, como referido acima, são considerados “não ativos” sexualmente.^{6,19}

Faz-se necessário ter em pauta outras questões referentes aos idosos: o conservadorismo e a religião e a consequente não-adesão ao sexo seguro.⁸ Nesse sentido, tem importância as crenças, opiniões, valores pessoais, de grupo e do quanto devem ser valorizados no diálogo, no formato e conteúdo das abordagens no campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva.²⁰ Pottes et al.¹⁹ (2007, p.350) são contundentes: “os mais velhos devem ser enxergados como indivíduos que possuem desejos, necessidades sexuais e fazem projetos para o futuro”. Acrescenta-se: e estão expostos ao risco de contrair HIV/aids.

A partir do exposto, este artigo tem por objetivo avançar na abordagem do tema HIV/aids e envelhecimento populacional, ao apresentar a situação atual da epidemia de HIV/aids entre os idosos residentes no estado de Minas Gerais e Brasil, buscando conhecer o total de idosos vivendo com HIV/aids e outros indicadores da evolução da epidemia neste grupo populacional.

METODOLOGIA

Este estudo é quantitativo, exploratório e descritivo.

As análises empreendidas neste estudo se limitaram ao estado de Minas Gerais e Brasil, e foram realizadas a partir de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus, cujos acessos *online* foram feitos entre 04 e 20 de janeiro de 2010. Desenvolveu-se uma análise da evolução temporal de 1984 (quando houve o registro dos primeiros casos de aids entre pessoas com 60 anos ou mais no Brasil) até 2008, ressaltando-se que toda a série foi baseada no ano de diagnóstico. Os dados de 2008 foram os últimos dados completos disponíveis no período de acesso ao banco do Datasus. Para as faixas etárias inferiores a 59 anos, foram registrados

todos os casos, inclusive dos anos de 1980 a 1983. As análises contemplaram sexo, categoria de exposição, raça e escolaridade. Os dados de idade ignorada foram eliminados da análise e o ponto de corte de idade para a definição de “idosos” foi 60 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde que estipula este limite de idade para os países em desenvolvimento.²¹

A evolução temporal foi desenvolvida com base em médias dos triênios buscando, assim, diminuir as oscilações e possíveis erros de cobertura, seguindo procedimento semelhante adotado por alguns autores.^{22,23} O período de 1980 a 1987 foi agrupado em único bloco, considerando-se o número reduzido de casos e a ausência de dados para o grupo de idade igual ou maior que 60 anos – tema deste estudo. Alguns comentários sobre os resultados ressaltaram o triênio 1988/90, para o qual há dados completos para todas as faixas etárias e, igualmente, alguns resultados foram apresentados para o ano de 2008, por serem os mais recentes. Foram calculadas proporções, taxas, razões de sexo e registraram-se as taxas de mortalidade hospitalar (razão entre a quantidade de óbitos e o número de Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs pagas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100). A análise de morbidade referiu-se ao período de 1998 a 2008, referentes à lista de morbidade pela Classificação Internacional de Doenças – CID, na sua 10ª Revisão, subgrupo definido como “doença pelo HIV”. Os dados foram utilizados na íntegra, como disponíveis no sítio *web* do Datasus.

RESULTADOS

No Brasil, entre 1980 e 2008, foram diagnosticados 531,2 mil casos de aids, sendo 2,5% acometendo pessoas com 60 anos ou mais. Na série em estudo, esta proporção variou de 1,7% no triênio de 1988/90 para 3,7% no último triênio, 2006/08. A evolução proporcional do número de casos de HIV/aids na população total revelou que a partir da faixa etária de 40 a 49 anos houve um movimento crescente das proporções, com ênfase na faixa de 60 anos ou mais de

idade (Tabela 1).

No estado de Minas Gerais, no período em estudo, foram diagnosticados 1.155 casos de HIV/aids em pessoas com 60 anos ou mais, sendo o equivalente a 3,1% do total acumulado de casos diagnosticados no estado (em torno de 37 mil casos). Na tabela 1, observou-se que a proporção de casos de aids notificados, pelo ano de diagnóstico, em pessoas com 60 anos ou mais de idade variou de 1,0% no triênio 1988/90 para 4,8% no último triênio de estudo, 2006/08. Também no estado de Minas Gerais verificou-se o movimento crescente das proporções de casos de aids a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, ressaltando-se a variação significativa em idosos (Tabela 1).

