

# ESTUDO DA EVOLUÇÃO DOS EXAMES DE CARGA VIRAL E TCD4+/TCD8+, EM PACIENTES ACIMA DE 50 ANOS NO PERÍODO DE 2000 A 2001, REGULARMENTE CADASTRADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM AIDS -SANTOS, BRASIL

CASTRO, L. P. B. <sup>(1)</sup>; GAGLIANI, L. H. <sup>(2)</sup>

Centro Universitário Lusíada (UNILUS)

Rua Armando Salles de Oliveira, 150 – 11050-071 – Santos – SP – Brasil

Fone (13) 3235-1311; Fax (13) 3221-4488

lupabeca@terra.com.br <sup>(1)</sup>; biogagliani@globo.com <sup>(2)</sup>

## Resumo

Adultos jovens em plena atividade sexual ainda representam o maior contingente populacional afetado pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mas, indivíduos acima dos 50 anos vêm preocupando médicos e cientistas de todo o mundo.

Um novo estilo de vida com mais liberdade, a falta de informação e de prevenção, principalmente nas relações sexuais, tem aumentado a incidência de idosos portadores do HIV.

Os dados analisados neste trabalho foram retirados dos prontuários de pacientes com a idade acima de 50 anos regularmente cadastrados no Craids – Centro de Referência em Aids de Santos no período de 2000 a 2001. Foram examinados os dados sociais (estado civil, sexo, uso de drogas, etc), mecanismo de transmissão, exames de carga viral e contagem das subpopulações dos linfócitos TCD4+ e TCD8+.

Dos 345 pacientes cadastrados no referido período, 7,5% estavam acima dos 50 anos, 50% eram do sexo feminino e 50% masculino. Quanto ao estado civil e escolaridade, 61,40% não mantinham nenhum tipo de relação estável e 42,30% só apresentava o ensino fundamental. O não uso do preservativo apresentou 65,30% dos casos e a relação heterossexual atingiu 76,90%, sendo maior a incidência em relações com múltiplos parceiros.

O presente estudo tem o objetivo de mostrar a realidade da contaminação pelo HIV em indivíduos acima de 50 anos e chamar a atenção para a necessidade de campanhas destinadas a esta parcela da população, bem como tratamento e cuidados específicos.

**Palavras-chave:** Aids. Idosos. Carga viral. TCD4+ / TCD8+.

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida teve suas primeiras anotações médicas em 1981, não existindo evidências comprobatórias do início de sua disseminação. Estudos do CDC (Centro de Controle de Doenças em Atlanta), em relação à transmissão sanguínea, revelaram a infecção de um paciente com fatores de coagulação no ano de 1978 e no período de 1971-1972, cerca de 1,2% de amostras de soro obtidas de usuários de drogas endovenosas nos Estados Unidos continham anticorpos contra o HIV [1].

Alguns casos isolados de possível Aids também foram relatados nas décadas de 60 e 70 na América do Norte, América Central, África e Europa.

Acredita-se que a Aids venha afetando populações há pelo menos três décadas. Seu histórico demonstra uma trajetória de descobertas a cada tempo [2].

Em 1981, o jornal *Morbidity and Mortality Weekly Report*, do Centers for Disease Control (instituição responsável pela vigilância epidemiológica de Atlanta) divulgou casos de duas doenças de ocorrência rara acometendo, coincidentemente homossexuais. A pneumonia, causada pelo

*Pneumocystis carinii*, e o Sarcoma de Kaposi passaram a ser de fundamental importância no processo de identificação de uma nova doença que comprometia de maneira grave o sistema imunológico [2].

Em 1982 a OMS reconheceu a doença e passou a denominá-la Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS.

Em 1993 um retrovírus com atividade de transcriptase reversa foi isolado de um linfonodo de um paciente com linfadenopatia persistente; o mesmo vírus foi isolado de um paciente com AIDS. Este retrovírus foi classificado como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O estado de portador foi demonstrado com o isolamento do mesmo agente em um indivíduo assintomático [2].

Por acometer inicialmente pacientes homossexuais, passou a ser conhecida como Gay Related Immunodeficiency Disease pela comunidade médica, “Imunodeficiency Associated with Sexual Promiscuity”, “Imunodeficiency Associated with Blood Product Administration” enquanto que, grande parcela da mídia a chamava de “Câncer Gay” [3].

