

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E
HEPATITES VIRAIS MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

BEATRIZ DE OLIVEIRA BENTO

**O CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS SEGUNDO
MULHERES IDOSAS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2023

BEATRIZ DE OLIVEIRA BENTO

**O CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS SEGUNDO
MULHERES IDOSAS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em infecção HIV/aids e hepatites virais mestrado profissional – PPGHIV/HV do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em infecção HIV/aids e hepatites virais.

Orientador: Prof. Max Kopti Fakoury

Coorientador: Prof. Alan Messala de Aguiar Britto

RIO DE JANEIRO

2023

d de Oliveira Bento, Beatriz
O Conhecimento Sobre HIV/Aids Segundo Mulheres
Idosas Da Cidade Do Rio De Janeiro / Beatriz de
Oliveira Bento. -- Rio de Janeiro, 2023.
58

Orientador: Max Kopti Fakoury.
Coorientador: Alan Messala de Aguiar Britto.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2023.

1. HIV. 2. Aids. 3. Mulher idosa. 4.
Conhecimento. I. Kopti Fakoury, Max , orient. II.
Messala de Aguiar Britto, Alan, coorient. III.
Título.

BEATRIZ DE OLIVEIRA BENTO

**O CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS SEGUNDO
MULHERES IDOSAS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em infecção HIV/aids e hepatites virais mestrado profissional – PPGHIV/HV do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em infecção HIV/aids e hepatites virais.

Aprovada em: 18/04/2023

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Max Kopti Fakoury – UNIRIO/RJ
(orientador)**

**Prof. Dr. Alan Messala de Aguiar Britto – UNIRIO /RJ
(membro interno)**

**Prof.^a Dr.^a Karla Regina Oliveira de Moura Ronchini – UFF/RJ
(membro externo)**

**Prof.^a Dr.^a Fabiana Barbosa A. Souza – UNIRIO/RJ
(suplente interno)**

**Prof.^a Dr.^a Rosa G. Santos Ferreira – UFRJ/RJ
(suplente externo)**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, que me dá força para continuar e me incentiva a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem não poderia deixar de agradecer.

Especialmente aos meus orientadores Max e Alan, agradeço pelo incentivo, por compartilharem comigo suas experiências e pela disponibilidade e interesse em me auxiliar na elaboração desse trabalho.

Sou muito grata aos meus pais, pelo exemplo de dedicação e trabalho, por acreditarem em mim e me apoiarem. Aos meus irmãos, por estarem ao meu lado sempre que preciso.

Ao Leandro, meu namorado, por tornar esse período mais leve, pela paciência, companheirismo e amor.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em infecções HIV/aids e hepatites virais pelos ensinamentos durante o curso.

Agradeço a cada um dos membros da equipe Renascer por me receberem tão bem desde o início e por sempre estarem dispostos a ajudar. Às pacientes que participaram da pesquisa pela colaboração e disposição no processo de obtenção de dados.

E por fim agradeço a UNIRIO, ao Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e a EBSEH, pelas oportunidades de aprendizados inesgotáveis.

E a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, colaboraram para a conclusão deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

EPÍGRAFE

“ Construimos muros demais e pontes de menos.”

Isaac Newton

RESUMO

Introdução: Na atualidade, os dados demográficos apontam um envelhecimento populacional significativo a nível global. Concomitantemente, o número de pessoas idosas, principalmente mulheres, que vivem com HIV teve um aumento expressivo nos últimos 10 anos. A população idosa apresenta muitos dos comportamentos de risco encontrados entre os mais jovens em relação à contaminação pelo vírus da aids. Além disso, essa população parece ter menos conhecimento sobre HIV/aids associada a uma baixa percepção de vulnerabilidade em relação a doença.

Objetivos: Avaliar o conhecimento sobre HIV/aids em mulheres idosas acompanhadas pelo programa Renascer no HUGG.

Métodos: Estudo observacional, do tipo transversal descritivo, sendo a amostra coletada por conveniência e composta por integrantes do programa Renascer atendidas pela autora no período de setembro de 2021 até julho de 2022. Foram incluídas no estudo as idosas cadastradas no programa Renascer. Foram excluídas do estudo idosas com diagnóstico prévio de transtorno neurocognitivo maior. Foi aplicado o questionário validado QHIV3I com questões relativas ao conhecimento sobre HIV/aids, questões sociodemográficas, perguntas sobre religiosidade e hábitos de vida. No final do questionário foram incluídas duas perguntas sobre sexualidade e o MEEM. As participantes foram classificadas como tendo conhecimento ou não sobre HIV/aids através de pontos de cortes estipulados pelo estudo. Além disso, foram realizadas análises estatísticas para avaliar associações entre as variáveis estudadas.

Resultados: Foram avaliadas 51 mulheres na faixa etária entre 60 e 96 anos. Na análise geral sobre o conhecimento, nenhuma participante respondeu de maneira correta todas as 13 perguntas, mas a maioria (88,2%) demonstrou ter conhecimento sobre HIV/aids acertando pelo menos 8 ou mais questões e a menor pontuação obtida foi de 4 acertos. A pergunta com maior porcentagem de erro (82,4%) foi sobre a pessoa com o vírus da aids sempre apresentar sintomas da doença, seguida pelo da questão sobre a existência de cura para a aids (taxa de erro 52,9%). O domínio transmissão foi o de maior defasagem. Na avaliação de associação entre as variáveis foram encontradas resultados significativos. A religião católica se associou a conhecer com menor frequência pessoas vivendo com HIV/aids e já ter realizado o teste para HIV. Nesta população, mais anos de escolaridade se associaram a uma maior proporção de acertos na questão “os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids, pois ela atinge apenas os jovens” e nenhuma delas entende a aids como um castigo divino. Ao contrário do esperado, foi observado que alta escolaridade se associou com MEEM alterado e menos de 8 anos de estudo com MEEM normal. Além disso, foi encontrada uma baixa adesão ao uso de preservativos nessa população (76% nunca utilizou).

Conclusões: Os resultados dessa pesquisa permitiram concluir que as participantes do grupo Renascer possuem um bom nível de conhecimento sobre HIV/aids. Não se observou associação entre o conhecimento total em cada um dos cinco domínios ou o conhecimento geral sobre HIV e as variáveis sociodemográficas estudadas. Foi encontrada, nessa população, uma baixa adesão ao uso de preservativos nas relações sexuais.

Palavras-chave: HIV; aids; mulher; idosa; conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: Currently, demographic data point to a significant population aging globally. Concomitantly, the number of elderly people, mainly women, living with HIV has increased significantly in the last 10 years. The elderly population presents many of the risk behaviors found among younger people in relation to contamination by the AIDS virus. In addition, this population seems to have less knowledge about HIV/AIDS associated with a low perception of vulnerability in relation to the disease.

Objectives: To assess knowledge about HIV/AIDS in elderly women followed by the Renascer program at HUGG.

Methods: Observational, descriptive cross-sectional study, with the sample collected for convenience and composed of members of the Renascer program assisted by the author from September 2021 to July 2022. Elderly women enrolled in the Renascer program were included in the study. Elderly women with a previous diagnosis of major neurocognitive disorder were excluded from the study. The validated questionnaire QHIV3I was applied with questions related to knowledge about HIV/AIDS, sociodemographic questions, questions about religiosity and lifestyle habits. At the end of the questionnaire, two questions about sexuality and the MMSE were included. The participants were classified as having or not knowing about HIV/AIDS through the cut-off points stipulated by the study. In addition, statistical analyzes were performed to assess associations between the studied variables.

Results: 51 women aged between 60 and 96 years were evaluated. In the general analysis of knowledge, no participant correctly answered all 13 questions, but the majority (88.2%) demonstrated knowledge about HIV/AIDS by getting at least 8 or more questions right and the lowest score obtained was 4 correct answers. The question with the highest percentage of errors (82.4%) was about the person with the AIDS virus always showing symptoms of the disease, followed by the question about the existence of a cure for AIDS (error rate 52.9%). The transmission domain had the greatest lag. In assessing the association between the variables, significant results were found. The Catholic religion was associated with meeting less frequently people living with HIV/AIDS and having already taken the HIV test. In this population, more years of schooling were associated with a higher proportion of correct answers to the question "seniors should not worry about AIDS, as it affects only young people" and none of them understand AIDS as a divine punishment. Contrary to expectations, it was observed that high education was associated with altered MMSE and less than 8 years of schooling with normal MMSE. In addition, low adherence to condom use was found in this population (76% never used it).

Conclusions: The results of this research allowed us to conclude that the participants of the Renascer group have a good level of knowledge about HIV/AIDS. No association was observed between total knowledge in each of the five domains or general knowledge about HIV and the sociodemographic variables studied. In this population, low adherence to the use of condoms during sexual intercourse was found.

Keywords: HIV; aids; woman; elderly; knowledge.

LISTA DE SIGLAS

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IST – Infecção sexualmente transmissível

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros

LT-CD4+ - Linfócito TCD4+

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP – Profilaxia pós exposição

PrEP – Profilaxia pré exposição

PVHA - Pessoas vivendo com HIV/aids

QHIV3I - Questionário de HIV para Terceira Idade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

VPP - Valor preditivo positivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. GERAL.....	14
2.2. ESPECÍFICOS.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	14
3.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.....	17
3.3. SEXUALIDADE NA POPULAÇÃO IDOSA.....	19
3.4. HIV/AIDS.....	21
3.5. HIV/AIDS NA MULHER IDOSA.....	25
4. MÉTODOS.....	28
4.1. DESENHO, CENÁRIO, LOCAL E AMOSTRA.....	28
4.1.1. Critérios de inclusão.....	29
4.1.2. Critérios de exclusão.....	29
4.2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO.....	29
4.2.1 Recrutamento.....	29
4.2.2 Instrumentos, coleta e processamento dos dados.....	29
4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
4.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5. RESULTADOS.....	31
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	31
5.2. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS IDOSAS SOBRE HIV.....	32
5.3. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O CONHECIMENTO SOBRE HIV.....	34

5.4. AVALIAÇÃO COGNITIVA E O IMPACTO NO CONHECIMENTO SOBRE HIV.....	36
5.5. AVALIAÇÃO DOS ESCORES DO QHIV3I.....	37
5.6. ANÁLISE DE CORRELAÇÃO.....	39
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÕES.....	45
PRODUTO DO ESTUDO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXO A - QUESTIONÁRIO – QHIV3I.....	54
ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP.....	57
ANEXO C – TCLE.....	58

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, os dados demográficos apontam uma mudança significativa da população mundial nos últimos 100 anos. No mundo todo, a fração de indivíduos com mais de 60 anos vem aumentando de maneira significativa e deverá atingir 21,1% (> dois bilhões) até 2050 (SANDER et al., 2015). No Brasil, entre 2012 e 2021, a parcela de pessoas com 60 anos ou mais saltou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, esse grupo etário passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período. Esse envelhecimento da população reflete a redução nas taxas médias de fecundidade e o aumento contínuo da expectativa de vida humana (IBGE, 2022).