No tocante ao perfil epidemiológico de HIV/aids por sexo para a população total, no Brasil e em Minas Gerais, em 2008, registraram-se razões de sexo próximas à unidade. Para o grupo de idosos, essas razões de sexo foram iguais a 1,6, no Brasil, e 1,3 no estado de Minas Gerais; ou seja, para cada idoso vivendo com o HIV/aids tinha, aproximadamente e *grosso modo*, uma idosa. No conjunto dos dados, destacaram-se algumas razões de sexo inferiores à unidade, o que equivale dizer que nas faixas etárias às quais correspondem essas razões, houve maior número de casos em mulheres (Tabela 2).

Em se tratando do padrão de disseminação segundo a categoria de exposição hierarquizada, conforme os dados são organizados e disponibilizados,^{15,24} por sexo, no Brasil e no estado de Minas Gerais, em 2008, ressaltaram-se as proporções do dado “ignorado” em ambos os sexos e locais de estudo. O tipo de categoria de exposição hierarquizada, conhecido e/ou registrado, apresentou quase a metade dos casos por transmissão heterossexual, no caso das idosas e, no caso dos idosos, houve a distribuição entre as diversas modalidades de transmissão, com predominância, também, do contágio via relações heterossexuais, cerca de um terço. Assim, no ano de 2008, no Brasil, houve casos de aids em idosos usuários de droga injetável – UDI; em idosos e idosas por transfusão; e em idosos nas categorias de exposição “homossexual” e “bissexual”.

Tabela 1: Proporções das médias de casos notificados de aids, Brasil e Minas Gerais, por ano de diagnóstico e faixa etária

BRASIL (%)								
Faixa etária	1980 a 87	1988/89/90	1991/92/93	1994/95/96	1997/98/99	2000/01/02	2003/04/05	2006/07/08
< 15 anos	2,8	3,2	3,0	3,9	4,0	4,0	3,5	2,7
15 a 19	4,1	4,1	2,8	2,0	2,0	1,9	1,8	1,6
20 a 29	32,5	35,8	36,0	31,3	28,3	25,8	23,8	21,9
30 a 39	37,8	35,4	37,2	39,5	40,1	38,5	36,3	34,7
40 a 49	15,8	15,1	14,8	16,5	17,9	20,5	23,3	25,1
50 a 59	5,1	4,7	4,6	5,0	5,7	6,9	8,5	10,3
60 anos ou +	1,9	1,7	1,6	1,8	2,0	2,4	2,8	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

MINAS GERAIS (%)								
Faixa etária	1980 a 87	1988/89/90	1991/92/93	1994/95/96	1997/98/99	2000/01/02	2003/04/05	2006/07/08
< 15 anos	0,8	1,9	1,9	2,9	3,9	3,7	2,9	1,9
15 a 19	3,2	5,4	2,6	2,5	1,9	2,0	1,5	1,0
20 a 29	27,9	39,1	34,4	31,3	28,8	24,2	22,0	19,4
30 a 39	41,8	36,0	38,5	39,3	39,1	38,3	35,7	33,8
40 a 49	15,9	13,4	15,0	16,9	18,2	21,3	25,2	27,4
50 a 59	7,2	3,2	5,8	5,2	5,8	7,6	9,2	11,7
60 anos ou +	3,2	1,0	1,8	2,0	2,3	2,9	3,5	4,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Datasus (acesso em janeiro de 2010 – elaboração própria).