Luc Montaigner na França e Robert Gallo nos EUA identificaram o vírus na mesma época. Montaigner nomeou o vírus como LAV (Lymphadenopathy-associated vírus), e Gallo como

HTLV-III (Human T cell leukemia/lymphotropic vírus type III) e ARV (AIDS associated retrovirus). Em 1986 foi designado como vírus da imunodeficiência humana tipo I (HIV-1). O HIV-2 foi isolado no mesmo ano de dois pacientes com AIDS, originários da África Ocidental [3].

Contrariando as expectativas, a disseminação aumentou seu espectro alcançando também usuários de drogas injetáveis, hemotransfundidos, heterossexuais e bebês de mães infectadas.

A distribuição geográfica da AIDS não limitou fronteiras para a sua disseminação e hoje se encontra no mais alto pedestal das doenças infecto-contagiosas sem cura. Estudos grandiosos, em todo o mundo, são direcionados para uma solução de controle ou erradicação desta epidemia através de vacinas.

Infelizmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida não faz distinção entre pessoas, sexo, idade, ocupação, acometendo a todos de maneira desastrosa deixando marcas para todo o sempre [1].

O maior contingente populacional afetado hoje, assim como desde o início da epidemia, são os adultos jovens em plena atividade sexual, mas uma parcela da população vem preocupando os médicos e cientistas do mundo todo [4].

Com o advento da liberdade sexual, tão reprimida tempos atrás, e a facilidade dos idosos em obterem recursos para prolongar a qualidade de vida, prolongando também a vida sexual através da difusão de remédios para disfunção erétil, a expansão no número de casos HIV+ passou a incidir, em maior proporção, entre indivíduos acima dos 50 anos. No decorrer da vida, todos os seres humanos estabelecem uma integração social e uma relação de dependência com a sua família. Após a terceira idade, essa relação começa a regredir, pois o idoso não consegue mais manter o seu papel de posição na sociedade e nem consegue desempenhar mais qualquer papel significativo, ficando assim, a mercê das vontades dos mais jovens que, incontrolavelmente, negligenciam as necessidades sociais e emocionais dos mais velhos [5].

O declínio social e biológico é evidente causando respectivamente uma diminuição na afetividade e na impropriedade das reações. A falta de atividade física, necessária nesse período, era explicada pelo hábito de se considerar a velhice como uma doença. Esse conceito "doença" impedia, na maioria das vezes, que a pessoa idosa realizasse esforços com o objetivo de manter ou recuperar sua saúde.

A somatização de fatores biológicos, sociais e psicológicos contribuiu para o desfecho final da condição de idosos e desnecessários.

Hoje, a essência do homem na velhice parece estar tomando uma direção contrária à sua definição.

A mudança de hábitos e estilo de vida faz com que o corpo envelhecido se mantenha em movimento praticando atividade regularmente, assumindo uma posição favorável.

A atividade física é vitalidade, é vigor físico, é saúde, sendo ela o caminho para a liberdade do idoso da escravidão dos anos e do envelhecimento precoce, conservando assim a autonomia de movimento, facilitando seu cotidiano, mantendo-se atuantes e integrados à sua vida social.

As relações sociais nesta nova terceira idade vêm proporcionando uma boa quantidade de experiências e estímulos. As novas idéias, interesses e atitudes levam os idosos a incorporar a liberdade, antes tão reprimidos, à vida moderna com rapidez oportunizando experiências até então esquecidas.

Com a presença da interação social normal, observa-se um enriquecimento da afetividade e afirmação dos desejos outrora reprimidos.

Infelizmente, se a liberdade tomou novos rumos o tabu da sexualidade continua latente. Preconceitos afloram quando a sexualidade é tema, sobretudo quando seus protagonistas já passaram à barreira dos 50 anos.

Dos idosos, pensa-se que são assexuados e que neles já não nasce o desejo sexual. Eles próprios, educados em ambientes repressivos, vivem a sua vida sexual com culpa e sem a proteção necessária.

A sexualidade não é levada em conta na terceira idade.

A não aceitação por parte dos familiares e dos próprios médicos de que ele ainda está ativo sexualmente causa transtornos e graves conseqüências.