O processo de envelhecimento é marcado por grandes variações nas experiências individuais de desempenho físico, social e psicológico vividos ao longo da vida, portanto é muito heterogêneo. O objetivo central do envelhecimento saudável é tentar alcançar altos níveis de funcionamento nesses muitos domínios da vida (COSCO; HOWSE; BRAYNE, 2017). O envelhecimento não deve ser considerado igual a incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). Envelhecer de maneira saudável é um processo contínuo de desenvolvimento da habilidade funcional e de aproveitamento das oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da existência (OPAS, 2022).

O processo de envelhecimento e as condições de saúde relacionadas podem, sem dúvida, afetar o funcionamento sexual das pessoas idosas, mas evidências mostram que as pessoas com idade maior ou igual a 60 anos não só permanecem sexualmente ativas, como também que essa atividade contribui de maneira positiva para a qualidade de vida (SKALACKA; GERYMSKI, 2019; SRINIVASAN et al., 2019). É fundamental que as pessoas idosas possam viver a sexualidade de forma natural e prazerosa, mas devido à falta de educação sexual adequada, à vergonha do próprio corpo e às repressões sexuais sofridas, a sexualidade nessa faixa etária passa a ser vivida de forma constrangedora, presa a incontáveis tabus, mitos e preconceitos. Além disso, a vida sexual nessa população é, frequentemente, negligenciada pela área da saúde e pelo poder público, sendo tratada como algo inexistente (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Anteriormente, era muito pouco provável um indivíduo com mais de 60 anos ser infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). Entretanto, o número de pessoas idosas que vivem com HIV teve um aumento significativo em todo o mundo nos últimos dez anos. Alguns deles foram infectados ainda

jovens e envelheceram com o vírus graças a terapia antirretroviral (TARV), enquanto outros adquiriram o HIV já idosos (AUTENRIETH et al, 2018). De acordo com dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2021, do Ministério da Saúde, o número de casos de HIV entre pessoas acima dos 60 anos aumentou de maneira expressiva na última década, principalmente entre as mulheres (BRASIL,2021).

Muitos dos comportamentos de risco apresentados pelos mais jovens são encontrados entre a população idosa, porém essa última faixa etária possui menos conhecimento quanto à contaminação pelo HIV e à importância do preservativo. É possível que medidas para tentar promover uma melhor qualidade de vida sexual na população idosa, como o uso de terapias hormonais e a descoberta de medicamentos para fortalecer a potência sexual estão sendo eficazes. Por outro lado, estas pessoas não foram preparadas para a consequente vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre elas o HIV. (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020).

As mulheres idosas possuem questões particulares, que devem ser levadas em consideração, em relação ao HIV e ao envelhecimento. Além delas apresentarem riscos específicos do sexo feminino associados ao HIV/aids, elas possuem riscos exclusivos associados ao HIV e ao envelhecimento (HILLMAN, 2007). Idosas sexualmente ativas têm alto risco de contrair o HIV, devido às mudanças biológicas. Por exemplo, o afinamento da parede vaginal e a redução das secreções vaginais após a menopausa aumenta as chances de lesões e lacerações, elevando assim o risco de transmissão do HIV durante o sexo (UNAIDS, 2014). Além disso, a menopausa está associada a uma atividade imune inata anti-HIV menor no trato genital feminino inferior quando comparada a pré menopausa (ADIMORA et al., 2021).

A falta de percepção da própria vulnerabilidade ao HIV em mulheres idosas é outro fator de risco a ser considerado. Nessa população o conhecimento parece ser limitado, com as mulheres mantendo a crença de que o HIV não é uma questão importante para elas e a manutenção do estigma relacionado ao vírus (NORMAN E LOUE, 2015). Pesquisas anteriores mostraram uma falta de conhecimento e equívocos sobre a transmissão do HIV entre as pessoas idosas (DAVIS; ELDER, 2020).

No entanto, os estudos disponíveis sobre intervenções de educação em HIV/aids e mulheres idosas são escassos. A partir desta carência, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos nesta área, pois o conhecimento é importante tanto para a diminuição do preconceito com portadores do HIV quanto para medidas de prevenção.

No Hospital Universitário Gaffree e Guinle (HUGG), localizado na cidade do Rio de Janeiro, existe um programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida da pessoa

idosa, chamado Renascer, no qual há cerca de 200 participantes cadastrados, dos quais aproximadamente 180 são frequentadores assíduos. Tendo em vista esta população e os dados da literatura sobre o conhecimento de mulheres idosas sobre o HIV/aids, levantou-se a seguinte questão norteadora: O quanto as idosas do programa Renascer do HUGG conhecem sobre o tema HIV/aids? A hipótese é que as mulheres idosas conhecem pouco sobre HIV/aids.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o conhecimento sobre HIV/aids em mulheres idosas acompanhadas pelo programa Renascer no HUGG.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento sobre HIV das idosas utilizando o Questionário de HIV para Terceira Idade (QHIV3I).
- Verificar o impacto das variáveis sociodemográficas no nível de conhecimento sobre HIV da população estudada.
- Avaliar a função cognitiva das pacientes e o impacto desta no conhecimento sobre HIV.
- Verificar a adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O conceito de envelhecimento populacional é relativamente novo do ponto de vista histórico. Pode-se observar que em 1950 nenhum país tinha mais de 11% de sua população com 65 anos ou mais. Olhando para o ano 2000, o maior percentual de pessoas idosas em uma população foi de 18%. No entanto, esse número aumentará drasticamente até 2050, quando poderá chegar a 38% (RUDNICKA et al., 2020) e haverá um número maior de pessoas idosas do que adolescentes de 10 a 24 anos (2,1 bilhões versus 2,0 bilhões). Além disso, o número de indivíduos com 80 anos ou mais deve triplicar entre 2020 e 2050, com a projeção de alcançar 426 milhões (WHO,2021). Este fenômeno notável está sendo impulsionado pelo declínio da fecundidade e aumento da expectativa de vida em diferentes partes do mundo (WANG et al., 2020).

Nos últimos 50 anos, as taxas de fecundidade caíram drasticamente em todo o mundo. Atualmente, a família global média tem menos de três filhos, enquanto em 1952, eles tinham

cinco (ALVAREZ, 2022). No geral, nos países menos desenvolvidos o indicador caiu de cerca de 6,0 no início da década de 1950 para cerca de 2,5 hoje, uma queda muito mais rápida do que a da Europa de 2,5 em 1960 para 1,55 em 2011, e a América do Norte de 3,7 em 1960 para 2,16 em 2011. Essa redução pode ser justificada pela mudança do papel da mulher na sociedade, com mais acesso à educação e mais opções de carreira e pelo aumento do custo na criação dos filhos (LUNENFELD; STRATTON, 2013).

O aumento dramático na expectativa média de vida durante o século XX é uma das maiores conquistas da sociedade. A maioria dos bebês nascidos até 1900 não passava dos 50 anos (WHO, 2011). Desde então, a expectativa de vida média global mais que dobrou e agora está acima de 70 anos. A desigualdade da expectativa de vida ainda é muito grande entre e dentro dos países. Em 2019, o país com a menor expectativa de vida foi a República Centro-Africana com 53 anos, enquanto no Japão a expectativa de vida foi de 30 anos a mais (ROSER; ORTIZ-OSPINA; RITCHIE, 2013).

Embora o envelhecimento populacional tenha começado em países de alta renda (por exemplo, no Japão, 30% da população já tem mais de 60 anos), agora são os países de baixa e média renda que estão passando pelas maiores mudanças. Em 2050, dois terços da população mundial com mais de 60 anos viverão em países de baixa e média renda (WHO, 2021).

A maioria das nações desenvolvidas teve décadas para se ajustar às mudanças nas estruturas de idade. Demorou mais de 100 anos para que a parcela da população francesa com 65 anos ou mais passasse de 7% para 14%. Em contraste, muitos países menos desenvolvidos estão experimentando um rápido aumento no número e na porcentagem de pessoas idosas (WHO, 2011).

A transição da estrutura etária da população brasileira teve início quando a taxa bruta de natalidade começou a cair em meados da década de 1960. A partir desta data teve início o processo de envelhecimento demográfico brasileiro (ALVES, 2014). Nas últimas décadas mudanças nos níveis de fecundidade e de mortalidade vem ocorrendo em ritmo e intensidade nunca vistos em épocas passadas (OLIVEIRA, 2019).

A população idosa cresce vertiginosamente no Brasil, que adota o conceito de idoso da Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduo de 60 anos de idade ou mais, se residir em país em desenvolvimento (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de 27,6 vezes. Em termos relativos a população idosa de 60 anos e mais representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou

para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (um aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100) (ALVES, 2019) (Figura 1).

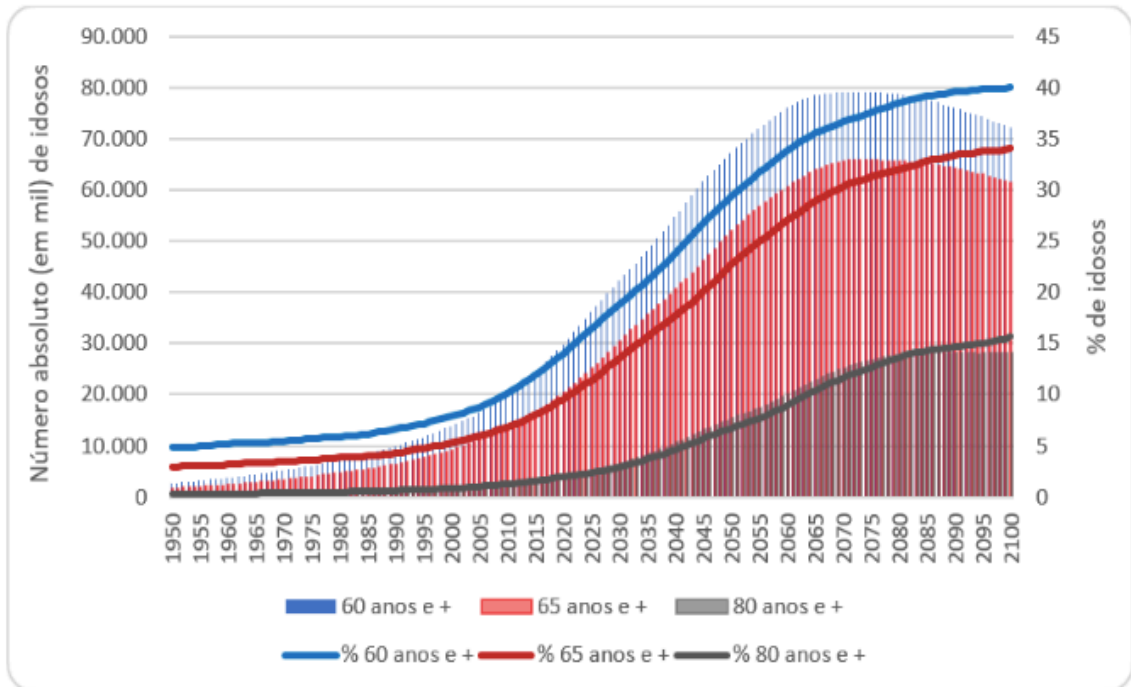


Figura 1: População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais. Brasil: 1950-2100. Fonte: ALVES, 2019.

