

Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013*

doi: 10.5123/S1679-49742015000100009

Profile of elderly people living with HIV/AIDS in Pelotas, Southern Brazil, 1998-2013

Ângela Beatriz Affeldt

Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas-RS, Brasil
Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas-RS, Brasil

Mariângela Freitas da Silveira

Universidade Federal de Pelotas, Departamento Materno-Infantil, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas-RS, Brasil

Raquel Siqueira Barcelos

Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia de Pelotas, Pelotas-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever as características de pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV/aids, acompanhadas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Pelotas-RS, Brasil. **Métodos:** estudo descritivo, com dados dos prontuários do SAE da Universidade Federal de Pelotas e fichas de notificação compulsória armazenadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica municipal, de 1998 a 2013. **Resultados:** o estudo incluiu 142 idosos entre 60 e 83 anos de idade, dos quais 58,5% eram do sexo masculino, 88,7% brancos, 58,9% com até 4 anos completos de estudo; 85,0% foram infectados pelo HIV por relação heterossexual, 58,9% tinham menos de 60 anos no momento do diagnóstico e 82,4% provavelmente infectaram-se antes dos 60 anos. **Conclusão:** a maioria das infecções ocorreu antes dos 60 anos, por via sexual; esforços preventivos devem levar esse resultado em conta.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Idoso; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: to describe the characteristics of people living with HIV/AIDS aged 60 years or more, monitored by a Specialized Care Service (SAE) in the city of Pelotas, Brazil. **Methods:** a descriptive study was conducted using medical records from a SAE at the Federal University of Pelotas and compulsory notification forms stored by the municipal Epidemiological Surveillance Service between 1998 and 2013. **Results:** the sample consisted of 142 elderly people aged 60-83, 58.5% were male, 88.7% White, 58.9% with up to 4 years of schooling; 85.0% were infected with HIV through heterosexual intercourse, 58.9% were aged under 60 at diagnosis and 82.4% were probably infected before age 60. **Conclusion:** most infections occurred through sexual intercourse before the patients were 60; preventive efforts need to take this outcome into account.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Aged; Epidemiology, Descriptive.

* Dissertação apresentada por Ângela Beatriz Affeldt junto ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em 2014, para obtenção do título de Mestre.

Endereço para correspondência:

Raquel Siqueira Barcelos – Rua Marechal Deodoro, nº 1160, 3º piso, Centro, Pelotas-RS, Brasil. CEP: 96020-220.
E-mail: bio.raquelbarcelos@gmail.com

Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) destrói os mecanismos de defesa naturais do corpo humano e permite que as mais variadas doenças nele se instalem, constituindo-se a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Ao longo dos anos, a infecção pelo HIV tem apresentado diversas transformações, tanto no que se refere à evolução clínica quanto ao perfil epidemiológico das pessoas infectadas.^{1,2} A primeira definição de caso de aids com finalidade de vigilância epidemiológica utilizada no Brasil foi a do Centro de Controle de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention-CDC*) dos Estados Unidos da América (USA), publicada em setembro de 1982 e posteriormente revisada nos anos de 1987 e 1993. Essa definição fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência.³

Os primeiros casos de aids, notificados no Brasil e no mundo a partir da década de 1980, estavam associados aos grupos suscetíveis ou de risco para a aquisição do HIV: homossexuais do sexo masculino, profissionais do sexo e usuários de drogas. No início da epidemia, não se categorizavam os idosos como vulneráveis e as campanhas de prevenção direcionadas a essa população eram escassas. Esse fato pode ter contribuído para que os idosos tenham dificuldades em aderir a métodos preventivos da doença.^{1,4,5}

Com o início do uso dos antirretrovirais em 1987, a expectativa de vida para os portadores do HIV até então, de aproximados dois anos após o desenvolvimento da aids,⁶ foi ampliada e os indivíduos infectados vêm envelhecendo com a doença, tornando-se idosos com aids.⁷⁻⁹

Desde o primeiro caso registrado em 1980 até 2013, o Brasil totalizou 686.478 casos de aids em todas as faixas etárias, e 265.698 mortes. No estado do Rio Grande do Sul, foram 69.040 casos e 25.172 mortes no transcorrer desse período.¹⁰