A depressão, o isolamento social e o estigma social acompanham o idoso que convive com o HIV [6; 7].

A educação deste novo grupo, em relação a Aids, deve ser de preocupação mundial, pois a cada dia o índice de contaminação aumenta assustadoramente e as manifestações da doença, na maioria das vezes, não poupam a vida destes indivíduos.

Considerada, em idosos, como uma doença terminal com pequenas chances de sobrevida e progressão rápida, a AIDS continua levando ao óbito milhares de indivíduos desta faixa etária [8].

É preciso desmistificar a idéia da Aids ligada somente aos jovens e assim, não deixar desassistida essa parcela da população que é sexualmente ativa, mas não se prevalece dos meios de proteção.

Programas educacionais devem ser desenvolvidos focando especificamente adultos velhos [9].

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Os pacientes em estudo encontram-se cadastrados no Centro de Referência em Aids de Santos – CRAIDS. O referido centro pertence à Prefeitura Municipal de Santos sob supervisão da Secretaria Municipal de Santos sendo mantido financeiramente em conjunto pela União / Estado / Município.

O tratamento dos pacientes de Santos e outros municípios da Baixada Santista são atendidos através de uma equipe multidisciplinar que se compõe de médicos, Odontólogos, Psicólogos, Biólogo, Enfermeiros, Farmacêuticos, Biomédico, Assistente social.

O horário de funcionamento é de segunda à sexta das 7h às 17hs contando também com Laboratório de Biologia Molecular, tratamento ambulatorial, Hospital Dia e Programa de Internação Domiciliar.

O estudo foi realizado através da revisão de prontuários e coleta de dados dos pacientes de

interesse, observando os critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram armazenados no programa Epi Info 6.04 e os gráficos e tabelas foram geradas a partir do Microsoft Excel.

Todos os pacientes do estudo foram regularmente matriculados no Centro de Referência de Aids em Santos – CRAIDS nos anos de 2000 a 2001, com sorologia positiva.

Todos os exames laboratoriais pertinentes a este estudo foram realizados no Centro de Referência em Aids de Santos e estão relacionados abaixo:

- a) Pesquisa de anticorpos do vírus HIV tipo 1 e 2:
  - Elisa – Método Imunoenzimático,
  - Western Blot Assay – Bandeamento de proteínas específicas,
- b) Contagem de sub populações de linfócitos TCD4+ e TCD8+:
  - Citometria de Fluxo – Facs Count da Becton Dickinson,
- c) Exame quantitativo de carga viral no plasma:
  - Carga Viral - NASBA (NucliSens).

### 3 RESULTADO

O presente estudo contou com a análise dos prontuários de pacientes acima dos 50 anos cadastrados no Centro de Referência em Aids de Santos nos anos de 2000 a 2001.

Totalizando 345 pacientes inscritos no referido período, 26 (7,5%) pacientes compuseram a amostra do trabalho, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão.

**Tabela 1 – Pacientes.**

Amostra	Total
Pacientes inscritos entre 2000 e 2001	315
Pacientes acima dos 50 anos	26
Pacientes que foram a óbito	5

A relação por sexo no estudo não segue a tendência da epidemia mostrando uma divisão balanceada.

**Tabela 2 – Sexo.**

Sexo	Quantidade	Porcentagem
Masculino	13	50%
Feminino	13	50%
Geral	26	100%

O estado civil é fornecida pelo paciente na pré entrevista, sendo ele um dado estatístico importante.

**Tabela 3 – Estado civil**

	Casado	Amasiado	Viúvo
<b>Homem</b>	4	2	
<b>Mulher</b>	1	1	5
<b>Geral</b>	5	3	5
<b>Homem %</b>	15,30%	7,60%	
<b>Mulher %</b>	3,80%	3,80%	19,20%
<b>Geral %</b>	19,20%	11,50%	19,20%
	Solteiro	Separado	Não consta
<b>Homem</b>	7		1
<b>Mulher</b>	2	2	1
<b>Geral</b>	9	2	2
<b>Homem</b>	26,90%		3,80%
<b>Mulher</b>	7,60%	7,60%	3,80%
<b>Geral</b>	34,60%	7,60%	7,60%

Observa-se que a maior parte dos entrevistados interrompeu ou concluiu os estudos no ensino fundamental (antigo ginásio).