Em 2021, as mulheres eram maioria expressiva entre as pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, com 78,8 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2022). A predominância do sexo feminino entre os idosos e, sobretudo, entre os idosos acima de 80 anos, faz crer que sejam elas as maiores dependentes de cuidados com repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Atualmente, a maioria dessas mulheres são viúvas, sem ou com pouca experiência de trabalho no mercado formal, com reduzido grau de escolaridade e apresentam as piores condições de saúde (KUCHEMANN, 2012).

Entre 2012 e 2021, a quantidade de indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos cresceu em todas as grandes regiões, sendo o Rio de Janeiro (19,1%) e o Rio Grande do Sul (18,6%) os estados com maior concentração de pessoas idosas. Roraima, por sua vez, era o estado com menor percentual de pessoas idosas, com apenas 7,7% da população (IBGE, 2022). Embora ocorra em todo o país, o envelhecimento ocorre de modo heterogêneo em diferentes localidades. Existem regiões mais envelhecidas, com proporções de idosos elevadas e áreas do país com participação bem tímida de idosos, apresentando grande número de crianças em suas

populações. Quanto maior é o nível de desenvolvimento social e econômico, maior tende a ser a participação de idosos na população (OLIVEIRA, 2019).

O envelhecimento populacional traz consigo desafios para os sistemas de saúde e de previdência social. Tornando-se imprescindível a reestruturação do sistema previdenciário a fim de assegurar sua sustentabilidade, assim como o sistema de saúde, que necessita de mais esforços para uma organização assistencial contínua e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016) com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

3.2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

O Envelhecimento é um processo individual, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo, próprio a todos os membros de uma espécie (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). No seu transcorrer provoca alterações biológicas e psicológicas, que interferem na relação do indivíduo com o meio que o cerca. Sendo assim, pode ser entendido como um processo de redução da reserva funcional, sem comprometer a função necessária para as atividades do cotidiano (JACOB FILHO, 2009).

O envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018). A expectativa de vida praticamente dobrou no século XX, mas ainda são escassas as evidências de que o aumento da longevidade está sendo acompanhado de saúde, pelo contrário, a proporção entre os anos de vida saudáveis e o total de anos de vida diminuiu. A velhice tornou-se associada à multimorbidade, declínio funcional e dependência (BEARD et al., 2016; ARONSON, 2020).

Desde 1948, a OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.” A Carta de intenções para Promoção da Saúde de Ottawa realizada em 1986 especificou que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (MICHEL E SADANA, 2017).

Nos últimos anos, as principais organizações de saúde adotaram definições de envelhecimento saudável que incorporam particularidades das definições biomédicas, ciências sociais e dos idosos (ARONSON, 2020). O envelhecimento saudável é um processo contínuo

de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida (OPAS, 2022). A OMS define envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (WHO, 2015).

A capacidade funcional, por sua vez, pode ser compreendida como a associação da capacidade intrínseca do indivíduo, características ambientais relevantes e as interações entre o indivíduo e essas características. A capacidade intrínseca é a articulação das capacidades físicas e mentais (incluindo psicossociais). As características ambientais são o contexto de vida, incluindo as relações sociais. O bem-estar é singular e permeado de aspirações subjetivas, incluindo sentimentos de realização, satisfação e felicidade (TAVARES et al., 2017).

Embora a promoção e manutenção da capacidade intrínseca seja uma prioridade do ponto de vista médico, as evidências indicam que o que é mais importante para o indivíduo, em particular para os idosos, é a capacidade funcional que permita que uma pessoa faça o que ela valoriza, a essência do bem-estar. O declínio da capacidade intrínseca com o tempo é mais ou menos compensado pelas características ambientais específicas de uma pessoa. Muitas vezes há um desequilíbrio entre as necessidades expressas pelo indivíduo e os recursos compensatórios do ambiente, contribuindo em parte para a dependência e resultando na diminuição do bem-estar (MICHEL E SADANA, 2017).

Cada indivíduo vive em um ambiente específico que pode mudar ao longo do tempo e é altamente dependente de normas, valores e recursos políticos, econômicos e sociais, incluindo a dimensão em que as sociedades promovem oportunidades iguais, previnem desigualdades e combatem o preconceito de idade e, de fato, garantem o acesso a sistemas sociais e de saúde acessíveis (MICHEL E SADANA, 2017).

Envelhecer de uma maneira saudável reflete, assim, a interação contínua entre os indivíduos e os ambientes em que habitam. Essa interação resulta em trajetórias tanto de capacidade intrínseca quanto de capacidade funcional. Uma trajetória ótima pode ser aquela em que um indivíduo vive uma vida longa e mantém alta capacidade intrínseca o tempo todo. Mas uma trajetória abaixo do ideal também pode ser melhorada (BEARD et al., 2016).

Para tornar o envelhecimento saudável uma realidade, a assistência à saúde precisa ser repensada, indo além do tratamento médico para o cuidado integral da saúde humana. Isso exigirá uma mudança de cultura, tanto na medicina quanto em geral. Pessoas de todas as idades não podem alcançar a saúde sem oportunidades de engajamento social, atividade física e crescimento pessoal. Embora a biologia desempenhe um papel relevante, está longe de ser o único determinante do envelhecimento saudável. Os seres humanos precisam de oportunidades,

significado, propósito e responsabilidade ao longo da vida, mesmo quando os meios para alcançá-los variam de acordo com a cultura, entre os indivíduos e ao longo da vida (ARONSON, 2020).

A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável. Essa decisão resultará na oportunidade para reunir governos, sociedade civil, organizações, setor privado e diferentes partes interessadas para trabalharem juntos por dez anos em ações focadas na melhoria da vida das pessoas idosas, suas famílias e do ambiente onde vivem. As quatro áreas de ação da década são: Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem (OPAS, 2022).

3.3. SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA

A sexualidade é um aspecto importante da saúde, dos relacionamentos e do bem-estar de uma pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, inclusive durante o envelhecimento (LEVKOVICH; GEWIRTZ-MEYDAN; AYALON, 2021; MORTON, 2017; MACLEOD; MCCABE, 2020). Engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Podendo ser vivenciada e expressa de muitas maneiras diferentes. É constantemente influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006).

Pouco se sabe sobre a sexualidade nos idosos, problema agravado por inconsistências em como a sexualidade e os conceitos relacionados interagem entre si, como eles são definidos e medidos nos estudos (MACLEOD; MCCABE, 2020). Os comportamentos sexuais podem mudar com a idade, mas evidências mostram que os idosos não só permanecem sexualmente ativos, como também que essa atividade está associada à satisfação global com a vida (SKALACKA; GERYMSKI, 2019; SRINIVASAN et al., 2019).

O processo de envelhecimento e as condições de saúde relacionadas podem, sem dúvida, afetar o funcionamento sexual dos idosos (SINKOVIC; TOWLER, 2019). Várias razões foram apresentadas como responsáveis pelo declínio da sexualidade na faixa etária mais velha em um estudo nigeriano: a falta de interesse, a perda de um parceiro, deficiências médicas e mentais, bem como restrições financeiras. Além disso, a sociedade parece não encorajar o

relacionamento sexual entre os mais velhos, pois poucas pessoas poderiam imaginar seus pais ou avós ainda envolvidos em atividades sexuais (OLATAYO; KUBWA; ADEKUNLE, 2015).

Os idosos são tipicamente percebidos como heterossexuais, sendo assim lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) idosos constituem uma população “invisível” na sociedade. Um desafio particular para os serviços de saúde é que muitos profissionais de saúde relatam nunca ter encontrado pacientes mais velhos gays, lésbicas, bissexuais ou transgêneros, e apenas 14% dos idosos gays, lésbicas e bissexuais ou transgêneros relatam ser abertos sobre sua sexualidade com seus prestadores de cuidados de saúde (BENBOW; BEESTON, 2012). Pesquisas sobre sexualidade do idoso LGBT também são escassas, o que contribui para o silenciamento das necessidades diversas e distintas desse grupo e reflete os preconceitos da sociedade (HEIDARI, 2016).

Em um estudo clássico com uma amostra nacionalmente representativa de 3005 idosos nos Estados Unidos (EUA), 53% e 26% dos entrevistados entre as idades de 65 a 74 anos e 75 a 85 anos, respectivamente, relataram envolvimento em atividade sexual com um parceiro nos últimos 12 meses. Além desse, outros estudos mostram resultados semelhantes (SRINIVASAN et al., 2019). No que diz respeito às mulheres, foi observado que a idade influencia a disponibilidade de um parceiro, visto que entre 75 e 85 anos, 78% dos homens tinham um parceiro, em comparação com apenas 40% das mulheres. Nas mulheres que tinham um parceiro, o motivo mais comum relatado para a inatividade sexual era a saúde física do parceiro (BENBOW; BEESTON, 2012). Embora mulheres e homens estejam implicados no estereótipo do idoso "assexuado", fatores culturais prejudicam ainda mais as idosas em nossa sociedade, pois estas tendem a estar sujeitas a padrões sexuais mais restritivos (FREAK-POLI, 2020).

O tema sexualidade é frequentemente abordado na mídia popular e em ambientes sociais. No entanto, os profissionais de saúde muitas vezes ignoram este tópico, especialmente na população mais velha (MORTON, 2017), tanto pela ideia preconcebida de que o idoso não tem interesse pelo assunto, quanto pelas dificuldades de falar sobre sexo. Como resultado observa-se um silenciamento sobre este tema nos atendimentos de saúde das pessoas idosas e uma maior vulnerabilidade desta população a doenças sexualmente transmissíveis. A possibilidade de uma pessoa com 60 anos ou mais ser infectada pelo HIV, até pouco tempo, por exemplo, era considerada remota. Entretanto, dados nacionais referem que a taxa de HIV em pessoas idosas já supera a de adolescentes e dentre as explicações estão o aumento das práticas sexuais na velhice (SOARES; MENEGHEL, 2021).

Portanto, faz-se necessário presumir que uma pessoa idosa está interessada no prazer sexual e os profissionais de saúde devem fazer perguntas sobre o tema (FREAK-POLI, 2020).

A sexualidade é fundamental para a saúde e bem-estar e a população está envelhecendo, consequentemente a necessidade de providões de cuidados de saúde e informações precisas sobre o tema para idosos aumenta (SINKOVIC; TOWLER, 2019), em especial sobre o HIV/aids e outras ISTs, que podem levar à morbidade e à mortalidade precoce.

3.4. HIV/AIDS

A aids foi reconhecida pela primeira vez nos Estados Unidos no verão de 1981, através da ocorrência inexplicável de adoecimentos e mortes por infecções oportunista em homossexuais masculinos previamente sadios em algumas cidades do país. Sua etiologia ficou claramente comprovada no ano de 1984, onde foi evidenciado a ligação causal entre o HIV e a aids (GREENE, 2007).