No Brasil, em 2012, a taxa de incidência de aids foi de 20,2/100 mil habitantes, com taxa de prevalência de infecção pelo HIV na população jovem de 0,12% e taxa de incidência entre jovens de 15 a 24 anos de 11,8/100 mil habitantes.¹⁰

Em 1998, foram notificados 626 novos casos de aids acima dos 60 anos de idade no Brasil, observando-se um aumento no número de notificações para 1.812 no ano de 2012. No Rio Grande do Sul, foram 119

casos em 1998 e 370 em 2010, também revelando crescimento no número de casos.^{10,11}

Com o aumento da expectativa de vida do brasileiro e a transição demográfica da população, é possível supor que as pessoas, além de viverem mais, podem estar a levar suas vidas com maior qualidade. Cada vez mais, os idosos buscam melhorar sua qualidade de vida praticando atividades de lazer social, como a frequência a bailes e viagens, criando um ambiente favorável ao encontro de parceiros.¹ Novas opções farmacêuticas também proporcionaram mudanças no comportamento sexual dessa população.¹² Atualmente, diversos tratamentos medicamentosos para as disfunções sexuais levam mulheres e homens a procurarem os consultórios médicos.¹³

Mantendo-se sexualmente ativos por mais tempo, os idosos estão mais expostos a infecções e doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre as quais se destaca o HIV.

Pesquisa realizada na cidade de Pelotas, no ano de 2010, constatou que 10% dos homens entrevistados, com mais de 60 anos de idade, referiram utilizar algum tipo de medicamento para disfunção erétil no último ano, reforçando a ideia de que os idosos permanecem sexualmente ativos.¹⁴ Mantendo-se sexualmente ativos por mais tempo, os idosos estão mais expostos a infecções e doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre as quais se destaca o HIV pelo grande número de complicações advindas dessa infecção, quando não diagnosticado e tratado oportunamente a tempo de preveni-las.¹⁵

Com a mudança na estrutura formal da pirâmide etária e o número crescente de casos de aids entre os idosos, torna-se importante definir o perfil da aids dessa população, o que possibilitaria a elaboração de ações de prevenção e assistência focadas nessa idade.¹⁶ Tais estudos podem embasar futuras campanhas de prevenção primária de HIV/DST específicas para o idoso, indicando o melhor momento para sua realização de forma a obter maior impacto sobre sua saúde.

O objetivo deste estudo foi descrever as características de pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV/aids, acompanhadas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo, com dados referentes aos idosos acompanhados no SAE da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O SAE mantém parceria com a UFPel e a Secretaria Municipal de Saúde.

Neste estudo, foi utilizada a definição de idoso adotada pelo Estatuto do Idoso, ou seja, indivíduo com 60 ou mais anos de idade.¹⁷ A população estudada constituiu-se de todas as pessoas com HIV ou aids encontradas nessa faixa etária, no momento da realização do estudo, atendidas no SAE.

Em 2010, Pelotas tinha 328.275 habitantes, dos quais 6% eram homens com idade igual ou superior a 60 anos e 9,2% eram mulheres com 60 anos ou mais.¹⁸

Este estudo utilizou dados secundários de prontuários. Entre abril e junho de 2013, foram revisados todos os cadastros existentes desde o início do funcionamento do SAE-UFPel: de cadastros dos primeiros pacientes, datados de maio de 1998, até os cadastrados registrados em junho de 2013. Além das informações de prontuário, foram revisadas as fichas de notificação compulsória armazenadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Pelotas.

O SAE-UFPel era utilizado por 95% dos infectados por HIV da cidade de Pelotas, conforme estimativa de estudo anterior baseado no número de prescrições de medicamentos específicos fornecido pela farmácia, que incluía pacientes de clínicas privadas, e no número de doentes registrados no serviço.¹⁹

Foram examinados 3.470 prontuários, sendo 142 de pessoas com 60 ou mais anos de idade. A compilação dos dados foi feita mediante o preenchimento de ficha padronizada desenvolvida especialmente para este estudo, para extração de dados secundários. Foram examinadas as fichas digitalizadas manualmente, pois o Sinan não fornece os nomes dos pacientes, necessários para o cruzamento de dados com os prontuários do SAE.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