**Tabela 4 – Escolaridade.**

	Analfabeto	1° Grau	2° Grau	Superior	Não consta
<b>Homem</b>	2	3	4	5	1
<b>Mulher</b>	1	8	1		1
<b>Total</b>	3	11	5	5	2
<b>Homem</b>	7,60%	11,50%	15,30%	19,20%	3,80%
<b>Mulher</b>	3,80%	30,70%	3,80%		3,80%
<b>Total</b>	11,50%	42,30%	19,20%	19,20%	7,60%

Na análise do uso de preservativo no presente estudo, fica evidente que a maioria dos depoentes não fazia uso mesmo após o diagnóstico positivo da Aids.

**Tabela 5 - Distribuição pelo uso de preservativo.**

	Sim	Às vezes	Não
<b>Homem</b>	2	5	8
<b>Mulher</b>	1	1	9
<b>Geral</b>	3	6	17
<b>Homem</b>	7,69%	19,23%	30,70%
<b>Mulher</b>	3,84%	3,84%	34,60%
<b>Geral</b>	11,53%	23,07%	65,30%

A análise dos fatores de risco em relação ao grupo estudado forneceu importantes informações para o levantamento de dados e a quantificação quanto à maior incidência.

A primeira tabela apresenta como grupo de risco os usuários de drogas injetáveis, homossexuais, heterossexuais, bissexuais, parceiros bissexuais e parceiros usuários de drogas injetáveis.

**Tabela 6 - Grupo de risco.**

	UDI	Homo	Hetero
Homem		4	11
Mulher	1	1	9
Total	1	5	20
Homem	15%	42,30%	3,80%
Mulher	3,80%	3,80%	34,60%
Total	3,80%	19%	76,90%
	Bi	Parc. Bi	Parc. UD
Homem	1	1	1
Mulher			1
Total	1	1	2
Homem %	3,80%	3,80%	
Mulher %			3,80%
Total %	3,80%	3,80%	7,70%

A segunda tabela apresenta os pacientes transfundidos, pacientes com parceiros transfundidos, múltiplos parceiros, parceiros com múltiplos parceiros e parceiros com Aids.

**Tabela 7 - Grupo de risco**

	Transf	Parc. Transf.	Mult. Parc.	P. Mult. P.	Parc. Aids
Homem		1	12	10	4
Mulher	1		6	8	5
Total	1	1	18	18	9
Homem		3,80%	46,10%	38,40%	15,38%
Mulher	3,80%		23%	30,70%	19,20%
Total	3,80%	3,80%	69,10%	69,10%	34,58%

A vida sexual no ano do diagnóstico, a certeza desse diagnóstico e a orientação quanto a Aids foram de grande relevância no estudo e fornecem dados importantes.

**Tabela 8 - Orientação sobre a Aids**

	Foi orientado	Não foi orientado	Não consta
Homem	13	1	
Mulher	8	3	1
Total	21	4	1
Homem	50%	3,84%	
Mulher	30,76%	11,53%	3,84%
Total	80,76%	15,38%	3,84%

A vida sexual foi um dado coletado na pré-entrevista.

**Tabela 9 - Vida sexual no ano do diagnóstico.**

	Com parceiro	Sem parceiro
Homem	12	2
Mulher	9	3
Total	21	5
Homem	46,15%	7,69%
Mulher	34,61%	11,53%
Total	80,76%	19,22%

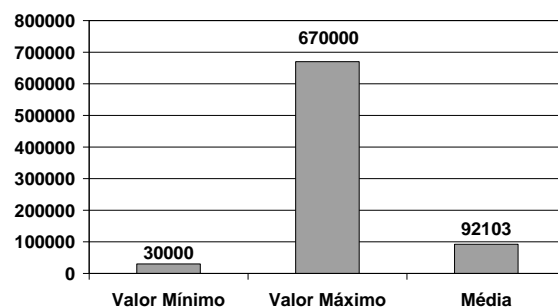
A certeza do diagnóstico também fornecido na pré-entrevista, associado a outras informações fornece dados importantes para o presente estudo.