Tabela 2: Casos de aids notificados no Brasil e Minas Gerais, em 2008, por faixa etária, sexo e razão de sexo

Faixa etária*	Brasil			Minas Gerais		
	Homens	Mulheres	Razão de Sexo**	Homens	Mulheres	Razão de sexo**
< 15 anos	414	439	0,9	28	24	1,2
15 a 19	239	286	0,8	13	16	0,8
20 a 29	4.361	3.111	1,4	326	195	1,7
30 a 39	7.062	4.561	1,5	543	379	1,4
40 a 49	5.457	3.249	1,7	499	265	1,9
50 a 59	2.329	1.526	1,5	218	119	1,8
60 ou +	803	518	1,6	87	66	1,3
Total	20.665	13.690	1,5	1.714	1.064	1,6

FONTE: Datasus (acesso em janeiro de 2010 – elaboração própria).

* Excluídos os casos de faixa etária ignorada.

** Razão de Sexo é igual ao resultado da divisão do total de homens pelo total de mulheres.

No estado, houve casos de aids em idosos por transfusão e, igualmente, em idosos nas categorias de exposição “homossexual” e “bissexual”. A categoria de exposição referente a “hemofílico” foi um dado nulo, em ambos, país e estado. As razões de sexo mostraram valores inferiores à unidade para a categoria de exposição

“heterossexual”, indicando um maior número de idosos infectadas pelo HIV/aids nessa categoria. Já os dados “ignorados” tiveram razões de sexo iguais a 2,0 e 1,5, para o Brasil e Minas Gerais, revelando maior número de casos em idosos sem este tipo de informação (Tabela 3).

Tabela 3: Proporções de casos de aids notificados em idosos no Brasil e Minas Gerais, em 2008, por categoria de exposição, sexo e razão de sexo

Categoria de exposição	Brasil			Minas Gerais		
	Homens (em %)	Mulheres (em %)	Razão de Sexo*	Homens (em %)	Mulheres (em %)	Razão de Sexo*
Homossexual	4,4	0	-	4,9	0	-
Bissexual	3,6	0	-	2,7	0	-
Heterossexual	33,1	55,4	0,9	32,1	51,4	0,7
UDI	0,5	0	-	0	0	-
Hemofílico	0	0	-	0	0	-
Transfusão	0,2	0,2	2,0	0	1,5	-
Ignorado	58,2	44,4	2,0	60,3	47,1	1,5
Total	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

FONTE: Datasus (acesso em janeiro de 2010 – elaboração própria).

*Razão de Sexo é igual ao resultado da divisão do total de homens pelo total de mulheres, utilizando-se o dado original.

Quanto às informações sobre raça e escolaridade, em função do significativo número de dados ignorados, em 2008, para idosos e de ambos os sexos (respectivamente, para o país, aproximadamente 50% das informações de raça e 60% de escolaridade e, para o estado, 55% dos dados de raça e 70% dos de escolaridade), optou-se por não apresentar as proporções detalhadas, visto que é difícil identificar uma tendência da evolução da epidemia no que tange às características em estudo. Contudo, este fato denuncia a premente necessidade de melhoria nas informações.

Na tabela 4, as análises sobre a morbidade hospitalar decorrente da doença pelo HIV, conforme nomenclatura da lista de morbidade pela CID-10, indicaram que aproximadamente 3,55% e 4,99% das internações cuja causa básica foi a doença pelo HIV, no

Brasil e no estado de Minas Gerais, respectivamente, foram de pessoas com 60 anos ou mais no último ano em estudo, 2008. As taxas de utilização dos serviços de saúde foram da ordem de 5,99 e 4,72 por 100 mil idosos, para o Brasil e Minas Gerais, no mesmo ano. Houve um maior número de internações de mulheres idosos no estado, como também o custo médio das internações foi superior ao valor observado para o país. Calculando-se as razões de sexo para os dados das internações, observou-se uma razão inferior à unidade para o estado, como também no total de idosos internados por doença pelo HIV, 61,4% foram idosos, em Minas Gerais. Já para o país, a razão de sexo foi igual a 1,4, revelando um contingente maior de idosos no total das internações cuja causa básica foi a doença pelo HIV, em 2008 (Tabela 4).

