

Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com aids na grande São Paulo

Antônio Sérgio Melo Barbosa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Regina Alves Cardoso



São Paulo

2006

Dedico este trabalho a:

**Marcos, com sua impressionante capacidade de
compreender e cuidar;**

**Zilda (em memória), inspiradora do olhar dedicado
àqueles que, aos sessenta, apostam no recomeçar**

AGRADECIMENTOS

A Regina, excelente orientadora, sempre disponível a compartilhar seu conhecimento e experiência profissional.

Aos membros da banca, Aluísio Augusto Cotrim Segurado, Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, Maria Inês Batistella Nemes e Péricles Alves Nogueira pelas valorosas contribuições para a elaboração da versão final desta tese.

A meus professores no curso de Pós-graduação na FSP/USP e todos aqueles que se dedicam à causa da Saúde Pública neste País.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em especial aqueles que contribuíram para a realização do trabalho de campo nos serviços da rede especializada em DST/Aids.

Aos amigos e familiares que, direta ou indiretamente, contribuíram durante esta etapa de minha formação profissional.

A Givaldo, Josete e Ivana, meus queridos pais e irmã, que por princípio serão sempre co-responsáveis nas conquistas intelectuais que empreendo, pois sempre estimularam meu interesse pelo saber e por sua aplicabilidade.

Meu especial reconhecimento ao apoio de Marcos David Guerreiro e Beatriz Scaravelli, pelo inestimável apoio técnico e emocional, nas diversas fases do processo de construção da tese.

RESUMO

Algumas tendências têm caracterizado a epidemia de aids no Brasil, especialmente nos últimos anos. Observa-se um aumento na proporção de mulheres e de idosos entre os casos notificados. A porcentagem dos pacientes com 50 anos ou mais no diagnóstico aumentou progressivamente de 7% em 1996 para 13% em 2004. Entretanto, há uma carência de estudos enfocando idosos que vivem com aids, especialmente no que se refere à adesão dos mesmos à HAART (da sigla inglesa: Highly Active Antiretroviral Therapy).

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão dos idosos que vivem com aids aos anti-retrovirais e as associações entre esta adesão e características do tratamento e dos pacientes, incluindo a qualidade de vida dos mesmos, mensurada por meio do WHOQOL-abreviado.

Foram entrevistados 118 pacientes com sessenta anos ou mais, tendo sido considerado aderido todo aquele que informou ter tomado ao menos 95% dos comprimidos prescritos para os três últimos dias. Realizaram-se análises bivariada e multivariada por meio de regressão logística para investigar associações entre a adesão e as variáveis independentes.

A taxa de adesão verificada foi 80,5% (IC_{95%}: 72,2 - 87,2). Os pacientes mais aderidos foram aqueles com 60 a 69 anos, comparado aos com 70 anos ou mais; mais escolarizados; aposentados e usando no máximo de 5 comprimidos ARV/dia. A adesão mostrou associação limítrofe com sexo e nenhuma associação com os escores de qualidade de vida.

Estes dados podem contribuir para um melhor cuidado dos idosos vivendo com aids em tempos de HAART. Com a proporção crescente de pessoas já com 50 anos ou mais ao diagnóstico, e com o aumento da sobrevida dos pacientes, o número de idosos nos serviços especializados em aids crescerá continuamente. Estudos qualitativos poderão ajudar na melhor compreensão das tendências observadas na adesão deste grupo etário.

ABSTRACT

Some tendencies have characterized the aids epidemic in Brazil in the last years. An increasing proportion of women and elderly people has been observed among the cases. The percentage of patients aged 50 and over at the diagnosis increased steadily from 7% in 1996 to 13% in 2004. However, there is a lack of studies focusing the elderly living with aids and, particularly, their adherence to HAART(Highly Active Antiretroviral Therapy).

This study aimed at evaluating antiretroviral adherence among the elderly living with aids and its association with treatment' and patients' characteristics, including quality of life measured by the WHOQOL-brief questionnaire.

118 patients aged 60 and over were interviewed. Those who reported taking at least 95% of the prescribed pills in the past 3 days were considered adherent. Bivariate and multivariate analyses using logistic regression were performed to investigate associations between adherence and independent variables.

The adherence rate was 80.5% (95%CI: 72.2% - 87.2%). The most adherent patients were: 60-69 years old, compared with those aged 70 and over; higher schooling; retired and using a maximum of 5 ARV pills/day. Adherence showed borderline association with gender and no association with quality of life scores.

These results might contribute to better care the elderly living with aids in times of HAART. With the increasing proportion of people aged 50 and over at the diagnosis and the longer survival, the number of elderly in aids services will continue to grow. Qualitative studies should help to better understand the adherence tendencies observed in this age group.

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Conceituação e aspectos demográficos do envelhecimento	8
1.2 Perfil demográfico da aids no Brasil e no mundo	21
1.3 Assistência ao idoso com aids no Município de São Paulo	26
1.4 Terapia anti-retroviral do idoso com aids	30
1.5 Adesão ao tratamento anti-retroviral.....	36
1.5.1 Aspectos gerais sobre o conceito de adesão	36
1.5.2 Adesão ao tratamento anti-retroviral e fatores associados.....	42
1.6 Qualidade de vida como possível favorecedor da adesão	51
1.7 Qualidade de vida – conceito e formas de mensuração.....	54
2. OBJETIVOS	64
3. MÉTODO	65
4. RESULTADOS	73
4.1 Características da população estudada	73
4.1.1 Dados demográficos	73
4.1.2 Dados de escolaridade, renda e situação de trabalho.....	74
4.1.3 Dados sobre categoria de exposição.....	76
4.1.4 Dados sobre parceria e filhos	77
4.1.5 Dados sobre participação em projetos de apoio a portadores de HIV/aids ..	79
4.1.6 Dados sobre outros tratamentos de longa duração	80
4.1.7 Dados sobre qualidade de vida.....	81
4.2 Características do tratamento	82
4.2.1 Dados sobre local de tratamento	82
4.2.2 Dados sobre a terapia anti-retroviral	83

4.3 Caracterização da adesão ao tratamento anti-retroviral	86
4.4 Adesão e outras variáveis independentes	89
4.4.1 Adesão segundo características dos idosos	89
4.4.2 Adesão segundo características do tratamento	94
4.5 Análise multivariada: modelo logístico	96
5. DISCUSSÃO	97
6. CONCLUSÕES	118
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS

ARV – Anti-retrovirais

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DST/aids – Doença Sexualmente Transmissível e aids

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy

HIV – Human Immunodeficiency Virus

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ITRN – Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo

ITRNN – Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo

RME-DST/aids – Rede Municipal Especializada em DST/aids

SMS/SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

UDI – Uso de Drogas Injetáveis

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	23
Casos de aids em todas as faixas etárias (n) e na faixa etária de 50 anos ou mais (n e %), segundo ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.	
TABELA 2:	25
Taxa de incidência de aids em todas as faixas etárias e na faixa etária de 50 anos e mais, segundo ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.	
TABELA 3:	74
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. São Paulo, 2005.	
TABELA 4:	75
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo e renda. São Paulo, 2005.	
TABELA 5:	76
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo situação de trabalho. São Paulo, 2005.	
TABELA 6:	77
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo e categoria de exposição. São Paulo, 2005.	
TABELA 7:	78
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo parceria fixa e co-habitação com parceiro. São Paulo, 2005.	
TABELA 8:	79
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo a característica “ter filhos”. São Paulo, 2005.	
TABELA 9:	79
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo participação em ONG. São Paulo, 2005.	
TABELA 10:	80
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo realização de outros tratamentos prolongados. São Paulo, 2005.	
TABELA 11:	81
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=65), segundo influência de outros tratamentos prolongados na adesão aos ARV. São Paulo, 2005.	

TABELA 12:	83
Idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids, segundo local de seguimento. São Paulo, 2005.	
TABELA 13:	84
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo tempo de uso dos ARV. São Paulo, 2005.	
TABELA 14:	85
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo classe das drogas combinadas no esquema HAART. São Paulo, 2005.	
TABELA 15:	85
Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo número de comprimidos. São Paulo, 2005.	
TABELA 16:	86
Idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids, segundo queixa de lipodistrofia. São Paulo, 2005.	
TABELA 17:	87
Idosos em terapia ARV na RME-DST/aids, segundo adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005.	
TABELA 18:	88
Comparação dos idosos da RME-DST/aids segundo adesão ao tratamento anti-retroviral no ano corrente. São Paulo, 2005.	
TABELA 19:	90
Idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids(n=118), segundo sexo, faixa etária, escolaridade e adesão aos anti-retroviral. São Paulo, 2005.	
TABELA 20:	92
idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids (n=118), segundo características pessoais e adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005	
TABELA 21:	95
idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids, segundo características do tratamento e adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005.	
TABELA 22:	96
Risco de não adesão aos anti-retrovirais entre idosos em tratamento na RME-DST/aids, segundo características do paciente e do tratamento. São Paulo, 2005.	

LISTA DE QUADROS E FIGURA

QUADRO 1:	28
Serviços Municipais Especializados em DST/aids, segundo região da cidade, São Paulo, 2005.	
QUADRO 2:	81
Escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios de qualidade de vida entre os idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids. São Paulo, 2005.	
QUADRO 3:	82
Coefficiente de Fidedignidade de Cronbach dos domínios de qualidade de vida avaliados entre idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids. São Paulo, 2005.	
QUADRO 4:	93
Escores médios e respectivos desvios-padrão (dp) nos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref obtidos entre idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids, segundo adesão aos ARV. São Paulo, 2005.	
FIGURA 1:	29
Mapa de unidades de DST/aids, por macro-regiões. Município de São Paulo.	

APRESENTAÇÃO

Como estratégia de apresentação deste estudo, compartilho com o leitor um pouco da sofrida experiência de construção de uma tese de doutorado. Confirmei na própria pele o que antes imaginava ser apenas mito: a pressuposição de que todo crescimento é necessariamente doloroso. Nietzsche já apontava o engano de supor que a felicidade adviria da abolição da dor, que sem dor não haveria prazer e sem prazer não haveria felicidade. Não compartilho incondicionalmente desta e de algumas outras de suas idéias, mas admito que a realização deste trabalho científico proporcionou-me uma felicidade deveras dolorosa. Sem dúvida, muito gratificante.

A opção pela adesão ao tratamento da aids como principal objeto de investigação ocorreu de forma relativamente fácil. Quase diria que nasceu madura, se isto fosse possível! De fato, a percepção da escolha clara e irreversível pelo tema se deu exatamente quando o processo inconsciente havia dado lugar à compreensão de que não poderia estudar uma outra coisa neste momento de minha vida. Estava imerso em discussões e reflexões sobre os sucessos e fracassos das terapias anti-retrovirais em mais de um fórum, por razões profissionais e pessoais. Em cada um deles, a adesão ocupou indiscutível lugar de destaque. A definição dos recortes dados ao tema, para viabilizar a execução do projeto, exigiu decisões mais difíceis.

Por um lado, existia a necessidade de optar por algo factível dentro de um espaço de tempo previamente delimitado, já que se tratava de uma pesquisa vinculada a um programa de pós-graduação, com duração prevista inicialmente para três anos. Por outro, havia o intuito de produzir uma contribuição científica original, condizente com uma proposta de formação acadêmica no nível de doutoramento. Estes dois fatores se associaram na opção por trabalhar com um grupo etário

específico, e ao direcionar o foco para os idosos vislumbrei tanto as vantagens práticas de execução, quanto uma possibilidade de preencher lacunas no campo dos estudos sobre adesão em aids. Após esta definição preliminar, voltei-me com mais objetividade para a elaboração do instrumento para aferir a adesão dos idosos ao tratamento com anti-retrovirais e demais variáveis de interesse.

Senti-me desafiado diante do conceito de adesão, que remete a um terreno movediço. No campo da aids, incorpora ainda maior complexidade, devido às particularidades da rica construção social da própria doença. Acresceu-se também certa insegurança por vivenciar um redirecionamento em minha área de interesse, pois havia iniciado minha carreira como médico sanitaria e epidemiologista atuando mais regularmente no campo da Saúde do Trabalhador, área em que desenvolvi minha dissertação de mestrado. Apenas em anos mais recentes a aids e temas correlatos se tornaram centrais em minhas atividades profissionais e acadêmicas.

A figura de uma orientadora acolhedora e competente como Maria Regina Cardoso foi fundamental para que me mantivesse nos trilhos, mesmo numa complexa transição profissional. Após a qualificação do projeto, ocorrida em meados de 2003 pude incorporar importantes sugestões dos professores Ivan França Junior e Maria Inês Batistella Nemes. Ao seguir os passos desta última em suas bem sucedidas experiências no estudo da adesão no Brasil, e, em particular, no Estado de São Paulo, adquiri um pouco mais de confiança para empreender a nova trajetória. Assim, arrisquei ir um pouco além de mensurar a adesão dos idosos ao tratamento da aids, agregando o desafio de estudar esta adesão no contexto de vida mais amplo destes idosos, enfrentando a dificuldade de passar a lidar com este outro conceito, não

menos complexo, que é a “qualidade de vida”. Decidi adotá-la como forma de aproximação do contexto de vida dos idosos estudados.

Enquanto, na abordagem da adesão, parti sabendo onde queria chegar, na investigação sobre “qualidade de vida e adesão” arrisquei-me a “não sabendo muito claramente qual a minha pergunta, não compreender exatamente o significado das respostas”. Procurei investigar a existência de associação entre qualidade de vida e adesão. De fato, apenas ao final da pesquisa tornou-se claro que, mesmo que tal associação fosse confirmada, ela não deveria ser explicada a partir de uma lógica causal. Poderia haver aspectos da vida do idoso favoráveis, ao mesmo tempo, à adesão e à qualidade de vida. Os dois conceitos – adesão e qualidade de vida – seriam formas de mensuração de resultados, sendo outras as variáveis a considerar como fatores causais para ambos.

Julgo haver cumprido o objetivo de mensurar a adesão dos idosos aos anti-retrovirais, caracterizando a mesma em relação a: fatores demográficos, sócio-econômicos, e de qualidade de vida, assim como a aspectos ligados à própria terapia.

Quanto à utilização do conceito de qualidade de vida como forma de aproximação do contexto de vida dos idosos, considero-me satisfeito com a escolha, entretanto, avalio que o conceito de qualidade de vida, tão complexo e multidimensional, não deve ser tratado na perspectiva de uma variável explicativa da adesão, como foi minha proposição inicial.

Guiei-me pela hipótese de que a avaliação de qualidade de vida permite uma aproximação dos contextos de vida favoráveis á adesão. Apenas não percebi, a priori, que esta aproximação não deveria ser interpretada como um indício de que a adesão

era responsável pela qualidade de vida. Menos ainda, que a boa qualidade de vida seria a causa direta de uma boa adesão.

Ao final, foi constatada ausência de associação entre adesão e qualidade de vida. Este resultado merece investigações adicionais, integrando estudo com abordagens metodológicas qualitativas, capazes de promover maior aprofundamento do tema da adesão dos idosos aos anti-retrovirais. Tais estudos ajudarão a compreender melhor cada uma das tendências aqui observadas.

Parte da ausência de associação entre adesão e qualidade de vida pode se dever à inadequação do instrumento de mensuração da qualidade de vida para caracterizar o contexto de vida dos idosos nos aspectos que ajudariam a compreender os motivos de serem eles mais aderidos ao tratamento. Talvez isto fosse possível, ainda que parcialmente, com o desenvolvimento de um instrumento especificamente voltado para a avaliação da qualidade de vida de idosos com aids.

Alguns aspectos da organização de vida dos idosos, especialmente após a aposentadoria, parecem influenciar favoravelmente a adesão e, em sua complexa subjetividade, também merecem ser contemplados em investigações complementares.

Ao investigar a hipótese, que acabou sendo confirmada, de que a aposentadoria seria fator de proteção contra não adesão, concentrei-me na perspectiva de que a vida menos atribulada com preocupações de ordem laborativa abriria espaço para um maior foco nas questões de saúde, possibilitando maior adesão a tratamentos médicos de forma geral.

1. INTRODUÇÃO

Entre as tendências que caracterizam a epidemia de aids no Brasil, especialmente nos últimos anos, destaca-se o aumento na proporção de idosos e de mulheres entre os casos notificados.

A porcentagem de pessoas que, no momento do diagnóstico de aids, estavam na faixa etária de cinquenta anos ou mais foi de 7% em 1994. Em 2004, após progressivo crescimento, chegou a 12% [BRASIL, 2005]. Apesar disto, há uma carência de estudos voltados para pessoas idosas vivendo com aids e, em particular, à adesão destes aos seus tratamentos com antiretrovirais (ARV).

Desde 1996, com a utilização da terapia anti-retroviral de alta potência, comumente designada pela sigla inglesa HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), a aids passou a apresentar comportamento e demandas de cuidados semelhantes às doenças crônicas. Entre os idosos as propostas de HAART seguem princípios estabelecidos para os adultos em geral, se defrontando com os desafios de garantir a adesão a um tipo de tratamento que se propõe durar para toda a vida.

A constituição da adesão como campo teórico abrangeu vasto aporte de concepções em torno de importantes questões científicas, que incluem o tema da adesão a medicamentos, assim como a práticas comportamentais como dietas alimentares, sexo seguro, para citar alguns poucos exemplos.

Neste estudo enfocou-se o conceito de adesão ao tratamento ARV na perspectiva de uma condição passível de ser mensurada a partir da auto-referência dos idosos sobre o uso de tais medicamentos.

Estudos anteriores já haviam evidenciado associação positiva entre maior

adesão aos medicamentos ARV e aumento da faixa etária [GORDILLO *et al.*, 1999; CHESNEY, 2000; MOLASSIOTIS *et al.*, 2002; NEMES *et al.*, 2004], entretanto, nenhum deles enfocou especificamente a população idosa.

Um outro conceito abordado foi o de qualidade de vida, utilizado na busca de uma aproximação de aspectos do contexto de vida dos pacientes em uso de ARV que pudessem estar associados à adesão ao tratamento. Pareceu plausível alcançar tal apropriação do contexto de vida investigando a percepção que os próprios doentes têm sobre aspectos considerados essenciais à vida humana. Isto remeteu ao conceito proposto pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da própria OMS (grupo WHOQOL), que será apresentado adiante, em revisão bibliográfica específica sobre qualidade de vida.

Por toda a trajetória de realização desta pesquisa manteve-se ciência do desafio presente na intenção de abordar, de forma objetiva, dois conceitos tão complexos - adesão e qualidade de vida - especialmente quando articulados com a aids, doença já caracterizada por uma construção social rica de particularidades.

De modo semelhante ao que se observa em relação aos estudos sobre aids entre idosos, também é marcante a carência de estudos abordando qualidade de vida em pessoas idosas [CANINI *et al.*, 2004]. Há vasta literatura especializada no envelhecimento, mas sem as pontes específicas para o tema da qualidade de vida em pessoas vivendo com aids.

Quanto à questão, ainda mais específica, de possível associação entre qualidade de vida e adesão dos idosos a anti-retrovirais, deve-se destacar a ausência de referências em levantamento recente utilizando diversas bases de pesquisa

bibliográfica.

Considerando que o contexto de vida dos idosos poderia ser aproximado a partir da avaliação de qualidade de vida, pressupôs-se inicialmente que a qualidade de vida seria um possível fator de adesão. Contextos favoráveis melhorariam a qualidade de vida, melhorando a adesão.

A influência na direção oposta, da adesão levando à melhor qualidade de vida, costuma ser aceita com mais facilidade, sendo condizente com a tese defendida por TOSTES [1998], para quem a abordagem da qualidade de vida baseada em avaliações que partem da percepção do próprio sujeito sobre diversos aspectos de sua vida pode ajudar na análise do impacto da doença sobre os pacientes e das estratégias terapêuticas utilizadas no cuidado dos mesmos. Aderir ao tratamento poderia, embora não necessariamente, conduzir à redução de queixas clínicas, melhorando a auto-avaliação do paciente sobre sua qualidade de vida.

PENEDO *et al.* [2003] estudaram homens e mulheres de diversas faixas etárias vivendo com aids, quanto à associação entre três variáveis: qualidade de vida, adesão a anti-retrovirais e personalidade. Foi observada associação entre boa adesão e escores elevados nos aspectos ligados ao que designaram de “domínio de funcionamento geral”. Tal domínio contemplava vários tipos de atividade: físicas, laborativas, sociais, etc.

Em suas considerações finais PENEDO *et al.* [2003] apontaram a necessidade de novas investigações sobre qualidade de vida e personalidade, como formas de impactar a adesão aos anti-retrovirais.

Na seqüência, são apresentados os principais temas que orientaram a projeção

e execução da presente pesquisa. Foram separados em sete vertentes bibliográficas que compuseram a revisão de literatura empreendida.

1.1 Conceituação e aspectos demográficos do envelhecimento

1.2 Perfil demográfico da aids no Brasil e no mundo

1.3 Assistência ao idoso com aids no Município de São Paulo

1.4 O idoso com aids e sua terapia anti-retroviral

1.5 Adesão ao tratamento anti-retroviral e fatores associados

1.6 Qualidade de vida como possível fator de adesão aos ARV

1.7 Qualidade de vida - conceito e formas de mensuração

1.1. Conceituação e aspectos demográficos do envelhecimento

"Eu não sinto a idade, são os outros que a sentem em mim".

Jean Paul Sartre

A perspectiva de que os idosos que vivem com aids apresentam adesão ao tratamento superior à observada entre os mais jovens [GORDILLO *et al.*, 1999; CHESNEY, 2000; MOLASSIOTIS *et al.*, 2002; NEMES *et al.*, 2004] remete à pesquisa bibliográfica sobre envelhecimento e contexto de vida das pessoas idosas, numa tentativa de identificar possíveis explicações para tal tendência. Antes, porém, faz-se necessário escolher uma dentre as diversas possíveis definições de idoso.

Uma delas, sem dúvida a mais frequentemente adotada nas análises epidemiológicas, é a que se baseia no critério cronológico.

Ao serem adotadas conceituações de envelhecimento que enfocam a idade

cronológica, os indivíduos são agrupados em relação a características consideradas comuns a todos que se encontram naquela determinada faixa etária e é levada em conta uma série de condições compartilhadas por eles naquele momento de suas vidas. O envelhecimento, no entanto, pode ser compreendido como um conceito bem mais abrangente.

KERTZMAN [2004] lembra que existem muitas teorias sobre o envelhecer, podendo as diferentes linhas de abordagem ser classificadas de acordo com quatro grandes vertentes: biológica, psicológica, sociológica e espiritualista.

Esta mesma autora enfatiza, também, que algumas dessas teorias incorporam visões mais positivas do envelhecimento e não deixam de reconhecê-lo como um processo cercado de ganhos e perdas, embora uma maioria insista em tratar da velhice como uma fase da vida associada essencialmente a mudanças morfo-funcionais, decrepitude e decadência.

Muitas concepções associam o envelhecimento à idéia de se atingir uma idade marcada pela falta de perspectivas. Estas noções são excessivamente concentradas nas transformações, inegáveis, das condições físicas acarretadas pelo processo biológico do envelhecimento. O envelhecer torna o idoso mais suscetível a alterações no estado de saúde. A população mais idosa apresenta, por exemplo, maior incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas.

NERI *et al.* [2004] resumiram a tendência que historicamente marcou as visões do envelhecimento utilizando a expressão “biomedicalização da velhice”. Para estes autores, no século XX a medicina consolidou seu poder como campo profissional, como disciplina e como visão de mundo.

Ao se estabelecer uma forte associação entre a medicina e a ciência, a “ciência médica” teve suas concepções e ações legitimadas a ponto de ver respaldada, assim, sua influência sobre a vida social.

O modelo biomédico difundiu-se amplamente no campo do envelhecimento, afetando os rumos da pesquisa e das intervenções relativas aos idosos, assim como as atitudes, práticas e políticas sociais em relação à velhice.

A construção social da velhice como um problema médico focaliza as doenças do idoso conforme a prática clínica e procura circunscrever nesta abordagem os problemas básicos da velhice, tanto biológicos como sociais.

Embora esta tendência já seja combatida por diversos geriátras e gerontólogos no Brasil e no mundo, ainda traduz um pensamento freqüente entre médicos e outros profissionais da saúde.

Ao associar a enfermidade com a velhice, a medicina faz a sociedade perpetuar imagens da velhice como doença ou anormalidade. Neste contexto, derivou-se uma série de preconceitos e práticas discriminatórias exercidas não apenas por leigos, mas também por grupos profissionais e instituições sociais. Entre eles, destacam-se:

- (a) **generalizações**, como a crença de que todos os idosos são doentes, ou, que a velhice é uma doença;
- (b) **simplificações**, exemplificadas na idéia de que o envelhecimento é um processo unitário, que ocorre da mesma forma em todas as pessoas e com os mesmos resultados;
- (c) **reducionismos**, que são ilustrados na noção de que o modelo biomédico dá

conta de explicar completa e satisfatoriamente o envelhecimento.

Apesar de existirem muitos idosos com boa saúde, condição financeira estável, aceitação social e atendimento igualitário aos direitos, persistem preconceitos que associam o envelhecimento às idéias de condição desfavorável de vida e de adoecimento.

NERI *et al.* [2004] também chamaram a atenção para a existência das chamadas “concepções de envelhecimento bem sucedido”, exemplificado em autores como ROWE & KAHN [1997,1998], *apud* FREIRE & REZENDE [2001], que abordaram o envelhecimento no contexto de uma “utopia da Grande Saúde”.

A preocupação com o envelhecimento, e com a imortalidade, esteve presente na humanidade desde épocas bem remotas, conforme mostraram ALMEIDA [1928] & LEME [1996], *apud* KERTZMAN [2004]. Já no século XIV os alquimistas buscavam a pedra filosofal, o elixir da longa vida. Os egípcios, gregos e romanos eram fascinados com o sonho de conservar e alargar os limites da vida humana, empregando métodos aparentemente bizarros para os dias de hoje, como vomitórios e sudoríferos, além da “gerocomia”, um método que consistia em manter os indivíduos velhos e aquebrados em contato com pessoas jovens e bem dispostas.