**Tabela 10 - Diagnóstico.**

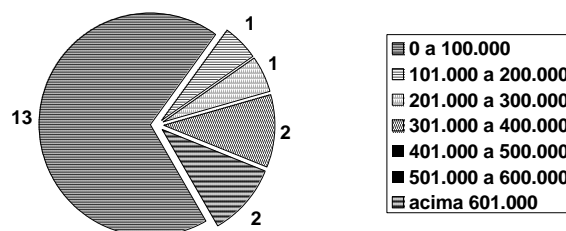
	Conhece diagnóstico	Não conhece
Homem	13	1
Mulher	10	2
Total	23	3
Homem	50%	3,84%
Mulher	38,46%	7,69%
Total	88,46%	11,53%

Da amostra estudada, que somavam 26 pacientes, apenas 19 pacientes realizaram os exames de Carga Viral

Os valores mínimos e máximos foram relacionados assim como a média de carga viral.



**Figura 1 - Valores de carga viral (cópias/ml).**



**Figura 2 - Valores de carga viral em relação aos pacientes.**

As contagens de Linfócitos TCD4+ e TCD8+ foram realizadas por 17 pacientes dos 26 da amostra.

Os valores mínimos e máximos de linfócitos permitem demonstrar a média da contagem durante o trabalho.

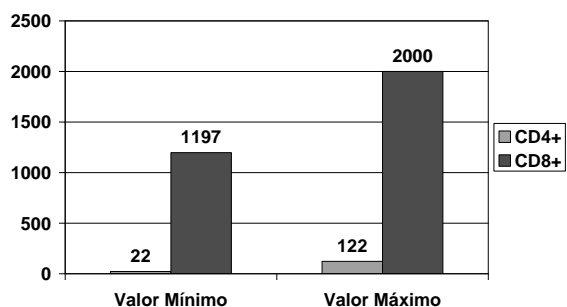


Figura 3 - Valores de CD4+ e CD8+.

O valor diminuído de TCD4+ evidencia a imunossupressão do paciente portador do HIV+.

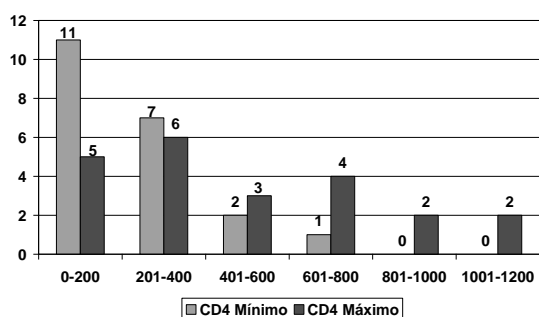


Figura 4 - CD4+ em relação aos pacientes.

O valor de TCD8+ acima de TCD4+ indica uma inversão no sistema imunológico.

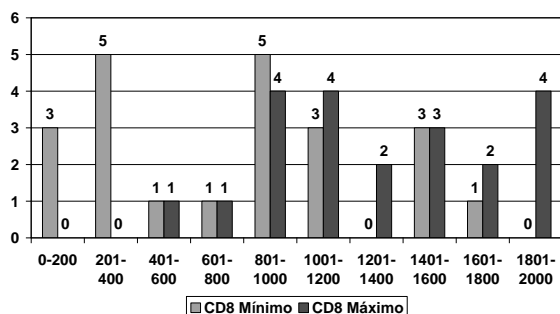


Figura 5 - CD8+ em relação aos pacientes.

Segundo a atividade remunerada apenas oito dos entrevistados informaram exercer alguma atividade, sendo que o restante não mais realizava qualquer atividade que trouxesse alguma forma de renda.

Entre os idosos que souberam relatar o tempo de infecção, três afirmaram que havia acontecido há menos de cinco anos, dois entre cinco e dez anos e um há mais de 10 anos.

No que se refere à família, 10 dos 26 pacientes relataram ter parentes com HIV+, sendo que 5 deles eram viúvas de companheiros HIV+.

Em relação a distúrbios psiquiátricos, 5 dos 26 pacientes já haviam realizado tratamento médico com uso de medicação controlada.