Tabela 4: Morbidade hospitalar do SUS, internações de idosos por doença pelo HIV, Brasil e Minas Gerais, indicadores selecionados, em 2008

Indicadores selecionados	Brasil	Minas Gerais
Taxa de utilização dos serviços de saúde ¹	5,99 por 100 mil	4,72 por 100 mil
Proporção das internações de idosos no total de internações por doença pelo HIV	3,55%	4,99%
Razões de sexo das internações idosos	1,45	0,63
Custo médio das internações de idosos por doença pelo HIV ²	R\$ 990,15	R\$ 1.334,45
Proporção do custo das internações de idosos (ambos os sexos) por doença pelo HIV	4,08%	4,97%
Proporção de internações de mulheres idosas no total de internações de idosos por doença pelo HIV	59,2%	61,4%
Mortalidade hospitalar de idosos por doença pelo HIV ³	18,42%	18,81%

FONTE: Datasus (acesso em janeiro de 2010 – elaboração própria).

1 Razão entre a frequência de internações e a população da faixa etária, conforme Nunes²⁵ (2004).

2 Razão entre a despesa total e número de internações, por faixa etária.

3 Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas, computadas como internações no período, em 100, por faixa etária.

A consulta das demais informações da série de estudo, sobre a morbidade hospitalar para o estado de Minas Gerais, permitiu observar o movimento crescente na proporção de internações hospitalares de idosos, em relação ao total de internações por doença pelo HIV, passando de 2,0% em 1998, para 5,0% em 2008 (Tabela 5). Vale citar, igualmente, o movimento crescente das proporções a partir da faixa etária de 40 a 49 anos, como verificado também na evolução dos casos de aids notificados no país e no estado (este último apresentado na Tabela 1).

DISCUSSÃO

A análise dos dados revelou uma epidemia de HIV/aids em ascensão no grupo populacional com idade igual ou maior que 60 anos. Para fins comparativos, entre os casos de aids identificados no Brasil, no último triênio de estudo, 2006/08, 14% foram de pessoas com 50 anos ou mais (Tabela 1), enquanto nos Estados Unidos somaram 17% na primeira metade de 2008 e projetando-se, para 2015, que a metade dos indivíduos

vivendo com HIV terá idade acima de 50 anos.²⁶ Este resultado pode sugerir a necessidade de revisão dos dados brasileiros, no tocante à subnotificação dos casos, pois, embora diagnosticado, um caso pode demorar a ser notificado.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, ele é a quarta unidade da federação em proporção de idosos e apresentou, nos achados deste estudo, proporções de casos notificados de aids em idosos superiores à média nacional, o que pode evidenciar melhor cobertura dos casos diagnosticados. Importante considerar, ainda, que nos números para o país estão incluídos os casos de todas as unidades da federação, com uma diversidade de sistemas de registro e informações de saúde.

Outros trabalhos, dentro da perspectiva de estudos de natureza local, concluíram que está aumentando o número de idosos com HIV/aids no Rio de Janeiro (RJ),²⁷ na grande São Paulo (SP),²⁸ e em Pernambuco.¹⁹ Em se tratando de estudos sobre o Brasil, Matsushita e Santana²⁹ (2001) já haviam registrado o aumento da incidência de aids na faixa etária de 60 a 69 anos, a partir de 1995.

Tabela 5: Proporções das internações de idosos pelo SUS por doença pelo HIV, por faixa etária, em Minas Gerais – 2008

Minas Gerais (em %)											
Faixa etária	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
< 15 anos	5,0	3,9	4,0	3,5	2,9	2,4	2,8	4,0	5,4	3,7	3,0
15 a 19	1,3	0,9	0,8	1,1	1,1	1,0	2,1	1,1	1,5	2,3	0,9
20 a 29	28,3	26,0	23,9	22,0	21,6	17,9	18,1	17,3	16,9	17,8	13,3
30 a 39	41,6	42,1	42,4	42,2	43,1	42,2	42,4	37,0	36,6	34,6	36,3
40 a 49	16,7	19,8	20,8	22,5	22,1	24,8	24,6	27,7	26,8	27,8	30,6
50 a 59	5,1	5,0	5,4	6,3	6,6	8,3	7,2	9,0	9,1	10,5	10,9
60 ou +	2,0	2,3	2,7	2,4	2,6	3,4	2,8	3,9	3,7	3,3	5,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Datasus (acesso em janeiro de 2010 – elaboração própria).