ALMEIDA [1928], *apud* KERTZMAN [2004], também se reportou a Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, lembrando que o mesmo aconselhava a regularidade na vida e nas suas funções, o contato com o ar fresco, o uso de banhos e exercícios corporais combinados com massagem, como meios conducentes à longevidade. Estas parecem ser as raízes do que hoje são consensos em termos de indicações para uma boa saúde. A ginástica, preconizada desde tempos hipocráticos,

continua entre as recomendações, assim como o controle alimentar e o controle dos excessos.

Todas as recomendações para um bom envelhecer, aparentemente tão atuais, têm elementos que se identificam com o discurso médico e suas vicissitudes ao longo dos séculos.

Em contraposição a todos os preconceitos e concepções negativas da velhice, que resultam da medicalização do envelhecimento, está a compreensão da velhice como uma fase da vida em que há perdas, mas que também resguarda a possibilidade de desenvolvimento, sendo possível envelhecer com saúde e boa qualidade de vida. Esta é a idéia que, como já mencionado, vem sendo defendida por geriátras e gerontólogos nacionais e internacionais. Nesta abordagem, a saúde é tomada como algo dinâmico que:

“exige a construção sempre inacabada de um equilíbrio entre todos os fatores e forças que atuam na vida (...) consistindo, portanto, na capacidade de ser pessoa, livre e determinada em qualquer situação ...” [NERI *et al.*, 2004].

Para MORAGAS [1998] há três grandes concepções da velhice:

- (1) **velhice cronológica:** baseada na idade marcada para a aposentadoria, definida pelo fato de se atingir certa idade convencional, normalmente em torno dos sessenta anos;
- (2) **velhice funcional:** que corresponde ao uso do termo “velho” como sinônimo de incapacidade ou limitação;

(3) velhice como etapa vital: baseada no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa. Esta etapa possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores.

Estas três concepções contemplam importantes aspectos do envelhecimento, pois “se a idade cronológica é um dado objetivo, a vivência etária é individual e subjetiva, assim como a vivência de cada um é individual e culturalmente marcada em cada sociedade”.

Um outro aspecto que, segundo KERTZMAN [2004], torna o conceito de envelhecimento ainda mais complexo é a questão da identidade, pois muitos daqueles que são incluídos na faixa etária considerada como de idosos nem sempre reconhecem a si mesmos como tal.

As diversas conceituações de velhice merecem ser consideradas no momento em que se elege os idosos como população para um estudo epidemiológico. De que idosos se estará falando? Que critérios serão utilizados para incluir os indivíduos nesta categoria conceitual? Uma das escolhas mais freqüentes é a adoção do critério cronológico. Apesar de objetivo, tal critério não é preciso, pois a definição da idade a partir da qual o indivíduo deve ser considerado idoso é arbitrária.

PASCHOAL [1996] destaca que os fatores sócio-econômicos fazem com que os membros de uma sociedade apresentem os sinais de envelhecimento, com suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas. Lembra também que na maioria da literatura geriátrica e gerontológica é aceito o ponto de corte de sessenta e cinco anos. Este corresponde ao recorte etário adotado pela Organização Mundial de Saúde para países desenvolvidos. Em relação aos países em

desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adotam-se os sessenta anos como idade de transição para o segmento idoso da população.

Fazemos a ressalva de que tais definições não distinguem os idosos entre si, e, portanto, não consideram uma segmentação cronológica que alguns autores fazem, diferenciando os “pouco idosos” dos “muito idosos”. Com o aumento da expectativa de vida, a população passou a atingir níveis etários bem maiores, sendo possível adotar categorias que passaram a ser chamadas de “terceira idade”, que estaria mais ou menos circunscrita entre os sessenta e oitenta anos e a “quarta idade”, que inclui as pessoas acima de oitenta. Estas nomenclaturas são bem abordadas por autores como DEBERT [1999] e PEIXOTO [1998] que inclusive apontam muitas de suas contradições.

A situação atual do idoso no Brasil se mantém próxima à descrita acima: de um lado há preconceitos associados à biomedicalização do envelhecimento e, de outro, avanços e conquistas estimuladas pelas correntes que defendem a outra forma de encarar o envelhecimento. Assim, alguns avanços foram alcançados no sentido dos idosos poderem contar, não com privilégios, mas com a garantia de direitos e o reconhecimento de sua condição de cidadão. Entre eles, citamos a conquista representada pelo Estatuto do Idoso, regido pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 [BRASIL, 2003].

Segundo VILAS BOAS [2005] este documento legal representou uma coletânea de normas das mais diversas espécies legislativas. Houve uma fusão de princípios buscados na Constituição Federal, Códigos, Leis Ordinárias, Decretos, Regulamentos e Normas Técnicas. Assim, considera que a lei, tecnicamente, não teria formado de fato um Estatuto ou um Código, mas uma consolidação

propriamente dita. Ele complementa:

“Fosse a Lei do Idoso um Estatuto, como se pretendeu, certamente toda a construção retórico-finalista apresentaria-se por uma seqüência de atos e fundamentos próprios, inéditos envolta em terminologia típica e cuidados institucionais”. E conclui que, em vez disto, teria sido feito um “apanhado de retalhos em outras fontes legislativas”.

Após haver tecido estas considerações sobre os aspectos formais do documento, VILAS BOAS [2005] também destacou alguns de seus méritos. Dentre eles, a característica de, por um lado, reforçar princípios relevantes e já conservados na memória coletiva e, por outro, inovar, ao tratar de novas questões e direitos garantidos aos maiores de sessenta anos. Para citar alguns poucos exemplos: vagas gratuitas nos transportes coletivos para idosos de pequena renda; reserva de 3% das unidades residenciais nos programas de habitação; desconto de 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer; garantia de 5% das vagas nos estacionamento públicos e privados; benefícios sociais e previdenciários; prioridade na tramitação dos processos, procedimentos e atos de diligências judiciais, em qualquer instância.

Ao tratar, em seu Artigo V, Parágrafo 1º, do direito à assistência geriátrica e gerontológica, o Estatuto do Idoso também retoma uma questão já incorporada à Política Nacional do Idoso, e que se materializou na Lei nº 8.842/94, servindo de alerta para escolas públicas e privadas que passaram a incluir ambas como disciplinas curriculares de diversos cursos superiores da área de saúde. Outro ponto incluído em seu vasto repertório foi a regulamentação das obrigações das entidades

de atendimento, que foram submetidas à responsabilização administrativa, civil e penal por atos danosos porventura praticados. Em síntese, para VILAS BOAS [2005] o Estatuto do Idoso representou “um forte braço de proteção aos sexagenários e seus anos seguintes”.

Outro aspecto importante a considerar quando se aborda a temática do idoso na atualidade são os dados demográficos. Tem se verificado como tendência na distribuição etária no Brasil o acelerado envelhecimento populacional, o que justifica a necessidade de um olhar atento da comunidade científica brasileira para a saúde da população idosa.

Aqui, quando se fala em envelhecimento populacional, está sendo feita referência a um processo de transição demográfica expressa pelo aumento da participação dos idosos na configuração da população em geral. PASCHOAL [1996] lembrou que no mundo inteiro tem se verificado o envelhecimento populacional, associado a dois fatores principais: (1) diminuição da mortalidade, com aumento da expectativa de vida e (2) diminuição da fecundidade.

Para ilustrar esta tendência de envelhecimento populacional, o mesmo autor menciona a mudança sofrida na pirâmide etária de diversos países. Também aponta algumas importantes estatísticas com relação especificamente ao Brasil:

- ✓ Uma importante alteração na distribuição etária da população ocorrida a partir da década de 1980. A faixa de 60 anos e mais, que no começo do século XX representava apenas 3,3% da população, aumentou gradativamente: em 1940 chegou a 4,1%; em 1970 a 5,1% e em 1980 a 6,1%. Em 1991 já representava 7,4% dos brasileiros. Para a virada do século XXI foi estimada uma proporção de

8,3%. Há expectativa de que chegue a 15,1% em 2025.

- ✓ O número de idosos em 1980 perfazia 8 milhões de pessoas e no censo de 1991 já somava 10,6 milhões. Estimou-se que chegariam a 14 milhões por volta de 2001 e a 32 milhões em 2025. Se estas expectativas se confirmarem, o Brasil atingirá, naquele ano, o sexto lugar na classificação dos países com maior número de idosos.

PASCHOAL [1996] também chamou a atenção para o fato de que este aumento na quantidade, assim como na proporção de anciãos, poderá desencadear uma série de problemas sociais, políticos e econômicos, especialmente se as sociedades não se prepararem para lidar com tais mudanças demográficas. E lembra que a atenção à saúde dos idosos deve ser destacada entre as ações voltadas para preparar a sociedade para lidar com esta nova realidade.

Uma questão específica de saúde do idoso que mais recentemente passou a merecer atenção especial foi a inclusão deste grupo etário na pauta de discussões sobre o enfrentamento da aids. Uma das principais justificativas para isto foi a mudança no perfil etário da epidemia. Proporcionalmente, houve aumento dos idosos entre os indivíduos diagnosticados com aids nos últimos anos.

Um dos motivos que explicam esta tendência foi o atraso na percepção da importância de ações de prevenção de aids voltadas especificamente para esta população. Isto se deu no Brasil, assim como em diversos outros países.

Nos Estados Unidos, por exemplo, STALL & CATANIA [1994] mostravam, no início da década de 1990, índice muito baixo de uso de preservativo nas relações sexuais, bem como de realização de testes para detecção de HIV entre os maiores de

cinquenta anos que referiam comportamentos de risco para a infecção pelo HIV. No final desta mesma década outro estudo [CHIAO, 1999] mostrou resultados ainda muito semelhantes. Estes mesmos autores lembraram que, naquela época, 10% dos casos de aids diagnosticados naquele país correspondiam a pessoas com idade de cinquenta anos ou mais.

No Brasil, FEITOSA *et al.* [2004] também apresentaram dados da cidade de Fortaleza, no Ceará, que reforçam a idéia de ter havido retardo na implementação de ações preventivas específicas para os idosos, o que favoreceu a mudança de perfil etário dos indivíduos infectados pelo HIV naquele município. Numa série histórica de 1991 a 2001, eles mostraram que até 1998 houve uma curva ascendente de incidência de aids neste grupo etário. A partir de 1999 iniciou-se uma queda. Se compararmos estes resultados com os dados do país como um todo, observamos tendência muito semelhante. Vale ressaltar que a tendência de queda nas incidências de aids a partir de 1998 não é exclusiva desta faixa etária [BRASIL, 2005].

Ao contrário, o que se observa efetivamente é que nas faixas etárias mais elevadas tal queda se manifesta em uma velocidade inferior à dos grupos mais jovens. Isto se expressa no aumento da proporção de idosos entre os infectados.

A série histórica das notificações de casos de aids do Brasil entre 1994 e junho de 2005 mostra aumento contínuo da proporção dos idosos. A proporção daqueles que tinham cinquenta anos ou mais no momento do diagnóstico era 6,5% em 1994. Após aumento progressivo atingiu 11,6% em 2004 e 11,8% em 2005 [BRASIL, 2005].

Como detalharemos no próximo tópico, a mesma tendência tem sido

observada no Município de São Paulo, havendo aumento progressivo da participação dos idosos nos anos mais recentes [SÃO PAULO, 2005].

A abordagem mais apropriada do envelhecimento em seus diferentes aspectos inclui na pauta de discussão, entre outros, o tema da sexualidade dos idosos. Pressupõe-se uma visão do envelhecimento menos marcada pelos velhos preconceitos, ainda freqüentes, associados à idéia de que pessoas idosas não têm vida sexual ativa.

Tais mitos devem ser superados, mas essa mudança tem se dado de forma lenta e gradual. Embora os papéis sexuais tenham mudado e haja mais liberdade de expressão sexual desde os anos sessenta, ainda é comum o estereótipo de que as pessoas mais velhas são fisicamente sem atrativo, desinteressadas em sexo e incapazes de alcançar estímulo sexual [HALL et al., 1982].

VASIL & WASS [1993] destacam que isto tem grande relação com a influência que os meios de comunicação exercem nas visões e atitudes da sociedade. Definições sociais e culturais de sexualidade e envelhecimento refletem na percepção das pessoas mais velhas sobre elas mesmas. Lembram também que educação sobre envelhecimento e sexualidade é essencial para aqueles que são responsáveis por retratar imagens de pessoas mais velhas em todas as formas de mídia.

Artigo publicado na imprensa paulistana em 2005* destacou referências feitas por representantes de algumas instituições não governamentais sobre os tabus e preconceitos envolvendo a pretensa assexualidade dos idosos, uma idéia explicitada nas falas de alguns idosos entrevistados. Eles contaram como, diante do diagnóstico

* Matéria do Estado de São Paulo, de 01/05/200, intitulada: "Aids se alastra entre os mais idosos".

de HIV/aids, tiveram que lidar com reações de incredulidade por parte dos membros da família, assim como dos próprios médicos. Um dos exemplos foi o caso de C. S. S, doméstica aposentada, 60 anos, infectada com parceiro, após morte do marido:

"O médico me perguntou se foi transfusão de sangue. Não acha que velho pega a doença. Minha filha, então, ficou muito revoltada comigo"... "Eu namorei e achava que não precisava me cuidar porque estava velha. Mas não vou me entregar para essa doença. Tento ajudar quem passa por isso também e acaba sendo renegado pela família. Tem um senhor de 93 anos que ficou sozinho. Tem uma senhora que foi espancada pelos filhos"

Ouviram também a aposentada B. P., 59 anos, que hoje se dedica a fazer palestras e orientar mulheres na mesma condição, e foi outra a enfrentar o espanto da família quando descobriu a doença, após a morte do marido por HIV:

"Meu filho falou: 'Mãe, eu nasci na época da aids e me choca mais a senhora ser sexuada do que estar com a doença', ... Nós somos da geração das mulheres que se casaram virgens, nos casamos com um príncipe encantado. Agora, descobrimos que ele transmitiu a doença para nós. E de repente nos vemos com HIV..."

1.2. Perfil demográfico da aids no Brasil e no mundo

Como já mencionamos no tópico anterior, tem chamado a atenção o aumento da participação dos idosos entre os afetados pelo HIV/aids. Este processo de “envelhecimento” da epidemia encontra-se entre as quatro principais tendências verificadas no perfil demográfico da aids ao longo dos anos, paralelo aos processos de feminização, interiorização e pauperização que também podem ser constatados nos dados do Boletim Epidemiológico de Aids de 2005 do Ministério da Saúde [BRASIL, 2005]. Dentre as informações deste documento merecem destaque:

- ✓ Houve mudança na razão homem/mulher observada entre os adultos (idade de 13 anos ou mais). Em 1985 havia uma razão de 26,5 homens para cada mulher. Desde então, a razão de sexo decresceu progressivamente, chegando a 1,5 em 2004 e 1,4 em 2005.
- ✓ Quanto à distribuição geográfica, a epidemia que inicialmente se caracterizou como regional, restrita a centros metropolitanos e a segmentos populacionais específicos, passou a uma epidemia nacional. Em 2001 já havia atingido cerca de 62% dos 5.548 municípios brasileiros. O número de municípios com pelo menos um caso de aids notificado era de 327 em 1987. Em 2004 este número subiu para 4.163, ou seja, 74,9% dos 5.561 municípios brasileiros do período.
- ✓ Também foi destacada, como sendo uma tendência nacional, a manutenção do processo de crescimento da epidemia entre as populações consideradas mais vulneráveis sócio-economicamente. Foi salientado o aumento da proporção de casos entre os de raça/cor “parda” e redução entre os “brancos”.
- ✓ Em relação à faixa etária, verificou-se ao longo dos anos um aumento na

proporção de pessoas que no momento do diagnóstico se encontravam na faixa etária de cinquenta anos ou mais. Eles corresponderam a 2% dos casos diagnosticados em 1993. Houve um aumento progressivo com o passar dos anos e em 2004 tal proporção já se encontrava em cerca de 12%.

Os dados epidemiológicos de aids do Município de São Paulo apresentam tendências semelhantes às verificadas no âmbito nacional. A epidemia também apresenta características de feminização e envelhecimento [SÃO PAULO, 2005].

A razão de sexo, em 1983, era de 23 homens para uma mulher. Sofreu uma queda ao longo dos anos e, a partir de 1998, tem se mantido em torno de dois homens para cada mulher.

Quanto à escolaridade, observa-se que entre os casos notificados na década de 1980 que têm registro desta informação, 25,5 % são classificados como tendo estudado 12 ou mais anos. Para os casos da década de 1990 esta proporção fica em torno de 12,1%. Em relação aos casos registrados nos quatro primeiros anos da década seguinte a proporção é de 12,0%.

Esta tendência, que tem sido associada ao fenômeno alcunhado de “pauperização da epidemia”, merece análises cuidadosas. Apesar de ser nítida em relação ao nível superior de escolaridade (12 ou mais anos), não se manifesta para os níveis de escolaridade vistos num conjunto. Para ambos os sexos têm crescido as proporções de casos na faixa de 8 a 11 anos, em comparação com as faixas com escolaridade menor. Isto tem ocorrido também no Estado de São Paulo, assim como no Brasil como um todo. Os técnicos das equipes de vigilância da aids nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) têm debatido as possíveis explicações

deste fenômeno, e sua contradição com o discurso mais generalizado de migração da epidemia para pessoas menos escolarizadas.

O perfil etário dos indivíduos atingidos pela epidemia mostrou aumento progressivo da participação dos idosos, com intensificação nos anos mais recentes [SÃO PAULO, 2005].

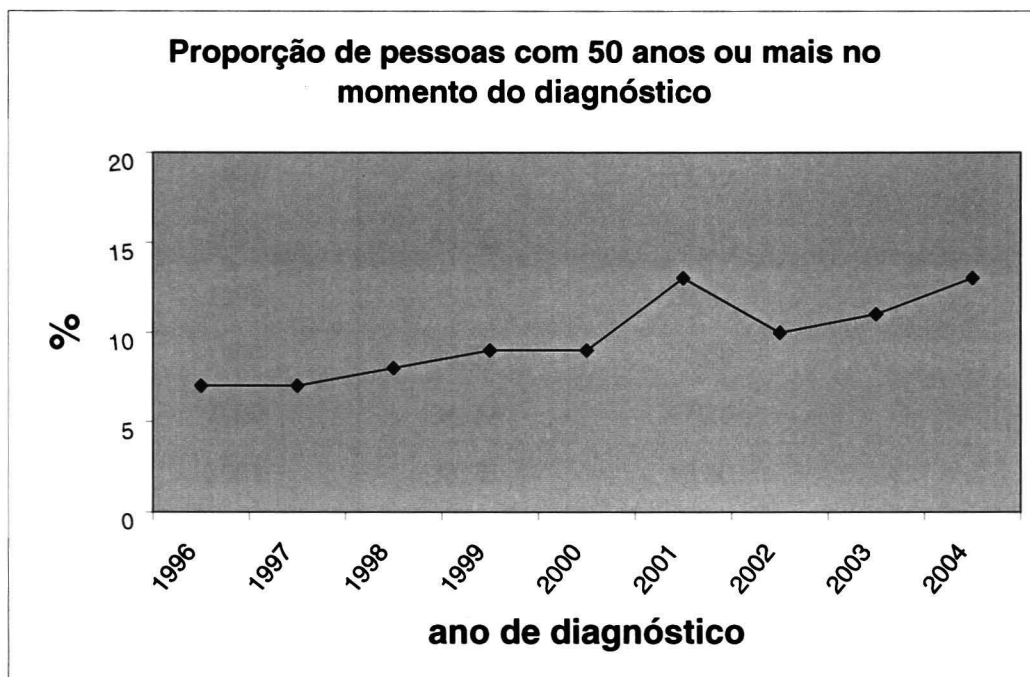
Em 1996 a proporção de indivíduos notificados com aids que tinham cinquenta anos ou mais no momento do diagnóstico era de aproximadamente 7%. Esta proporção apresentou aumento progressivo e, em 2004, já se encontrava em 13% (Tabela 1 e Gráfico 1).

TABELA 1: Casos de aids em todas as faixas etárias (n) e na faixa etária de 50 anos ou mais (n e %), segundo ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.

Ano de diagnóstico	Todas as faixas etárias (n)	Faixa etária de 50 anos e mais	
		(n)	(%)
1996	4311	301	7
1997	4489	325	7
1998	4668	391	8
1999	4135	369	9
2000	3575	314	9
2001	2541	340	13
2002	3312	347	10
2003	2955	325	11
2004	2276	304	13

Fonte: SINAN/CCD/COVISA

GRÁFICO 1: Proporção de pessoas com 50 anos e mais entre os diagnosticados com aids, por ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.



Fonte: SINAN/CCD/COVISA

As variações nas incidências de aids nestes anos apresentaram tendências diferentes se compararmos a população como um todo com a população específica de 50 anos e mais.

Na população das diversas faixas etárias observou-se uma curva marcadamente decrescente da incidência a partir de 1998. Neste ano a incidência por 100.000 habitantes foi de 45, caindo progressivamente até o patamar de 21, em 2004 (Tabela 2 e Gráfico 2). No grupo de 50 anos e mais esta tendência não foi tão clara e, ao longo dos anos, as incidências não manifestaram a mesma velocidade de queda, tendo inclusive ocorrido aumento de incidência em alguns dos anos intermediários da série histórica. A incidência por 100.000 habitantes que em 1996 era de aproximadamente 18, em 2004 estava em torno de 14 (Tabela 2 e Gráfico 2).

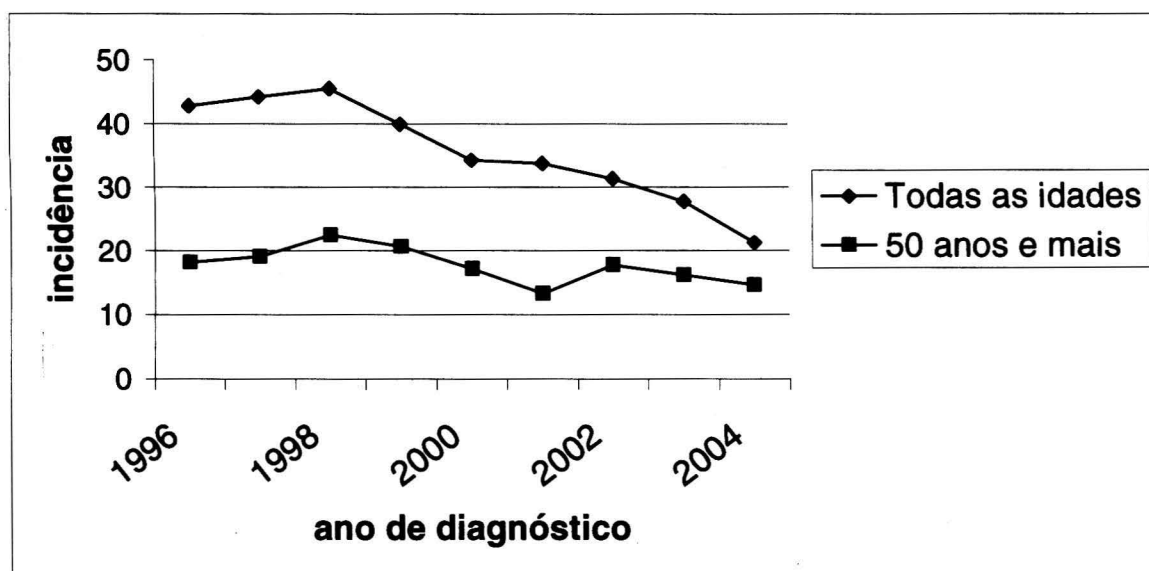
TABELA 2: Taxa de incidência* de aids em todas as faixas etárias e na faixa etária de 50 anos e mais, segundo ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.

Ano de diagnóstico	Incidência em todas as idade	Incidência entre os com 50 anos e mais
1996	42,94	18,17
1997	44,30	19,15
1998	45,61	22,47
1999	40,02	20,69
2000	34,29	17,20
2001	33,76	13,30
2002	31,39	17,82
2003	27,84	16,17
2004	21,31	14,65

Fonte: SINAN/CCD/COVISA

* Número de casos diagnosticados no ano por 100.000 habitantes

GRÁFICO 2: Taxa de incidência* de aids em todas as faixas etárias e na faixa etária de 50 anos e mais, por ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 1996-2004.



Fonte: SINAN/CCD/COVISA

* Número de casos diagnosticados no ano por 100.000 habitantes

No período de 1980 a setembro de 2005 foram notificados 1288 casos de aids em pessoas que, no momento do diagnóstico, encontravam-se com sessenta anos ou mais. Destes, 1076 (83,5%) tinham entre 60 e 69 anos e 212 (16,5%) tinham 70 anos ou mais.

Os dados internacionais de aids mostram tendências semelhantes para o perfil etário dos afetados pela epidemia. Segundo os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), as estimativas de aids nos Estados Unidos, no período de 2000 a 2003, no que diz respeito à faixa etária, mostram ligeira diminuição entre as crianças (idade menor que 13 anos) e entre os indivíduos de 25 a 34 anos. Houve estabilidade para o grupo etário de 35 a 44 anos e crescimento na faixa etária de 13 até 24 anos, assim como nas faixas acima de 45 anos. Foram notificados ao sistema de vigilância do HIV/aids daquele país cerca de 43.173 casos diagnosticados em 2003. Destes, 3.774 (9%) estavam na faixa etária de 55 anos ou mais [CDC, 2005].

1.3. Assistência ao idoso com aids no Município de São Paulo

No Município de São Paulo a assistência aos pacientes idosos com aids é prestada nos mesmos moldes dos demais pacientes adultos e crianças com aids. Há uma ampla rede de serviços especializados na rede pública, além de uma menor proporção da assistência que é prestada por profissionais e instituições de cunho privado.