- sexo (masculino e feminino);
- faixa etária (60-64; 65-69; e 70 ou mais anos);
- raça/cor (branca e não branca);
- escolaridade (analfabeto; 1-4; 5-8; e 9-11 anos de estudo completos);

- caso notificado (sim; não; e deveria mas não foi notificado);
- provável modo de transmissão sexual (homossexual; heterossexual; bissexual; não foi transmissão sexual);
- provável modo de transmissão sanguínea (uso de drogas injetáveis; tratamento/hemotransfusão para hemofilia/transfusão sanguínea; acidente com material biológico, com posterior soroconversão até seis meses; e não foi transmissão sanguínea);
- critério utilizado para definição de caso (Rio de Janeiro/Caracas e CDC adaptado);³
- idade do diagnóstico (<60 e ≥60 anos); e
- uso de antirretrovirais (sim e não).

Também foram avaliadas as doenças oportunistas ou intercorrências apresentadas (candidíase; pneumonia; diarreia; tuberculose; herpes simples; anemia; herpes zoster; toxoplasmose; citomegalovírus) e comorbidades (diabetes *mellitus*; hipertensão arterial sistêmica; acidente vascular cerebral; cardiopatia; depressão/ansiedade; dislipidemia; linfoma/câncer; hepatites B e C; convulsões).

O programa Excel 2007® (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) foi utilizado para a entrada dos dados, os quais foram digitados duas vezes para posterior comparação, checagem da consistência e correção com o propósito de identificar possíveis erros de digitação. As análises dos dados foram realizadas pelo aplicativo estatístico STATA 12.0® (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Foi realizada descrição das variáveis coletadas, verificando-se as médias e desvios-padrão (DP) das variáveis contínuas e frequências das variáveis categóricas. Foi empregado o teste exato de Fisher para investigar diferenças entre os sexos.

A extração dos dados foi realizada por uma única pessoa, evitando-se o excessivo manuseio dos prontuários, de acordo com normas éticas para evitar a identificação dos pacientes nas planilhas de dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em abril de 2013, sob o Protocolo nº 13384813.0.0000.5317, e respeitou a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde – Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 –, que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos.²⁰

Resultados

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e clínicas das pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV/aids, em dados gerais e conforme o sexo. Foram incluídos no estudo 142 indivíduos: 83 (58,5%) do sexo masculino e 126 (88,7%) de cor da pele branca, todos com idade entre 60 e 83

anos. Observou-se que 83 (58,9%) tinham menos de 60 anos de idade e 58 (41,1%) eram maiores de 60 anos, quando se descobriram portadores do HIV. Entre as pessoas diagnosticadas com 60 ou mais anos, 55 já apresentavam imunodeficiência quando diagnosticadas. Predominaram os idosos na faixa etária de 60-64 anos, 82 (57,8%), sendo a média de idade de 65,3 anos (DP±5,2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas das pessoas com 60 ou mais anos de idade (n=142) vivendo com HIV/aids^a no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 1998 a 2013

Características	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Idade (em anos) (n=142)	Valor-p^b = 0,74					
60-64	82	57,8	50	60,2	32	54,2
65-69	33	23,2	16	19,3	17	28,8
≥70	27	19,0	17	20,5	10	17,0
Cor da pele (n=142)	Valor-p^b = 0,53					
Branca	126	88,7	74	89,2	52	88,1
Não Branca	16	11,3	9	10,8	7	11,9
Escolaridade (em anos de estudo) (n=90)	Valor-p^b = 0,80					
Analfabeto	11	12,2	6	10,2	5	16,2
1-4	42	46,7	28	47,4	14	45,2
5-8	25	27,8	16	27,1	9	29,0
9-11	12	13,3	9	15,3	3	9,6
Notificação de casos (n=142)	Valor-p^b = 0,81					
Sim	74	52,1	45	54,2	29	49,2
Não	17	12,0	10	12,1	7	11,8
Não, mas deveria	51	35,9	28	33,7	23	39,0
Modo de transmissão (n=127)	Valor-p^b < 0,001					
Uso de drogas injetáveis	4	3,2	4	5,3	–	–
Transfusão sanguínea	1	0,8	–	–	1	1,9
Homossexual	8	6,3	8	10,7	–	–
Heterossexual	108	85,0	57	76,0	51	98,1
Bissexual	6	4,7	6	8,0	–	–
Critério para definição de caso (n=73)	Valor-p^b = 0,25					
Rio de Janeiro/Caracas	8	11,0	3	6,8	5	17,2
CDC adaptado	65	89,0	41	93,2	24	82,8
Idade do diagnóstico (em anos) (n=141)	Valor-p^b = 0,49					
<60	83	58,9	51	61,5	32	55,2
≥60	58	41,1	32	38,5	26	44,8
Uso de antirretroviral (n=142)	Valor-p^b = 1,0					
Sim	119	83,8	69	83,1	50	84,7
Não	23	16,2	14	16,9	9	15,3