Existem dois tipos de vírus causador da aids, o HIV-1 e HIV-2. Geograficamente, enquanto o HIV-1 ocorre em todo o mundo, o HIV-2 é restrito principalmente à África Ocidental e comunidades na Europa com ligações socioeconômicas com a África Ocidental (NYAMWEYA et al., 2013).

Estimativas realizadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) apontam que em 2021 havia 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo e cerca de 15% dessas desconhecia a infecção. Além disso, estatísticas globais sugerem que neste mesmo ano, aproximadamente, 1,5 milhão de pessoas foram infectadas pelo HIV e cerca de 650.000 pessoas morreram por doenças relacionadas à aids (UNAIDS, 2022).

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mostram que, nos últimos 14 anos foram notificados mais de 380 mil casos de infecção pelo HIV, sendo a maioria na região Sudeste e a minoria da região Centro-oeste. Só em 2020, foram notificados cerca de 32 mil casos de HIV e quase 30 mil casos de aids. O país tem registrado, anualmente, uma média de 36,8 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. Em relação aos óbitos por aids, foram registrados 10.417 em 2020, 2,52% a menos que no ano anterior (BRASIL, 2021).

No final de 1982, evidências epidemiológicas indicavam que a aids era uma doença infecciosa transmitida por fluidos corporais e pela exposição a sangue ou produtos sanguíneos contaminados (GREENE, 2007). Sendo assim, a contaminação pode ocorrer nas relações sexuais desprotegidas, no período perinatal ou durante o aleitamento materno (quando a mãe infectada transmite ao bebê) e no compartilhamento de agulhas, principalmente, pelos usuários

de drogas endovenosas. A transmissão através de sangue e hemoderivados, atualmente, é bastante rara devido aos testes de triagem realizados em bancos de sangue desde 1985 (SCHECHTER; RACHID, 2017).

Desde o início da epidemia do HIV, o diagnóstico sorológico da infecção é realizado com pelo menos dois testes, um inicial e um segundo, mais específico, para complementar o resultado e aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial. Nos últimos anos, diversas ações buscando a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV foram realizadas, em especial a disponibilização de testes rápidos em serviços de saúde não especializados, realizados através de amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral. As estratégias para testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, assegurar que esse seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão (BRASIL, 2018b).

A infecção pelo HIV, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. A síndrome retroviral aguda geralmente se desenvolve duas a quatro semanas após a exposição inicial ao HIV, embora períodos de incubação de cinco dias a três meses tenham sido relatados. O período de doença associado à infecção aguda é geralmente de uma a quatro semanas. Os principais achados clínicos incluem febre, mialgia, astenia, faringite, artralgia, dor retroorbicular, cefaleia e linfadenopatia. O quadro clínico pode variar desde uma síndrome gripal até uma doença semelhante a mononucleose (SCHECHTER; RACHID, 2017). Nesse estágio é possível observar uma carga viral elevada e níveis decrescentes de linfócitos, em especial os linfócitos T-CD4+ (LTCD4+), uma vez que estes são recrutados para a reprodução viral. O indivíduo, nessa fase, torna-se altamente infectante e pode ainda estar no período de janela diagnóstica, que é o tempo decorrido entre a infecção e o aparecimento ou detecção de um marcador dessa infecção (BRASIL, 2018b).

A infecção por HIV não tratada geralmente resulta em uma progressão lenta e não linear para imunodeficiência grave ao longo dos anos (média de dez anos). A maioria permanece assintomática ou com sintomas leves até que a contagem de LT-CD4+ caia para menos de 200 células/mm³, quando apresentam alto risco de desenvolvimento de doenças oportunistas, incluindo infecções e neoplasias e são classificados com tendo aids (Figura 2). O aparecimento de algumas doenças oportunistas independente da contagem de LT-CD4+ também pode ser definidor da aids. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018a).

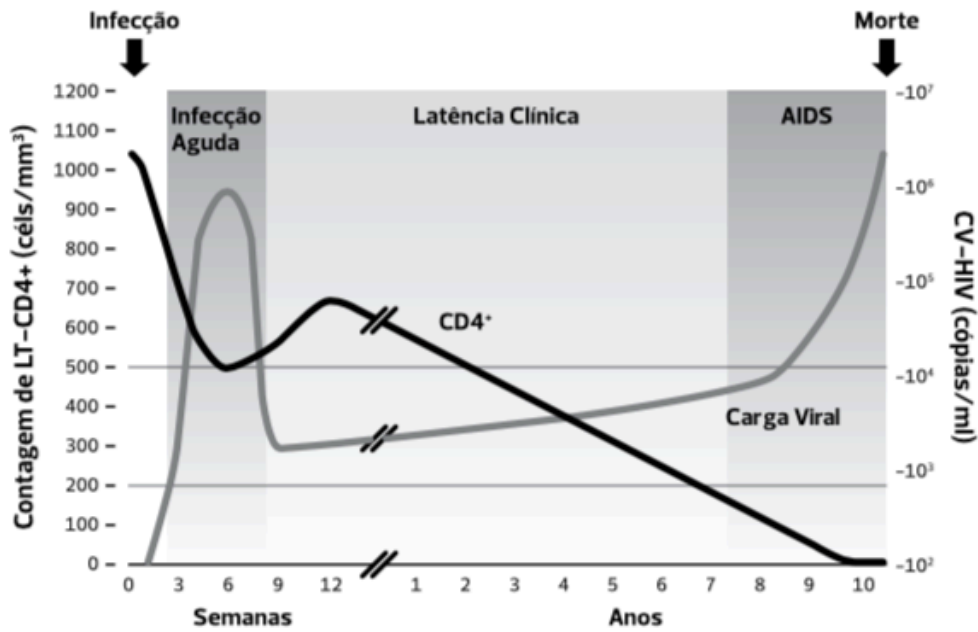


Figura 2: História Natural da Infecção pelo HIV. Fonte: Brasil, 2018a.

Desde a década de 1990, a terapia antirretroviral (TARV) combinada, que envolve o tratamento de pacientes com um esquema de medicamentos direcionados a diferentes etapas do ciclo de replicação viral, tornou-se a base do tratamento do HIV (PAU; GEORGE, 2014).

As diretrizes mundiais recomendam que todos os pacientes recebam TARV independentemente da contagem de LT-CD4+, pois o tratamento precoce demonstrou ter benefícios significativos para a saúde do indivíduo, independentemente do estágio de imunodeficiência; além disso, o tratamento também funciona como prevenção, visto que os pacientes com carga viral indetectável não transmitem aos outros. Sendo assim, essa estratégia confere, além do benefício individual, um benefício significativo para a saúde pública (PHANUPHAK; GULICK, 2020).

Embora a introdução da TARV tenha permitido a inibição da replicação do HIV por uma combinação de mecanismos, que efetivamente diminuem as cargas virais para níveis indetectáveis, retardam a progressão da doença, restauram a função imune das células T e previnem a transmissão para indivíduos não infectados, o reservatório latente do HIV representa um grande obstáculo para erradicar completamente esta infecção. Diante disso, a interrupção da TARV sempre resulta em uma recorrência da viremia ao longo do tempo, à medida que as células latentes despertam e a replicação é retomada (CASTRO-GONZALEZ; COLOMER-LLUCH; SERRA-MORENO, 2018).

Com 40 anos de retrospectiva, fica claro que uma combinação de esforços de prevenção é necessária para evitar a transmissão do HIV, na ausência de uma vacina. Tais ferramentas de prevenção incluem além de uma variedade de mudanças de comportamento necessárias para redução de risco, o desenvolvimento de intervenções biomédicas e estruturais (COHEN; LANDOVITZ, 2021). Atualmente, o Brasil dispõe das seguintes estratégias combinadas: oferta gratuita de preservativos femininos e masculinos; orientações e incentivo a testagem rotineira e regular para HIV, hepatites B e C e Sífilis; prevenção a transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez), apoiada principalmente por ações que visam o rastreio de IST no pré-natal; tratamento das IST; a imunização para hepatite B e HPV; programas de redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas; a profilaxia pré exposição (PrEP); profilaxia pós exposição (PEP); o tratamento e cuidado contínuo para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHA); e ações voltadas a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou segmentos populacionais específicos em relação ao HIV (BRASIL, 2017).

Entre as principais barreiras para o acesso a serviços de prevenção e testagem para o HIV estão o estigma e a discriminação. A maioria das pessoas que vivem com HIV no Brasil já passou por pelo menos alguma situação de discriminação ao longo de suas vidas, segundo o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids – Brasil (UNAIDS, 2019). O estigma é um conceito complexo, que está associado a uma conotação negativa e depreciativa, é um fenômeno socialmente construído e pode levar a discriminação, exclusão e à rotulagem. Dentre os diversos fatores associados ao estigma relacionado ao HIV e à aids estão a falta de conhecimento sobre a doença e a falta de convívio com PVHA (LETSHWENYO-MARUATONA et al., 2019).

Uma abordagem multidimensional é fundamental e deve estar enraizada no contexto cultural de uma determinada comunidade, porque as pessoas com HIV são frequentemente estigmatizadas em vários níveis (LETSHWENYO-MARUATONA et al., 2019). Assim, uma forma de abordar esses preconceitos é intervir diretamente nos níveis de conhecimento das pessoas, promovendo a reflexão sobre comportamentos, vivências e identidades marginalizadas na sociedade brasileira, a partir do acesso à informação tanto sobre a epidemia de HIV quanto sobre os aspectos sociais e culturais ligados a ela (BRASIL, 2017). Embora o conhecimento da transmissão do HIV seja uma estratégia eficaz documentada para aumentar a conscientização e reduzir o estigma, esse conhecimento nem sempre leva à mudança de comportamento (LETSHWENYO-MARUATONA et al., 2019).

3.5. HIV/AIDS NA MULHER IDOSA

No início da epidemia de HIV, quando a maioria das pessoas eram infectadas ainda jovens e as taxas de mortalidade eram devastadoras, o envelhecimento da população com HIV era um acontecimento inesperado. Consequentemente, naquela época avaliar o perfil de pessoas idosas vivendo com HIV era irrelevante. Entretanto a TARV mudou o curso dessa história através de reduções duradouras na mortalidade e, atualmente, uma expectativa de vida mais longa é observada em todos os locais onde há acesso à medicação (GREENE et al., 2013; SÁNCHEZ-CONDE et al., 2019).

A maior parte da literatura sobre infecção pelo HIV define pessoa idosa como aquela com idade maior ou igual a 50 anos. Dados crescentes demonstram que esse é um corte adequado para PVHA, uma vez que tanto o vírus quanto a TARV exacerbam de maneira mais precoce uma série de patologias que são mais prevalentes com o envelhecimento, por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporose e transtorno neurocognitivo (SIMONE; APPELBAUM, 2008; MILLS et al., 2012; SÁNCHEZ-CONDE et al., 2019). Além dos indivíduos que foram infectados antes dos 50 anos e envelheceram com o vírus, tem sido cada vez mais frequentes novos diagnósticos de HIV na população idosa, já que os membros dessa faixa etária são os menos propensos a usar preservativos e são acometidos por mudanças tardias no trato reprodutivo e no sistema imunológico, que favorecem à aquisição do vírus da aids nessa população (HIGH et al., 2012).