Independente do seguimento do paciente ser efetivado em caráter público ou privado, os medicamentos são distribuídos gratuitamente, de forma universal. A dispensação é feita nos serviços da rede pública especializada em DST/aids, mediante prescrição do médico que o assiste.

No Município de São Paulo existem 26 serviços públicos que prestam assistência ambulatorial aos portadores de HIV e pacientes com aids. Dezesesseis deles são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), sendo que quinze correspondem a unidades especializadas em DST/aids e um é o Hospital Público Municipal (HSPM). Os outros onze serviços são gerenciados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/SP), por meio do Programa Estadual de DST/aids de São Paulo.

Em junho de 2005 havia um total de 9.662 pacientes adultos recebendo anti-retrovirais nos 15 serviços municipais especializados, segundo informação da Área Técnica de DST/Aids da SMS/SP. A proporção dos que se encontravam na faixa etária de sessenta anos ou mais não foi especificada, pois a informação disponível apenas estratificava os pacientes em três grupos etários: crianças (até 12 anos), adolescentes (13 a 19 anos) e adultos (acima de 20 anos).

Ainda de acordo com dados da Área Técnica de DST/aids, um consolidado de informações dos pacientes em seguimento nos 15 serviços municipais especializados em DST/aids no período de interesse do estudo mostrava um total de 415 registros de pacientes com sessenta anos ou mais em uso de anti-retrovirais, o que correspondia a cerca de 4% dos adultos usando anti-retrovirais naqueles serviços.

Os 15 serviços especializados encontram-se dispersos nas 5 regiões da cidade, conforme Quadro 1. O mapeamento dos serviços encontra-se na Figura 1.

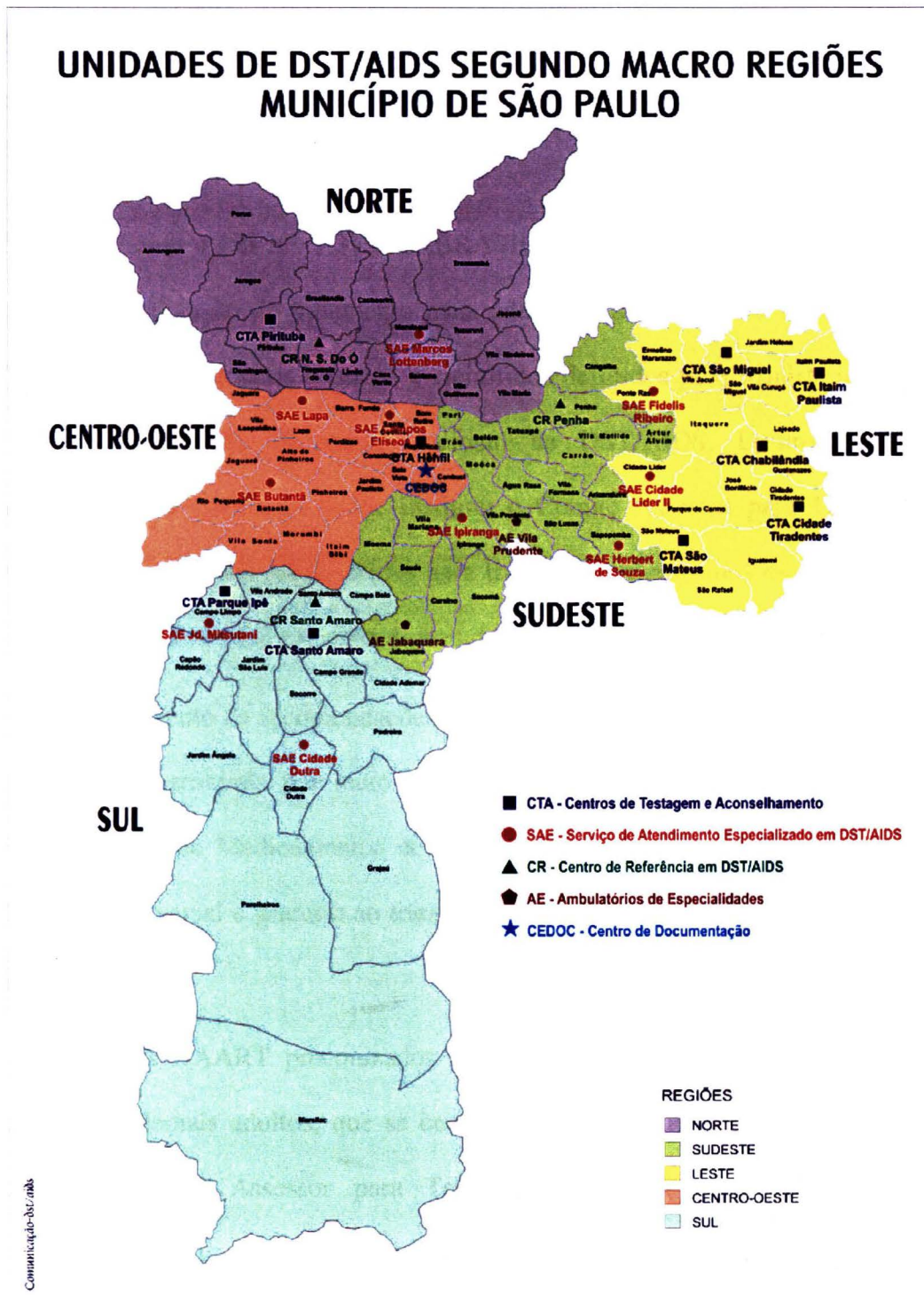
Das 31 subprefeituras que compõem o Município, apenas 15 possuem serviços especializados em seu próprio território. Os 15 serviços destas subprefeituras são considerados referências em DST/aids para as demais

subprefeituras, conforme a localização dos mesmos e suas áreas de abrangência e de influência.

QUADRO 1: Serviços Municipais Especializados em DST/aids, segundo região da cidade, São Paulo, 2005.

REGIÃO	Nome do Serviço
Norte	CR Nossa Senhora do Ó
	SAE Santana
Sul	CR Santo Amaro
	SAE Cidade Dutra
	SAE Jardim Mitsutani
Leste	SAE Cidade Líder II
	SAE Fidélis Ribeiro
Centro-oeste	SAE Lapa
	SAE Butantã
	SAE Campos Elíseos
Sudeste	AE Jabaquara
	AE Vila Prudente
	CR Penha
	SAE Sapopemba
	SAE Ipiranga

FIGURA 1¹



¹ Nesta figura encontram-se também os Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTA). Tais serviços também compõem a rede municipal especializada em DST/aids, mas não desenvolvem a

1.4. Terapia anti-retroviral do idoso com aids

Desde 1996 a aids tem apresentado comportamento e demandas de cuidados semelhantes às doenças crônicas, a partir do advento da utilização da terapia anti-retroviral de alta potência, comumente designada pela sigla em inglês HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy).

De acordo com a Lei n.º 9.313/96 [BRASIL, 1996], é responsabilidade do Governo a disponibilização do tratamento mais adequado aos pacientes infectados pelo HIV, dentro de parâmetros técnicos e científicos definidos pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST/AIDS. Dentro desta regulamentação, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes para tratar de forma técnica os aspectos relacionados ao tratamento dos pacientes infectados pelo HIV.

O estabelecimento de recomendações técnicas consensuais para utilização de medicamentos anti-retrovirais por meio de comitês assessores é uma importante estratégia da Política de Medicamentos de Aids do Ministério da Saúde, que tem garantido acesso universal e gratuito ao tratamento anti-retroviral no Sistema Único de Saúde.

Os esquemas HAART preconizados para os idosos não diferem daqueles utilizados para os demais adultos, que se encontram sistematizados no documento elaborado pelo Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral de Adultos e Adolescentes, conhecido tradicionalmente como Consenso Terapêutico para prescrição de anti-retrovirais em adultos e adolescentes [BRASIL, 2006].

atividades assistenciais.

Neste documento encontra-se a recomendação do tratamento anti-retroviral para todos os pacientes infectados pelo HIV que sejam sintomáticos, independentemente do número de linfócitos T-CD4+, e para aqueles pacientes assintomáticos com número de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm³. A quimioprofilaxia para infecções oportunistas, tais como pneumocistose e toxoplasmose, também deve ser indicada sempre que a contagem de linfócitos T-CD4+ estiver próxima ou inferior a 200/mm³ ou quando houver qualquer situação sugestiva de imunodeficiência associada ao HIV.

Ainda segundo o Consenso Terapêutico 2006, para terapia ARV em adultos e adolescentes:

- ✓ Quando o paciente assintomático apresenta contagem de linfócitos T-CD4+ entre 200 e 350/mm³, o início da terapia anti-retroviral pode ser considerado de acordo com a evolução dos parâmetros imunológicos (contagem de linfócitos T-CD4+) e virológicos (carga viral) e com outras características do paciente (motivação, capacidade de adesão, co-morbidades). Dentro dessa faixa, a monitorização clínico-laboratorial e a reavaliação da necessidade do início da terapia anti-retroviral devem ser mais frequentes, já que a queda dos linfócitos T-CD4+ para menos de 200/mm³ é indesejável, por estar associada ao aumento acentuado na incidência de infecções oportunistas e à resposta terapêutica menos duradoura.
- ✓ A quantificação da carga viral plasmática, a velocidade de queda da contagem de linfócitos T-CD4+ e a presença de co-morbidades são aspectos adicionais que devem ser considerados durante o período de decisão sobre o início da terapia.

- ✓ A terapia anti-retroviral em indivíduos com infecção estabelecida pelo HIV não é uma emergência e não deve ser iniciada antes que as devidas avaliações clínica e laboratorial sejam realizadas para determinar o grau de imunodeficiência já existente e o risco de progressão.
- ✓ O benefício da terapia anti-retroviral combinada já foi claramente demonstrado em pacientes com doença sintomática avançada e naqueles que, apesar de assintomáticos, apresentam imunodeficiência acentuada (contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm³). Para os pacientes assintomáticos e com contagem de linfócitos T-CD4+ acima de 350 /mm³, os benefícios parecem ser insuficientes para contrabalançar os possíveis efeitos adversos e o potencial risco de falha terapêutica.
- ✓ Os esquemas de terapia HAART combinam três ou mais drogas ARV de diferentes classes, sendo recomendado que se utilize pelo menos um medicamento inibidor da protease viral (IP) ou um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN), combinado com no mínimo dois medicamentos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN). Isto significa que esquemas duplos (apenas com dois INTR) não devem mais ser utilizados.
- ✓ A única exceção na qual a terapia dupla pode ser utilizada é o caso de exposição ocupacional, mesmo em situações específicas (ver fluxograma anexo ao documento original). O uso isolado do AZT ainda é aceitável para a quimioprofilaxia da transmissão vertical em algumas situações específicas, conforme preconizado no documento do Ministério da Saúde com “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e

Terapia Anti-retroviral em Gestantes” [BRASIL, 2004].

Como mostrado até aqui, as recomendações para a terapia ARV dos idosos seguem os mesmos princípios daquelas estabelecidas para os adultos em geral.

Alguns autores investigaram se a resposta ao tratamento ARV difere entre pacientes idosos e os mais jovens. MANFREDI *et al.* [2003], por exemplo, compararam um grupo de pacientes com idade entre 55 e 64 anos com outro na faixa etária de 65 anos ou mais. O principal resultado desse estudo foi constatar que os pacientes com 65 anos ou mais apresentaram resposta mais lenta e menos efetiva aos ARV, com recuperação de níveis de CD4+ sempre inferiores e taxas mais baixas de supressão viral. Além de observarem que os mais idosos apresentam diferenças na resposta imunológica e clínica em relação ao vírus, estes autores também destacaram que estas diferenças se tornam um desafio ainda maior quando associadas à tendência dos idosos apresentarem maior frequência de co-morbidades, múltiplas prescrições e taxas mais elevadas de toxicidade esperada para os medicamentos.

Em um estudo recente de sobrevida, realizado com 1072 pacientes da Casa da Aids, um dos grandes serviços especializados em DST/aids situados no Município de São Paulo, BRAGA [2005] constatou que a idade do paciente no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser considerada como uma das variáveis preditoras de óbito por aids entre os pacientes daquele serviço. Foi feito ajuste por tipo de tratamento anti-retroviral recebido, pois alguns haviam sido tratados com esquemas ARV que antecederam o advento da HAART. As outras variáveis preditoras de óbito identificadas neste estudo foram: diagnóstico de infecção oportunista prévia à admissão ou durante o seguimento no serviço; ter apresentado número de células CD4+ periféricas inferior a $200/\text{mm}^3$ ou carga viral plasmática de

HIV igual ou superior a 100.000 cópias/mL.

PEREZ *et al.* [2003] avaliaram, numa coorte retrospectiva, a sobrevida de três anos em pacientes com HIV/aids. Um dos objetivos foi investigar a efetividade da HAART em alterar a mortalidade de idosos infectados pelo HIV. Compararam pacientes na faixa etária de cinquenta anos ou mais com pacientes mais jovens, analisando diferenças na mortalidade entre os que foram e os que não foram tratados com HAART. Entre os não tratados, a contagem de T-CD4+ em células/mm³ era de 300 para idosos e 290 para os mais jovens. Entre os tratados, tais médias eram respectivamente 273 e 224. O desfecho primário analisado foi o óbito por todas as causas. Houve mais óbito entre os idosos (20%) do que entre os mais jovens (12%) [$p < 0,01$]. As proporções de sobrevida dos idosos e dos jovens não tratados foram respectivamente 70% e 83% ($p < 0,010$). Para os tratados não houve diferença significativa na sobrevida, que foi de 83% entre idosos e 89% entre os jovens ($p = 0,29$). Os idosos não tratados tiveram risco de morrer duas vezes maior que os mais jovens também não tratados. Segundo os autores, o resultado de destaque do estudo foi a evidencia de que, embora ambos os grupos etários tenham se beneficiado da HAART, tal efeito foi ainda maior para os idosos.

Apesar da concreta importância do tratamento anti-retroviral para os idosos com aids, apontados em parágrafos anteriores, a prescrição destas medicações para este grupo etário remete a algumas dificuldades. A presença concomitante de outras doenças crônicas, mais comuns entre os idosos, influi na escolha do esquema de medicamentos, sendo necessário considerar as outras medicações tomadas pelo paciente. O manejo destas prescrições múltiplas muitas vezes se converte num grande desafio para os profissionais que os assistem.

A ocorrência de alguns dos efeitos colaterais da terapia HAART também apresenta diferenças associadas à idade. Um bom exemplo disto é a lipodistrofia, efeito adverso para o qual MILLER *et al.* [2003] identificaram associação positiva com a idade. Estes autores sugeriram que nestes pacientes a etiologia da lipodistrofia poderia estar associada a alterações de peso e de distribuição de gordura relacionadas ao próprio envelhecimento. Também lembraram que as mudanças provocadas pela idade podem intensificar outros efeitos adversos dos anti-retrovirais, como é o caso da doença cardíaca.

Todos estes efeitos adversos acima abordados dizem respeito à chamada Síndrome Lipodistrófica, que comporta uma série de condições como: lipoatrofia e a lipohipertrofia, além de dislipidemias e outras alterações metabólicas. Embora estas condições muitas vezes ocorram conjuntamente, pode também se dar de forma independente, o que sugere uma etiologia complexa e multicausal, como lembra LICHTENSTEIN [2005]. Para elucidar a contribuição relativa dos fatores de risco associados ao medicamento, a doença e o hospedeiro e a redistribuição de gordura, este autor revisou grandes estudos epidemiológicos que fizeram análises multivariáveis. Os fatores de risco estatisticamente significantes mais comuns foram, no caso das lipoatrofias: uso de INTR específicos, aumento da idade, presença de marcadores de gravidade da doença (CD4+/RNA HIV), duração da terapia e raça branca. No caso da lipohipertrofia: duração da terapia, marcadores de gravidade da doença e uso de inibidores de protease.

Mesmo considerando que a lipodistrofia se torna mais prevalente com o aumento da idade, isto não parece levar os idosos a aderirem menos. Conforme já mencionado, a idade tem sido apontada, sim, como protetor contra a não adesão.

Alguns estudos indicaram tendência de aumento da adesão com o aumento da idade [GORDILLO *et al.*, 1999; CHESNEY *et al.*, 2000; MOLASSIOTIS *et al.*, 2002; NEMES *et al.*, 2004]. A explicação para esta tendência ainda não foi esclarecida e é um dos temas que serão tratados no tópico que se segue.

1.5. Adesão ao tratamento anti-retroviral

1.5.1. Aspectos gerais sobre o conceito de adesão

No campo da saúde, o conceito científico de adesão estruturou-se ao longo de vários anos, tendo sido produzido um considerável aporte bibliográfico sobre o tema. Nos últimos cinquenta anos a pesquisa neste campo cresceu rapidamente, à medida que aumentaram as prevalências das doenças crônicas e os tratamentos se tornaram mais dependentes do manejo autônomo do próprio paciente [DIMATTEO, 2004].

Na literatura científica de língua portuguesa dois termos - adesão ou aderência - têm tido uso alternado para fazer referência a uma atitude do paciente em relação a seu tratamento. Segundo JORDAN *et al.* [2000], a palavra aderência expressa um sentido restrito, mais próximo da idéia de “cumprimento de regras”, correspondendo ao que na língua inglesa se traduz por “compliance”. A palavra adesão, por sua vez, se aproxima mais da noção de “concordância autônoma”, correspondendo melhor ao termo inglês “adherence”. Esta opção condiz melhor com a idéia presente em outra expressão, também inglesa, “patient empowerment”. Em concordância com estes autores, optamos por utilizar o termo adesão ao longo do presente trabalho.

Na abordagem de qualquer conceito, são essenciais os cuidados com a definição e utilização apropriada de vocábulos dotados de relativo consenso. Isto fica

claro ao se considerar o modo como KÖCHE [1978], *apud* PASCHOAL [2001], define o próprio termo “conceito”. Para ele, trata-se de:

“palavras que expressam a abstração intelectualizada da idéia de uma coisa ou fenômeno observado... uma construção lógica de um conjunto de propriedades aplicáveis a elementos reais..., fundamentado no consenso dos pesquisadores”

Também é importante que o significado do conceito alcance o máximo consenso na comunidade científica, com o objetivo de:

“fazer com que não haja ambigüidade no referencial empírico dos conceitos utilizados pela comunidade de pesquisadores... todos atribuirão a mesma significação aos mesmos conceitos, tornando-se claros e específicos. Desta forma pode a ciência, no nível empírico, elaborar os testes intersubjetivos de que necessita” KÖCHE [1978].

Seguindo esta linha de pensamento, podemos considerar que a adesão tem se constituído como uma construção teórica que abrange um vasto aporte de definições e concepções em torno de uma importante questão científica.

Diante do desafio de buscar consenso entre diferentes pontos de vista,

originaram-se os principais conceitos de adesão. Alguns deles são utilizados de forma mais restrita, atrelados a tecnologias específicas à disposição dos pacientes em tratamento. Este é o caso da adesão ao uso de determinados medicamentos ou da adesão a determinadas práticas comportamentais, como o seguimento de uma dieta alimentar, a adoção do sexo seguro, entre outras.

A definição proposta por MARCÍLIO [1995], citado por BEZERRA [2003], atrela diretamente a adesão à noção de um atributo exclusivo do paciente, a quem cabe a responsabilidade de adotar ou não a conduta objetiva de seguir a prescrição médica. Em suas próprias palavras:

“grau com que os pacientes cumprem as prescrições médicas especialmente no que tange à utilização dos medicamentos”.

VITÓRIA [1998], também citado por BEZERRA [2003], defende um conceito mais abrangente, propondo o seguinte significado para adesão:

“atividade conjunta na qual o paciente, ao mesmo tempo em que obedece a orientações médicas, entende e concorda com as mesmas, fazendo-se necessário, para isto, uma aliança entre ele e o profissional, através de uma responsabilidade compartilhada por todas as pessoas envolvidas no processo”.

Avaliar a adesão ao tratamento de doenças crônicas é um dos desafios da promoção à saúde e deve ser enfrentado tendo sempre em mente a complexa

subjetividade dos pacientes em tratamento, os quais devem ser considerados em sua dimensão biopsicossocial [CARETTA, 2002]. Ou seja, os pacientes não podem ser vistos como meros portadores de uma doença a demandar um tratamento médico, ou medicamentoso, mas como sujeitos plenos, para os quais a característica de ser portador de uma doença apenas se insere em um conjunto mais amplo de questões inerentes a suas vidas.

DIMATTEO [2004] nos aponta diferentes óticas para discutir a questão de não adesão a um tratamento. Por um lado, pode ser encarada como uma situação problema, associada a desfechos negativos como aumento de morbidade e mortalidade, passíveis de serem evitados. Ainda nesta direção se apoiam as visões de cunho econômico, que relacionam a não adesão a gastos diretos e indiretos com saúde, assim como à redução de produtividade. Por outro lado, a não adesão pode ser interpretada enquanto representação de escolha racional, associada à tentativa do paciente de manter sua identidade pessoal.

O consenso científico tem se voltado mais para a compreensão do fenômeno da adesão como algo a ser perseguido, havendo uma contínua busca de aperfeiçoamento do instrumental para prever sua ocorrência e interferir para sua ampliação.

Um grande desafio que se apresenta à comunidade científica é o de saber como lidar com a grande diversidade de métodos de investigação, assim como com a multiplicidade de definições de adesão.

No início dos anos 1990, alguns autores como WRIGHT [1993] já apontavam as dificuldades para se mensurar a adesão. CHESNEY [2000] também abordou esta

questão, assim como as vantagens e desvantagens das diversas abordagens possíveis, lembrando que podem ser usados métodos baseados na adesão auto-referida (entrevistas), contagem de pílulas e dispositivos eletrônicos que computam a aberturas dos frascos contendo os medicamentos. O uso de marcadores biológicos e dosagem de metabólitos das drogas sempre foram descritos como técnicas de alto custo e nem sempre disponíveis.

LIU *et al.* [2001] aprofundaram a discussão, mostrando que as técnicas baseadas na auto-referência têm como desvantagem a tendência de superestimar a adesão, pois parte dos pacientes podem não revelar as falhas nas tomadas dos remédios, com receio de julgamentos por parte dos entrevistadores. Os métodos de contagem de comprimidos, entretanto, também não garantem fidedignidade na medida, pois os comprimidos podem ser descartados, do mesmo modo que, nos métodos eletrônicos, os *chips* podem ser manipulados.

Segundo CHESNEY [2000] a contagem dos comprimidos não tomados costuma ser confiável e tem sido usada com frequência, embora, ao se requerer que os pacientes retornem com os comprimidos não ingeridos, tem-se que lidar com a possibilidade relativamente comum de que eles esqueçam de trazê-los consigo ou, inadvertidamente, descartem comprimidos não tomados. Também lembrou as situações em que o paciente, ciente da condução de uma contagem de comprimidos, esconda alguns dos remédios remanescentes para forjar uma boa adesão.

Continuando o balanço das principais vantagens e limitações das diferentes técnicas de quantificação da adesão, CHESNEY [2000] apresentou as técnicas baseadas na auto-referência como sendo de menor custo e maior flexibilidade, destacando que os dados são coletados com mais facilidade e de forma a ajudar na

identificação de possíveis razões da não adesão. Desta forma, ao se optar por uma técnica como a contagem de comprimidos, por exemplo, ao estabelecer o número de comprimidos prescritos que não foram tomados, pode-se associar as informações colhidas diretamente com o paciente para compreender a dinâmica em torno das falhas da tomada da medicação. Este autor conclui sua discussão se reportando a estudos que mostraram uma correlação significativa entre os dados de adesão auto-referida e a medida da carga viral dos pacientes [HECHT *et al.*, 1998; NIEWKERK *et al.*, 1998].

Em uma meta-análise que cobriu 50 anos de estudos de adesão (1948 a 1998), DIMATTEO [2004] apontou que as diferenças na forma de mensuração, assim como no contexto em que a mesma é realizada, produzem grandes variações nas estimativas de adesão obtidas nos diferentes estudos.

Vale detalhar melhor a meta-análise mencionada no parágrafo anterior. Foram incluídos 569 estudos que mediram a adesão a tratamento médico e 164 que avaliaram associações entre adesão e fatores como idade, sexo, educação e renda/classe sócio-econômica. Como resultado, foi observada uma média de adesão de 75,2%. Os tratamentos de aids, artrite, distúrbios gastrintestinais e câncer apresentaram as maiores taxas de adesão, enquanto as menores taxas corresponderam aos tratamentos de doenças pulmonares, diabetes e distúrbios do sono. No caso do tratamento de HIV a proporção média de adesão foi de 88,3% e no distúrbio do sono foi de 65,5%.

Ainda naquele estudo, a análise univariada mostrou associação entre adesão e o tipo de técnica de mensuração escolhida (objetiva ou subjetiva). Foram consideradas técnicas de mensuração objetivas: contagem de comprimidos, testes

físicos e monitoramento eletrônico, enquanto as entrevistas e as anotações de prontuário médico foram classificadas como subjetivas. A proporção média de adesão foi significativamente maior (80,2%) nos estudos que usaram técnicas objetivas do que nos com técnicas subjetivas (71,8%).

Foram também examinadas, em uma regressão logística, as variáveis: tamanho da amostra, faixa etária, antiguidade do estudo (recente ou antigo), gravidade da doença e tipo de regime (medicação ou outro), além de três técnicas de mensuração da adesão (testes físicos, anotações médicas e auto-referência). Estes três, somados à contagem de pílulas, corresponderam a 90% dos estudos analisados.

A adesão foi significativamente maior nos estudos mais recentes e nos estudos menores. Também foi constatado que maiores níveis de adesão são alcançados em regimes terapêuticos mais circunscritos, como é o exemplo das prescrições de medicamentos.

Na direção contrária, observou menores níveis de adesão ao se abordar mudanças de comportamento (adoção de hábitos/práticas mais saudáveis, etc). Estes fatores mostraram-se mais importantes que outros como gravidade da doença ou aspectos demográficos como idade e sexo.