As alterações de saúde foram descritas por 18 pacientes do estudo sendo que, oito dos entrevistados referiram o início há menos de um ano e dois indivíduos alegaram já terem referido alterações a mais de um ano. Os principais sintomas apresentados demonstram uma trajetória bem semelhante a todos os depoentes.

As doenças oportunistas foram relatadas em 50% (13) dos pacientes descritos sendo a toxoplasmose, a tuberculose e a hepatite as mais constantes.

Os principais sintomas relatados são característicos da AIDS:

Tabela 11 – Principais Sintomas.

Sintomas	Número de Pacientes	(% do total)
Emagrecimento	2	7,69%
Febre	1	3,38%
Tosse	5	19,23%
Diarréia	3	11,53%
Fraqueza	5	19,23%
Dores no peito	1	3,38%

Cinco dos pacientes (19,2% do total) evoluíram para óbito até o final de 2004.

#### 4 DISCUSSÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida sempre acometeu diferentes faixas etárias ressaltando uma incidência maior nos adultos jovens.

Os aumentos dos casos de HIV / AIDS em faixas etárias mais avançadas vêm sendo relatados com mais frequência [10].

Nos EUA, os casos constatados em pacientes com idade avançada no ano de 1981 somavam 13, aumentando para 3.562 em 1989 perfazendo 10% do valor total de casos registrados. (SHIP. JA, 1991: p. 84 - 88). No Brasil, entre os anos de 80 e 90 foram comunicados 10.510 casos de AIDS, sendo 742 pacientes acima de 50 anos representando 7,1% do valor total de notificações [11].

Segundo o Boletim Epidemiológico AIDST – ano I - n° 1 os casos de AIDS segundo faixa etária por sexo demonstra 21.681 (8,63%) casos em pacientes homens acima dos 50 anos entre os anos de 1992 a 2004 em comparação ao total de registros durante o mesmo período que somam 251.050 casos. Quanto ao sexo feminino observa-se o valor de 9.146 (8,21%) casos comparados aos 111.314 casos registrados no período citado acima.

Essa média de 8% não é seguida quando analisamos o Boletim anualmente. A cada ano, desde 1992, essa média vem aumentando.

A taxa de incidência do HIV em pessoas acima dos 50 anos é demonstrada no trabalho em um

percentual de 7,5% do total de casos registrados entre os anos de 2000 a 2001. O aumento deste percentual, no contexto mundial, pode ser atribuído às medicações para disfunção erétil e reposição hormonal dando aos idosos uma vida sexual mais ativa.

Com 17 milhões de prescrições de Viagra para americanos mais velhos, a educação para prevenção do HIV é muito importante [12].

Em relação à distribuição por sexo o presente estudo mostra uma divisão balanceada na incidência do HIV. Quantitativamente entre homens e mulheres contaminados perfazem o percentual de 50% cada.

A maior liberdade sexual já citada associada à não existência do risco da gravidez em idade avançada justifica o crescente aumento da incidência do HIV em mulheres.

Mulheres mais velhas não vêm à necessidade de praticar sexo seguro, pois não temem a gravidez e acreditam estar distante da realidade da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis [5].

Neste estudo, os fatores de risco para a contaminação têm valores elevados para a heterossexualidade (11%), múltiplos parceiros (12%) e parceiros com múltiplos parceiros (10%) todos relacionados, em porcentagens maiores com homens solteiros (34,60%) ou separados (7,60%) que juntos representam 42,20% de indivíduos contaminados.

Os dados encontrados na amostra referentes ao fator de risco e sexo se assemelham ao Boletim epidemiológico de 2004.

Em se tratando do sexo feminino, os fatores de risco seguem a mesma linha citada acima, mas, com valores percentuais menores. Dado importante a ressaltar em relação às mulheres é que 5 (19,20%) eram viúvas e, segundo informações do prontuário, 4 delas haviam tido maridos soropositivos.

O patriarca da família, com uma conduta irrepreensível mantendo uma relação extraconjugal reflete, de maneira bem real, a contaminação em mulheres idosas [13; 8].

A orientação sobre HIV / AIDS foi positiva em 80,7% dos pacientes do estudo.