a) HIV/aids: vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida
 b) Teste exato de Fisher

A maioria tinha até 4 anos de escolaridade (58,9%). A forma de infecção pelo HIV mais relatada foi a relação heterossexual, 108 (85,0%), seguida da relação homossexual, 8 (6,3%). Em relação à notificação dos casos, 52,1% foram notificados, a maior parte atendendo ao critério CDC adaptado. Destes, 119 (83,8%) apresentaram sintomas de aids e/ou diagnóstico de alguma doença definidora de aids e fizeram uso de antirretroviral. Entre as variáveis estudadas, a única que apresentou uma diferença estatisticamente signi-

ficativa entre os sexos (valor-p<0,001) foi o modo de transmissão do vírus.

Das doenças crônicas pesquisadas, observou-se predomínio da hipertensão arterial sistêmica (n=73; 51,4%), seguida por depressão/ansiedade, dislipidemia, diabetes *mellitus* e cardiopatia (Figura 1). Em relação às doenças oportunistas e intercorrências apresentadas, destacaram-se a candidíase, 57 (40,1%), seguida por diarreia, anemia, pneumonia e tuberculose (Figura 2).

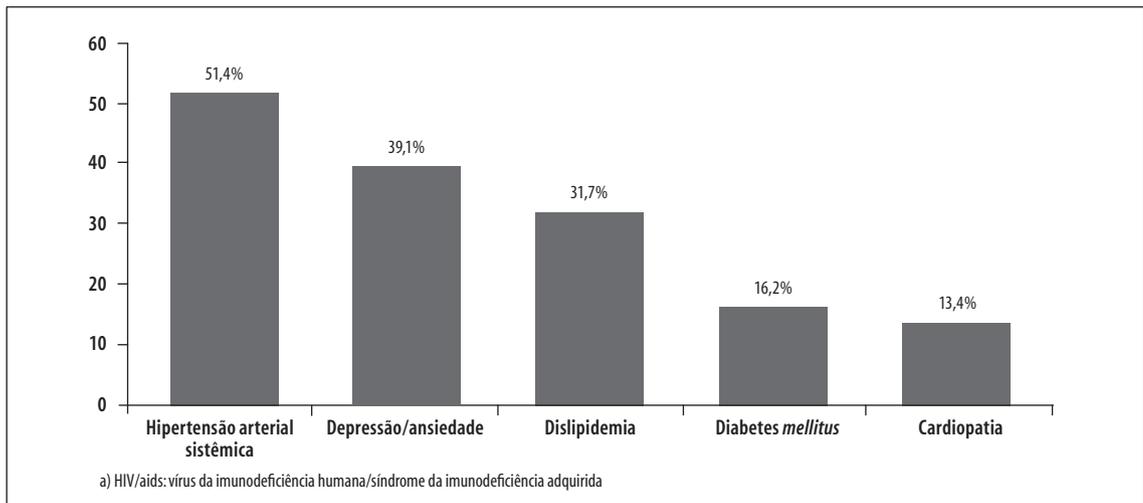


Figura 1 – Prevalência de doenças não transmissíveis em pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV/aids^a (n=142) no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 1998 a 2013