1.5.2. Adesão ao tratamento anti-retroviral e fatores associados

A epidemia de HIV/aids, como todo problema de saúde pública relevante, teve grande influência sobre as políticas sociais nas últimas décadas e demandou avanços em diversas áreas. Entre elas, destacamos a promoção de saúde e a prevenção de doenças, assistência à saúde, previdência, direito e bioética.

No campo específico da assistência aos portadores do HIV/aids, os avanços

tecnológicos alcançados em meados dos anos 1990 levaram a nova abordagem terapêutica, mais próxima daquelas direcionadas aos portadores de doenças crônicas.

As pessoas que vivem com HIV/aids compartilham com estes últimos algumas vantagens, como, por exemplo, a perspectiva de uma maior sobrevivência. Ao mesmo tempo, têm em comum a característica de passarem a ser alvo de uma outra importante preocupação - a garantia da adesão a seus tratamentos, pois estes, presumem-se como sendo “para toda a vida”.

A investigação da adesão no campo do tratamento da aids também já acumulou um vasto material científico. Na década de 1990, ELDRED *et al.* [1998] já haviam investigado 244 pacientes em uso de terapia ARV e profilaxia para *pneumocystis carinii*, tendo solicitado que os mesmos referissem as medicações em uso, o modo de utilização e seus conhecimentos e atitudes sobre as terapias para o HIV. Estes autores também mediram os níveis de sulfametoxazol na urina dos pacientes e constataram uma correlação de aproximadamente 80% entre a medicação auto-referida e os níveis urinários da droga. Quanto à terapia ARV, 60% dos pacientes desse estudo referiram adesão superior a 80% dos medicamentos prescritos, considerando os sete dias que antecederam a entrevista.

FRICK [1998] trabalhou com três métodos de mensuração de adesão: (1) auto-referência, obtida por meio de questionário, (2) controle da distribuição dos frascos pela farmácia e (3) sistema de monitoramento eletrônico dos comprimidos. Seus resultados mostraram menor precisão com a auto-referência, em comparação com os outros dois métodos. Também foi constatada adesão relativamente baixa aos ARV, medida por meio do sistema de monitoramento eletrônico. Naquele momento este autor já chamava a atenção para a possibilidade da falta de adesão ajudar no

desenvolvimento de resistências virais aos regimes de terapia combinada adotados.

Os índices de adesão aos ARV também foram investigados em estudo canadense, no qual OSTROPOD *et al.* [2000] verificou adesão acima de 80% em aproximadamente 75% dos pacientes analisados a partir de uma fase retrospectiva do estudo, com um incremento para 84% na fase prospectiva do mesmo. A mensuração associou dados de entrevista e contagem de comprimidos.

No Brasil um amplo estudo de adesão foi desenvolvido por NEMES *et al.* [2004] e os índices de adesão foram de 75,05% [IC_{95%}: 73,08-76,95]. Este estudo incluiu uma amostra de 1972 pacientes em uso de ARV em sessenta serviços de saúde. Na mensuração da adesão os pacientes foram solicitados a informar o número e os tipos de comprimidos anti-retrovirais tomados nos três dias que antecederam a entrevista. Para facilitar a identificação dos medicamentos foi utilizado um recurso visual com as fotografias dos medicamentos e amostras dos comprimidos.

A maioria dos estudos de adesão procura, entre outras coisas, caracterizar os fatores que podem facilitar ou dificultar uma boa adesão dos pacientes ao tratamento, o que pode ser feito por abordagens quantitativas, qualitativas ou híbridas.

Ao investigar as principais barreiras à adesão aos ARV enfrentados por pessoas vivendo com HIV/aids em Long Island, New York, PROCTOR *et al.* [1999] utilizaram um desenho qualitativo, com cinco grupos focais e apontaram oito barreiras mais comuns: (1) frequência e gravidade dos efeitos colaterais; (2) conflitos com a rotina diária; (3) exigências dietéticas; (4) frequência das tomadas diárias; (5) número e dosagem dos medicamentos; (6) aspectos psicossociais; (7) aspectos associados à dispensação da farmácia e (8) necessidades fisiológicas como sono,

fome ou sede.

Já BRIGIDO *et al.* [2001] apontaram como principais razões de não adesão: esquecimento, intolerância, uso de álcool e má compreensão das prescrições.

São também investigadas associações entre adesão e:

- (1) características do paciente: perfil sócio-econômico, sexo, idade, uso de drogas, depressão e suporte social;
- (2) fatores relacionados à doença: tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV;
- (3) aspectos do próprio tratamento: efeitos adversos dos medicamentos, tempo de tratamento, tipo de esquema prescrito, número de comprimidos diários.

Muitos estudos se voltaram para aspectos demográficos como sexo, idade e escolaridade. Ainda assim, não foi estabelecido consenso quanto ao papel efetivo que alguns destes fatores desempenham em relação à adesão ao tratamento das doenças crônicas em geral.

MEHTA *et al.* [1997] haviam ressaltado a influência da faixa etária na adesão ao tratamento de doenças crônicas, mostrando que esta tendia a aumentar com o avançar da idade, até um certo limite. Na faixa etária em torno dos 75 anos os níveis de adesão voltavam a cair. Para tais autores, isto se daria porque nas faixas etárias muito altas haveria uma maior frequência de múltiplas doenças e regimes terapêuticos mais complexos.

Eles também sugeriram que a ausência de associação entre adesão e idade verificada nos estudos voltados especificamente para os ARV poderia estar

relacionada à grande concentração da aids entre adultos jovens, uma realidade que já começava a se modificar, com as alterações mais recentes nas características epidemiológicas da doença e a maior sobrevivência dos doentes.

Alguns autores investigaram possível associação entre adesão e categoria de exposição associada à contaminação do HIV: homossexual, bissexual, heterossexual, uso de drogas injetáveis (UDI), transfusional, vertical. Esta variável foi incluída na análise multivariável de NEMES *et al.* [2004], que não observaram risco de não-adesão associado à maioria das categorias, com exceção da UDI. Esta categoria, comparada à heterossexual, apresentou *odds ratio* de 1,39 [IC_{95%}: 1,00-1,92].

O acréscimo de risco de não adesão associado à categoria de exposição UDI já havia sido verificado por GORDILLO *et al.* [1999].

Outros estudos voltados para a associação entre adesão e abuso de drogas foram lembrados por CHESNEY *et al.* [1999] numa revisão sobre fatores preditivos de baixa adesão, na qual os autores destacaram a falta de consenso na literatura sobre o tema.

A associação entre adesão e escolaridade foi constatada por diversos autores [GORDILLO *et al.*, 1999; NEMES, 2000; CHESNEY, 2002 e NEMES *et al.*, 2004]. Nenhum destes estudos, entretanto, foi especificamente voltado para o grupo de idosos

NEMES *et al.* [2000] analisaram a variável renda em salários mínimos e verificou uma prevalência de não adesão de 43,6% para os que não tinham salário ou outra renda pessoal; 34,2% para os que ganhavam entre um e três salários; 26,9% para os com renda entre três e seis salários e 16,1% para os que ganhavam mais de

seis salários ($p<0,001$). Estas diferenças foram observadas na análise bivariável e se mantiveram após análise com modelo de regressão logística múltipla, incluindo as variáveis: idade, escolaridade e tempo de uso de anti-retroviral, entre outras. Na discussão dos dados, os autores lembraram a falta de consenso na literatura quanto à existência de associação entre adesão e fatores sócio-econômicos. Ilustraram tal situação citando autores como OLZNER *et al.* [1996]; CONWAY *et al.* [1996] e CONDEN *et al.* [1997]. Também foi citado um estudo que chegou a associar baixa adesão com nível sócio-econômico elevado em idosos [COONS, 1994].

Ainda segundo NEMES *et al.* [2000], apesar das controvérsias quanto ao papel dos fatores sócio-econômicos na adesão, os custos do seguimento foram muitas vezes apontados como fator de risco para não adesão, mesmo quando o medicamento é subsidiado, já que entram em jogo outros custos, como o do deslocamento entre outros [MEHTA, 1997].

A situação de trabalho foi uma outra variável investigada em NEMES *et al.* [2002], que constataram prevalência de não-adesão significativamente maior entre os que não estavam trabalhando no momento da entrevista (36,3%), quando comparados com aqueles que estavam trabalhando (24,3%) [$p<0,001$; $OR=1,8$ e $IC_{95\%}:1,4-2,3$].

Também constataram associação significativa entre a prevalência de não adesão e o número de pessoas dormindo no mesmo quarto. Entre os que referiram dormir com três ou mais pessoas no mesmo quarto a prevalência de não-adesão foi de 43,1%. Para os que dormiam com duas pessoas foi de 35,5% e, por fim, para os que dormiam sozinhos foi de 28,9% ($p<0,001$). A OR entre os que dormiam com três pessoas ou mais em relação aos que dormiam sozinhos foi 1,9 ($IC_{95\%}:1,2-2,9$) e entre

os que dormiam com duas pessoas foi 1,4 (IC_{95%}:0,9-2,0).

Em outra revisão de literatura sobre adesão e tratamento ARV, JORDAN *et al.* [2000] lembraram que o isolamento social e o fato de morar sozinho têm sido extensamente apontados como preditores de não-adesão em várias doenças crônicas, embora no campo específico da aids ainda sejam escassas as investigações sobre tais aspectos. Além disso, nas pesquisas já realizadas, os resultados se mostraram controversos.

TUNALA *et al.* [2000] lembraram o papel desempenhado por alguns familiares e amigos na adesão, que além de ajudarem a lembrar as tomadas, contribuem preparando alimentos e mantendo o ânimo do paciente em relação ao tratamento. Estes autores também comentaram que no caso das mulheres a presença de tais pessoas em suas vidas ajuda a mostrar à portadora que ela é importante e que muitos se preocupam com ela.

JORDAN *et al.* [2000] também se reportaram a estudos qualitativos em que a característica “ter filhos” foi apontada como possível fator de dificuldade para adesão ao tratamento de aids. Segundo eles, mesmo não tendo sido estabelecida associação consistente entre adesão e sexo, o resultado aparente pior que foi verificado no tratamento de mulheres com aids pode estar associado, ao menos em parte, à condição social de gênero na qual elas assumem a função de cuidar das crianças. Assim, na função de cuidadora de outros ela se descuidaria de si mesma.

Ainda no mesmo estudo, JORDAN *et al.* [2000] também analisaram a associação da adesão com variáveis ligadas ao próprio tratamento. Observaram, por exemplo, tendência linear de diminuição da não-adesão com o aumento do tempo de

tratamento do paciente. Entre os pacientes estudados, a *odds ratio* da não adesão dos que tinham mais de quatro anos de uso dos ARV em relação aos que tomavam há no máximo cinco meses foi de 0,5 (IC_{95%}:0,3-0,99). Para aqueles com tempo de ARV entre dois e quatro anos foi de 0,76 (IC_{95%}:0,5-1,2) e para aqueles com uso de entre um e dois anos ela foi de 0,88 (IC_{95%}:0,6-1,3).

RAMÍREZ GARCIA *et al.* [2003] mostraram que a adesão está associada tanto ao número de tomadas diárias dos ARV quanto ao número de comprimidos diários. Esta última associação também foi constatada por NEMES *et al.* [2004], que apontou associação entre a adesão e dois outros fatores relacionados com o próprio tratamento: (a) tipo de esquema adotado e (b) tempo de tratamento.

Por outro lado, em outro estudo com duzentos pacientes, WILSON *et al.* [2004] não verificaram associação da adesão nem com o número de comprimidos diários, nem com o de doses diárias. Além disso, também não constataram associações entre não adesão e a presença de efeitos adversos.

DURAN *et al.* [2001], em uma coorte seguida entre maio de 1997 e junho de 1999, na qual foram acompanhados 811 pacientes, observaram maior proporção de queixas de lipodistrofia entre os não aderidos (60,2%), comparados aos aderidos (46,4%) [$p < 0,03$]. Uma possível explicação para estes dados seria a possibilidade de que os pacientes com efeitos adversos como a síndrome lipodistrófica, tenderiam mais facilmente a deixar de aderir aos medicamentos diante da percepção das alterações físicas a eles associadas.

Os estudos que abordaram possível associação entre não adesão e presença de sintomas, ou à condição “sentir-se doente”, despertaram atenção para a

complexidade do problema. Em revisão bibliográfica, JORDAN *et al.* [2000] apontaram que a melhora dos sintomas pode, em certas circunstâncias, conduzir ao sentimento de não necessidade de medicação. De outro lado, ocorrência de sintomas da própria doença pode, durante o tratamento, ser tomada como efeito da medicação.

Segundo ORTEGA *et al.* [1997], há uma associação positiva entre a história de infecção oportunista prévia e melhor adesão ao tratamento ARV. Isto reforçou a idéia de que a gravidade da doença e a percepção da mesma desempenham papel importante na adesão.

A preocupação em relação à percepção do doente sobre seu estado e à gravidade de sua doença remete a um conceito de qualidade de vida e saúde [SCHIPEER *et al.*, 1996] que se norteia pela seguinte idéia:

(...) quantificar em termos cientificamente analisáveis as conseqüências da doença e de seu tratamento na percepção do paciente sobre sua habilidade de viver uma vida útil plena.

Segundo defende TOSTES [1998], as avaliações de qualidade de vida baseadas na percepção do paciente sobre vários aspectos de suas próprias vidas ajudam nas análises de impacto da doença e estratégias terapêuticas.

Assim, parece importante que, nas investigações sobre adesão ao tratamento de aids, seja valorizada a questão da qualidade de vida, pois a adesão deve ser influenciada pela percepção do indivíduo sobre sua doença, tanto em termos de gravidade, quanto em termos das repercussões que a doença exerce na vida cotidiana.

PENEDO *et al.* [2003] verificaram associação entre melhor adesão e menor

preocupação com efeitos colaterais das medicações. Eles avaliaram associação entre personalidade, qualidade de vida e adesão aos ARV. Com exceção da “preocupação com efeitos colaterais”, não observaram associações entre adesão e outros aspectos da qualidade de vida. Nas considerações finais recomendaram novas pesquisas para investigar de que modo a personalidade e a qualidade de vida podem ter impacto sobre a adesão aos ARV.

1.6. Qualidade de vida como possível favorecedor da adesão

A já mencionada carência de estudos no campo da aids entre idosos inclui os mais diversos aspectos referentes ao tema. Envolve tanto a questão da adesão aos ARV, quanto a da qualidade de vida dos idosos vivendo com aids.

Esta lacuna da literatura especializada em aids parece refletir os tabus que também já foram mencionados quando foi tratado o atraso nas ações de prevenção voltadas para este grupo etário específico. Só mais recentemente a população de idosos que vivem com aids começou a ganhar certa visibilidade.

Diante da atual mudança de perfil da epidemia de aids, marcada pelo aumento da proporção de indivíduos que têm cinquenta anos ou mais no momento do diagnóstico, já se justifica a realização de estudos para aprofundar os diversos aspectos da promoção de saúde do idoso no que diz respeito à aids. Dentre estes, inclui-se tanto a prevenção primária, que ajuda a evitar novas contaminações, quanto a prevenção secundária, voltada para a minimização dos efeitos do vírus sobre o indivíduo já infectado.

Ao estudar adesão de idosos a anti-retrovirais, GASPARINI & PEREZ [2004]

contextualizaram a vivência do idoso no processo de envelhecer com HIV/aids e verificaram seus possíveis significados, concluindo que, mesmo diante da cronicidade que caracteriza o diagnóstico de aids nos últimos tempos, no contexto dos desdobramentos e implicações biopsicossociais do processo de envelhecimento o idoso que vive com a doença procura adaptar-se à situação vivenciada, buscando melhores condições de vida e saúde.

A abordagem da qualidade de vida de pacientes com aids inclui, entre outras preocupações, a de compreender se existe efetivamente, e, em caso afirmativo, como se manifesta a associação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Trabalhou-se com a hipótese de uma associação com explicação ligada a aspectos fisiopatológicos da própria infecção pelo HIV. A má adesão pode conduzir à perda do controle da multiplicação viral, levando ao comprometimento do sistema imunológico, com conseqüências diretas sobre a qualidade de vida, o que pode ser verificado por meio de vários marcadores que integram as avaliações de qualidade de vida relacionada à saúde, com especial destaque para aqueles envolvendo aspectos físicos como dor e capacidade de movimento.

PENEDO *et al.* [2003] contribuíram com este tema, partindo da adesão e investigando se, e de que modo, ela ajudaria na melhora da qualidade de vida. Foi observada associação entre boa adesão e elevados escores no domínio de qualidade de vida referente ao “funcionamento geral” (atividades físicas, laborais, sociais, etc).

Seguindo outra vertente de raciocínio, considerou-se também a possibilidade dos pacientes que estivessem em momentos avaliados como de “melhor qualidade de vida”, poderiam apresentar, como efeito desta condição, o próprio favorecimento da

adesão ao tratamento ARV. Ou seja, ao vivenciarem períodos de maior equilíbrio e estabilidade (financeira, emocional, etc) em seus contextos de vida, poderiam ter maior propensão para se concentrar em aspectos relacionados ao auto-cuidado. A perspectiva de uma melhor adesão assim configurada poderia retro-alimentar um ciclo de ação mútua, tornando-se fator favorecedor da manutenção da boa qualidade de vida.

As duas perspectivas, em vez de excludentes, foram tomadas como complementares, pois, afinal, no contexto do tratamento da aids não se poderia diferenciar o que sucederia o que: a boa adesão geraria uma conseqüente melhora no estado de saúde e, com isto, melhora na qualidade de vida? Ou, ao contrário, o contexto de vida mais favorável se configuraria como condição essencial, embora não suficiente, para uma melhor adesão ao tratamento? A terceira opção, tomada como mais plausível, foi a noção de que ambas as condições sofreriam influencia mútua.

O aumento da adesão associado ao aumento da idade, verificado nos trabalhos de GORDILLO *et al.* [1999], CHESNEY [2000], MOLASSIOTIS *et al.* [2002] e NEMES *et al.* [2004] induzem a reflexões. Afinal, o que poderia explicar esta tendência? Como estes estudos não enfocaram exclusivamente pessoas idosas, seus resultados apontam a importância de prosseguir com investigações voltadas a este grupo etário específico. O objetivo seria caracterizar melhor a adesão nesta população e apontar fatores explicativos para a tendência dos idosos aderirem mais.

Ressaltou-se, apenas, que esta maior adesão tem sido apresentada por alguns autores [MEHTA *et al.*, 1997] como limitada aos idosos não tão idosos, ou seja, até cerca de setenta e cinco anos. A partir desta idade mais avançada, a adesão volta a

cair. E deixamos em aberto a questão sobre que características dos idosos poderiam estar associadas à tendência de maior adesão verificada para a faixa etária entre sessenta e setenta e cinco anos?

A perspectiva acima apresentada, de que aspectos dos contextos de vida dos idosos poderiam influir positivamente na sua adesão, talvez seja uma das possíveis explicações e merece ser aprofundada.

Seriam estes aspectos favoráveis à adesão passíveis de serem apreendidos nas avaliações de qualidade de vida, utilizando-se os instrumentos propostos pelos estudiosos deste conceito?

Para ajudar no aprofundamento destas e de outras questões afins, realizou-se uma revisão bibliográfica complementar sobre o conceito de qualidade de vida e suas formas de mensuração, que passará a ser apresentar no tópico que se segue.

1.7. Qualidade de vida - conceitos e formas de mensuração

A base teórica da qualidade de vida, em termos da construção moderna do conceito, vem sendo constituída desde a década de 50 do século XX. BOWLING & BRAZIER [1995], *apud* CÁRDENAS [2004], lembraram que só mais recentemente os estudos se redirecionaram para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde. Anteriormente, foram mais comuns as abordagens que procuravam medir taxas de mortalidade ou morbidade.

O conceito de qualidade de vida também possui uma série de particularidades. Deve-se evitar tentar caracterizar o contexto de vida dos sujeitos tentando adjetivá-lo, com um juízo de valor, a partir de parâmetros objetivos. Há

sempre o risco de se incorrer em simplificações empobrecedoras da subjetividade que é inerente à experiência de vida.

Uma das formas mais adequadas de se aproximar desta subjetividade é realizar pesquisas que dêem voz a tais sujeitos, reconhecendo-os como os únicos capazes de avaliar e valorar suas próprias experiências de vida.

Esta constatação reforça o mérito da utilização de desenhos metodológicos do tipo qualitativo. Eles dão vazão às falas dos sujeitos pesquisados e viabilizam melhor apreensão da condição de vida daqueles que são os mais indicados para descrever suas vidas em termos de qualidade.

Como alternativa, existem métodos quantitativos, que embora perdendo em termos de aprofundamento da avaliação da qualidade de vida de cada sujeito em particular, apresentam vantagens em outros aspectos. Pode-se, por exemplo, realizar avaliações mais amplas, contemplando maior número de sujeitos. Cumprindo exigências peculiares a estes tipos de estudo, podem se tornar viáveis inferências e extrapolações para outros grupos dos quais os sujeitos estudados passam a ser representativos.

ALBUQUERQUE [2001] lembra que, no campo das investigações de qualidade de vida, a visão que reconhece a importância das diferentes abordagens metodológicas tem prevalecido.

Esta tendência está em concordância com autores como MINAYO & SANCHES [1993] que defendem que tanto o método qualitativo quanto o quantitativo e, muitas vezes as composições de metodologia híbrida, podem ser de grande contribuição na geração do conhecimento em saúde.

Os métodos quantitativos de avaliação de qualidade de vida foram desenvolvidos seguindo a perspectiva de viabilizar análises com maior número de sujeitos e permitir inferências e extrapolações. O conceito foi trabalhado de forma a serem estabelecidos parâmetros objetivos passíveis de servir como medidas indiretas do conceito em si.

Foram elaborados instrumentos para enfrentar o desafio de quantificar algo aparentemente incomensurável. A validação destes instrumentos ajuda a torná-los confiáveis como tradutores de aspectos subjetivos em medidas objetivas. As reflexões quanto à legitimidade de tal tradução nos remete a uma importante questão epistemológica.

A atividade científica tem como sua grande meta a apreensão de verdades que, por si só, poderiam ser consideradas inacessíveis, não fosse a possibilidade de demonstrá-las sob a forma de princípios cientificamente validados, a partir de procedimentos planejados criteriosamente, e passíveis de reprodução. Aqui temos descrito o método científico. Seu grande mérito é permitir que um conhecimento seja validado perante a comunidade científica, fazendo-o ascender à categoria de verdade. A verdade é, pois, o conhecimento válido, aos olhos do mundo científico e à luz das demais verdades acessíveis num determinado momento, contextualizada histórico e socialmente.

No campo da avaliação de qualidade de vida, os instrumentos de ascensão à verdade têm sido devidamente validados de forma a nos convencer de sua viabilidade como medida indireta do conceito que se propõem a avaliar.

Alguns autores como FLECK *et al.* [1999] indicam que a expressão qualidade

de vida data de 1964, quando foi utilizada por um presidente norte-americano que declarou que “o progresso social não pode ser medido através do balanço dos bancos, mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas”.

A introdução do conceito de qualidade de vida no campo da saúde se deu no contexto da modificação do perfil de morbi-mortalidade que caracterizou a sociedade moderna, no qual houve redução da prevalência das doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crônicas. Como muitas destas últimas não são passíveis de cura, se faz necessário extrapolar a preocupação restrita ao tratamento das mesmas, voltando-se para um objetivo mais abrangente de melhorar a qualidade de vida dos que passam a conviver com incapacidades e limitações, às vezes sérias, impostas por tais doenças [NORDENFELT, 1994].

PASCHOAL [2001] lembra que os estudos de dor, seguidos dos que foram realizados nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria deram início às pesquisas de qualidade de vida no campo da saúde. A seguir, a pesquisa se estendeu para as avaliações de resultados de tratamentos de doenças crônicas.

Também é comum se procurar dimensionar as repercussões dos esforços terapêuticos e diagnósticos para que estas façam sentido tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, embora alguns autores destaquem as dificuldades para atingir este objetivo [GILL *et al.*, 1994; NORDENFELT *et al.*, 1994; MULDOON *et al.*, 1998; TOSTES, 1998].

No atual estágio tecnológico das ciências da saúde, a possibilidade de aumentar a longevidade dos pacientes com doenças crônico-degenerativas conduziu à preocupação em avaliar a qualidade de vida dos doentes que passam a viver por

mais tempo e as propostas que mais têm tido adeptos nos estudos mais recentes de qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas são as que procuram captar a percepção de tais doentes sobre as repercussões da doença em seu contexto de vida.

Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como sendo o “bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”, o Grupo de Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da própria OMS (Grupo WHOQOL - World Health Organization Quality of Life) elaborou seu conceito de qualidade de vida:

“percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [The WHOQOL group, 1994].

A despeito da diversidade de conceitos sobre qualidade de vida, que incorporam diferentes aspectos objetivos e subjetivos, a maioria deles convergiu para a conceituação baseada numa construção subjetiva e multidimensional, não restrita a sinais e sintomas específicos ou apenas à capacidade funcional, mas atrelada intrinsecamente a significados de satisfação, felicidade e realização pessoal, como aponta MENEGUIN [2001].

Segundo TOSTES [1998], as avaliações de qualidade de vida baseadas na percepção do paciente sobre os vários aspectos da vida possibilitam maior abrangência na análise do impacto da doença e das complexas estratégias terapêuticas utilizadas nesta área. Elas também permitem uma melhor observação das

associações com diferentes tipos de fatores clínicos, terapêuticos e psicossociais.

São vários os instrumentos disponíveis para a avaliação da qualidade de vida, sendo os mesmos classificados como genéricos e específicos [MINAYO *et al.*, 2000].