A vida sexual ativa no ano do diagnóstico representada por 80,7% dos pacientes, o não uso do preservativo em 65,3% dos casos e a certeza do diagnóstico (88,4%) demonstram uma falta de entendimento e informação em relação aos riscos relacionados ao HIV bem como suas formas de contaminação. Estas informações ficam mais evidentes levando-se em conta que 42,3% dos indivíduos estudados chegaram apenas ao ensino médio.

Na análise da Carga Viral observou-se um valor mínimo de 30 cópias / ml e um valor máximo de 670.000 cópias / ml com uma média de 92.100 cópias / ml. Dos 19 pacientes que realizaram o exame, 13 (68,4%) mantiveram os valores entre 0 a 100.000 cópias / ml.

O linfócito TCD4+ apresentou, em sua contagem, valores mínimos e máximos de 22 e 1197 linfócitos / mm<sup>3</sup> respectivamente, com uma média de.

Quanto ao TCD8+ os valores foram de 122 e 2.000 linfócitos / mm<sup>3</sup>.

Observa-se no trabalho uma inversão na contagem de TCD4+ / TCD8+ peculiar à infecção. Da amostra total, 13 (76,4%) apresentaram TCD4+ abaixo

de 200 linfócitos / mm<sup>3</sup> e, em relação ao TCD8+, a maioria dos pacientes apresentou valores de contagem acima de 600 linfócitos / mm<sup>3</sup> comprovando a imunossupressão severa apresentada pelo idoso com HIV+.

Os sinais e sintomas apresentados pela maioria dos pacientes estudados são os mesmos apresentados nos boletins epidemiológicos e em outros estudos, sendo a fraqueza (19,2%), tosse (19,2%) e a diarreia (11,53%) os principais.

A grande dificuldade de diagnóstico se apresenta como uma somatização de eventos físicos, químicos e também sociais inerentes à vida do adulto velho.

São fortes os indícios de que os casos reais de AIDS em idosos ultrapassem os dados epidemiológicos devido à complexidade dos sintomas e as dúvidas de diagnóstico em relação à imunodeficiência que são comuns na meia-idade e na velhice [14].

## 5 CONCLUSÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida apresenta um número grande de tabus sociais que são agravados quando o alvo da infecção é o idoso.

Relativamente, pouca atenção foi dada a pacientes mais velhos com HIV+ em decorrência da pequena quantidade de afetados no passado, mas, com números crescentes mais dados estão sendo coletados e relatados se fazendo necessário uma preocupação maior nesta faixa etária.

Segundo Weissman há dois tipos de mediadores que podem afetar a progressão da doença em idosos: os mutáveis e os imutáveis. Os mediadores possíveis de mudança incluem os diagnósticos demorados, conveniência de terapia, fatores socioeconômicos. Os mediadores imutáveis apresentam deficiências funcionais dos órgãos, sistema imune, estado nutricional, mental entre outros. Para uma melhora no estado e tratamento de adultos velhos, devemos trabalhar contra os fatores que podemos mudar.

Nesta área emergente, muito trabalho é necessário principalmente na criação e operacionalização de políticas públicas voltadas para o atendimento e apoio ao idoso bem como campanhas de prevenção de DST/AIDS. Edições clínicas de diagnóstico e tratamento, assim como pesquisas para evolução de terapias são importantes visto que pouca literatura é encontrada nesta faixa etária.

A falta de campanhas destinadas a essa faixa etária faz com que o idoso não se identifique como um doente em potencial dificultando o diagnóstico e atrasando o tratamento.

A orientação e educação sobre a AIDS são de extrema importância para a equipe multidisciplinar que tratará deste paciente visto que, estudos recentes demonstram uma inabilidade em diagnosticar e tratar física e psicologicamente indivíduos infectados em idades avançadas. A assistência, nestes casos, tem a finalidade de associar terapias antiretrovirais eficientes e de reintegrar o indivíduo à sociedade com mínimo de seqüelas valorizando suas atividades restabelecendo sua integridade e dignidade diante da nova vida que se apresenta.

O papel da família é de vital importância no percurso da doença sendo priorizado os convívios sadios com o idoso, que trava uma luta incessante com os familiares e com a sociedade a partir do seu diagnóstico.

Desafios são lançados num apelo fundamental para a valorização da vida onde, muito mais importante do que acrescentar anos à vida é acrescentar vida aos anos.