No tocante ao perfil epidemiológico de HIV/aids em idosos por sexo, no cenário exposto pelas proporções observou-se a feminização da epidemia de HIV/aids também entre idosos, no país e no estado. A feminização da epidemia já foi publicada por diversos autores, em relação a outras faixas etárias.^{10,12,15} Os dados do Programa Nacional de DST e Aids corroboram os achados aqui apresentados para o Brasil, indicando um aumento no número de casos notificados em pessoas com 60 anos ou mais entre 1996 e 2006, por sexo: nos dados do Programa Nacional, as notificações masculinas dobraram, enquanto as de mulheres quase quadruplicaram.⁸

Faz-se necessário considerar que há, também, a feminização do envelhecimento populacional, e esta questão de feminização de ambos os processos caracteriza-se como sensível devido ao fato de as mulheres das coortes mais antigas, na sua maioria, terem pouca escolarização, baixa qualificação profissional, baixa inserção no mercado de trabalho e viverem em um contexto sociocultural que valoriza o masculino, destinando às mulheres papéis subalternos e diferenciados na família.³⁰ O comportamento da epidemia pode desvelar desigualdade nas relações de gênero,^{16,10,5} e as características socioculturais das

idosas podem ser fatores determinantes da busca por tratamento da doença.

A feminização da epidemia de aids foi abordada no periódico do U. S. National Institute on Aging³¹ (2004), ao citar que as idosas, assim como alguns idosos, não têm conhecimento sobre as formas de se contrair HIV/aids – e não utilizam o preservativo. Ainda segundo este jornal, devido às condições fisiológicas do aparelho reprodutor feminino das idosas (secura da vagina, etc.), essas mulheres podem ter dificuldades na atividade sexual, resultando em condições favoráveis ao aumento do risco de se contrair HIV/aids – como a ocorrência de pequenas lesões na vagina, durante o ato sexual.

O contexto da epidemia de HIV/aids entre os idosos torna-se preocupante por diversos fatores (alguns relacionados à coorte dos idosos): os medicamentos para as disfunções eréteis favorecem as relações sexuais; em decorrência da “invisibilidade da sexualidade” dos idosos,⁶ também os médicos sequer perguntam pela atividade sexual deles, como registrado em pesquisas nos Estados Unidos²⁶; ainda segundo este documento e outros autores,³² os idosos não têm conhecimentos sobre HIV/aids e acreditam-se livres do risco de contrair a doença; além disso, há que se considerar as desigualdades nas

relações de gênero. Sobre esse aspecto, alguns autores chamam a atenção para a necessária discussão sobre o fato de viver com companheiro sexual não ser fator de proteção ao risco de contrair HIV/aids e, no caso das idosas, a magnitude do problema é maior – pelas razões já expostas anteriormente.^{33,34}

Sobre o padrão de disseminação segundo a categoria de exposição hierarquizada, neste estudo ressaltou-se a dificuldade de se registrar esse tipo de informação, considerando-se os estigmas e preconceitos que envolvem a questão da opção sexual dos indivíduos, em todas as faixas etárias e, principalmente, entre idosos. Por este motivo, não foram calculadas taxas, cujo denominador deveria ser a população exposta ao risco, mas proporções – embora não sejam medidas de risco, as proporções são procedimentos observados na literatura sobre o tema. A partir dos dados registrados, verificaram-se significativas proporções de tipo de categoria de exposição “ignorado”. Este resultado pode indicar, também, a necessidade de melhoria dos sistemas de informação, envidando esforços na capacitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento das notificações.⁷ Pode-se aventar, ainda, a possibilidade de ser uma questão política, visando a não estigmatização de algum grupo.