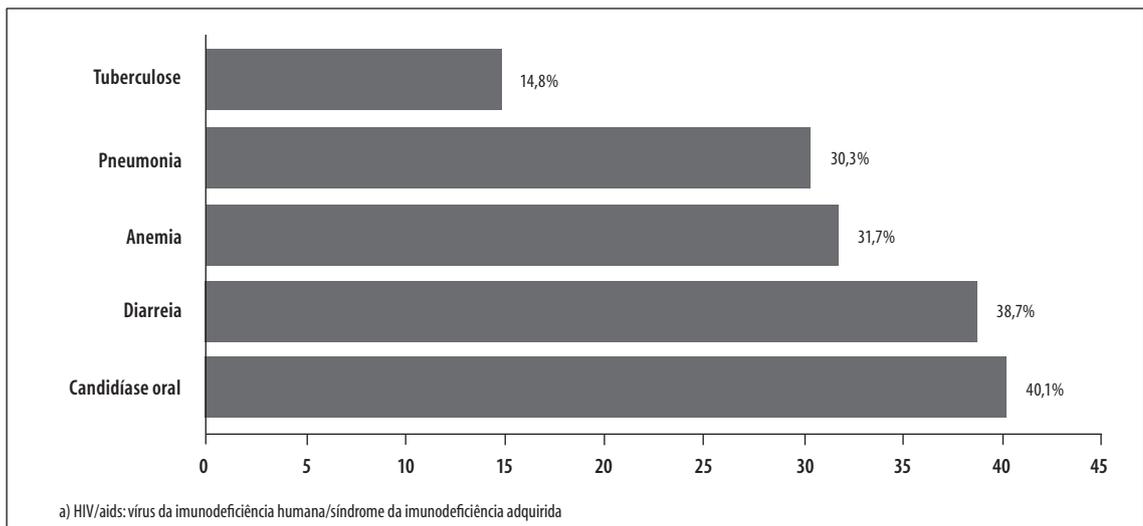


Figura 2 – Prevalência de doenças oportunistas e intercorrências em pessoas com 60 ou mais anos de idade vivendo com HIV/aids^a (n=142) no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, 1998 a 2013

Discussão

O achado mais importante deste estudo, por suas implicações na prevenção primária da infecção pelo HIV, foi demonstrar que mais da metade dos idosos estudados tinham menos de 60 anos de idade quando se descobriram portadores do vírus da imunodeficiência humana, sendo a forma de infecção mais relatada a heterossexual, seguida da homossexual. Estudos demonstram diferenças no tempo de evolução do HIV entre idosos e pessoas de outras faixas etárias. Enquanto na população geral, esse período é de aproximadamente oito a dez anos, nos idosos, reduz-se a cinco anos.^{21,22} Entre a população estudada, a maioria já apresentava imunodeficiência no momento do diagnóstico. Se considerarmos o tempo de evolução de cinco anos entre a infecção e o diagnóstico de aids, apenas 25 desses 58 indivíduos infectaram-se após os 60 anos, provavelmente.

Neste, como em outros estudos desenvolvidos no estado gaúcho e no país, a maioria dos pacientes teve diagnóstico de HIV com a imunodeficiência já instalada. Uma análise da base de dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), no período de 2003 a 2006, encontrou 41% dos pacientes com início tardio de tratamento, apesar de as políticas públicas incentivarem a testagem do HIV periodicamente, na população geral.²³ Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, sobre a mesma base de dados, encontrou que 40% dos casos realizaram o diagnóstico tardiamente, ou seja, apresentando valores de linfócitos T CD4+ inferiores a 200 células/mm³ no primeiro exame realizado. Isto reforça a importância da implantação da estratégia de teste rápido em espaços diferentes daqueles onde são oferecidos atualmente.²⁴

A faixa etária dos 60 aos 64 anos predominou entre os indivíduos atendidos no SAE, associada à evolução natural da doença e à introdução dos esquemas antirretrovirais. Aventa-se que esses idosos contraíram o vírus antes de entrarem para a terceira idade e, beneficiados por um tratamento farmacológico, que modifica a gravidade e a letalidade da aids, têm a oportunidade de aumentar sua expectativa de vida mesmo quando infectados pelo HIV.^{2,25}