A sabedoria refletida nos raios de luz do entardecer, dos muitos anos vividos com dignidade, deve ser respeitada e ouvida.

## 6 REFERÊNCIAS

- [1]. WATSON, J. D. et al. O dna recombinante. UFOP, 1997, p. 481-501.
- [2]. VERONESI, R. Tratado de Infectologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000, p. 13.
- [3]. GAGLIANI, L. H. Perfil Imunológico e virológico dos pacientes recém diagnosticados pelo HIV-1 atendidos no centro de referência em aids de Santos no período de 2000 à 2001, São Paulo – Brasil. 2003, 117 f. Monografia apresentada no Mestrado em Ciências da Saúde, no Centro Universitário Lusíada, UNILUS.
- [4]. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Ministério da Saúde, abril a dezembro de 2002.
- [5]. EMLET, C. A.; FARKAS, K. J. A descriptive analysis of older adults with HIV/AIDS in California. Health Soc Work, n. 26, v. 4, p. 226-234, 2001.
- [6]. LINSK, N. HIV and the elderly. Families in Society, n. 75, p. 362-372, 1995.
- [7]. SOLOMON, K. Psychosocial issues. In: K.M.Nokes (Ed). HIV/AIDS and the older adults. Bristol, PA: Taylor and Francis, 2000, p. 33 - 46.
- [8]. LINSK, N. HIV among older adults: Age specific issues in prevention and treatment. Aids Reader, 2000, n. 10, p. 430-440.
- [9]. ANDERSON, G. Providing services to elderly people with HIV. In: ARONSTEIN, D. M.; THOMPSON, B. J. (Eds). HIV and social work: A practitioner's guide. 1998, p. 443-450.
- [10]. McCormick, W.C., and Wood, R.W. (1992, September). Clinical decisions in the care of elderly persons with AIDS. Journal of the American Geriatrics Society, v. 40, n. 9, p. 917-921.
- [11]. VERONESI, R. et al. A. AIDS/SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. In: Veronesi R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, p. 228-247.
- [12]. PALMER, L. D. Unsafe sex in age of Viagra: Rising HIV rates show seniors often ignore risks. Austin American-Statesman, p. A19; A22-A23, 2000.
- [13]. SANTOS, I. M. M.; MATOS, M. A. B. Perfil da AIDS em indivíduos acima de 50 anos. Texto & contexto enfermagem, n. 6, v. 2, p. 345-351, 1997.
- [14]. GORZONI, M. I.; TOTRI, M. D. O.; LIMA, C. A. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em idoso. Gerontologia, n. 1, v. 1, p. 27-28, 1993.

## STUDY OF THE EXAMS OF VIRAL AND TCD4+/TDC8+ CHARGE IN PATIENTS OVER 50 YEARS OF AGE IN THE PERIOD OF TIME BETWEEN 2000 AND 2001, REGULARLY REGISTERED IN THE CENTER OF REFERENCE IN AIDS IN SANTOS - BRAZIL

### Abstract

Young adults in full sexual activity still represent the population contingent greater affected by the Syndrome of the Acquired Immunodeficiency but, individuals above of the 50 years come worrying doctors and scientists of the whole world.

A new style of life with more freedom, the lack of information and prevention, mainly in the sexual relations, has increased the incidence of seniors of the HIV.

The data analyzed in this work had been removed of handbooks of patients above of 50 years regularly registered in cadastre in the Craids - Center of Reference in AIDS of Santos in the period of 2000 the 2001. The data social (been civil, sex, use of drugs had been examined, etc), mechanism of transmission, viral load examinations and counting of lymphocytes CD4+ and CD8+.

Of the 345 patients registered in cadastre in the related period, 7.5% were above of the 50 years, 50% were of feminine sex and 50% masculine. How much to the civil state and scholar degree, 61.40% did not keep no type of steady relation and 42.30% only presented basic education. The use of the condom did not present 65.30% of the cases and the heterosexual relation reached 76.90%, being bigger the incidence in relations with multiple partners.

The present study it has the objective to show the reality of the contamination of the HIV in individuals above of 50 years and calling the attention for the necessity campaigns destined to this parcel of the population, as well as specific treatment and cares.

**Keywords:** Aids. Seniors. Viral load. CD4+ / CD8+.