As proporções observadas da categoria “heterossexual” corroboraram o padrão observado para a epidemia de HIV/aids no que se refere à heterossexualização.^{12,15,35} Estes resultados confirmaram o processo de disseminação no país e estado hierarquicamente decrescente, definindo-se a transmissão heterossexual do HIV como o “motor” da dinâmica da epidemia.¹⁵

As análises sobre a morbidade hospitalar decorrente da doença pelo HIV expuseram o movimento crescente na proporção de internações hospitalares de idosos, em relação ao total de internações, fato que se deve, em parte, ao processo de envelhecimento e, portanto, ao aumento no número absoluto de idosos. E as taxas de mortalidade hospitalar de idosos por doença pelo HIV revelaram a face letal da doença, atingindo aproximadamente 19% dos idosos hospitalizados.

É oportuno dizer que as informações provenientes de internações hospitalares, conquanto possam servir para ilustrar o perfil de morbidade da população idosa, não representam a situação vigente para a totalidade desse segmento populacional, como também salientado por Cerqueira²³ (2003). A cobertura dos dados em uso restringe-se à parcela da população que teve acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, ficando de fora, portanto, tanto a parcela da população necessitada que não foi alcançada pelos serviços do SUS, quanto aquela que utilizou a rede privada de atendimento. Como a base de dados do SUS exclui grupos possivelmente opostos em relação às condições de saúde, pode-se considerar que ela apresente uma boa configuração das condições médias vivenciadas pelo conjunto da população. Ademais, acredita-se que as informações relativas à morbidade diagnosticada, em comparação com aquelas oriundas de morbidade autorreferida, sejam mais representativas das reais condições de saúde da população,²³ servindo como uma *proxy* de morbidade e sendo representativas do padrão das causas de morbidade hospitalar dos idosos – entre essas, as causas pelo HIV.²⁵

No tocante à proporção do custo das internações de pessoas com 60 anos ou mais, em relação ao total dos custos, observou-se tendência crescente em ambos, estado e país, confirmando as proporções também crescentes de internações hospitalares de idosos decorrentes da doença pelo HIV.

[...] pelo menos no que se refere aos serviços oferecidos pelo SUS, não se verifica a hipótese de que os custos médios dos procedimentos realizados em idosos sejam mais caros do que aqueles das idades mais jovens. A elevação das despesas com saúde dos idosos não é explicada pela elevação dos custos dos procedimentos e, sim, pela frequência, ou seja, pelo consumo mais elevado destes (Nunes²⁵, 2004, p. 433).

Portanto, considerando-se a frequência de morbidade mais elevada nos idosos, eles tendem a consumir mais saúde, buscando assistência médica

mais vezes; e alguns procedimentos onerosos podem ter menor eficácia para os grupos de idade avançada.²⁵

Em se tratando do HIV/aids, as pesquisas publicadas apontam a existência de várias doenças em idosos, o que dificulta o diagnóstico do HIV/aids e o tratamento adequado do idoso.⁸ Os profissionais de saúde têm certa dificuldade de diagnosticar o HIV/aids em idosos, pois algumas características da doença podem ser confundidas com outras doenças, além da invisibilidade da sexualidade dos idosos,⁶ que faz com que haja uma descrença na possibilidade do idoso ter aids. Há que se pensar, por isso, que significativos percentuais de idosos com HIV/aids têm outras morbidades conjuntas – como indicado por Achieve²⁶ (2009), cerca de 91% dos idosos com HIV/aids nos Estados Unidos apresentam hipertensão, artrite, hepatite, depressão e outros problemas nervosos. Outras pesquisas discutem a sobrevida de idosos depois do diagnóstico de HIV/aids, sendo muito curta, cerca de apenas um ano¹⁹ e o fato do HIV antecipar processos de demência e causar danos ao sistema imunológico.

As evidências registradas neste artigo devem ser relativizadas pela incompletude e outras limitações dos dados; os resultados descritivos incitam o desenvolvimento de novas pesquisas fundamentadas em bases de dados diferentes e novas metodologias, e avançam no sentido de apresentar um quadro específico da epidemia de HIV/aids entre idosos, para o qual são exigidas respostas particulares, diversas e, pode-se dizer, desafiadoras.