O principal modo de transmissão relatado foram as relações heterossexuais, em concordância com outro estudo sobre idosos portadores do HIV.¹² Esse resulta-

do deve ser considerado nas abordagens de prevenção. Com as inovações farmacêuticas que tratam das disfunções e da impotência sexual, e considerando-se os aspectos fisiológicos da anatomia vaginal ocasionados pelo envelhecimento, como diminuição da elasticidade e lubrificação, idosos predisõem-se a lesões durante a relação sexual, dificultando o uso do preservativo.^{9,13,24}

Quanto à cor da pele, 88,7% consideram-se brancos, de acordo com os percentuais característicos da população brasileira portadora de aids nas diferentes faixas etárias¹² e estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas em 2011, quando 81,2% da população foi classificada como de cor da pele branca.²⁶

O nível de escolaridade dos idosos investigados foi baixo. A maioria apresentava escolaridade até 5 anos completos, o que pode dificultar a adesão ao tratamento e a compreensão da cadeia de transmissão do HIV.^{27,28}

Das doenças não transmissíveis encontradas nessa população, observou-se predomínio da hipertensão arterial sistêmica, (51,4%), seguido por depressão/ansiedade, dislipidemia, diabetes e cardiopatias. Idosos em geral são mais propensos a comorbidades que necessitam de tratamento contínuo com vários medicamentos e, por causa da aids, o uso de antirretrovirais poderá acarretar interações medicamentosas em seu organismo, como também dificuldade em utilizar todos esses medicamentos nos horários corretos.^{8,24}

Em relação às doenças oportunistas ou intercorrências apresentadas, destacaram-se a candidíase, seguida pela diarreia, anemia, pneumonia e tuberculose. Essas doenças e intercorrências são facilmente confundidas com sintomas associados a várias afecções comuns nessa faixa etária.^{1,29}

A realização da pesquisa a partir de fontes secundárias pode ter comprometido a qualidade dos dados obtidos. Mesmo após a revisão de outras fontes de dados, buscando complementação das variáveis pesquisadas, faltaram informações, o que limitou a análise de algumas variáveis; como 'escolaridade', em que houve 36,6% de perdas. Nesse sentido, uma das possíveis limitações do presente estudo foi o fato de cerca de 5% dos portadores diagnosticados com o HIV não terem se consultado no serviço onde se realizou esta pesquisa e sim em outros serviços especializados. No caso dos pacientes de clínicas privadas, todos foram incluídos no estudo, haja vista a necessidade de cadastramento no SAE para o acesso a exames e

medicação via Sistema Único de Saúde (SUS). Embora todos os casos tenham sido incluídos, a amostra avaliada foi pequena, o que limitou análises de medidas de associação. Embora 83,8% dos pacientes cadastrados no SAE/Pelotas fossem portadores de aids, pouco mais da metade foi notificada. Tanta subnotificação dos casos compromete a melhor avaliação do perfil epidemiológico desses pacientes, prejudicando o planejamento de medidas de prevenção primária voltadas às faixas etárias e grupos mais expostos à infecção.¹²

A maioria dos pacientes investigados sofreu infecção pela via sexual. Evidencia-se que a atividade sexual está presente em todas as idades e não pode ser ignorada pelos profissionais da saúde e pelas campanhas preventivas.

É crescente o número de pessoas idosas vivendo com o HIV/aids, favorecidas pela terapia antirretroviral. Os resultados desta pesquisa sugerem que a maioria das infecções ocorreu antes dos 60 anos de idade, demonstrando a necessidade de manter e

ampliar as medidas preventivas dirigidas à faixa etária mais vulnerável à infecção, identificada nesta pesquisa. Essas medidas incluem ações educativas, de proteção à saúde e diagnóstico mais precoce.

Agradecimentos

A todos os funcionários do Serviço de Assistência Especializada – SAE – e da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, pela colaboração na obtenção dos dados para a realização da pesquisa.

Contribuição das autoras

Affeldt AB, da Silveira MF e Barcelos RS participaram da coleta de dados, análise e redação do artigo.

Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery*. 2010 out-dez;14(4):712-9.
2. Kearney F, Moore AR, Donegan CF, Lambert J. The ageing of HIV: implications for geriatric medicine. *Age Ageing*. 2010 Sep;39(5):536-41.
3. Ministério da Saúde (BR). Revisão da definição nacional de casos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [citado 2014 jun 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_02revisao.pdf
4. Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. *Rev Gaucha Enferm*. 2010 set;31(3):450-7.
5. Sousa ACA, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com Aids. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2009;21(1):22-6.
6. Toledo LSG, Maciel ELN, Rodrigues LCM, Tristão-Sá R, Fregona G. Características e tendências da Aids entre idosos no Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010 mai-jun;43(3):264-7.
7. Lazzarotto AR, Deresz LF, Sprinz E. HIV/Aids e treinamento concorrente: a revisão sistemática. *Rev Bras Med Esporte*. 2010 mar-abr;16(2):149-54.
8. Kramer AS, Lazzarotto AR, Sprinz E, Manfroi WC. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. *Arq Bras Cardiol*. 2009 nov; 93(5):561-8.
9. Valcour VG, Shikuma CM, Watters MR, Sacktor NC. Cognitive impairment in older HIV-1-seropositive individuals: prevalence and potential mechanisms. *Aids*. 2004 Jan;18 Supl 1:79-86.
10. Ministério da Saúde (BR). *Bol Epidemiol DST Aids*. 2013 dez;2(1):1-64.
11. Ministério da Saúde (BR). *Bol Epidemiol DST Aids*: 2010 jul-dez, 2011 jan-jun;2012;8(1):1-159.
12. Godoy VS, Ferreira MD, Silva EC, Gir E, Canini SRMS. O perfil epidemiológico da Aids em idosos utilizando sistemas de informação em saúde do Datasus: realidades e desafios. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2008;20(1):7-11.
13. Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2012 jan-fev;65(1):110-5.
14. Duarte DV. Estudo sobre a prevalência do uso de medicamentos da ereção em adultos de Pelotas [dissertação]. Pelotas (RS): UFPEL; 2010.

15. Silva HR, Marreiros MC, Figueiredo TS, Figueiredo MLE. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com Aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 dez;20(4):499-507.
16. Girondi JBR, Zanatta AB, Bastiani JAN, Nothaft SS, Santos SMA. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2);302-7.
17. Brasil. Lei n. 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil* [Internet], Brasília (BR), 2003 out 3 [citado 2014 jun 9]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@: Rio Grande do Sul, Pelotas, censo demográfico 2010, resultados da amostra e características da população [Internet]. 2014 [citado 2014 jun 9]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431440&idma=90&search=rio-grande-do-sul|pelotas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->
19. Silveira ME, Santos IS, Victora CG. Poverty, skin colour and HIV infection: a case-control study from southern Brazil. *AIDS Care*. 2008 Mar;20(3):267-72.
20. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Kuchenbecker R, Barcellos NT, Ferreira J. Infecção pelo HIV em adultos. In: Duncan B, Shimidt MI, Giughianu E, Duncan MS, Giughliani C. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Vol. 2. Porto Alegre: Atheneu; 2013. p. 1492-7.
22. Bartlett JG, Gallant JE. Tratamento clínico da infecção pelo HIV. Vorsatz CM, tradutor. Rio de Janeiro: Viterbos; 2004. p. 1-2.
23. Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL, Castilho EA. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil. *Clinics*. 2007;62(5):579-84.
24. Sperotto SDM. Diagnóstico tardio e início do tratamento oportuno de HIV/AIDS na população do Rio Grande do Sul [dissertação]. Pelotas (RS): UFPEL; 2010.
25. Oliveira MLC, Paz LC, Melo GF. Dez anos de epidemia do HIV-Aids em maiores de 60 anos no Distrito Federal Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 mar;16(1):30-95.
26. Zanini RV, Araújo CL, Mesa-Martínez J. Utilização de adoçantes dietéticos entre adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011 mai;27(5):924-34.
27. Pottes FA, Brito AM, Gouvea GC, Araujo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2007 set;10(3):338-51.
28. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007 dez;10(4):544-54.
29. Sankar A, Nevedal A, Neufeld S, Berry R, Luborsky M. What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature. *AIDS Care*. 2011 Oct;23(10):1187-207.

Recebido em 11/06/2014
Aprovado em 05/01/2015