Globalmente, estima-se que o número de pessoas com 50 anos ou mais com infecção pelo HIV aumentou de 5,4 milhões em 2015 para 8,1 milhões em 2020. A prevalência e a incidência nessa faixa etária está aumentando a um ritmo mais rápido do que na população como um todo; por exemplo, nos EUA, entre 2015 e 2019, a prevalência geral de pessoas com infecção por HIV aumentou 8% e a incidência diminuiu 4%, enquanto nas pessoas com 50 anos ou mais, a prevalência aumentou 40% e a incidência 15% (MONTANO, 2022). Atualmente, 54% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo são do sexo feminino (UNAIDS, 2022). Os diagnósticos de HIV nos EUA aumentaram 7% entre as mulheres com 55 anos ou mais de 2015 a 2019 (CDC, 2022).

No Brasil, nos últimos dez anos, o número de idosos com HIV teve um aumento expressivo. Em mulheres com 60 anos ou mais, foi observado um aumento na taxa de detecção de aids de 21,2% quando comparado os anos de 2007 e 2017 (BRASIL, 2018c). A única faixa etária que aumentou o coeficiente de mortalidade nos últimos dez anos independente do sexo foi a de 60 anos ou mais, passando de 4,2 em 2010 para 5,4 óbitos/100 mil habitantes em 2020.

Por outro lado, nos últimos três anos observa-se uma redução nos casos de aids em quase todo o país, acredita-se que devido à subnotificação de casos ocasionada pela pandemia de covid-19 (BRASIL, 2021).

Muitas mulheres com 60 anos ou mais têm as mesmas características de risco para contrair o HIV que as mais jovens (ADIMORA et al., 2021). Porém, com menos conhecimento quanto à contaminação e sobre a importância do preservativo (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020). Em idosas que não estão infectadas pelo HIV, o conhecimento da doença pode ser limitado, com a manutenção da crença de que o vírus da aids não é uma questão importante para elas e com a persistência do estigma relacionado a essa patologia (NORMAN E LOUE, 2015). Estudos realizados com pessoas idosas em cidades brasileiras constataram que ainda persistem dúvidas entre essa população, principalmente, quanto às formas de transmissão, possibilidade de cura e existência de uma fase assintomática do HIV (LIBERALI et al., 2020; LAZZAROTTO et al., 2008; CAPELLARI et al., 2019). Muitas pessoas idosas têm um entendimento desatualizado ou incompleto de como o HIV/aids é transmitido e geralmente não conhecem seu próprio status de HIV (BEAULAURIER et al., 2014).

O conhecimento sobre transmissão, vulnerabilidade e medidas de proteção continuam sendo ferramentas fundamentais para a prevenção do vírus da aids, embora o conhecimento sobre a doença não gere necessariamente mudanças comportamentais (DURVASULA, 2014). Uma revisão das atitudes em relação ao HIV entre pessoas idosas nos EUA mostrou que a educação inadequada sobre a transmissão do vírus e a falta de conscientização contribuíram para o aumento do risco de infecção (NEGIN et al., 2012). A baixa escolaridade, também foi associada a um risco maior de infecção por HIV e sífilis em um estudo realizado em um distrito da cidade de Belém (PA), que incluiu participantes com idade maior ou igual a 50 anos (AZEVEDO JUNIOR et al., 2022). Além disso, algumas pesquisas mostraram que ter mais conhecimento sobre a transmissão do vírus ou participar de oficinas educativas em HIV foi associado a atitudes mais positivas com as PVHA (NEGIN et al., 2012; KANG; DELZELL; MBONYINGABO, 2017).

As idosas são menos propensas a usarem preservativos (ALTSCHULER, 2017; BEAULAURIER et al., 2014; NORMAN e LOUE, 2015), visto que mulheres nessa faixa etária muitas vezes não se consideram em risco de se contaminar pelo HIV e não precisam se preocupar com métodos contraceptivos (ALTSCHULER, 2017). Além disso, as idosas possuem mais dificuldades em conversar sobre sexo seguro com os parceiros sexuais (NORMAN e LOUE, 2015). Parceiros idosos podem contribuir para o problema, já que o uso de preservativo pode dificultar a manutenção de uma ereção. Medicamentos para disfunção

erétil podem aumentar a frequência de relações sexuais desprotegidas e, assim, aumentar o risco (BEAULAURIER et al., 2014).

As mulheres com mais de 60 anos são significativamente menos propensas a ter seu médico falando com elas sobre HIV ou aids do que os homens idosos (HILLMAN, 2007). A crença de que as pessoas idosas são assexuadas, o medo de ofender os pacientes, a falta de habilidade para abordar questões sexuais e não ter tempo adequado para a conversa são algumas das possíveis barreiras para abordagem do tema pelos profissionais de saúde. Entretanto, as idosas relataram que era mais fácil discutir preocupações sobre sexualidade se o médico levantasse o assunto (MORTON, 2017).

Mulheres sexualmente ativas com mais de 50 anos têm alto risco de contrair o HIV, devido às mudanças biológicas. Por exemplo, o afinamento da parede vaginal após a menopausa aumenta as chances de lesões e lacerações, elevando assim o risco de transmissão do HIV durante o sexo (UNAIDS, 2014). Comparada com a pré-menopausa, a menopausa está associada a menos atividade imune inata anti-HIV no trato genital feminino inferior (ADIMORA et al., 2021).

A Força Tarefa de Saúde Preventiva dos Estados Unidos recomenda que os médicos rastreiem a infecção pelo HIV em adolescentes e adultos de 15 a 65 anos. Entre adolescentes com menos de 15 anos e adultos com mais de 65 anos, os médicos devem considerar os fatores de risco de seus pacientes, especialmente aqueles com novos parceiros sexuais, e convencer aos pacientes com risco aumentado a realizarem o teste – o que significa que os médicos precisam avaliar os fatores de risco de seus pacientes (OWENS et al., 2019).

Apesar das recomendações, a triagem de rotina do HIV e a avaliação de risco entre a população idosa permanecem baixas. Os profissionais de saúde e as próprias pessoas idosas, muitas vezes, não consideram essa faixa etária como estando em risco de contrair o HIV (DAVIS; ELDER, 2020). Mulheres com mais de 50 anos podem atrasar o teste de HIV, mesmo diante dos sintomas, pois nessa população, os sintomas podem ser interpretados como indicativos de outras condições de saúde (DURVASULA, 2014). O diagnóstico tardio pode ser particularmente prejudicial para as pessoas idosas, pois significa um início tardio do tratamento e possivelmente mais danos a um sistema imunológico já enfraquecido (DAVIS; ELDER, 2020).

Além das questões abordadas anteriormente, não podemos deixar de comentar sobre os estigmas enfrentados pelas idosas com o vírus da aids, que são diversos e podem levar a prejuízos na identidade, auto-estima e envolvimento nos cuidados de saúde. Entre esses, além do status sorológico do HIV, há o idadismo, fortemente influenciado pela cultura e determinado

por meio de estereótipos, mídia e atitudes pejorativas em relação as pessoas idosas. Outro possível estigma ocorre entre as idosas lésbicas e bissexuais, que viveram em uma época em que a homossexualidade era condenada de diferentes formas, de modo que as identidades eram forçadas a serem ocultadas da sociedade e da família (DURVASULA, 2014). A persistência de altos níveis de estigma em particular entre a população idosa pode reduzir a possível aceitação de programas de teste de HIV e levar a um comportamento de procura de cuidados reduzido (NEGIN et al., 2012).

Portanto, apesar das idosas serem menos propensas a conversar sobre sexo e doenças sexualmente transmissíveis com um médico, os profissionais de saúde precisam dar abertura para essa abordagem. O tema necessita ser encarado com mais naturalidade nessa faixa etária e com menos preconceitos, para que se possa rastrear preocupações sexuais ou comportamentos de risco e assim prevenir ou diagnosticar infecções sexualmente transmissíveis de maneira mais precoce (ALTSCHULER, 2017). A idade por si só não é uma condição identificada pelas estratégias prioritárias de testagem das políticas públicas de saúde, no entanto, o envelhecimento da população e o incentivo ao envelhecimento saudável tornam imperativa abordar sexualidade e IST, especialmente HIV, nesta população.

4. MÉTODOS

4.1. DESENHO, CENÁRIO, LOCAL E AMOSTRA

Estudo observacional, do tipo transversal descritivo, sendo a amostra coletada por conveniência e composta por integrantes do programa Renascer atendidas pela autora no ambulatório de geriatria, localizado no Centro Multidisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento (CEMPE), que faz parte do HUGG, no período de setembro de 2021 até julho de 2022. O Renascer é um programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida da pessoa idosa, que foi criado em 1995 por uma equipe multiprofissional. No início era um projeto de extensão que promovia palestras para algumas pessoas idosas. Com o tempo, o grupo cresceu e há mais de 15 anos o projeto ganhou seu próprio espaço, o CEMPE no HUGG. O programa contém nutricionista, psicólogas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeira, assistentes sociais, geriatras, psiquiatra e cardiologista. São realizadas atividades de estimulação cognitiva e motora, atendimentos multidisciplinares individuais e em grupo, palestras educativas sobre diversos temas, além de ser um ambiente para grupos de

pesquisa e extensão sobre envelhecimento da UNIRIO. Atualmente há cerca de 200 participantes cadastrados.

4.1.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os indivíduos devidamente cadastrados no programa Renascer, do sexo feminino, atendidos pela geriatria, que aceitaram participar da pesquisa, respondendo ao questionário.

4.1.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos com diagnóstico prévio de transtorno neurocognitivo maior.

4.2 – PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

4.2.1 Recrutamento

Os participantes foram convidados a participar do estudo pela autora no consultório de geriatria ao término da consulta médica.

4.2.2 Instrumentos, coleta e processamento dos dados

Atendimentos com coleta de dados, através do QHIV3I desenvolvido por Lazzarotto *et al* (2008), aplicado pela pesquisadora, que abrange questões como renda mensal, idade, escolaridade, presença de parceiro fixo e religião (Anexo A). As questões relativas à aids são 13 e estão organizadas nos seguintes domínios: conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento. Cada questão apresenta como possibilidade de resposta as alternativas “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Pontuações de zero a um foram atribuídas às respostas de modo que uma resposta correta valesse um ponto e uma resposta incorreta valesse zero pontos. As questões que obtiveram “não sei” como resposta foram consideradas incorretas, pois refletem um desconhecimento acerca do tema, semelhante ao que foi feito no estudo de Liberali *et al* (2020). Portanto, pontuações mais altas indicam mais conhecimento.