CONCLUSÕES

A epidemia de HIV/aids em idosos no estado de Minas Gerais e Brasil, descrita pelos achados deste estudo, apresentou como características o movimento crescente das proporções de casos notificados e a feminização da epidemia, definida pelo tipo de categoria de exposição heterossexual e infectando números crescentes de idosos. Conclui-se, igualmente, que a falta de dados completos sobre os casos notificados em idosos impossibilitaram a descrição total da epidemia. Ambas

as conclusões podem subsidiar a tomada de decisões em um contexto de envelhecimento populacional e de recrudescimento da epidemia de HIV/aids em idosos.

REFERÊNCIAS

1. CARVALHO, J. A. M. *Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 2004. Texto para discussão n. 227.
2. CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai/jun 2003.
3. U.S. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. *National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. Why Population Aging Matters. A Global Perspective*. 2007.
4. KINSELLA, K.; PHILLIPS, D. R. *Global Aging: The challenge of success*. population bulletin. U.S. Population Reference Bureau, March 2005. v. 60, n. 1.
5. CUNHA, J. V. Q. da. *Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil – 1998*. 2006. 169f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
6. LISBOA, M. E. S. *A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia de HIV/aids*. 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=285>. Acesso: nov. 2009.
7. GRANGEIRO, A. et al. UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. *Revista Saúde Pública*, v. 40, supl., p. 5-8, 2006.
8. MOREIRA, A. L. *Inquietações positivas para todas*

as idades. *RADIS: comunicação em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, set. 2008. n. 73.

9. BASTOS, F. I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

10. DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, supl., p. 9-17, 2006.

11. PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 70-79, 2006.

12. BARBOSA, L. M.; SAWYER, D. T. O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v.20, n.2, p. 241-257, jul./dez. 2003.

13. GUPTA, S.; ANDERSON, R. M.; MAY, R. M. *Networks of sexual contacts: implications for the pattern of spread of HIV. AIDS*. 1989.

14. GUIMARÃES, M. D. C. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 516-518, 2007.

15. SZWARCOWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*. São Paulo, v. 16, p. 7-19, 2000.

16. GARCIA, S. et al. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. In.: MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008. p. 417-48. (Demografia em debate, v. 2).

17. ARAUJO, P. *Socio-Economic Status, HIV/AIDS Knowledge and Stigma, and Sexual Behavior in India*. CAEPR Working Paper. Indiana University Bloomington, 2008.

18. PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, p. 89-102, 2000.

19. 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*, v. 10, n. 3, p. 338-51, 2007.

20. PAIVA, V. et al. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista Saúde Pública*, v. 42, p. 54-64, 2008.

21. CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 7-11.

22. BARBOSA, L. M. *Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade*. 2001. 168 p. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

23. CERQUEIRA, M. B. R. *Envelhecimento populacional e população institucionalizada – um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros*. 2003. 109f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

24. UNAIDS. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. UNAIDS. 3. Meeting of the Latin America and Caribbean Epidemiological Network. Abstracts. Cuernavaca: UNAIDS. 1999.

25. NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 427-450.
26. ACHIEVE. *Growing Older with HIV*. U.S., ACRIA and GMHC – Gay Men’s Health Crisis, 2009.
27. GROSS, J. B. *Estudo de pacientes portadores de HIV/Aids após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro*. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
28. BARBOSA, A. S. M. *Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo*. 2006. 128f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.
29. MATSUSHITA, R. Y.; SANTANA, R. S. *Uma análise da incidência dos casos de Aids por faixa etária. Boletim Epidemiológico – AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 15, n. 2, p. 41-7, 2001.
30. NASCIMENTO, M. R. *Expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar: uma reflexão sócio-demográfica*. 2000. 87f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.
31. U.S. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. *Department of Health and Human Services Public Health Service*. National Institutes of Health. *HIV, AIDS, and Older People*. AgePage. June 2004.
32. AIDS InfoNet. *Older people and HIV*. Fact Sheet Number 616. May 2009. Disponível em: <<http://www.aidsinfonet.org>> Acesso: nov. 2009.
33. CARRET, M. L. V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.
34. BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista Saúde Pública*, v. 42, p. 34-44, 2008.
35. CHACHAM, A. S. et al. Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*, v. 19, suppl. 1, p. S12-S22, Feb. 2007.