Entre os genéricos, destacam-se os instrumentos da OMS: WHOQOL-100 e sua versão resumida, WHOQOL-abreviado, que já foram traduzidos e validados no Brasil [FLECK *et al.*, 1999 e 2000]. Também está sendo desenvolvido o WHOQOL-old, voltado para pessoas idosas, com participação de pesquisadores brasileiros no projeto [FLECK *et al.*, 2003]. No Brasil há, ainda, pesquisas dedicadas à elaboração de outros meios de acessar a qualidade de vida dos idosos, e que têm sido conduzidas com uma importante participação dos próprios idosos no processo de construção do instrumento [PASCHOAL, 2001 e 2004]. Há também os instrumentos SF-36 e SF-20 derivados do MOS (Medical Outcomes Study).

Entre os específicos, citam-se alguns destinados à avaliação específica da qualidade de vida em pacientes com HIV, como o MOS-HIV, HOPES (HIV Overview of Problems Evolution System) e o MQOL-HIV (Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV/aids).

Os instrumentos produzidos pelo grupo WHOQOL (versão completa e abreviada) objetivam a possibilidade de aferição de forma indireta a qualidade de vida, considerando o conceito proposto por seus idealizadores. Nestes instrumentos as questões sobre qualidade de vida são tratadas de forma agrupada, formando o que os próprios autores designaram de “domínios de qualidade de vida”.

Deve-se esclarecer que os termos “dimensões” ou “domínios” de qualidade

de vida têm sido largamente utilizados na literatura especializada, referindo-se a agrupamentos de questões presentes nos instrumentos de mensuração do conceito, levando em conta os diferentes grupos de aspectos da vida que são abordados.

No caso do WHOQOL, são contemplados os domínios: “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente”.

O questionário WHOQOL já teve suas duas versões (completa e abreviada) traduzidas e validadas para aplicação no Brasil [FLECK *et al.*, 1999 e 2003].

O instrumento WHOQOL-100 foi proposto com a finalidade de avaliar a qualidade de vida baseando-se nos pressupostos acima abordados, de que ela corresponde a um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), com múltiplas dimensões. Algumas destas dimensões são consideradas positivas, como o exemplo da mobilidade. Outras, negativas, como é o caso da dor. Este instrumento acessa a qualidade de vida em situações e grupos populacionais diversos. A partir dele foi elaborada uma versão resumida, chamada WHOQOL-abreviado. Seu papel na avaliação de Qualidade de Vida já foi consolidado em âmbito internacional.

Esta versão resumida possui 26 questões e foi desenvolvida a partir de dados extraídos de teste de campo de vinte centros e dezoito países. FLECK *et al.* [2000] foram responsáveis pela tradução para português e sua validação. A característica de instrumento genérico, breve e de fácil aplicação o fortalece como opção para a abordagem de idosos, apesar de já haver sido sugerida a necessidade de adaptações para melhorar sua utilização neste grupo etário [ALBUQUERQUE, 2001].

Também têm sido criados módulos do WHOQOL dedicados à avaliação mais detalhada de populações específicas como: pacientes com câncer, refugiados, idosos

e portadores de certas doenças como aids, etc. Este último foi desenvolvido pelo grupo da OMS [WHOQOL-HIV Group, 2003] e já foram descritas algumas experiências de sua utilização na versão em inglês [O'CONNELL *et al.*, 2003]. Quanto à tradução e validação para a língua portuguesa, existem projetos em desenvolvimento, tanto para uma versão completa quanto para uma abreviada [CANAVARRO *et al.*, no prelo].

O WHOQOL-old, instrumento específico para avaliar qualidade de vida de idosos, encontra-se em processo de validação no Brasil. FLECK *et al.* [2003] apresentaram os resultados dos trabalhos com grupos focais.

Não foi localizado um instrumento específico para avaliar qualidade de vida em idosos que vivem com HIV/aids. Entretanto, já existe um interesse no tema da qualidade de vida de pacientes com HIV/aids em geral. Uma das metas essenciais dos que atuam na assistência aos portadores de HIV/aids é o aprimoramento da sobrevida e a qualidade de vida de tais pacientes.

Os avanços tecnológicos no tratamento da aids têm sido amplos e a introdução da HAART, em 1996, marcou uma mudança radical na tendência de sobrevida de tais pacientes. Com a considerável tendência de prolongamento da duração de suas vidas, configurou-se um novo desafio: garantir que estes pacientes, que passam a viver mais, possam também viver melhor. Isto fez com que grande parte dos estudos no campo do HIV/aids passasse a incluir, em seus objetivos, a preocupação com a avaliação da qualidade de vida. Os resultados destas investigações têm contribuído para aperfeiçoar a assistência prestada nos serviços de saúde onde tais pacientes são acompanhados.

Numa coorte realizada por GLOBE *et al.* [1999], comparando portadores de HIV hospitalizados com outros apenas em tratamento ambulatorial, usando entrevista face-a-face com instrumento composto por 44 questões, confirmou-se que os indivíduos com grande gravidade da doença tinham qualidade de vida significativamente menor. A análise multivariável, controlando-se a contagem de células T-CD4+, sintomas e outras características dos pacientes, mostrou que a gravidade da doença, bem como o número de dias de incapacidade devida à doença, estavam significativamente associados a níveis muito ruins de qualidade de vida.

Quando o principal foco de interesse é a avaliação da qualidade de vida relacionada às questões físicas e funcionais, o instrumento SF-36 se apresenta como boa opção, pois entre suas oito dimensões de qualidade de vida há uma especificamente dedicada a avaliar “capacidade funcional, limitação física e dor”. A tradução deste instrumento para o português e sua validação no Brasil foi feita por CICONELLI [1997].

Em um estudo com o SF-36, BASTARDO & KIMBERLIN [2001] avaliaram a qualidade de vida de 118 pacientes e verificaram que a mesma estava significativamente associada ao nível de sintomatologia e ao suporte social recebido.

ALBUQUERQUE [2005] utilizou o WHOQOL-abreviado para estudar uma população idosa considerando que, apesar das limitações apresentadas em seu trabalho anterior [ALBUQUERQUE, 2001], o instrumento tem a vantagem de encorajar os profissionais da saúde a focalizarem os aspectos positivos da vida das pessoas e como eles podem ser fortalecidos. Foram avaliados os participantes de dois programas de saúde do idoso, comparando-os no início e no final das participações nos programas. A diferença de qualidade de vida, entre os dois momentos, foi

significativa apenas com relação ao domínio físico, e somente em um dos grupos. A média no início e no fim foram respectivamente 69,40 e 74,04 ($p=0,030$), para este grupo. Nos demais domínios, bem como na avaliação geral de qualidade de vida, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tempos de avaliação nos dois grupos estudados.

A carência de estudos especificamente voltados à avaliação de qualidade de vida dos idosos vivendo com HIV/aids se reflete numa dificuldade de obtenção de parâmetros comparativos para avaliar os resultados dos escores de qualidade de vida.

Um estudo com homens e mulheres de diversas faixas etárias vivendo com aids analisou a associação entre as variáveis: qualidade de vida, adesão a anti-retrovirais e personalidade, e mostrou associação entre melhor adesão e escore elevado no domínio designado de “funcionamento geral”, que contemplava atividades físicas, laborais, sociais, etc [PENEDO *et al.*, 2002]. Em suas recomendações, estes autores sugeriram a realização de novos estudos para investigar como a personalidade e a qualidade de vida podem ter impacto sobre a adesão aos medicamentos anti-retrovirais.

Diante da perspectiva de se mensurar a qualidade de vida dos idosos que vivem com aids, foi viabilizada a idéia de se acrescentar à investigação da adesão aos anti-retrovirais uma investigação sobre possível associação entre a adesão e os domínios de qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

- **Principal**

Analisar a adesão dos idosos ao tratamento anti-retroviral, investigando possíveis associações entre adesão e fatores demográficos, sócio-econômicos e do contexto de vida, bem como de algumas características da própria terapia.

- **Secundário**

Descrever a população de idosos com aids em seguimento nos serviços da RME-DST/aids de São Paulo, segundo variáveis demográficas, sócio-econômicas e características do contexto de vida como a situação de trabalho e a qualidade de vida.

3. MÉTODO

Tratou-se de um estudo de corte transversal, no qual analisamos idosos em tratamento para aids com medicamentos ARV, tendo sido priorizados aspectos relacionados à adesão a tal tratamento e à qualidade de vida.

Foram estudados idosos em tratamento com ARV em serviços especializados em DST/aids, integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). A própria SMS-SP classifica seus 15 serviços de saúde que prestam assistência especializada em DST/aids segundo o nível de complexidade dos mesmos, havendo três categorias:

- a) 02 Ambulatórios de Especialidades (AE) - serviços situados dentro de ambulatórios de especialidades diversas, nas quais se inclui a atenção a DST/aids;
- b) 10 Serviços de Assistência Especializadas em DST/Aids (SAE) - serviços específicos de assistência e prevenção de DST/aids;
- c) 03 Centros de Referência em DST/aids (CR) – serviços especializados em DST/aids, que apresentam maior complexidade de assistência, incluindo a realização de exames complementares como ultra-sonografia e broncoscopia, entre outros. Funcionam também como referências municipais para tratamento e prevenção de Hepatites B e C.

Foi feito um contato preliminar com os interlocutores de pesquisa de todos os 15 serviços, com a intenção de definir quais deles poderiam efetivamente participar do estudo.

Neste momento foram pactuados diversos aspectos éticos do projeto, que foi em seguida submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Em 21 de março de 2005 foi emitido parecer de aprovação do projeto de acordo com a resolução 196/96. As pequenas alterações sugeridas para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incorporadas compondo a versão final do Termo, que se encontra reproduzida no ANEXO I. Ainda como projeto de qualificação, fora também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O TCLE foi lido pelo entrevistador e, quando necessário, discutido em detalhes com cada idoso entrevistado, antes que o mesmo assinasse a autorização prévia e pudesse ser iniciada a entrevista propriamente dita. Foi sempre reiterado o compromisso de garantir completo anonimato dos pacientes.

Os questionários foram aplicados pelo pesquisador ou por profissionais devidamente habilitados, e o conteúdo isolado de cada entrevista respondida ficou restrito ao conhecimento do entrevistador e pesquisador responsável. Mantém-se como compromisso a garantia de que a divulgação dos resultados só poderá ser feita com base na análise coletiva das respostas.

Os idosos entrevistados foram selecionados para compor uma amostra dos pacientes matriculados nos quinze serviços especializado para tratarem a aids. No cálculo da amostra usou-se a estimativa da prevalência de adesão a ARV entre os idosos como sendo de aproximadamente 77%, baseando-se em NEMES *et al.* [2004], que mostraram prevalência de adesão de 75,05% (IC_{95%}: 73,08 – 76,95) em estudo que incluiu diversas faixas etárias.

Estes autores, em concordância com outros estudos da literatura especializada [GORDILLO *et al.*, 1999; NEMES, 2000; CHESNEY, 2000 e NEMES *et al.*, 2004] identificaram uma tendência de aumento da adesão diretamente proporcional ao aumento da idade. Assim, optou-se por assumir no cálculo o valor mais elevado do intervalo de confiança, chegando ao número aproximado de 77% de adesão.

Considerando-se um erro máximo de 7,7% para um nível de significância de 5%, chegou-se à estimativa de 115 entrevistas como tamanho amostral.

Na distribuição do número de entrevistas a serem realizadas em cada serviço seguiu-se a proporção de idosos em uso de ARV em cada um deles. Após esta estratificação, previu-se para cada serviço um número de entrevistas de aproximadamente 40% do total de idosos em tratamento anti-retroviral.

O trabalho de campo foi adaptado à rotina do serviço, visando criar o mínimo possível de dificuldades no andamento das atividades habituais. Também, em conformidade com preocupações de cunho ético, fez-se, por intermédio de representantes dos próprios serviços, o convite aos idosos para participar da pesquisa. No caso de aceite, este mesmo representante viabilizou o contato entre entrevistador e entrevistado.

Estas definições prévias influíram na logística do trabalho de campo. Em cada serviço os idosos foram levantados em listagem, e os interlocutores de pesquisa do serviço selecionaram, a partir da data e horários de agendamento da próxima consulta, um determinado número deles, correspondente a 40% do total da lista. As datas e horários foram escolhidos conforme a adequação com a agenda do interlocutor e dos entrevistadores. De acordo com a disponibilidade de ambos foram

pré-definidos dias e turnos para a realização da entrevista em cada serviço.

O interlocutor se incumbiu de convidar os pacientes que passassem em consulta nas datas escolhidas, e, diante da concordância, apresentá-los ao entrevistador que estivesse agendado para aquele turno. Quando ocorreu falta à consulta, procurou-se recapturar os mesmos pacientes, para evitar que fossem selecionados idosos mais aderidos ao serviço, o que poderia conduzir a viés, caso estes fossem também mais aderidos aos medicamentos ARV.

Na orientação dos interlocutores foi destacada a importância de evitarem que a seleção dos pacientes fosse feita avaliando previamente a probabilidade dos mesmos aceitarem participar do estudo. Também foram orientados a evitar dirigir a seleção para pacientes com características potencialmente facilitadoras da entrevista, ou seja, escolherem idosos provavelmente mais dispostos a responder perguntas ou aqueles considerados “mais esclarecidos”. Isto poderia privilegiar a inclusão na amostra dos idosos com características que também interfeririam na principal questão do estudo - a adesão ao tratamento. Houve, de fato, dificuldade na aplicação do questionário com quatro dos pacientes, mas o problema foi minimizado realizando-se a entrevista com o auxílio de familiares que os acompanhavam.

Os critérios de inclusão de idosos neste estudo foram: (1) idade igual ou superior a sessenta anos e (2) uso de terapia ARV há pelo menos dois meses. Não foi utilizado qualquer critério de exclusão, tendo deixado de participar os que declinaram do convite feito pelos interlocutores da pesquisa no serviço de saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2005, sendo sempre antecedida pela leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (ANEXO I) com cada idoso entrevistado.

Alguns dados complementares, para a caracterização dos idosos, foram coletados a partir do banco de dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN), junto ao Centro de Controle de Doenças (CCD), da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP).

O instrumento utilizado para entrevista foi composto de duas partes, conforme pode ser verificado no ANEXO II.

A primeira Parte I correspondeu a um questionário semi-estruturado, adaptado de NEMES *et al.* [2004]. Foram contemplados aspectos demográficos, condições de saúde e questões sobre adesão ao tratamento para aids, entre outras.

Foi solicitado ao paciente que fizesse uma descrição de cada um dos três últimos dias de sua vida, antes de introduzir uma questão específica sobre a medicação anti-retroviral tomada naqueles respectivos dias.

Para ajudar na identificação dos medicamentos tomados, usou-se recurso visual no qual os comprimidos foram apresentados nos seus formatos e cores originais, acompanhados do nome do princípio ativo e nome comercial [ANEXO III]. Ao final da entrevista foi feita confirmação, a partir de pesquisa em prontuário, dos medicamentos e posologias prescritas pelo médico assistente.

Na coleta de informação sobre renda foram registrados valores na moeda vigente, convertidos depois em unidades de “salário-mínimo” (valor:260,00 reais).

Na caracterização das tomadas dos ARV foi considerada falha na tomada se o entrevistado referiu ter passado um dia inteiro ou mais que um dia sem tomar os

ARV por conta própria, sem o médico autorizar.

A Parte II do instrumento correspondeu ao WHOQOL-abreviado, questionário de avaliação de qualidade de vida desenvolvido e validado por grupo especializado da OMS [GRUPO WHOQOL, 2001]. Os dados obtidos por meio do WHOQOL-abreviado foram tratados em função de cada domínio, pois nesse instrumento não se pode utilizar um “escore total” de qualidade de vida, já que ele foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida é um construto multidimensional, não cabendo a soma de itens referentes a diferentes domínios.

Utilizou-se o programa EPI-INFO (versão 6.04b) para a entrada dos dados e programa STATA, versão 8.0, para as análises estatísticas.

A prevalência de adesão aos anti-retrovirais foi calculada, com o respectivo intervalo de confiança de 95%, a partir da auto-referência dos idosos. Foram considerados aderidos aqueles que tomaram ao menos 95% dos comprimidos prescritos para os três dias que antecederam a entrevista.

A qualidade de vida dos idosos estudados foi analisada utilizando-se o programa SPSS 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Por meio de uma sintaxe de programação proposta pelo grupo WHOQOL [2001] foram calculados os escores médios, com respectivos desvios-padrão, para cada um dos domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental).

A confiabilidade do WHOQOL-abreviado em sua aplicação na amostra do estudo foi testada pela análise de consistência dos itens de cada domínio, utilizando-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Trata-se de um teste de confiabilidade muito utilizado na avaliação de instrumentos desenvolvidos pelo grupo WHOQOL.

Os testes de confiabilidade são utilizados com a finalidade de verificar o grau de coerência ou precisão com que um instrumento mede o atributo que pretende medir.

Conforme PEREIRA [1999], *apud* CÁRDENAS [2004], o coeficiente Alfa de Cronbach mede a inter-correlação dos itens e proporciona uma estimativa do erro da medida. Apresenta uma variação entre zero e um, sendo que quanto mais próximo de um, maior a confiabilidade da medida, para uma determinada amostra do estudo. As medidas acima de 0,50 são indicativas de consistência interna, segundo McHORNEY [1993].

Ainda para PEREIRA, o coeficiente Alfa de Cronbach pode ser considerado:

“teste robusto o suficiente para tolerar escalas não homogêneas e basear-se em correlações calculadas como razão de covariâncias e variâncias. Quanto mais as variações entre as medidas do fenômeno, realizadas pelas diferentes variáveis, superarem as variações internas das variáveis individualmente, melhor será o indicador. Além disso, quanto maior for o número de variáveis compondo o indicador, tanto melhor ele será”.

Em resumo, podemos dizer que o exame de validade de um instrumento destina-se a verificar sua habilidade em medir o que está se propondo a medir, ou seja, a validade refere-se à extensão com que um instrumento é capaz de representar

o construto que pretende medir.

Para avaliar possíveis associações entre a adesão aos anti-retrovirais e características dos idosos e do próprio tratamento, foram realizadas análises bivariável por meio de regressão logística. As variáveis que se mostraram associadas ($p < 0,10$) à adesão foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla. As demais variáveis foram, contudo, testadas com o objetivo de mantê-las no modelo final, caso influíssem de maneira importante nas estimativas de interesse. A significância estatística das variáveis no modelo foi estimada pelo teste da razão de máxima verossimilhança. O teste de tendência linear foi utilizado para a variável escolaridade.

4. RESULTADOS

Todos os 15 serviços concordaram em participar do estudo. Dentre os 120 idosos em uso de HAART consultados, houve apenas duas recusas, justificada por indisposição em participar de pesquisas em geral. As análises das 118 entrevistas serão apresentadas a seguir.

4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

4.1.1. Características demográficas

Na Tabela 3 são apresentadas informações sobre faixa etária, sexo e escolaridade da população estudada.

Dos 118 entrevistados, 98% se encontravam na terceira idade, sendo marcante o predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos (83,1%).

Também predominaram os homens, correspondendo a 73 entrevistados (62%). Estes dados estão detalhados na Tabela 3.

Na distribuição segundo escolaridade, predominaram aqueles com até três anos de estudos. Esta categoria correspondeu a 48,3% dos entrevistados.

Considerando os sexos separadamente, observou-se que a proporção de mulheres com escolaridade máxima de três anos foi ainda maior, chegando a 60% das entrevistadas. Para os homens tal proporção foi de 41,1%.

TABELA 3: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. São Paulo, 2005.

VARIÁVEIS	SEXO				TOTAL	
	Masculino (n=73)		Feminino (n=45)		n°	%
	n°	%	n°	%		
FAIXA ETÁRIA						
60 A 69	60	82,2	38	84,4	98	83,1
70 A 79	10	13,7	7	15,6	17	14,4
80 E MAIS	3	4,1	-	-	3	2,5
ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO)						
ATÉ 3	30	41,1	27	60,0	57	48,3
4 A 7	21	28,8	12	26,7	33	28,0
8 OU MAIS	22	30,1	6	13,3	28	23,7

4.1.2. Características sócio-econômicas

Na distribuição dos idosos segundo renda, predominaram aqueles que recebiam até três salários mínimos (57,6%). No caso da renda segundo sexo, observou-se que a proporção de mulheres nesta faixa de renda foi ainda maior (73,3%), comparada aos homens (47,9%). Estes dados encontram-se na Tabela 4.

TABELA 4: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo e renda. São Paulo, 2005.

RENDA (SALÁRIO MÍNIMO)	SEXO				TOTAL	
	Masculino (n=73)		Feminino (n=45)		n°	%
	n°	%	n°	%		
½ A 3	35	47,9	33	73,3	68	57,6
4 A 7	21	28,8	6	13,3	27	22,9
OITO OU MAIS	10	13,7	2	4,4	12	10,2
SEM INFORMAÇÃO	7	9,6	4	8,9	11	9,3

A distribuição dos idosos segundo a situação de trabalho mostrou predomínio de aposentados (60,2%). Dos 71 aposentados, 47 (66,2) obtiveram este benefício previdenciário por motivo de idade ou por tempo de serviço. Apenas 24 (33,8%) se aposentaram por motivo de saúde.

Dentre os 47 não aposentados, 22 (46,8%) referiram realizar trabalhos autônomos ou “viver de bicos” [Tabela 5].

TABELA 5: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo situação de trabalho. São Paulo, 2005.

SITUAÇÃO DE TRABALHO	n	%
APOSENTADOS	71	60,2
POR IDADE OU TEMPO DE SERVIÇO	47	66,2
POR MOTIVO DE SAÚDE	24	33,8
NÃO APOSENTADOS	47	39,8
AUTÔNOMOS OU VIVE DE BICOS	22	46,8
VIVEM DE PENSÃO	7	14,9
ASSALARIADOS	5	10,6
EM LICENÇA MÉDICA	3	6,4
SEM FONTE DE RENDA	10	21,3

4.1.3. Característica da exposição ao HIV

A partir dos dados do banco de aids do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), foi possível distribuir os idosos quanto à provável categoria de exposição associada à infecção pelo vírus HIV. Havia informação para um total de 102 (86,4%) dos 118 idosos entrevistados. Nos demais casos não havia notificação no SINAN, ou a mesma não trazia informação da categoria de exposição.

Dentre os homens a categoria de transmissão predominante foi a heterossexual (58,9%), seguida da categoria bissexual (21,9%). Entre as mulheres, o

predomínio da categoria heterossexual foi ainda maior (82,2%). A categoria uso de drogas injetáveis apresentou proporção de 2,7% entre os homens e 2,2% entre mulheres, conforme mostra a Tabela 6.

TABELA 6: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo sexo e categoria de exposição. São Paulo, 2005.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	n	%	n	%		
HETEROSSEXUAL	43	58,9	37	82,2	80	67,8
BISSEXUAL	16	21,9	-	-	16	13,6
HOMOSSEXUAL	3	4,1	-	-	3	2,5
USO DE DROGA INJETÁVEL	2	2,7	1	2,2	3	2,5
SEM INFORMAÇÃO	9	12,4	7	15,6	16	13,6
TOTAL	73	100,0	45	100,0	118	100,0

4.1.4. Características sobre parceria e filhos

O número de idosos que referiu parceria fixa foi de 54 (45,8%). Destes, 46 (85,2%) residiam com o parceiro no mesmo domicílio [Tabela 7]. Apenas 29,6% dos parceiros fixos tinham sorologia anti-HIV sabidamente positiva [Tabela 9].

TABELA 7: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo parceria fixa e co-habitação com parceiro. São Paulo, 2005.

PARCERIA FIXA	n	%
SIM	54	45,8
CO-HABITA COM PARCEIRO		
SIM	46	85,2
NÃO	8	14,8
PARCEIRO HIV POSITIVO		
SIM	16	29,6
NÃO OU IGNORADO	38	70,4
NÃO	64	54,2

A maioria dos idosos (84,7%) referiu ter filhos. O número de filhos variou de 1 a 8, tendo predominado os idosos com 1 a 3 filhos (61%), conforme apresentado na Tabela 8.

TABELA 8: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=118), segundo a característica “ter filhos”. São Paulo, 2005.

FILHOS/QUANTIDADE	n	%
SIM	100	84,7
UM A TRÊS	61	61,0
QUATRO A SEIS	34	34,0
SETE A OITO	5	5,0
NÃO	18	15,3

4.1.5 Participação em projetos de apoio a portadores de HIV/aids

Apenas 9 idosos (7,6%) referiram participar de projetos de apoio a pessoas vivendo com aids [Tabela 9]. Todos estes projetos corresponderam a Organizações Não Governamentais (ONG).

TABELA 9: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo participação em ONG. São Paulo, 2005.

PARTICIPAÇÃO EM ONG	n	%
SIM	9	7,6
NÃO	109	92,4
TOTAL	118	100,0

4.1.6 Características sobre outros tratamentos de longa duração

Pouco mais da metade dos idosos (55,1%) referiu seguir outro tratamento prolongado além do tratamento ARV [Tabela 10]. Foram 65 idosos nesta condição e todos referiram acompanhamento para doenças crônicas, sendo as principais delas a hipertensão, mencionada por 29 idosos (55,8%) e diabetes mellitus, referida por 11 idosos (21,2%).

TABELA 10: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo realização de outros tratamentos prolongados. São Paulo, 2005.

OUTROS TRATAMENTOS	n	%
SIM	65	55,1
NÃO	53	44,9
TOTAL	118	100,0

Para os 65 que faziam outros tratamentos foi perguntado se achavam que este outro tratamento ajudava ou atrapalhava na adesão aos ARV. Dos 17 (26,2%) que responderam sim, 12 (70,6%) afirmaram que seguir outro tratamento ajudava na adesão aos ARV [Tabela 11].

TABELA 11: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids (n=65), segundo influência de outros tratamentos prolongados na adesão aos ARV. São Paulo, 2005.

INFLUÊNCIA DE OUTROS TRATAMENTOS	n	%
SIM	17	26,2
AJUDA	12	70,6
ATRAPALHA	5	29,4
NÃO	48	73,8

4.1.7 Dados sobre qualidade de vida

A caracterização da qualidade de vida dos idosos com relação aos domínios físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, mostrou os escores apresentados no Quadro 2.