Após somar os escores obtidos no QHIV3I, as pacientes foram classificadas em dois grupos, “Tem conhecimento” e “Não tem conhecimento” sobre HIV. Foi avaliado o conhecimento dentro dos domínios do questionário, bem como o conhecimento geral das idosas. Nos domínios conceito, transmissão e prevenção, que possuíam três perguntas cada, foram considerados como tendo conhecimento pontuações maiores ou iguais a dois em cada quesito. Já nos domínios vulnerabilidade e tratamento, os quais só possuíam duas questões, foram considerados como tendo conhecimento o acerto de uma ou mais perguntas em cada. O conhecimento geral das participantes foi obtido pela soma dos 13 itens, que pode produzir uma pontuação mínima de zero e uma pontuação máxima de 13, sendo classificadas no grupo “Tem conhecimento” aquelas que obtiveram pontuações maiores ou iguais a oito.

Na seção final do instrumento, há perguntas sobre religiosidade e hábitos de vida, que incluem a aids como um castigo divino, o conhecimento de alguma pessoa infectada pelo HIV, a utilização de preservativo e a realização de teste anti-HIV. Foram adicionadas ao questionário duas perguntas sobre sexualidade, uma em relação ao interesse no assunto, cujas alternativas foram “sim” e “não” e outra sobre frequência de atividade sexual que utilizou uma escala de graduação de seis itens (zero, semanal, duas a três vezes por semana, quatro a sete vezes por semana, quinzenal ou mensal). Por fim, foi realizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) nos participantes e utilizado os limites de corte estabelecido por Bertolucci *et. al.* (1994) para classificar com alterado ou não. Esses foram: 13 para Analfabetos, 18 para baixa/média (menos de oito anos) e 26 para alta escolaridade (maior ou igual a oito anos).

4.3- ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram incluídos em um banco de dados próprio no Microsoft Office Excel® 2007. As variáveis numéricas foram descritas utilizando a média e o desvio padrão e as variáveis categóricas a frequência absoluta e relativa. Foi realizado o teste de normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de avaliar se as variáveis numéricas seguiam a distribuição normal. Como as variáveis não seguiam uma distribuição normal, para comparar a distribuição tanto das variáveis numéricas quanto as ordinais entre dois grupos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. A idade seguia distribuição normal, mas por ser a única, preferimos unificar a análise. Para fazer a análise de correlação foi utilizado o teste de correlação de Spearman, já que os dados eram não paramétricos e ordinais. A associação entre as variáveis categóricas foi feita com o teste exato de Fisher. Todas as análises estatísticas foram feitas no

programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 (IBM Corporation)*. Em todas as análises o $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

4.4 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação (CAAE: 50633821.2.0000.5258) (Anexo B). Como a coleta aconteceu durante o período de pandemia, todas as medidas higiênico-sanitárias visando minimizar a probabilidade de contaminação, foram tomadas. Os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e foram informados sobre os resultados dos testes utilizados na pesquisa clínica. Caso algum paciente não aceitasse a divulgação de seus resultados, ele não deixaria de ser avaliado e orientado, pois o objetivo maior foi beneficiar os participantes do estudo. O presente trabalho seguiu os critérios éticos e os preceitos do CEP do hospital conforme a resolução nº 466/12.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

No período da coleta de dados da pesquisa foram atendidos 60 pacientes no ambulatório de geriatria do programa Renascer realizado no HUGG, dos quais cinco possuíam o diagnóstico prévio de transtorno neurocognitivo maior e quatro eram do sexo masculino e foram excluídos, sendo incluídas 51 idosas no estudo. Cabe ressaltar, que apesar do programa Renascer ter cadastrado cerca de 200 pessoas idosas, devido ao período de pandemia de covid-19 e ao fato dos participantes serem população de risco naquele momento, algumas atividades foram suspensas e outras passaram a ser realizadas de forma remota. As atividades presenciais ficaram restritas a atendimentos individuais conforme necessidade.

A idade variou entre 60 e 96 anos e teve média de $77,5 \pm 8,3$ anos. Mais da metade estudou oito anos ou mais (58,8%) e a maior parte delas se declarou católica (70,6%). Menos de um sexto delas recebia mais de três salários mínimos (13,7%) e predominaram mulheres sem companheiro (74,5%). Em relação a prática sexual a maioria (76,5%) nunca usou preservativo,

apenas uma minoria (15,7%) das idosas responderam ter vida sexual ativa, mas quase a metade (45,1%) busca informações sobre sexo/sexualidade. A maior parte delas (54,9%) não conhece nenhuma pessoa portadora do vírus da aids e apenas cerca de um terço (39,2%) já realizou a testagem para HIV (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das idosas (n=51).

Características	Idosas (n = 51)
Idade média (DP)	77,5 (\pm 8,3)
Escolaridade (%)	
< 8 anos	21 (41,2)
\geq 8 anos	30 (58,8)
Renda mensal (%)	
até 3 salários mínimos	44 (86,3)
> 3 salários mínimos	7 (13,7)
Religião (%)	
católica	36 (70,6)
evangélica	6 (11,8)
espírita	5 (9,8)
outras	4 (7,8)
Companheiro(a) (%)	
sim	13 (25,5)
não	38 (74,5)
Atividade sexual (%)	
não faz	43 (84,3)
mensal	3 (5,9)
semanal	2 (3,9)
2 a 3 vezes na semana	1 (2)
4 a 7 vezes na semana	2 (3,9)
Uso de preservativos (%)	
nunca	39 (76,5)
às vezes	5 (9,8)
raramente	2 (3,9)
sempre	5 (9,8)
Busca informações sobre sexo/sexualidade (%)	
sim	23 (45,1)
não	28 (54,9)
Já testou para HIV (%)	
sim	20 (39,2)
não	31 (60,8)
Conhece alguém com HIV (%)	
sim	23 (45,1)
não	28 (54,9)

n – tamanho da amostra.

5.2 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DAS IDOSAS SOBRE HIV

Em seguida, iniciou-se a análise do conhecimento das idosas sobre o HIV a partir das respostas que foram dadas utilizando o QHIV3I. Em relação ao impacto da religiosidade e aos

hábitos de vida das mulheres, observou-se que apenas 7,8% julgavam a aids como um castigo divino para aqueles que cometeram pecados.

Em uma análise geral sobre o conhecimento, nenhuma participante respondeu de maneira correta todas as 13 perguntas, mas a maioria (88,2%) demonstrou ter conhecimento sobre HIV/aids acertando pelo menos oito ou mais questões e a menor pontuação obtida foi de quatro acertos. A pergunta com maior porcentagem de erro foi sobre a pessoa com o vírus da aids sempre apresentar sintomas da doença (taxa de erro 82,4%), seguida pelo da questão sobre a existência de cura para a aids (taxa de erro 52,9%) (Tabela 2). A distribuição dos acertos e dos erros por questão pode ser observada na Tabela 2. A análise do conhecimento das mulheres em cada um dos domínios estudados mostra que a maioria delas têm conhecimento sobre os diversos temas, sendo o domínio transmissão o de maior defasagem e o domínio tratamento o que elas mais conhecem (Tabela 3).

Tabela 2. Conhecimentos gerais sobre HIV/aids dos participantes do estudo (n=51)

	Erros n (%)	Acertos n (%)
Domínio “conceito”		
O HIV é o causador da aids?	8 (15,7)	43 (84,3)
A pessoa com o vírus da aids sempre apresenta os sintomas da doença?	42 (82,4)	9 (17,6)
O vírus da aids é identificado através de exames de laboratório?	3 (5,9)	48 (94,1)
Domínio “transmissão”		
O vírus da aids pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários?	16 (31,4)	35 (68,6)
O vírus da aids pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo?	16 (31,4)	35 (68,6)
O vírus da aids pode ser transmitido por picada de mosquito?	16 (31,4)	35 (68,6)
Domínio “prevenção”		
A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da aids?	11 (21,6)	40 (78,4)
Existe uma camisinha específica para as mulheres?	7 (13,7)	44 (86,3)
O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite aids?	0 (0)	51 (100)
Domínio “vulnerabilidade”		
A aids é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas?	6 (11,8)	45 (88,2)
Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids, pois ela atinge apenas os jovens?	7 (13,7)	44 (86,3)
Domínio “tratamento”		
A aids é uma doença que tem tratamento?	5 (9,8)	46 (90,2)
A aids é uma doença que tem cura?	27 (52,9)	24 (47,1)

n – tamanho da amostra.

Tabela 3. Avaliação do conhecimento dos participantes do estudo (n=51)

Domínios	Tem conhecimento	Não tem conhecimento
	n (%)	n (%)
Conceito	44 (86,3)	7 (13,7)
Transmissão	39 (76,5)	12 (23,5)
Prevenção	47 (92,2)	4 (7,8)
Vulnerabilidade	47 (92,2)	4 (7,8)
Tratamento	49 (96,1)	2 (3,9)
Total conhecimento	45 (88,2)	6 (11,8)

n – tamanho da amostra.

5.3 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E O CONHECIMENTO SOBRE HIV

A fim de verificar associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, renda, religião e escolaridade) e o conhecimento sobre HIV, foi realizado teste de Fisher. Para analisar a idade, a população foi dividida em dois grupos, <75 anos (n = 18; 35,3%) e ≥75 anos (n = 33; 64,7%). Diferente do esperado, não foi observada associação entre a idade e nenhuma outra variável, incluindo o total de conhecimento em HIV/aids ($p = 1,000$) e o interesse por informações sobre sexo e sexualidade ($p = 0,567$). Ter maior renda aumentou a proporção de respostas certas nas perguntas um e dois do domínio transmissão, mas a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,058$). Em relação à religião, as mulheres foram categorizadas em católica e não católica. Os resultados mostram que há associação entre ser católico e acertar a pergunta “o HIV é o causador da aids” ($p = 0,039$). Por outro lado, mais pacientes não católicas conhecem alguém com HIV ($p = 0,002$) e já realizaram teste para HIV ($p = 0,013$) do que as católicas (Tabela 4). Então, as pacientes foram divididas entre as que estudaram menos de oito anos e as que estudaram oito anos ou mais. Nesta população, mais anos de escolaridade se associaram a uma maior proporção de acertos na questão “os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids, pois ela atinge apenas os jovens”, do domínio vulnerabilidade ($p = 0,015$), e nenhuma delas entende a aids como um castigo divino ($p = 0,024$). Apenas duas das 30 idosas que estudaram mais de oito anos ainda têm atividade sexual, sendo possível observar associação entre alta escolaridade e a ausência de atividade sexual ($p = 0,046$) (Tabela 4). Não se observou associação entre o conhecimento dos cinco domínios ou o conhecimento geral sobre HIV e as variáveis sociodemográficas estudadas (Tabela 5).

Tabela 4. Associação entre religião e escolaridade com a atividade sexual, conhecer alguém com HIV, testagem anterior e conhecimento sobre HIV.