QUADRO 2: Escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios de qualidade de vida entre os idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids. São Paulo, 2005.

DOMÍNIOS (WHOQOL ABREVIADO)	Média	Desvio Padrão
FÍSICO	64,74	15,32
PSICOLÓGICO	65,68	17,56
RELAÇÕES SOCIAIS	65,61	17,00
MEIO AMBIENTE	60,78	14,45

Os valores obtidos como Coeficiente de Fidedignidade de Cronbach se encontram no Quadro 3, acompanhados da especificação do número de itens que compunham cada domínio.

QUADRO 3: Coeficiente de Fidedignidade de Cronbach dos domínios de qualidade de vida avaliados entre idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids. São Paulo, 2005.

DOMÍNIOS (WHOQOL ABREVIADO)	Coeficiente Cronbach	Nº de itens
FÍSICO	0,70	7
PSICOLÓGICO	0,76	6
RELAÇÕES SOCIAIS	0,59	3
MEIO AMBIENTE	0,71	8

4.2. CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO

4.2.1 Dados sobre local de tratamento

A distribuição dos idosos segundo a região da cidade e o serviço de saúde do acompanhamento se deu conforme apresentado na Tabela 12. Predominaram as regiões sudeste (24,6%) e norte (23,7%). Nas demais regiões a distribuição foi eqüitativa, em torno de 17%.

TABELA 12: Idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids, segundo local de seguimento. São Paulo, 2005.

REGIÃO / SERVIÇO DE SAÚDE	n	%
NORTE	28	23,7
CR NOSSA SENHORA DO Ó	20	71,4
SAE SANTANA	8	28,5
SUL	20	17,0
CR SANTO AMARO	9	45,0
SAE CIDADE DUTRA	5	25,0
SAE JARDIM MITSUTANI	6	30,0
SUDESTE	29	24,6
CR PENHA	12	41,4
AE JABAQUARA	3	10,3
AE VILA PRUDENTE	7	24,2
SAE BETINHO	4	13,8
SAE IPIRANGA	3	10,3
LESTE	20	17,0
SAE CIDADE LIDER II	6	30,0
SAE FIDÉLIS RIBEIRO	14	70,0
CENTRO-OESTE	21	17,7
SAE LAPA	6	28,6
SAE BUTANTÃ	8	38,1
SAE CAMPOS ELÍSEOS	7	33,3

4.2.2 Dados sobre a terapia anti-retroviral

Em relação ao tempo de uso dos ARV, quase metade dos idosos já os utilizava por período de cinco anos e meio ou mais (45,8%). Cerca de 40% usava ARV por um período entre um ano e meio e cinco anos e meio. Apenas 12,7% usavam há menos de um ano e meio. Houve um idoso que não soube informar o tempo de uso dos ARV [Tabela 13].

TABELA 13: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo tempo de uso dos ARV. São Paulo, 2005.

TEMPO DE USO DE ARV (ANOS)	n	%
MENOS DE 1 ½	15	12,7
1 ½ A MENOS DE 3 ½	27	22,9
3 ½ A MENOS DE 5 ½	21	17,8
5 ½ E MAIS	54	45,8
SEM INFORMAÇÃO	1	0,8
TOTAL	118	100,0

Quanto ao tipo de esquema ARV utilizado, predominou a combinação de dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) com um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN). Este tipo de esquema correspondeu a 45,7% dos observados. Em 44,1% dos casos combinaram-se 2 ITRN e 1 IP (inibidor de protease) [Tabela 14]. Outras combinações menos frequentes foram: 2 ITRN + 2 IP (3); 3 ITRN + 1 IP (3); 2 ITRN + 1 ITRNN + 1 IP (3) ; 1 ITRN + 2 IP (1); 1 ITRN + 1 IP (1); 2 ITRN (1).

TABELA 14: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo classe das drogas combinadas no esquema HAART. São Paulo, 2005.

CLASSE DAS DROGAS DO HAART	n	%
2 ITRN + 1 ITRNN	54	45,7
2 ITRN + 1 IP	52	44,1
OUTROS	12	10,2
TOTAL	118	100,0

O número de comprimidos (ARV) prescrito para a tomada diária se distribuiu conforme apresentado a seguir [Tabela 15]. Predominaram as prescrições com máximo de cinco comprimidos/dia (48,3%), seguidas das com seis a nove comprimidos/dia (27,1%).

TABELA 15: Idosos em uso de anti-retrovirais na RME-DST/aids, segundo número de comprimidos. São Paulo, 2005.

Nº COMPRIMIDOS/DIA	n	%
2 a 5	57	48,3
6 a 9	32	27,1
10 a 12	17	14,4
Mais que 12	12	10,2
TOTAL	118	100,0

Um total de 90 (76,35%) idosos referiu efeito adverso dos ARV, sendo os principais deles: lipodistrofia 64 (54,2%) e efeito gastrointestinal 39 (33,1%). Os principais efeitos gastrointestinais mencionados foram diarreia e náusea. A lipodistrofia foi referida em diferentes partes do corpo. Dos 64 idosos com este efeito adverso, 41 (64,1%) mencionaram lipodistrofia em pernas; 51,6%, em braços e 48,4% em barriga [Tabela 16].

TABELA 16: Idosos em uso de anti-retrovirais (n=118) na RME-DST/aids, segundo queixa de lipodistrofia. São Paulo, 2005.

LIPODISTROFIA/PARTES DO CORPO	n	%
SIM	64	54,2
PERNAS	41	64,1
ROSTO	40	6,3
BRAÇOS	33	51,6
BARRIGA	31	48,4
PESCOÇO	10	15,6
CINTURA	1	15,6
NÁDEGAS	8	12,5
OUTRAS	47	73,4
NÃO	54	45,8

4.3. CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ARV

A caracterização da tomada das medicações ARV nos três dias que antecederam as entrevistas com os idosos permitiu estimar a prevalência de adesão

ao tratamento de 80,5%, com intervalo de 95% de confiança de 72,2% a 87,2% [Tabela 17].

TABELA 17: Idosos em terapia ARV na RME-DST/aids, segundo adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005.

ADESÃO AOS ARV	n	%
ADERIDO	95	80,5
NÃO ADERIDOS	23	19,5
TOTAL	118	100,0

Os 118 idosos entrevistados foram caracterizados segundo três aspectos: (1) modo de tomada dos medicamentos, (2) a ocorrência de falhas nas tomadas de medicamentos anti-retrovirais no ano em curso e (3) faltas a consultas marcadas neste mesmo período. As distribuições verificadas nesta caracterização encontram-se na Tabela 18.

Dos 118 entrevistados, 98 (83,1%) referiram tomar os medicamentos exatamente conforme prescrito pelo médico. Considerando-se esta mesma questão apenas em relação os 95 aderidos, observa-se que a proporção se eleva para 88,4%.

Em relação à ocorrência de falhas nas tomadas, no ano em curso, 58 dos 118 (49,2%) referiram nunca haver falhado, enquanto 60 (50,8%) mencionaram ter ficado pelo menos um dia completo sem tomar os remédios naquele ano. No caso específico dos 95 aderidos, o número dos que referiram falha foi de 53 (55,8%). Os 42 restantes (44,2%) mencionaram que tiveram suas falhas distribuídas do seguinte modo: apenas

um dia (9), de dois a sete dias (23) e mais de sete dias (10). Os principais motivos para as falhas foram: falta de medicamento (13), esquecimento (11), participação em festas/ingestão de bebidas alcoólicas (4) e viagens (3).

A análise da falta a consultas agendadas para o ano em curso mostrou que, entre os 118 idosos, 98 (83,1%) compareceram a todas as consultas. Entre os 95 aderidos observou-se que 80 (84,2%) compareceram a todas as consultas. Entre os 15 (15,8%) restantes, o número de faltas se distribuiu da seguinte forma: uma vez (13) e mais de uma vez (2). Os principais motivos de falta às consultas foram: esquecimento, viagens e problemas de saúde.

TABELA 18: Comparação dos idosos da RME-DST/aids segundo adesão ao tratamento anti-retroviral no ano corrente. São Paulo, 2005.

ASPECTOS ANALISADOS	IDOSOS			
	ADERIDOS (n=95)		TODOS (n=118)	
	n°	%	n°	%
TOMADA CONFORME RECOMENDAÇÃO				
EXATAMENTE	84	88,9	98	83,1
NÃO EXATAMENTE	11	11,6	20	16,9
FALHA NAS TOMADAS				
SIM	42	44,2	60	50,8
NÃO, NUNCA	53	55,8	58	49,2
FALTA A CONSULTAS				
SIM	15	15,8	20	16,9
NÃO, NENHUMA	80	84,2	98	83,1

4.4. ADESÃO E OUTRAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

4.4.1. Adesão segundo características dos idosos

4.4.1.1 Distribuição da adesão segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas

As análises das associações entre adesão e variáveis demográficas e sócio-econômicas observada entre os 118 entrevistados encontram-se na Tabela 19.

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa na adesão dos homens e das mulheres ($p=0,40$).

Em relação à faixa etária, observou-se melhor adesão entre os aqueles com idade entre 60 e 69 anos. A prevalência de adesão entre eles foi aproximadamente 88%, enquanto na faixa de 70 anos e mais foi de 65%. Estes dados apresentaram significância estatística limítrofe ($p=0,06$).

Quanto à associação entre adesão e escolaridade, verificou-se tendência de aumento da adesão diretamente proporcional ao aumento do número dos anos de estudo. Este resultado apresentou-se estatisticamente significativo ($p=0,01$).

Não se verificou associação estatisticamente significativa entre adesão e renda dos idosos ($p=0,35$).

A análise da associação entre adesão e situação de trabalho mostrou tendência de melhor adesão entre os idosos aposentados (87,3%) quando comparados aos demais (70,2%), sendo a diferença estatisticamente significativa.

TABELA 19: Idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids(n=118), segundo sexo, faixa etária, escolaridade e adesão aos anti-retroviral. São Paulo, 2005.

	ADESÃO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
SEXO*						
MASCULINO	57	78,1	16	21,9	73	100,0
FEMININO	38	84,4	7	15,6	45	100,0
FAIXA ETÁRIA** (ANOS)						
60 A 69	82	83,7	16	16,3	98	100,0
70 OU MAIS	13	65,0	7	35,0	20	100,0
ESCOLARIDADE*** (ANOS DE ESTUDO)						
ATÉ 3	41	71,9	16	28,1	57	100,0
4 A 7	28	84,8	5	15,2	33	100,0
8 E MAIS	26	92,9	2	7,1	28	100,0
RENDA**** (SALÁRIO MÍNIMO)						
½ A 3	52	76,5	16	23,5	68	100,0
4 A 7	24	88,9	3	11,1	27	100,0
8 E MAIS	10	83,3	2	16,7	12	100,0
SEM INFORMAÇÃO	9	81,8	2	18,2	11	100,0
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA *****						
APOSENTADO	62	87,3	9	12,7	71	100,0
NÃO APOSENTADO	33	70,2	14	29,8	47	100,0

* $p=0,40$ ** $p=0,06$ *** $p=0,01$ **** $p=0,35$ ***** $p=0,02$

4.4.1.2 Distribuição da adesão segundo características pessoais do idoso

Foram analisadas possíveis associações entre a adesão e características pessoais dos idosos, sendo os resultados apresentados na TABELA 20.

Em relação à categoria de exposição ao HIV, obteve-se informação para 102 (86,4%) dos entrevistados. Não foi constatada associação entre esta variável e a adesão aos anti-retrovirais ($p=0,34$).

Entre os idosos com parceria sexual fixa, observou-se adesão de 81,5%. Para os sem parceria fixa, a mesma foi de 79,9%. Esta diferença também não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,81$).

Entre os 54 idosos que referiram parceria fixa, analisou-se a associação entre adesão e sorologia positiva para HIV do parceiro. Constatou-se que entre os idosos com parceiro sabidamente soropositivo a adesão foi de 87,5%. Entre os demais (parceiro não positivo ou sem informação), observou-se adesão 78,9. Esta diferença, também não foi estatisticamente significativa ($p=0,45$).

Quanto à questão sobre ter filhos, observou-se adesão de 79,2% para os sem filhos e 88,2% para os com filhos, mas a diferença também não foi estatisticamente significativa ($p=0,36$).

Analisou-se a associação entre adesão e participação em projetos de apoio a portadores do HIV desenvolvidos por Organizações Não Governamentais (ONG). A adesão dos entrevistados que referiram participação em tais projetos foi 66,7% e dos que disseram não participar foi 81,7%. A diferença também não foi estatisticamente significativa ($p=0,31$). Destaca-se que apenas nove referiram participação em ONG.

TABELA 20: idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids (n=118), segundo características pessoais e adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005.

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO*	ADESÃO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
HETEROSSEXUAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0
BISSEXUAL	14	87,5	2	12,5	16	100,0
HOMOSSEXUAL	3	100,0	-	-	3	100,0
UDI	3	100,0	-	-	3	100,0
SEM INFORMAÇÃO	13	81,3	3	18,8	16	100,0
PARCERIA FIXA**						
SIM	44	81,5	10	18,5	54	100,0
NÃO	51	79,7	13	20,3	64	100,0
PARCEIRO HIV+ ***						
SIM	14	87,5	2	12,5	16	100,0
NÃO	30	78,9	8	21,1	38	100,0
FILHOS****						
SIM	80	79,2	2	20,8	101	100,0
NÃO	15	88,2	2	11,8	17	100,0
PARTICIPAÇÃO EM ONG *****						
SIM	6	66,7	3	33,3	9	100,0
NÃO	89	81,7	20	18,3	109	100,0

* $p=0,34$ ** $p=0,81$ *** $p=0,45$ **** $p=0,36$ ***** $p=0,31$

4.4.1.3 Distribuição da adesão segundo dados de qualidade de vida

A adesão não apresentou qualquer tendência ao ser analisada em relação aos domínios de qualidade de vida [Quadro 4].

QUADRO 4: Escores médios e respectivos desvios-padrão (dp) nos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref obtidos entre idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids, segundo adesão aos ARV. São Paulo, 2005.

DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA	ADERIDOS		NÃO ADERIDOS		P*
	MÉDIA	(DP)	MÉDIA	(DP)	
FÍSICO	64,62	(15,76)	65,22	(13,67)	0,87
PSICOLÓGICO	65,00	(18,35)	68,48	(13,81)	0,40
RELAÇÕES SOCIAIS	66,23	(17,42)	63,04	(15,25)	0,42
MEIO AMBIENTE	61,45	(14,39)	58,02	(14,68)	0,31

* Para comparação das duas médias foi usado o teste *t*

4.4.2. Adesão segundo características do tratamento

Os resultados da análise de associações entre adesão e características do próprio tratamento encontram-se na Tabela 21.

Em relação ao tempo de uso de ARV, houve informação para 117 entrevistados. Esta variável não apresentou associação estatisticamente significativa entre com a adesão ($p=0,92$).

O tipo de esquemas HAART usado mostrou-se associado à adesão, com um nível limítrofe de significância estatística ($p=0,08$). A proporção de aderidos foi 89,1% entre os que usavam combinação de 2 INTR e 1 ITRNN e 74,5% para os com 2 ITRN e 1 IP.

A adesão também se mostrou associada ao número de comprimidos ARV tomados diariamente. Os entrevistados com prescrições com até cinco comprimidos/dia apresentaram adesão de 89,5%. Já para os idosos com prescrições incluindo mais de cinco comprimidos/dia a adesão foi de 72,1%. Esta associação mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,02$).

Observou-se adesão pouco maior entre os entrevistados que não referiram efeitos adversos dos anti-retrovirais, entretanto esta associação não foi estatisticamente significativa.

Também foi analisada a percepção dos pacientes quanto ao efeito adverso lipodistrofia. Entre os que referiram tal queixa, a adesão foi 79,7%, enquanto para os demais foi 81,5%. A diferença, entretanto, não mostrou significância estatística.

TABELA 21: idosos em tratamento ARV na RME-DST/aids, segundo características do tratamento e adesão aos anti-retrovirais. São Paulo, 2005.

	ADESÃO					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
TEMPO DE USO DE ARV *						
MENOS DE 1½	11	73,3	4	26,7	15	100,0
1½ —— 3½	22	81,5	5	18,5	27	100,0
3½ —— 5½	17	81,0	4	19,0	21	100,0
5½ OU MAIS	44	81,5	10	18,5	54	100,0
TIPO DE ESQUEMA ARV**						
2 ITRN + 1 ITRNN	48	88,9	6	11,1	54	100,0
2 ITRN + 1 IP	39	75,0	13	25,0	52	100,0
OUTROS	8	66,7	4	33,3	12	100,0
Nº COMPRIMIDOS DIÁRIOS DE ARV ***						
ATÉ CINCO	51	89,5	6	10,5	57	100,0
MAIS DE CINCO	44	72,1	17	27,9	61	100,0
EFEITOS ADVERSOS DOS ARV ****						
SIM	71	78,9	19	21,1	90	100,0
NÃO	24	85,7	4	14,3	28	100,0
LIPODISTROFIA *****						
SIM	51	79,7	13	20,3	64	100,0
NÃO	44	81,5	10	18,5	54	100,0

* $p=0,92$ ** $p=0,08$ *** $p=0,02$ **** $p=0,60$ ***** $p=0,81$

4.5 ANÁLISE MULTIVARIADA: MODELO LOGÍSTICO

Na análise múltipla, após utilização de um modelo de regressão logística múltipla foram identificados como independentemente associadas ao risco de não adesão as variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação de trabalho e número de comprimidos diários, conforme apresentado na Tabela 22.

TABELA 22: Risco de não adesão aos anti-retrovirais entre idosos em tratamento na RME-DST/aids, segundo características do paciente e do tratamento. São Paulo, 2005.

CARACTERÍSTICAS	RC*	IC _{95%} **	RC Ajustado	IC _{95%} Ajustado	p
SEXO					0,053
Masculino	1		1		
Feminino	0,65	0,24 – 1,75	0,32	0,09 – 1,08	
FAIXA ETÁRIA (ANOS)					0,070
60 a 69	1		1		
70 e mais	2,76	0,95 – 7,99	3,22	0,92 – 11,23	
ESCOLARIDADE (ANOS)					0,061
Até três	1		1		0,025***
Quatro a sete	0,45	0,15 – 1,39	0,59	0,18 – 1,96	
Oito ou mais	0,19	0,42 – 0,93	0,17	0,03 – 0,90	
SITUAÇÃO DE TRABALHO					0,004
Aposentado	1		1		
Não aposentado	2,92	1,14 – 7,46	5,09	1,56 – 16,57	
Nº COMPRIMIDOS/DIA					0,033
Até cinco	1		1		
Seis ou mais	3,28	1,19 – 9,05	3,19	1,05 – 9,71	

* RC: Razão de chances (odds ratio) ** IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

*** teste para tendência linear

5. DISCUSSÃO

Os idosos em seguimento na RME-DST/aids apresentaram uma adesão aos anti-retrovirais de 80,5% (IC 95%: 72,2% - 87,2%), taxa que se mostra superior à que habitualmente se verifica na literatura científica dedicada tanto à adesão em geral, quanto à adesão específica aos ARV [GORDILLO *et al.*, 1999; CHESNEY, 2000; NEMES *et al.*, 2004]. O resultado foi consistente com o estudo de COONS *et al.* [1994] que observaram uma taxa de não adesão a medicamentos prescritos de 21%, ao investigarem 1028 pacientes com idade de 55 anos ou mais.

No presente estudo, a prevalência de adesão foi levantada a partir da auto-referência dos idosos. Seguindo o exemplo de NEMES *et al.* [2004], foi considerado aderido aquele que tomou pelo menos 95% dos comprimidos prescritos para os três dias anteriores à entrevista.

A utilização de um método de mensuração baseado em auto-referência pressupõe algumas limitações, conforme apontaram WRIGHT *et al.* [1993] e CHESNEY [2000]. Entretanto, este foi o método escolhido para o presente estudo, uma vez que todas as alternativas disponíveis apresentam suas vantagens e desvantagens. Sabe-se, por exemplo, que na coleta da informação diretamente do paciente, o risco de subestimar ou superestimar a adesão não é necessariamente maior que aquele associado aos métodos de contagem de pílulas. Sempre haverá a possibilidade de descarte de comprimidos ou manipulação de *chips* eletrônicos.

Alguns cuidados foram tomados para reduzir as limitações da informação auto-referida. O primeiro deles foi orientar os entrevistadores a evitarem abordagens que induzissem os idosos a falsas afirmações de uso dos ARV associadas ao receio de juízos de valor sobre sua adesão. Um segundo cuidado foi utilizar um instrumento

já previamente aplicado com sucesso [NEMES *et al.*, 2004].

Também reforçam a idéia de que a medida da adesão foi bem sucedida a consistência com as taxas observadas em outros trabalhos que mensuraram adesão a anti-retrovirais [GIFFORD *et al.*, 2000; OSTRODOD *et al.*, 2000; TESORIERO *et al.*, 2003; NEMES *et al.*, 2004 e PARRUTI *et al.*, 2006]. Embora esses outros autores tenham verificado níveis de adesão menores que o dos idosos aqui discutidos, alguns deles já apontavam tendência de efeito protetor da idade em relação ao risco de não adesão.

Tomando-se como exemplo o estudo de NEMES *et al.* [2004], por suas características comuns com a presente investigação, também multicêntrica, realizada no Brasil e baseada em adesão auto-referida, tem-se uma prevalência de adesão estimada em 75,1% (IC_{95%}: 73,1% - 76,9%). Sua amostra incluiu 1972 pacientes de diversas faixas etárias entre 18 e 77 anos, acompanhados em 60 serviços das diversas regiões do país.

Voltando ao estudo atual, pode-se considerar que o bom nível de adesão diz respeito não apenas ao aspecto quantitativo, ou seja, em relação à proporção de comprimidos efetivamente tomados, dentre os que estavam previstos para o período. Também houve indícios de boa adesão em termos qualitativos. Neste sentido, aderir correspondeu também a tomar os medicamentos em conformidade com a prescrição médica, seguindo o correto intervalo entre as doses, assim como orientações dietéticas adequadas à melhor absorção dos comprimidos, etc. Estes aspectos são fundamentais para o sucesso da terapia HAART.

Dentre os 95 idosos considerados aderidos, 84 (88,4%) referiram tomar os

remédios exatamente conforme as recomendações médicas.

As razões mais comumente mencionadas para falhas na adesão foram: em primeiro lugar, falta de medicação e, em segundo, esquecimento. A primeira destas justificativas possibilita duas interpretações distintas. Uma, a hipótese de descontinuidade no fornecimento dos remédios por parte dos serviços dispensadores. Outra, o ato do próprio paciente deixar de retirar os medicamentos. Esta hipótese, sim, mais diretamente ligada à não adesão dos idosos ao tratamento e, além disto, a mais provável de ter ocorrido na maioria dos casos aqui tratados, pois, em investigação junto à Secretaria Municipal de Saúde, constatou-se que a distribuição gratuita e universal dos remédios se manteve regular por todo o período de interesse deste estudo.

Analisando-se o fator esquecimento, segundo motivo mais citado pelos idosos para explicar as falhas nas tomadas dos comprimidos, deve-se lembrar que não se caracteriza como uma justificativa exclusiva deste grupo etário. Autores como BRIGIDO *et al.* [2001] já o haviam apontado entre as razões frequentes de falhas, em conjunto com outros fatores como a intolerância aos remédios, o uso de álcool e a má compreensão das prescrições.

Na seqüência serão discutidos diversos fatores em suas associações com a adesão aos anti-retrovirais. Esta análise correspondeu ao objetivo principal desta pesquisa.

A caracterização dos idosos quanto a aspectos demográficos, sócio-econômicos e de contexto de vida, que foi o objetivo secundário, será feita concomitantemente. Assim, cada fator de descrição do perfil dos idosos entrevistados

será inicialmente discutido à luz das informações epidemiológicas atualizadas sobre a epidemia de aids e, em seguida, abordado em sua possível associação com a adesão.

Iniciando-se pela caracterização dos idosos quanto à variável sexo, destaca-se que a proporção de homens (62%) e mulheres (38%) observada entre os entrevistados coincide com a que tem sido verificada há alguns anos para os casos de aids notificados no Município de São Paulo. Segundo o mais recente Boletim Epidemiológico de Aids do Município, desde 1998 a razão homem-mulher tem se mantido em torno de 2:1 [SÃO PAULO, 2005].

Quanto à associação entre adesão e sexo, a análise bivariável mostrou que as idosas aderem mais que os idosos. Assim, esta variável foi mantida no modelo de regressão logística múltipla final, que mostrou o sexo feminino como fator de proteção contra não adesão, sendo tal risco cerca de 70% menor para as mulheres que para os homens (OR=0,32; IC_{95%}: 0,09-1,08). O nível de significância estatística limítrofe da associação ($p=0,06$), provavelmente se deveu ao tamanho da amostra. Caso se tivesse entrevistado um número maior de pacientes, a associação provavelmente se apresentaria ainda mais significativa.

Este resultado merece ser contextualizado em meio às grandes controvérsias que caracterizam a investigação desta associação entre adesão e sexo. BERG *et al.* [2004] identificaram, numa análise bivariável, adesão menor entre mulheres (46%) quando comparadas aos homens (73%) [$p=0,04$]. Na análise multivariável, o sexo feminino não se mostrou independentemente associado à pior adesão, o que levou os autores a enfatizarem a impossibilidade de afirmação da existência de associação consistente entre as duas variáveis. Esta tese foi reforçada pelas discordâncias

observadas nos resultados de outros estudos: enquanto MEHTA *et al.* [1997] constataram melhor adesão entre os homens, CHESNEY [2000] mostrou que estes, ao contrário, apresentavam índices de adesão mais baixos.