Variáveis	Religião		p-valor	Escolaridade		p-valor
	Católica n=36 (%)	Não católica n=15 (%)		≥ 8 anos n=30 (%)	< 8 anos n=21 (%)	
Frequência de atividade sexual.						
Nenhuma	30 (83,3)	13 (86,7)	0,645 ^a	28 (93,3)	15 (71,4)	0,046 ^{**a}
Mensal	2 (5,6)	1 (6,7)		2 (6,7)	1 (4,8)	
Semanal	1 (2,8)	1 (6,7)		0 (0)	2 (9,5)	
2-3vezes/sem	1 (2,8)	0 (0)		0 (0)	1 (4,8)	
4-7x/sem	2 (5,6)	0 (0)		0 (0)	2 (9,5)	
Conhece alguém com HIV?						
sim	11 (30,6)	12 (80)	0,002*	15 (50)	8 (38,1)	0,568
não	25 (69,4)	3(20)		15 (50)	13 (61,9)	
Já testou para HIV?						
sim	10 (27,8)	10 (66,7)	0,013*	11 (36,7)	9 (42,9)	0,773
não	26 (72,2)	5 (33,3)		19 (63,3)	12 (57,1)	
A aids é um castigo divino?						
erros	3 (8,3)	1 (6,7)	1	0 (0)	4 (19)	0,024*
acertos	33 (91,7)	14 (93,3)		30 (100)	17 (81)	
O HIV é o causador da aids?						
erros	3 (8,3)	5 (33,3)		5 (16,7)	3 (14,3)	
acertos	33 (91,7)	10 (66,7)	0,039*	25 (83,3)	18 (85,7)	1
Indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids?						
erros	5 (13,9)	2 (13,3)		1 (3,3)	6 (28,6)	
acertos	31 (86,1)	13 (86,7)	1	29 (96,7)	15 (71,4)	0,015*

a - O teste utilizado foi a razão de verossimilhança, pois não era uma tabela 2x2;

* - p-valor significativo <0,05; n – tamanho da amostra.

Tabela 5. Associação das variáveis sociodemográficas e o conhecimento sobre HIV.

Variáveis	Subdivisões das variáveis	n (%)	Conhece sobre HIV	Não conhece sobre HIV	p-valor
Idade	< 75	18 (35,3)	16 (88,9)	2 (11,1)	1
	≥ 75	33 (64,7%)	29 (87,9)	4 (12,1)	
Renda	Até 3 salários	44 (86,3)	38 (86,4)	6 (13,6)	0,58
	> 3 salários	7 (13,7)	7 (100)	0 (0)	
Religião	Católica	36 (70,6)	32 (88,9)	4 (11,1)	1
	Não católica	15 (29,4)	13 (86,7)	2 (13,3)	
Escolaridade	≥ 8 anos	30 (58,8)	28 (93,3)	2 (6,7)	0,214
	< 8 anos	21 (41,2)	17 (81)	4 (19)	

n - tamanho da amostra; p-valor significativo <0,05.

5.4 AVALIAÇÃO COGNITIVA E O IMPACTO NO CONHECIMENTO SOBRE HIV

Em relação a avaliação cognitiva através do MEEM, as participantes obtiveram entre 16 e 30 pontos e a mediana de 28 pontos no instrumento. Os pontos de corte utilizados foram baseados no estudo de Bertolucci et al (1994). Foi aplicado o teste de Fisher para verificar a associação entre a avaliação da função cognitiva e as variáveis sociodemográficas (idade, religião, renda e escolaridade). Ao contrário do esperado, foi observado que alta escolaridade se associou com MEEM alterado e menos de oito anos de estudo com MEEM normal ($p = 0,015$). Além disso, não foi notada associação entre o MEEM com a idade ($p = 1,000$), a religião ($p = 1,000$) e a renda ($p = 0,300$) (Tabela 6).

Tabela 6. Associação das variáveis sociodemográficas e o MEEM.

Variáveis	MEEM alterado n (%)	MEEM normal n (%)	<i>p</i> -valor
Idade			
< 75 anos	3 (16,7)	15 (83,3)	1,000
≥ 75 anos	5 (15,2)	28 (84,8)	
Religião			
católica	6 (16,7)	30 (83,3)	1,000
não católica	2 (13,3)	13 (86,7)	
Renda mensal			
até 3 salários	6 (13,6)	38 (86,4)	0,300
> 3 salários	2 (28,6)	5 (71,4)	
Escolaridade			
< 8 anos	0 (0)	21 (100)	0,015
≥ 8 anos	8 (26,7)	22 (73,3)	

n - tamanho da amostra; *p*-valor significativo <0,05.

A fim de verificar o impacto da função cognitiva no conhecimento sobre HIV, foi feito o teste de Fisher entre a variável MEEM e o conhecimento por “domínios”. Diferente do que se esperava, não foi encontrada associação entre o conhecimento dos cinco “domínios” ou o conhecimento geral sobre HIV e a avaliação da função cognitiva através do MEEM (Tabela 7).

Tabela 7. Associação do conhecimento sobre HIV e o MEEM.

Variáveis	MEEM alterado n (%)	MEEM normal n (%)	<i>p</i> -valor
Domínio conceito			
Conhece	6 (75)	38 (88,4)	0,300
Não conhece	2 (25)	5 (11,6)	
Domínio transmissão			
Conhece	5 (62,5)	34 (79,1)	0,372
Não conhece	3 (37,5)	9 (20,9)	
Domínio Prevenção			
Conhece	7 (87,5)	40 (93)	0,516
Não conhece	1 (12,5)	3 (7)	
Domínio Vulnerabilidade			
Conhece	8 (100)	39 (90,7)	1
Não conhece	0	4 (9,3)	
Domínio Tratamento			
Conhece	8 (100)	41 (95,3)	1
Não conhece	0	2 (4,7)	
Total conhecimento HIV/aids			
Conhece	7 (87,5)	38 (88,4)	1
Não conhece	1 (12,5)	5 (11,6)	

n - tamanho da amostra; *p*-valor significativo <0,05.

5.5 AVALIAÇÃO DOS ESCORES DO QHIV3I

Até aqui, as análises foram feitas levando em consideração se a idosa respondeu certo ou errado as questões do QHIV3I e se elas têm conhecimento ou não tem conhecimento dos domínios e da doença. Daqui em diante, pretendeu-se analisar que variáveis podem influenciar no número absoluto de acertos do QHIV3I e de cada um dos seus domínios. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a pressuposição de normalidade das variáveis, sendo que apenas a idade apresentou distribuição normal. Visto isto, e o fato de as variáveis serem em sua maioria contínuas ordinais, optou-se por utilizar testes não paramétricos para todas as variáveis.

Foi realizado o teste de Mann-Whitney, para comparar o número de acertos baseado na escolaridade. A distribuição do total de acertos no domínio vulnerabilidade não foi a mesma entre as categorias de escolaridade ($p = 0,016$), ou seja, o grupo com escolaridade maior ou igual a oito anos de estudo obteve mais pontos nas perguntas sobre vulnerabilidade do que o grupo de menor escolaridade (Figura 3). A distribuição também foi desigual no total de pontos no quesito vulnerabilidade nos grupos de quem possui ou não companheiro ($p = 0,012$), quem não possui companheiro acertou mais (Figura 4). Em relação a renda, o grupo com renda maior do que três salários mínimos obtiveram mais pontos tanto no total de conhecimento sobre HIV ($p = 0,001$) quanto no domínio transmissão ($p = 0,003$) em comparação com o grupo de renda

menor ou igual a três salários mínimos (Figura 5 e 6), já que a distribuição foi diferente nos dois grupos.

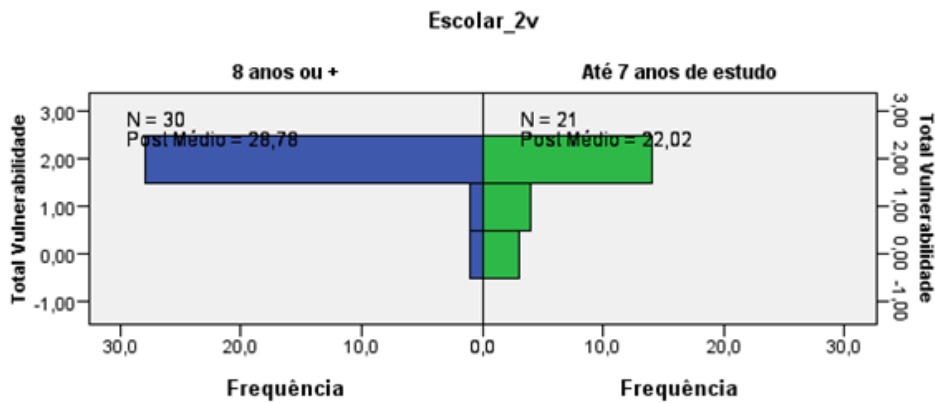


Figura 3. Distribuição do total de acertos no domínio vulnerabilidade de acordo com a escolaridade. Fonte: Elaborada pelo autor.

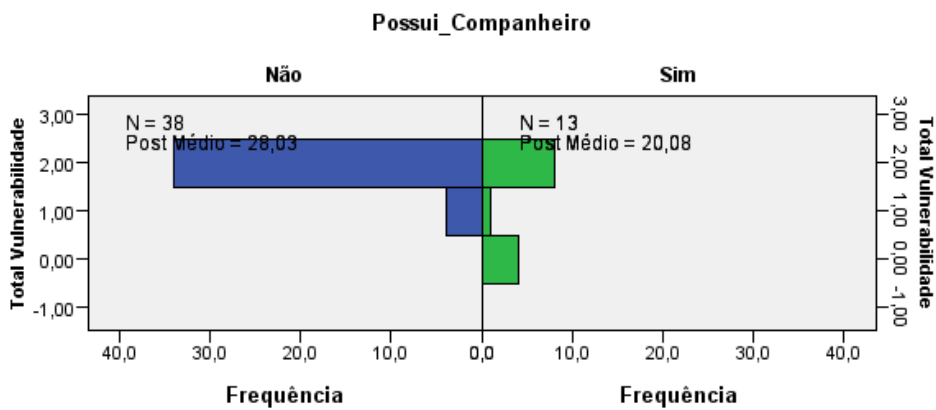


Figura 4. Distribuição do total de acertos no domínio vulnerabilidade de acordo com possuir ou não companheiro. Fonte: Elaborada pelo autor.

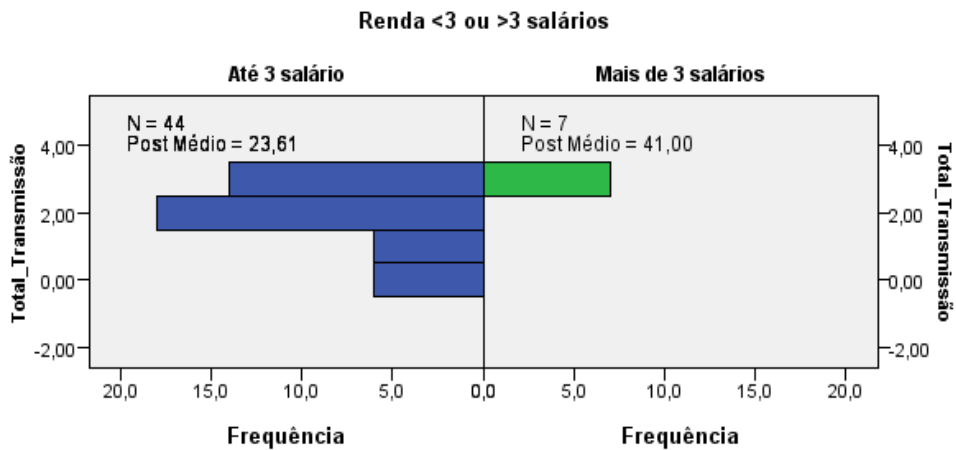


Figura 5. Distribuição do total de acertos no domínio transmissão de acordo com a renda mensal. Fonte: Elaborada pelo autor.