Em estudo mais recente, NEMES *et al.* [2004] não verificaram associação entre adesão e sexo. Em estudo anterior, NEMES [2000] já havia apontado a ausência de uma associação significativa entre estas variáveis e, numa revisão bibliográfica, JORDAN *et al.* [2000] citaram autores como COSTA *et al.* [1995] que não verificaram tal associação em investigações com doenças crônicas em geral.

Diante do exposto e, acrescentando-se o fato de a associação ora verificada ter tido significância estatística limítrofe, deve-se considerar que, também para idosos, a existência de efetiva associação entre adesão e sexo permanece como questão pendente.

Passando-se à análise da idade dos entrevistados, deve-se destacar que o presente estudo abordou predominantemente o grupo designado de terceira idade, já que, dos 118 idosos estudados, 115 (98%) se enquadravam nesta classificação. Dentre eles, 98 (85%) tinham entre 60 e 69 anos e 17 (15%) tinham entre 70 e 79 anos. Como havia apenas três idosos com oitenta anos ou mais, na análise final eles foram agrupados aos da faixa etária de 70 a 79, e trabalhou-se com a faixa de 70 anos ou mais.

A distribuição etária dos entrevistados coincidiu com a que se observa entre os idosos presentes no banco de notificações de aids de São Paulo, conforme Boletim Epidemiológico do Município [SÃO PAULO, 2005]. Do total de 1288 notificações de pacientes com aids, diagnosticados entre janeiro de 1980 e setembro de 2005, e

que tinham 60 anos ou mais no momento do diagnóstico, 1076 (83,5%) tinham entre 60 e 69 anos e 212 (16,5%) tinham 70 anos ou mais.

Na análise bivariável, as taxas de adesão coincidiram com as que têm sido mostradas na literatura, sendo a adesão maior no grupo de 60 a 69 anos (83,7%), quando comparado ao de 70 anos ou mais (65,0%). Tal resultado também teve significância estatística limítrofe ($p= 0,07$). Na análise multivariável também foi verificado, com mesmo nível de significância estatística, que o risco de não adesão na faixa etária de 70 anos ou mais foi o triplo do observado para o grupo de 60 a 69 anos (OR=3,21; IC_{95%}: 0,92-11,3). Mais uma vez merece ser lembrado que o tamanho da amostra pode ser uma explicação para o valor de p observado.

Este resultado se aproxima dos apresentados por MEHTA *et al.* [1997], que já apontavam tendência de aumento da adesão proporcional ao aumento da idade, mas com um limite, que no caso de seu estudo se dava em torno dos 75 anos. Para esses autores, a queda na adesão ocorrida a partir daí se daria pelo aumento, entre os ainda mais idosos, das co-morbidades e regimes terapêuticos mais complexos.

O perfil de escolaridade dos entrevistados, concentrado na faixa de no máximo três anos de estudo (48%) é consistente com o que se tem discutido sobre a tendência de aumento da proporção de pacientes com baixa escolaridade, caracterizando o que se tem chamado de pauperização da epidemia [SÃO PAULO, 2005]. Isto se torna ainda mais evidente ao se analisar a renda dos entrevistados, com o predomínio daqueles que ganham até o máximo de três salários mínimos (64%).

A associação entre adesão e escolaridade, constatada entre os idosos,

confirma tendência apontada por outros que investigaram a questão, sem, contudo, utilizarem o mesmo recorte etário [GORDILLO *et al.*, 1999; NEMES *et al.*, 2000; CHESNEY, 2000 e NEMES *et al.*, 2004]. Como a associação se mostrou estatisticamente significativa na análise bivariável, a escolaridade foi mantida no modelo de regressão logística múltipla. Assim, foi possível verificar que quanto maior o número de anos de estudo menor o risco de não adesão.

A ausência de associação entre adesão e renda, observada entre os idosos, reforçou a controvérsia que caracteriza a discussão do papel dos aspectos sócio-econômicos sobre o tema da adesão em geral.

Quando NEMES *et al.* [2000] investigaram a associação entre adesão a anti-retrovirais e renda em salários mínimos, foram estimadas prevalências de não adesão de 43,6% para os que não tinham salário ou outra renda pessoal; 34,2% para aqueles com renda de 1 a 3 salários; 26,9% para os com renda de 3 a 6 salários e, por fim, 16,1% para os que recebiam mais de 6 salários ($p < 0,001$). Tais diferenças foram observadas na análise bivariável e se mantiveram após uso de um modelo de regressão logística múltipla que controlou o efeito de outras variáveis como idade, escolaridade e tempo de uso de anti-retroviral. Na discussão deste estudo, porém, mencionou-se que a associação entre adesão e fatores sócio-econômicos ainda não havia alcançado consenso na literatura, o que foi exemplificado pela citação de trabalhos nos quais a associação não foi evidenciada [OLZNER *et al.*, 1996; CONWAY *et al.*, 1996; CONDÉN *et al.*, 1997 *apud* NEMES, 2000].

É importante lembrar o estudo de COONS *et al.* [1994] que mostrou associação entre baixa adesão e elevado nível sócio-econômico, observada especificamente entre idosos, embora não tenham sido discutidas as possíveis razões

para este resultado.

MEHTA *et al.* [1997] lembraram que, mesmo quando a medicação é subsidiada, parcial ou completamente, o custo do tratamento pode ser fator de risco de não adesão, pois, gastos de diversas naturezas devem ser considerados. Um bom exemplo disto é a despesa do paciente com deslocamento ao serviço de saúde para realização de consultas, exames, retirada de medicamentos, etc.

No Brasil a distribuição dos ARV é gratuita e universal. Assim, não havendo o custo direto de aquisição dos medicamentos, deve ocorrer uma redução do papel da renda sobre a adesão, mantendo-se apenas a influência de outros aspectos, como o já mencionado gasto com deslocamentos. Para idosos, é provável que este fator também perca importância, já que eles gozam do direito a transporte público gratuito*, o que ajuda a explicar, em parte, porque não se observou associação entre adesão e renda no presente estudo.

Em relação à situação de trabalho, destacou-se a observação de que, apesar dos aposentados terem predominado (60%), a proporção de não aposentados ainda pode ser dada como elevada (40%), considerando-se a faixa etária dos entrevistados.

Também se destaca a associação entre adesão e situação de trabalho dos idosos. Esta foi estatisticamente significativa na análise bivariável ($p=0,025$) e se manteve na regressão logística múltipla. O risco de não adesão dos não aposentados foi quase o quádruplo do observado entre aposentados (OR=5,09; IC_{95%}: 1,56-16,57). Uma explicação possível seria que a redução nas atividades associadas à vida

* Em ônibus urbanos, direito garantido na Lei Municipal nº 9651/83. No metrô, por meio do bilhete especial para idoso instituído pela Resolução Estadual SNM nº 182 de 31/10/85. Nos trens metropolitanos, pelo livre acesso mediante apresentação do documento de identidade.

laborativa deve proporcionar aos idosos maior possibilidade de focar as questões envolvendo sua saúde, o que pode acarretar melhor adesão ao tratamento anti-retroviral, assim como ao de outras doenças crônicas.

NEMES *et al.* [2000] já haviam investigado a associação entre adesão e situação de trabalho. Constataram prevalência significativamente maior de não-adesão entre aqueles que não estavam trabalhando no momento da entrevista (36,3%), em comparação com os que estavam trabalhando (24,3%) [$p < 0,001$; OR=1,8; IC_{95%}:1,4-2,3].

A população do estudo de NEMES *et al.* [2000] não correspondeu a um grupo específico de idosos. Assim, é possível cogitar que para aqueles pacientes a condição de “não trabalhar” pode ter significado diverso do verificado para os idosos. Naquele estudo, seu significado estaria provavelmente mais ligado à situação de desemprego, o que refletiria um contexto de vida mais instável e, por conseguinte, menos favorável à adesão. Para os idosos, por sua vez, não trabalhar se associa na maioria das vezes à condição de aposentado.

Esta interpretação reforça a idéia defendida em um parágrafo anterior, de que como os idosos encontram na aposentadoria a garantia de uma renda fixa e contínua, isto deve reduzir sua necessidade de trabalhar, seja no mercado formal, seja na informalidade (bicos, etc). Assim, o contexto de vida de maior estabilidade deve lhes proporcionar mais tempo e energia para se dedicarem às questões de sua saúde.

Vale enfatizar que a situação de trabalho teve um papel fundamental na análise multivariável dos fatores que poderiam interferir na adesão dos idosos, pois fez com que algumas variáveis inicialmente associadas à adesão, em análise

bivariável, perdessem sua importância, sendo identificadas como prováveis variáveis de confusão. Uma delas, foi a variável correspondente à realização de outros tratamentos prolongados (doenças crônicas).

Diante da associação entre adesão e realização de outros tratamentos prolongados, observada na análise bivariável, aventou-se a hipótese de que os idosos que tratavam outras doenças crônicas poderiam estar mais vinculados aos serviços de saúde e mais habituados às frequentes realizações de exames e à tomada de medicações diárias, o que talvez favoreceria a adaptação e adesão ao tratamento ARV. A análise multivariável, contudo, fez esta hipótese ser revista, pois com a inclusão da variável “situação de trabalho” no modelo de regressão logística múltipla, desapareceu a influência da variável “realizar outros tratamentos prolongados” sobre a adesão.

Investigou-se, então, a existência de associação entre “realizar outros tratamentos prolongados” e “estar aposentado”. Ao ser confirmado que havia uma associação entre estas características, tornou-se claro que a variável “situação de trabalho” foi a que efetivamente influenciou na adesão.

A hipótese aventada para explicar a maior proporção, entre os aposentados, de idosos que referiram outros tratamentos também está relacionada com o que já foi discutido anteriormente, em relação à provável maior disponibilidade de tempo e concentração do aposentado para focar as questões de saúde, aderindo melhor aos tratamentos médicos e aos serviços de saúde em geral.

A associação entre adesão e a variável “faz outro tratamento” também perdeu importância quando se incluiu a variável “número de comprimidos ARV diários” no

modelo de regressão logística múltipla e isto reforçou a idéia de que a característica “fazer outro tratamento prolongado” era uma variável de confusão.

Também foi constatado que os idosos que referiram outros tratamentos prolongados também tenderam a tomar menor número de comprimidos ARV. Cogitou-se como explicação a possibilidade de que o médico às vezes, ao escolher o esquema anti-retroviral a ser prescrito, leve em conta que o idoso já toma outros remédios e, intencionalmente, opte por um esquema com menor número de comprimidos ARV diários.

Uma associação entre adesão e tipo de esquema ARV chegou a ser observada na análise bivariável, com significância estatística limítrofe ($p=0,07$). A adesão foi maior (89,1%) entre os idosos que usaram esquemas do tipo 2 ITRN + 1 ITRNN, em comparação aos que utilizaram 2 ITRN + 1 IP. Porém, a associação perdeu significância estatística quando a variável “número de comprimidos ARV diários” foi incluída no modelo de regressão logística múltipla.

Os esquemas com menor número de comprimidos ARV é que efetivamente se associaram à melhor adesão. Assim, os idosos com prescrições de seis ou mais comprimidos diários apresentaram risco de não adesão três vezes maior que aqueles com prescrições de até cinco comprimidos diários ($OR=3,19$; $IC_{95\%}$: 1,05 - 9,71).

Estes resultados coincidem com os observados noutros estudos não especificamente dirigidos a idosos. NEMES *et al.* [2004], por exemplo, verificaram a mesma associação em estudo com 1972 pacientes de várias idades.

Também foi destacada, na revisão bibliográfica feita por RAMIREZ-GARCIA *et al.* [2003], a existência de associação da adesão tanto em relação ao

número de comprimidos diários, quanto ao número de tomadas diárias. Entretanto, WILSON *et al.* [2004] obtiveram resultados diferentes, não constatando associação com nenhuma destas duas variáveis, num estudo com duzentos pacientes em uso de anti-retrovirais.

A partir daqui, passarão a ser comentadas algumas outras variáveis que mereceram consideração especial, mesmo não tendo se mostrado associadas à adesão nesta pesquisa com idosos. Elas possuem particularidades que foram discutidas por outros autores em investigações anteriores.

Não foi observada qualquer tendência específica quanto às taxas de adesão dos diferentes serviços. Os níveis de adesão observados em quase todos foram semelhantes, com apenas três exceções: em um serviço a adesão foi de apenas 33% e em dois outros foi de 100%. Entretanto, é importante ressaltar que em cada um destes três serviços foram realizadas, no máximo, quatro entrevistas.

Vale lembrar que, em linhas gerais, os 15 serviços incluídos neste estudo têm características organizacionais muito semelhantes. Todos são gerenciados com diretrizes da Área Técnica de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Apenas os Ambulatórios de Especialidades (AE), se comparados aos Serviços de Atendimento Especializados (SAE) e Centros de Referência (CR), têm a peculiaridade de não atenderem exclusivamente pacientes com HIV/aids. Neles, o atendimento de HIV/aids é prestado apenas como uma entre as diversas especialidades assistenciais contempladas.

Também foram interessantes as informações sobre a categoria de exposição dos entrevistados, obtidas complementarmente a partir do banco de dados de

notificação do SINAN.

Dos 102 casos para os quais foi possível obter tal informação, 99 (97,4%) tiveram sua provável forma de infecção pelo HIV associada a uma categoria sexual. Os outros três foram associados à categoria uso de droga injetável (UDI).

Entre estes 99 casos com transmissão sexual houve predomínio da categoria heterossexual. Para as 37 mulheres isto ocorreu em 100% dos casos. Para os 62 homens, foi heterossexual em 43 (69,4%), bissexual em 16 (25,8%) e homossexual em 3 (4,8%). A ausência de associação entre adesão e categoria de exposição dos idosos não coincide com os resultados de outros estudos com diferentes recortes etários.

Muitos autores investigaram a associação entre adesão e abuso de drogas. Ao revisar os fatores preditivos de baixa adesão, entretanto, como enfatizaram CHESNEY *et al.* [1999], não há consenso sobre esta questão na literatura especializada.

O acréscimo de risco de não adesão associado à categoria de exposição UDI foi verificado por GORDILLO *et al.* [1999] e, mais recentemente, por NEMES *et al.* [2004].

A inexistência, para os idosos, de associação entre adesão e tempo de uso dos anti-retrovirais não coincide com os resultados obtidos com outros grupos etários. JORDAN *et al.* [2000] observaram tendência linear de diminuição da não-adesão com o aumento do tempo de tratamento do paciente.

Parece provável que os aspectos da vida dos idosos que os tornam mais aderidos de uma maneira geral, atuem melhorando a adesão inclusive daqueles ainda

na fase inicial do tratamento. Talvez neste grupo seja menor o tempo necessário para a adaptação ao tratamento e inclusão da tomada de medicamentos na rotina diária. Isto faria a associação entre adesão e tempo de uso de anti-retrovirais, observada nos outros grupos etários, perder sua importância.

Entre os idosos também não foi observada pior adesão associada ao fato de apresentarem o efeito adverso lipodistrofia. No estudo já mencionado acima, WILSON *et al.* [2004] também não constataram associação entre adesão a anti-retrovirais e presença de efeitos adversos em geral.

Entretanto, DURAN *et al.* [2001] obtiveram resultados diferentes em uma coorte com 811 pacientes seguidos entre maio de 1997 e junho de 1999. Foi constatada associação entre adesão e queixa de lipodistrofia. Esta queixa esteve presente em proporção maior nos não aderidos (60,2%) quando comparados aos aderidos (46,4%), com $p < 0,03$. A análise foi feita tanto em relação à lipodistrofia diagnosticada por médicos, quanto em relação à percebida pelo próprio paciente. A associação com a adesão esteve presente em ambas situações. Na análise multivariável que inclui outras características associadas à falha na adesão, o risco de não aderir permaneceu significativamente maior entre os que referiram lipodistrofia (OR=1,80; IC_{95%}: 1,1-3,1).

A diferença dos resultados observados no estudo acima e na avaliação dos idosos talvez se deva às próprias particularidades do recorte etário deste último. Vale lembrar que no estudo de DURAN *et al.* [2001] a média de idade dos pacientes foi de 37,8 anos (desvio-padrão 32,3-45,8 anos) e merece consideração a hipótese de que, para os idosos, a percepção quanto à presença de lipodistrofia possa ser diferente.

Uma questão a ser cogitada, embora com reservas, seria a possibilidade da percepção de lipodistrofia no idoso sofrer influência do fato do envelhecimento gerar alterações físicas que algumas vezes podem se assemelhar às modificações físicas provocadas pelas síndromes lipodistróficas [MILLER et al.,2003].

São necessários, contudo, cuidados para evitar conclusões apressadas e preconceitos que conduzam à noção equivocada de que os idosos são menos vaidosos e dão menos valor à própria aparência.

Os resultados apresentados por SANTOS et al. [2005] sobre estudo abordando a percepção de lipodistrofia entre pacientes de diversas faixas etárias, reforçam a tese de que os idosos não são necessariamente menos propensos a perceberem as alterações lipodistróficas. Foi constatado que a percepção do efeito “diminuição de gordura periférica” teve frequência significativamente maior entre os mais idosos. Dos 457 entrevistados, 294 (64,3%) referiram percepção de alterações corporais de alguma natureza (acúmulo de gordura central ou diminuição de gordura periférica). Para 277 deles foram obtidas informações adicionais sobre a cronologia de tal percepção e sobre os fatores que eles julgavam serem responsáveis por tais alterações, sendo que 190 (68,6%) perceberam as mudanças após a introdução dos anti-retrovirais. Entre as causas que os pacientes atribuíram às mudanças corporais, destacaram-se: uso dos anti-retrovirais (59,9%), mudanças de hábitos alimentares (20,2%) e envelhecimento (13,7%).

Embora não tendo sido observada associação entre a adesão dos idosos e o número de pessoas com quem eles coabitavam, no mesmo cômodo, este aspecto merece ser lembrado, pois está entre as variáveis sócio-econômicas investigadas em estudos prévios de adesão a ARV. Como exemplo, pode-se citar NEMES *et al.*

[2000], que constataram associação significativa entre a prevalência de não adesão e o número de pessoas dormindo no mesmo quarto. Em seu estudo foram verificadas prevalências de não-adesão de 43,1% quando dormiam três ou mais pessoas no mesmo quarto; 35,5% quando dormiam duas pessoas no cômodo e 28,9% quando o entrevistado dormia sozinho ($p < 0,001$). A *OR* entre os que dormiam com três pessoas ou mais em relação aos que dormiam sozinhos foi 1,9 (IC_{95%}:1,2-2,9) e entre os que dormiam com duas pessoas foi 1,4 (IC_{95%}:0,9-2,0).

Aspectos como parceria fixa e soropositividade do parceiro também não se mostraram associadas à adesão aos ARV, entre os idosos deste estudo.

Estas variáveis foram investigadas diante da possibilidade de que, na existência de um companheiro fixo, e, particularmente, estando o mesmo em situação semelhante de tratamento com ARV, o compartilhamento da vivência de aderir a um tratamento prolongado e cheio de especificidades poderia funcionar como estímulo para uma melhor adesão de ambos. Na fundamentação desta hipótese deve-se incluir a revisão sobre adesão e tratamento anti-retroviral de JORDAN *et al.* [2000] em que foi destacado o papel do isolamento social e da característica “morar sozinho”. Ambos são considerados preditores de não-adesão em várias doenças crônicas, como lembrou MEHTA *et al.* [1997]. No campo específico da aids, JORDAN *et al.* [2000] destacaram a carência de investigação de tais aspectos e a controvérsia que caracteriza os resultados dos estudos já realizados.

TUNALA *et al.* [2000] lembraram o papel que familiares e amigos podem desempenhar na adesão. Além de ajudarem o paciente a lembrar das tomadas, podem contribuir preparando alimentos e mantendo o ânimo do mesmo em relação ao tratamento. No caso específico das mulheres, verificaram que a presença de tais

pessoas em suas vidas “ajuda as portadoras a perceberem que são importantes e que outros se preocupam com elas”.

Embora a associação entre adesão e estas variáveis sobre parceria não tenha se mostrado estatisticamente significativa, observou-se adesão pouco maior entre idosos com parceria fixa e, entre estes, também pouco maior quando o parceiro era soropositivo. Diante do resultado da análise estatística, tem-se que admitir a possibilidade de tal tendência ter se dado ao acaso, portanto estas associações não podem ser consideradas consistentes e permanece a necessidade de mais investigações a respeito.

Resultado semelhante foi verificado em relação à característica “ter filhos”, que também não se mostrou associada à adesão entre os idosos, tendo sido aventado que a própria faixa etária poderia ajudar a explicar este resultado. Trabalhou-se com a hipótese de que a característica ter filhos, especialmente com pouca idade, pode influir desfavoravelmente sobre a adesão na medida em que os cuidados a eles dispensados desviariam a atenção dos pais de seus próprios tratamentos anti-retrovirais. Presumiu-se que este não foi o caso dos entrevistados, pois devido a suas idades, supostamente tenderiam a ter filhos já criados e mais independentes.

Apenas para reforçar a discussão do parágrafo anterior, vale citar JORDAN *et al.* [2000], quando lembram dos resultados aparentemente piores no tratamento de mulheres com aids observados previamente. Estes autores comentaram a possível associação entre esta tendência e a condição social de gênero que atribui o cuidado das crianças mais às mulheres. Destacaram também que estudos qualitativos apontaram tal situação como uma das dificuldades de adesão ao seguimento médico.

Apesar de já ter sido mencionada uma associação entre adesão e isolamento social [JORDAN *et al.*, 2000], não foi verificada associação entre adesão e participação em projetos sociais de apoio a portadores de HIV/aids. Vale destacar, entretanto, que foi muito pequena a proporção de idosos que referiram participação em tais projetos.

Por fim, valem algumas considerações sobre a qualidade de vida dos idosos e a possibilidade da adesão influir ou sofrer influência da mesma.

Embora o Coeficiente de Cronbach para o domínio “relações social” tenha se mostrado inferior (0,59) ao observado para os demais domínios (físico, psicológico e meio ambiente), todos eles se mantiveram dentro de valores indicativos da confiabilidade das mensurações [McHORNEY, 1993]. Não foi constatada associação entre adesão e nenhum destes quatro domínios da qualidade de vida.

Supôs-se, de antemão, que haveria uma associação entre tais variáveis e chegou-se a aventar possíveis explicações para o caso de tal suspeita se confirmar.

Não se pode descartar a possibilidade de que o instrumento de mensuração da qualidade de vida utilizado não tenha dado conta de captar a associação, já que ele não foi elaborado especificamente para idosos com aids.

Também é preciso reconhecer que houve uma pressuposição da existência da associação e, conjuntamente, o interesse especial em aprofundar a investigação de qualidade de vida. A expectativa foi de que a resposta sobre a existência da associação seria ponto de partida para outras questões a respeito do mecanismo envolvido na mesma. Maior adesão levaria a melhor saúde e, conseqüentemente, a melhor qualidade de vida? Ou, na direção contrária, a melhor qualidade de vida

funcionaria como fator favorável à melhor adesão?

Como a hipótese não fora confirmada, a discussão das explicações causais perdeu sua importância. O desenho utilizado - estudo transversal - também não possibilitaria o aprofundamento de questões sobre causalidade.

Foi possível avaliar, ao final das análises e das discussões com pesquisadores experientes em adesão e qualidade de vida, que tratar a qualidade de vida como uma variável dependente, na análise de fatores associados à adesão, não foi uma opção acertada. Antes de tudo, ela também é uma medida de resultado. Outras variáveis mereceriam, sim, ser analisadas como fatores concomitantes de adesão e de qualidade de vida.

Ainda assim, haveria sempre dificuldade para lidar com a qualidade de vida numa ótica unipolar. O conceito é multidimensional e pressupõe a possibilidade de que cada fator pode influenciar a qualidade de vida positivamente ou negativamente, a depender da prioridade e das hierarquias subjetivas dos pacientes analisados, que se baseiam em princípios, valores, regras, desejos, etc.

Não se deve afirmar, de antemão e de forma objetiva, que um determinado acontecimento melhorará a qualidade de vida, e que, a não ocorrência dele irá seguramente piorá-la. A subjetividade de cada indivíduo determinará para que lado – positivo ou negativo – irá pender a avaliação que o mesmo fará da qualidade de sua própria vida.

Vale retomar a discussão sobre a possibilidade do instrumento utilizado para aferição da qualidade de vida ter sido, ao menos em parte, responsável pela ausência de associação observada. Considerando a hipótese de que melhorando a adesão

melhoraria a saúde, pelo controle da aids e seus sinais e sintomas característicos, e, conseqüentemente, melhoraria a qualidade de vida, aventou-se que o SF-36 poderia ter sido uma melhor opção. Ele tem grande potencialidade para avaliações de capacidade funcional, limitação física e dor [FORTI & ROLIM, 2004]. Entretanto, esse instrumento também não foi construído especificamente para idosos, havendo dificuldades na aplicação neste grupo etário. Por exemplo, no item 3.a, referente a “atividades vigorosas”, avaliam-se atividades que a maioria dos idosos não desempenham, de forma que eles já partem em desvantagem em relação a tais escores.

O instrumento WHOQOL-breve é um bom instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida e pareceu ser suficiente para os objetivos propostos. Julgou-se, inicialmente, que os escores de qualidade de vida nos quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiental) ajudariam na aproximação que se desejava obter sobre o contexto de vida dos idosos, para, então, analisar suas possíveis associações com a adesão aos ARV. Aparentemente, estes domínios foram genéricos demais, não tendo dado conta de apreender particularidades da vida dos idosos vivendo com aids que pudessem se associar à adesão.

No sentido da complexidade da adesão em relação ao contexto de vida do idoso, também deve ser lembrado que aderir diz respeito a uma série de questões inclusive de ordem de identidade subjetiva. Para exemplificar, podem ser citadas as anotações de campo que um dos entrevistadores registrou na parte final do instrumento, destinada à anotação de observações sobre a entrevista. Foi descrita em detalhes a forma como o entrevistado se recusou a responder as questões que tratavam dos horários das tomadas dos remédios nos três dias anteriores. Mesmo

tendo sido explicado, repetidas vezes, que bastava um horário aproximado, sem qualquer pretensão de ser preciso, o idoso insistiu em não responder. Mostrando-se incomodado com a também insistente solicitação do entrevistador disse irritado: “não costumo usar relógios e não sigo os horários de vocês médicos”.

O entrevistador, apenas diante da reação extrema de agitação do paciente percebeu que não deveria continuar insistindo, pois além de induzir uma resposta com possível viés, deveria ele próprio lembrar que a subjetividade do entrevistado estava sendo colocada em xeque quando se pedia que o mesmo pensasse com a mesma lógica de quem fazia a pergunta, como se não houvesse outra lógica possível e uma outra concepção subjetiva do “tempo”.

Diante desta possibilidade, como julgar que o contexto estável de vida, sugerido pela boa pontuação no domínio psicossocial do WHOQOL, tem necessariamente que conduzir a uma opção por tomar mais remédios se o paciente pode inclusive achar que o melhor para ele, naquele momento, é estar livre daquele compromisso de horários definidos. Nesta linha de raciocínio, a autonomia do paciente pode levar a não aderir, e, ao mesmo tempo, conduzir a uma auto-avaliação positiva de sua qualidade de vida, exatamente por estar sendo autônomo e deixando de fazer algo que o estaria incomodando naquele momento. Este incômodo seria maior que a própria perspectiva de um posterior agravamento de sua doença.

Isto remete ao comentário de DIMATTEO [2004], apontando a possibilidade de diferentes óticas para discutir a questão de não adesão ao tratamento. Ele lembrou da perspectiva de ver a não adesão como uma representação de escolha racional, associada à tentativa do paciente manter sua identidade pessoal, atingir seus objetivos e preservar sua qualidade de vida.

Ao concluir esta discussão de resultados, é possível avaliar que os objetivos da investigação foram alcançados. Teve-se êxito em medir a adesão dos idosos aos ARV e caracterizá-la em relação a uma série de fatores. Também foi contemplado o objetivo secundário de traçar um perfil de quem são os idosos em tratamento na RME-DST/aids em termos demográficos, sócio-econômicos e características gerais do contexto de vida.

6. CONCLUSÕES

Os idosos em seguimento na RME-DST/aids apresentam uma boa adesão aos anti-retrovirais;

O risco de não adesão aos anti-retrovirais é maior entre idosos: (1) do sexo masculino, (2) com 70 anos ou mais, (3) com menor escolaridade, (4) não aposentados e (5) usando esquemas anti-retrovirais com seis ou mais comprimidos diários;

A qualidade de vida não se mostrou associada à adesão aos anti-retrovirais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações aqui apresentadas contribuirão na prestação de um melhor cuidado aos idosos vivendo com aids em tempos de HAART, em seguimento nos serviços especializados em DST/aids, ajudando na elaboração e execução de estratégias para melhorar a adesão aos anti-retrovirais, deste e de outros grupos etários.

Os idosos serão cada vez mais numerosos nestes serviços, considerando a proporção crescente dos que já têm 50 anos ou mais no momento do diagnóstico e a tendência de aumento na sobrevivência daqueles que, mesmo diagnosticados enquanto ainda mais jovens, continuarão em tratamento de aids após atingirem idades mais avançadas.

A complexidade e subjetividade dos aspectos do contexto de vida que poderiam influir na adesão são merecedoras de olhar mais apurado, sendo promissoras as abordagens metodológicas qualitativas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2005.

Bastardo YM, Kimberlin CL. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *Aids Care*. 2000; 12(5).

Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch M, Arnsten JH. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(11):1111-1117.

Bezerra DP. Adesão em cena: contribuindo com a adesão ao tratamento de pessoas portadoras de HIV/Aids através do sócio-drama [dissertação de mestrado]. São Paulo: PUC/SP; 2003.

Braga PE. HIV/aids: gênero e fatores prognósticos para a sua incidência e mortalidade em um centro de referência da cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Brasil. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*, Brasília, nov 1996.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulação dos direitos das pessoas idosas. *Diário Oficial da União*, Brasília, out 2003.

Brasil. Boletim epidemiológico: AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2005;2(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília; 2004. [acesso em 27 mai 2006]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde, Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília; 2006. [acesso em 27 mai 2006]. Disponível em <http://www.aids.gov.br> .

Brigido LF, Rodrigues R, Casseb J, Oliveira D, Rossetti M, Menezes P, Duarte E AJ. Impact of adherence to antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients at a university public service in Brazil. AIDS Patient Care STDS. 2001;15(11):587-93.

Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine introduction. Soc Sci Med. 1995;41(10):1337-8.

Cárdenas AMC. Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Canavarro MC, Simões M, Pereira M, Pintassilgo AL. Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. [Acesso em 28 mai 2006]. Disponível em: http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf.

Caretta M. Os sentidos da aderência: limites e impasses dos discursos e práticas bio-sociais no campo da AIDS [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2002.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. Ver Lat Am Enfermagem. 2004; 12 (6):940-5.

CDC – Centers for Diseases Control. Hiv/aids Surveillance Report 2003; (vol. 15). Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2004. [Acesso em 4 out 2005] Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/stats/2003surveillancereport.pdf>.

Chesney MA, Ickovics J, Hecht FM, Sikipa G, Rabkih J. Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS*. 1999; 13 (Suppl A): S271-8.

Chesney MA. Factors affecting Adherence to Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis*. 2000; 30 (suppl 2): S171-6.

Chiao EY, Ries KM, Sande MA. Aids and the elderly. *Clin Infect Dis*. 1999; 28(4):740-5

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 1997.

Coons SJ, Sheahan SL, Martins SS, Hendricks J, Robbins CA, Johnson JA. Predictors of medication non-compliance in a sample of older adults. *Clin Ther*. 1994;16(1):110-7.

Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clin Exp Hypertens*. 1996;18 (3-4): 463-72.

Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; 1999.

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*. 2004;42(3):200-9.

Duran S, Savès M, Spire B, Cailleton V, Sobel A, Carrieri P. Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS*. 2001;15:2441-4

Eldred LJ, Wu, AW, Chaisson RE, Moore RD. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;18:117-25

Feitosa AR, Souza AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV-AIDS em

maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2004;16(4):32-37.

Fleck, MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.

Fleck MPA, Chachamovich S, Trentini LM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(6):793-9.

Frick PA, Galp P, Lane, TW, Sewell PC. Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patient Care STDS.* 1998;12(6):463-70.

Gasparini SM, Perez BFA. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/AIDS: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. *J Bras Aids.* 2004;5(5):203-6.

Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Wright BC, Richman DD, Bozzette S. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000;23(5):386-95.

Gill TM, Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994;272(8):619-26.

Globe DR, Haysi IRD, Cunningham WE. Associations of clinical parameters with health-related quality of life in hospitalized persons with HIV disease. *Aids Care.* 1999;11(1):71-86.

Gordillo V, Del Amo J, Soriano V, González-Lahoz, J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *Aids.* 1999; 13:1763-9

Hall A, Selby J, Vanclay FM. Sexual Ageism. *Australian Journal on Aging*. 1982; 1: 29-34.

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Kamatsu CL, Nemes, MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir? experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids; 2000. p.5-25.

Kertzman OF. "Velho, é o outro!": a experiência do envelhecimento de idosos usuários do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso [dissertação de mestrado]. São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/CIP/CTD; 2004.

Lichtenstein KA. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):395-400.

Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med*. 2001; 134: 968-77.

McHorney CA, Ware Jr JE, Raczec AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31:247-63.

Manfredi R, Calza L, Cocchi D, Chiodo F. Antiretroviral treatment and advanced age: epidemiologic, laboratory, and clinical features in the elderly. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33(1):112-4.

Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1996;4(3):5-18.

Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *Aids*. 1997;11:1665-70.

Meneguim S. Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares [dissertação

de mestrado]. São Paulo. Escola de enfermagem da USP; 2001.

Miller J, Carr A, Emery S, Law H, Mallal S, Baker D. HIV lipodystrophy: prevalence, severity and correlates of risk in Australia. *HIV Med.* 2003; 4(3):293-301.

Minayo MCS, Sanches O. O quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública.* 1993; 9(3):239-62.

Minayo MCS, Hartz, ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):7-18.

Molassiotis A, Nahas-Lopes V, Chung WY, Lam SW, LiI Ck, Lau TF. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *Int J STD AIDS.* 2002;13(5):301-10.

Moragas RM. *Gerontologia social.* Barcelona: Herder; 1998.

Muldoon MF, Barger, Steven D, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ.* 1998;316:542-5.

Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Nemes MIB. *Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos no estado de São Paulo.* Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Série Avaliação 1). p. 65-101.

Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *Aids* 2004;18(suppl 3):S15-S20.

Neri AL, Born T, Grespan SM, Medeiros SL. Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: Neri AL, Diogo MJD, Cachioni M, organizadores. *Saúde e qualidade de vida na velhice.* Campinas: Alínea; 2004. v. 1. p.11-37.

Nordenfelt L. Concepts and measurement of quality of life in health care.

Netherlands. Kluwer Academic; 1994.

O'Connell K, Skevington S, Saxena S. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med.* 2003;57(7):1259-75.

Ortega FP, Riviera JMPS, Garcia RR, Garcia JG, Perez-Herrero JRC, Rodríguez JJV. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Clin Esp;* 1997;197:163-6.

Ostrop NJ, Hallet KA, Gill MJ. Long-term patient adherence to antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother.* 2000; 34(6):703-9.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo NM, editor. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 1996. p.26-43.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico (tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.

Parruti G, Manzoli L, Toro PM, D'Amico G, Rotolo S, Graziani V. Long-term adherence to first-line highly active antiretroviral therapy in a hospital-based cohort: predictors and impact on virologic response and relapse. *Aids Patient Care STDS.* 2006;20(1):48-56.

Penedo FJ, Gonzales JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, Scheiderman N. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *J. Psychosom Res.* 2003;54(3):271-8.

Perez JL, Moore RD. Greater effect of highly active antiretroviral therapy on survival in people aged 50 years compared with younger people in an urban

observational cohort. *Clin Infect Dis*. 2003;36:212-18

Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Barros M. *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1998.

Proctor VE, Testa A, Tompkins DC. Barriers to adherence to highly active antiretroviral therapy as expressed by people living with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care STDS*. 1999. Sep;13(9):535-44.

Ramirez Garcia P, Cote JK. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003;14(4):37-45.

São Paulo. *Boletim Epidemiológico de Aids do Município de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2005;11(9).

Stall R, Catania J. AIDS risk behaviors among late middle-aged and elderly Americans. The National AIDS Behavioral Surveys. *Arch Intern Med*. 1994; 154(1):57-63.

Tesoriero J, French T, Weiss L, Waters M, Finkelstein R, Agins B. Stability of adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy over time among clients enrolled in the treatment adherence demonstration project. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2003;33(4):484-93.

The WHOQOL-HIV Group. Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2003;15(3):347-57.

Tostes MA. *Qualidade de Vida de mulheres com infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida [tese de doutorado]*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UERJ; 1998.

Tunala L, Paiva V, Ventura-Filipe E, Santos TLL, Santos, N, Hearst N. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do vírus HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de*

engolir? experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p.79-114.

Vasil L, Wass H. Portrayal of the elderly in the media: a literature review and implications for educational gerontologists. *Educ Gerontol.* 1993;19:71-85.

Vilas Boas MA. Estatuto do idoso comentado. Rio de Janeiro: Forense; 2005.

Wilson KJ, Doxanakis A, Fairley CK. Predictors for non-adherence to antiretroviral therapy. *Sex Health.* 2004;1:251-257.

Wright EC. Noncompliances – or how many aunts has Matilda? *The Lancet.* 1993;342(8876):909-913.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Antônio Sérgio Melo Barbosa, Médico, Especializado em Saúde Pública, membro da equipe do Centro de Controle de Doenças (CCD), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) e aluno de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) convido-o a participar desta pesquisa que estou realizando nos diversos serviços municipais especializados em DST/Aids de São Paulo.

A pesquisa se chama: "QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE IDOSOS EM SEGUIMENTO EM SERVIÇOS MUNICIPAIS DE DST/AIDS DE SÃO PAULO". Trata-se de um estudo que levantará junto a pessoas com 60 anos ou mais, que vivem com HIV/Aids, informações sobre aspectos relacionados à adesão ao tratamento e à qualidade de vida, visando contribuir para as políticas de saúde no campo do HIV/Aids.

Você terá total liberdade de recusar-se a participar do estudo no momento em que desejar, e tal recusa não representará qualquer tipo de prejuízo em seu acompanhamento no serviço de saúde onde está sendo tratado. Serão aplicados dois questionários. No primeiro deles o entrevistador utilizará cerca de 15 minutos, fazendo-lhe algumas perguntas sobre seu tratamento para o HIV (medicações que você toma, modo como toma, etc). O segundo questionário será preenchido por você, que deverá escolher uma das cinco opções de resposta para cada uma perguntas. São 26 questões, sobre sua qualidade de vida. Se você tiver dificuldades para ler ou enxergar, peça que o entrevistador leia calmamente as perguntas para que você apenas escolha uma das 5 respostas. Esta segunda entrevista durará aproximadamente 12 minutos. Após a análise das entrevistas, será realizado um evento para apresentação dos resultados, para que você e os demais interessados tenham conhecimento dos resultados da pesquisa.

As informações levantadas só serão analisadas e divulgadas na forma agrupada, sem qualquer possibilidade de identificação individual dos entrevistados. Suas respostas serão mantidas em total sigilo, sendo apenas de conhecimento do entrevistador e do pesquisador responsável pela pesquisa.

O estudo só se realizará mediante sua autorização prévia, por escrito. Sendo assim, solicitamos seu consentimento abaixo, agradecendo a colaboração e lembrando que o respeito ao ser humano faz-se linha mestra neste trabalho. Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no telefone 3350-6742, ou por e-mail: ambarbosa@prefeitura.sp.gov.br. Endereço: Rua Santa Isabel, 181- 7º andar. Cep: 01221-010.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Endereço: rua General Jardim, 36 - 2º andar. Tel: 3218-4043. E-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Obrigado!

Para autorização escrita

nome do entrevistado

assinatura

data: ___ / ___ / ___

ANEXO II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I - QUESTIONÁRIO SOBRE ADESÃO AO ARV

Quest N° _____ Data da entrevista ____/____/____ Entrevistador: _____

Unidade de Saúde: _____ N° matrícula _____

Nome completo do entrevistado _____ Médico: _____

Entrevista feita com: O próprio paciente.....1 Auxílio do cuidador..... 2

Data de nascimento ____/____/____ Sexo (anotar sexo biológico): ♦ masculino1 ♦ feminino2

VAMOS FALAR SOBRE SEU TRATAMENTO PARA AIDS

01. Gostaria que você recordasse, como foi seu dia de ontem, desde o momento em que acordou, e me contasse o que você fez e as coisas que aconteceram com você.

Data do dia de ontem ____/____ Dia da Semana: _____

Agora vamos falar só sobre os remédios que você toma para o vírus, os remédios do coquetel. Nós sabemos que as pessoas tomam muitos remédios e que às vezes é difícil tomar tudo direito. *(Aproveitar fatos do recordatório para introduzir a pergunta sobre os horários e a maneira de tomar a medicação)*

02. Como você tomou os antiretrovirais neste dia? *(Atenção: não induzir as respostas do entrevistado) - Se necessário, mostrar o KIT contendo as embalagens e os medicamentos e registrar os remédios que o paciente apontar ou falar – só os ARV*

Período	Horário aproximado	Nome dos medicamentos	Nº de comprimidos por medicamento
Manhã		1	
		2	
		3	
		4	
Tarde		1	
		2	
		3	
		4	
Noite		1	
		2	
		3	
		4	

(Insistir no recordatório, mesmo que o paciente diga que os dias são sempre iguais)

03. Gostaria que você recordasse, agora, como foi seu dia de antes de ontem, desde o momento em que acordou, e me contasse o que você fez e as coisas que aconteceram com você.

Data do dia antes de ontem ___/___

Dia da Semana: _____

04. E como você tomou os antiretrovirais neste dia?

(Se necessário, mostrar o KIT contendo as embalagens e os medicamentos e registrar os remédios que o paciente apontar ou falar – somente os ARV)

Período	Horário aproximado	Nome dos medicamentos	Nº de comprimidos por medicamento
Manhã		1	
		2	
		3	
		4	
Tarde		1	
		2	
		3	
		4	
Noite		1	
		2	
		3	
		4	

05. Gostaria que você recordasse, agora, como foi seu dia há três dias atrás, desde o momento em que acordou, e me contasse o que você fez e as coisas que aconteceram com você.

Data do dia há três dias atrás ___/___

Dia da Semana: _____

06. E como você tomou os antiretrovirais neste dia?

(Se necessário, mostrar o KIT contendo as embalagens e os medicamentos e registrar os remédios que o paciente apontar ou falar – somente os ARV)

Período	Horário aproximado	Nome dos medicamentos	Nº de comprimidos por medicamento
Manhã		1	
		2	
		3	
		4	
Tarde		1	
		2	
		3	
		4	
Noite		1	
		2	
		3	
		4	

07. Quando você começou a tomar os remédios para o vírus ? _____

(considerar o tempo mais exato possível desde o começo do tratamento/ desde a primeira prescrição)

08. Desde que você começou a tomar os remédios para o vírus, você acha que estes remédios causaram alguns destes efeitos: (deixar claro que refere-se aos efeitos relacionados ao uso dos remédios para o vírus)

- ◆ aumento ou diminuição de gordura
 - no rosto Sim (1) Não (2)
 - no braço..... Sim (1) Não (2)
 - na perna..... Sim (1) Não (2)
- ◆ aumento ou diminuição de gordura em outra parte do corpo (pescoço, barriga, nádegas, cintura)

Sim (1) Não (2) Caso sim, que parte(s) do corpo? _____
- ◆ algum outro efeito ruim dos remédios para o vírus ?

Sim (1) Não (2) Caso sim, qual (is) _____

09. Neste ano de 2005, você já passou um dia inteiro ou mais que um dia, sem tomar os remédios para o vírus (ARV) por sua conta, sem o médico autorizar?

(marque a alternativa que ficar mais próxima à resposta dada, contando dias consecutivos ou não)

- ◆ Não, nunca (1)
- ◆ Sim, 1 dia (2)
- ◆ Sim, de 2 dias a 7 dias..... (3)
- ◆ Sim, mais de 7 dias (4)

Caso sim, por que motivo? _____

10. Atualmente você toma os remédios conforme seu médico receitou?

- ◆ tomo exatamente como meu médico receitou 1
- ◆ não exatamente/ é diferente/ não tomo..... 2

Caso não, por que motivo? _____

11. Há quanto tempo você está freqüentando um serviço de saúde para tratar do HIV? _____ anos
_____ meses

12. Neste ano de 2005, você faltou às consultas marcadas:

(marque a alternativa que ficar mais próxima à resposta dada, considerando este ano).

♦ não faltou1 ♦ faltou 1 vez2 ♦ faltou mais de 1 vez3

Se faltou, cite o(s) motivo(s)? _____

13. Há quanto tempo você sabe que é HIV+? _____ anos _____ meses

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ

14. Até que série você estudou? _____
(anotar e classificar em uma das categorias abaixo)

- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| ♦ não sabe ler e escrever | 1 <input type="checkbox"/> | ♦ não completou o colegial | 7 <input type="checkbox"/> |
| ♦ sabe ler e/ ou escrever sem ter ido à escola .. | 2 <input type="checkbox"/> | ♦ completou o colegial | 8 <input type="checkbox"/> |
| ♦ não completou o primário (1ª a 4ª série) | 3 <input type="checkbox"/> | ♦ universitário incompleto | 9 <input type="checkbox"/> |
| ♦ completou o primário | 4 <input type="checkbox"/> | ♦ universitário completo | 10 <input type="checkbox"/> |
| ♦ não completou o ginásio (5ª a 8ª série) | 5 <input type="checkbox"/> | ♦ não quis responder | 11 <input type="checkbox"/> |
| ♦ completou o ginásio | 6 <input type="checkbox"/> | | |

15. Atualmente, qual é a sua ocupação? (1 ou mais alternativas)

- | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ♦ empregado assalariado | 1 <input type="checkbox"/> | ♦ aposentado por tempo de serviço | 7 <input type="checkbox"/> |
| ♦ empregador | 2 <input type="checkbox"/> | ♦ aposentado por motivo de saúde | 8 <input type="checkbox"/> |
| ♦ autônomo com estabelecimento próprio | 3 <input type="checkbox"/> | ♦ desempregado | 9 <input type="checkbox"/> |
| ♦ autônomo sem estabelecimento próprio | 4 <input type="checkbox"/> | ♦ "bico". Especificar: _____ | 10 <input type="checkbox"/> |
| ♦ não trabalha fora (estudante/do lar) | 5 <input type="checkbox"/> | ♦ outro. Especificar: _____ | 11 <input type="checkbox"/> |
| ♦ está em licença saúde /auxílio doença | 6 <input type="checkbox"/> | | |

16. Você pode me dizer qual a sua renda no último mês, incluindo seu salário e outras rendas, por exemplo, aluguel, poupança ou outro tipo de aplicação, ajuda financeira, aposentadorias, auxílio doença, renda de "bico", etc.?

R\$ _____ 1 Não possui renda própria 2 Não sabe/ não deseja responder a questão.... 3

17. Você tem parceiro(a) fixo(a) atualmente (marido, esposa, namorado(a))? Sim1 Não2

Caso sim: Moram juntos? Sim1 Não2 Seu (sua) parceiro(a) é HIV+ ? Sim1 Não2

18. Você tem filhos? Sim1 Quantos? _____ Não2

19. Fora você, quantas pessoas dormem com você no mesmo cômodo? _____

20. Você participa de algum projeto de apoio a pessoas vivendo com HIV/Aids (ONG, etc) ?

Qual/Quais: _____

21. Você segue algum outro tratamento contínuo, para outra doença além do HIV/Aids?

Caso sim, especifique a(s) doença (s)? _____

22. Você acha que seguir este outro tratamento, de algum modo, ajuda ou atrapalha você no uso das medicações para o HIV? Sim1 Não2

PARTE II – QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – ABREVIADO)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

QUESTIONÁRIO WHOQOL - BREVE

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim/ nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

5. O quanto você aproveita a vida?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

7. O quanto você consegue se concentrar?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15. Quão bem você é capaz de se locomover? muito insatisfeito

muito ruim	ruim	nem ruim/ nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito Insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	algumas vezes	freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

A entrevista chegou ao seu final, gostaria de saber se você quer fazer algum comentário ou acrescentar alguma coisa sobre as questões que conversamos.

Agora nós gostaríamos de saber sua opinião e sugestões, a respeito de como estimular as pessoas que tem HIV a realizarem e se envolverem mais com o tratamento.

Entrevistador: não esquecer de perguntar ao entrevistado:

No caso de haver necessidade de completarmos algumas perguntas, queremos saber se você consente que eu possa procurá-lo novamente. E, em caso afirmativo, como posso entrar em contato com você?

Se o entrevistado consentir, anotar aqui a forma de contato que ele sugeriu, e pedir que ele assine esta autorização.

Assinatura do entrevistado → _____

Agora que nós terminamos a entrevista, gostaria de lembrar que esta pesquisa é sobre o uso dos remédios para o HIV.

Sabemos a importância que tem o uso correto da medicação para sua vida e sabemos também das dificuldades em tomar corretamente a medicação, neste sentido queremos agradecer sua participação nesta pesquisa e sugerir que você converse com o médico e com os outros profissionais daqui do serviço para que eles resolvam suas dúvidas e possam ajudar melhor no seu tratamento.

(lembrar de perguntar se o entrevistado tem a última receita)

Agradecer a entrevista!

ÚLTIMA PRESCRIÇÃO DE ANTIRETROVIRAL

(NÃO É A PRESCRIÇÃO DO DIA DA ENTREVISTA. É A DA ÚLTIMA RECEITA QUE FOI DADA AO PACIENTE ANTES DO DIA DA ENTREVISTA):

Fonte: _____

Data da última prescrição: ____/____/____

Nome do médico: _____

Nome dos ARV	No. Comprimidos ou cápsulas medicamento/dia

Observações:

Após a entrevista:

1. Preencher os dados de identificação do entrevistador:
















Nome completo _____

Profissão _____

2. Rever imediatamente o questionário, para verificar se alguma anotação está errada, se a letra está legível, se nenhuma questão foi pulada indevidamente, etc.

3. Anotar as impressões a respeito da entrevista.

ANEXO III

Anti-retrovirais			
	Nome Genérico	Sigla	Apresentação
ITRN	 ABACAVIR	ABC	Comprimido 300mg
	 DIDANOSINA	ddl	Comprimidos tamponados 25 e 100mg Comprimidos revestidos para liberação entérica (EC = "enteric coated") de 250 e 400 mg
	 ESTAVUDINA	d4T	Cápsula 30 e 40mg
	 LAMIVUDINA	3TC	Comprimido 150mg Em associação: comprimido de AZT 300mg +3TC 150mg
	 TENOFOVIR	TDF	Comprimido 300mg
	 ZIDOVUDINA	AZT ou ZDV	Cápsula 100mg Em associação: comprimido de AZT 300mg +3TC 150mg
ITRNN	 EFAVIRENZ	EFV	Cápsulas de 600mg
	 NEVIRAPINA	NVP	Comprimido 200mg
IP	 AMPRENAVIR	APV	Cápsula 150mg
	 ATAZANAVIR	ATV	Cápsulas de 150 e 200mg
	 INDINAVIR	IDV	Cápsula 400mg
	 LOPINAVIR/r	LPV/r	Cápsula 133,3/33,3mg
	 NELFINAVIR	NFV	Comprimido 250mg
	 RITONAVIR	RTV	Cápsula 100mg
	 SAQUINAVIR	SQV	Cápsula 200mg cápsula "dura" e cápsula "gelatinosa"