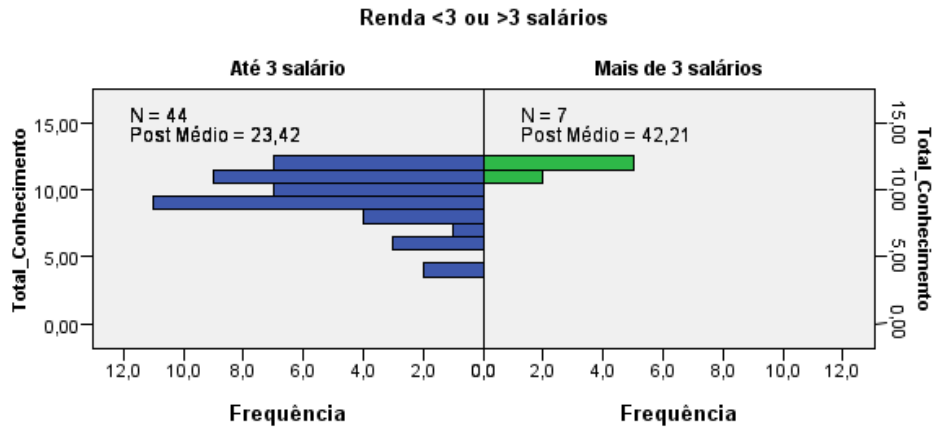


Figura 6. Distribuição do total de acertos no questionário de acordo com a renda mensal. Fonte: Elaborada pelo autor.

5.6 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

Por fim, decidiu-se avaliar se as variáveis numéricas contínuas e ordinais se correlacionam entre si utilizando o teste de correlação de Spearman. Nesta análise, coeficientes de correlação (r) positivos significam que quando o valor de uma variável cresce, o da outra também cresce, por outro lado o r negativo significa que quando o valor de uma variável cresce, o da outra diminui.

Constatou-se uma correlação negativa, fraca e significativa ($r = -0,326$; $p = 0,020$) entre a idade e o total de acertos no domínio transmissão. Também foi possível observar uma correlação positiva, fraca e significativa ($r = 0,342$; $p = 0,014$) entre o total de acertos no domínio transmissão e no domínio prevenção e uma correlação positiva, fraca e significativa ($r = 0,281$; $p = 0,046$) entre o total de acertos no domínio vulnerabilidade e o total no domínio tratamento. Além disso, foram observadas correlações positivas entre o total de conhecimento e as pontuações totais nos cinco domínios avaliados: conceito ($r = 0,384$; $p = 0,005$), transmissão ($r = 0,761$; $p = 0,000$), prevenção ($r = 0,577$; $p = 0,000$), vulnerabilidade ($r = 0,380$; $p = 0,006$) e tratamento ($r = 0,589$; $p = 0,000$). Em relação ao MEEM, não foram encontradas correlações significativas entre as pontuações nesse instrumento e as variáveis estudadas (Tabela 9).

Tabela 9. Análise de correlação entre o conhecimento, a idade e o MEEM.

		Pontuação MEEM	Total conceito	Total transmissão	Total prevenção	Total vulnerabilidade	Total tratamento	Total conhecimento
Idade	r	-0,066	-0,012	-0,326	-0,139	-0,032	0,077	-0,140
	p-valor	0,645	0,936	0,020*	0,331	0,821	0,591	0,182
Pontuação MEEM	r		0,240	0,109	-0,149	0,058	0,032	0,099
	p-valor		0,090	0,446	0,296	0,685	0,824	0,364
Total conceito	r			0,108	0,137	0,012	0,031	0,335
	p-valor			0,451	0,336	0,931	0,830	0,005*
Total transmissão	r				0,342	0,011	0,258	0,671
	p-valor				0,014*	0,940	0,068	0,000*
Total prevenção	r					0,195	0,168	0,512
	p-valor					0,171	0,238	0,000*
Total vulnerabilidade	r						0,281	0,339
	p-valor						0,046*	0,006*
Total tratamento	r							0,515
	p-valor							0,000*

* significativo $p < 0,05$; valor r (+ ou -) 0,0 - 0,39 = correlação fraca; valor r (+ ou -) 0,40 - 0,69 = correlação moderada; valor r (+ ou -) 0,7 - 1 = correlação forte.

6. DISCUSSÃO

A população do estudo constituiu-se somente de mulheres idosas, já que é o sexo que procura os serviços de saúde com mais frequência e assiduidade e que tende a ser mais longo (LEMOS, 2017). Apesar disso, nota-se uma relativa escassez na literatura de abordagens sobre o tema HIV em mulheres idosas (DURVASULA, 2014). A faixa etária com 75 anos ou mais foi a mais expressiva e a maioria das idosas possuíam oito anos ou mais de escolaridade, esses achados diferem de estudos prévios que avaliaram o conhecimento em HIV/aids na população idosa, na qual a maioria retrata uma população mais jovem e com nível de escolaridade menor (LAZZAROTTO et al., 2008; LIBERALI et al., 2020; DAVIS; ELDER, 2020; CAPELLARI et al., 2019).

Os achados do estudo sugerem que de um modo geral as idosas que participam do programa Renascer possuem um bom conhecimento sobre HIV/aids, porém é importante ressaltar que nenhuma participante acertou todas as questões e foi observada uma frequência elevada de erros, principalmente, em perguntas com relação ao conceito da doença, tratamento e transmissão, assim como observado por outros pesquisadores (LAZZAROTTO et al., 2008; LIBERALI et al., 2020; DAVIS e ELDER, 2020).

Foi possível observar, que entre as cinco áreas de conhecimento avaliadas pelo estudo a que apresentou maior frequência proporcional de erros foi no domínio conceito. Assim como no estudo realizado por Lazzarotto et al.(2008) com pessoas com idade maior ou igual a 60 anos na região do Vale do Rio dos Sinos (RS), a maioria dos respondentes considerou que a pessoa infectada pelo vírus da aids sempre apresentará os sintomas da doença. Segundo a literatura, as pessoas com HIV podem permanecer assintomáticas ou com sintomas leves até que a contagem de LT-CD4+ caia para menos de 200 células/mm³ (BRASIL, 2018). Esse achado possivelmente é justificado ainda pelo estereótipo do doente com aids divulgado pelos noticiários na década de 1980 e pela falta de informações atuais sobre o vírus, sobretudo para a população idosa.

No domínio transmissão observamos um conhecimento insuficiente em quase um terço das idosas, que acreditam que o HIV pode ser transmitido por sabonetes, toalhas, assentos sanitários, beijo no rosto, abraço, beber no mesmo copo e picada de mosquito. Esse desconhecimento na transmissão pode contribuir para o estigma da doença. Kang, Delzell e Mbonyingabo (2017) avaliaram em residentes da área rural de Ruanda a associação entre conhecimento sobre a transmissão do HIV e o estigma da doença e observaram que ter mais conhecimento sobre a transmissão do HIV foi associado a menor desejo de distanciamento social das PVHA, ou seja, maior disposição para engajar e interagir com as PVHA na comunidade. O estudo também revelou disparidades de conhecimento tanto no domínio transmissão quanto no conhecimento geral associadas à renda. Participantes com menor renda obtiveram resultados inferiores nesses quesitos com maior frequência. Esse achado é consistente com o encontrado por Yang *et al* (2021), que avaliou o conhecimento sobre HIV/aids e suas associações com a disparidade socioeconômica entre mulheres jovens em países de baixa e média renda. Além disso, outros estudos notaram desigualdades no que se refere à transmissão de informações de saúde para pessoas com diferentes níveis socioeconômicos. Indivíduos com um nível socioeconômico mais alto tiveram melhor acesso a informações de saúde sobre HIV/aids (YANG et al., 2021).

Em relação aos estigmas enfrentados pelas idosas com o vírus da aids, que são diversos e podem levar a prejuízos na identidade, auto-estima e envolvimento nos cuidados de saúde,

podemos citar, além do status sorológico do HIV, o idadismo, fortemente influenciado pela cultura e determinado por meio de estereótipos, mídia e atitudes depreciativas em relação às pessoas idosas. Outro possível estigma ocorre entre as idosas não heterossexuais, que presenciaram uma época em que a homossexualidade era criminalizada e condenada de diferentes formas, de modo que as identidades eram forçadas a serem ocultadas da sociedade e da família (DURVASULA, 2014). A persistência de altos níveis de estigma em particular entre a população idosa pode reduzir a possível aceitação de programas de teste de HIV e levar a um comportamento de procura de cuidados reduzido (NEGIN et al., 2012). Essa possibilidade pode justificar o fato de apenas cerca de um terço das integrantes do estudo já ter realizado a testagem para o vírus da aids. Segundo Davis e Elder (2020) apesar das recomendações, a triagem de rotina do HIV e a avaliação de risco entre a população idosa permanecem baixas. Os profissionais de saúde e as próprias pessoas idosas, muitas vezes, não consideram essa faixa etária como estando em risco de contrair o HIV.

No que diz respeito a prevenção, os resultados mostraram um bom conhecimento das idosas nesse domínio. Apenas uma minoria da amostra não sabia que o uso da camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da aids e que existe uma camisinha específica para as mulheres. Apesar desses resultados a maioria respondeu nunca ter utilizado preservativos nas relações sexuais. Esses achados são compatíveis aos encontrados na literatura (LAZZAROTTO et al., 2008; LIBERALI et al., 2020; CAPELLARI et al., 2019). Uma possível explicação para a baixa frequência do uso do preservativo nessa população é que a maioria das integrantes do estudo responderam não ter vida sexual ativa atualmente. Outras possibilidades são a baixa percepção de vulnerabilidade ao vírus seja por deficiência de informação ou por estarem em relacionamentos com parceiros fixos e a dificuldade da mulher idosa em conversar sobre o uso de preservativos com seus parceiros. Também existe o fato das idosas após a menopausa não terem mais que se preocupar com o uso de métodos contraceptivos, portanto a motivação para usar métodos de barreira, como preservativos, torna-se menos evidente (NARASIMHAN et al., 2016).

No domínio vulnerabilidade, a grande maioria também demonstrou possuir um conhecimento satisfatório, porém foi possível observar uma associação entre escolaridade e o conhecimento na pergunta sobre a terceira idade não precisar se preocupar com o vírus da aids. Pessoas com baixa escolaridade erraram mais essa questão. Esse achado pode corroborar com o fato de que os idosos com baixa escolaridade podem estar mais expostos ao HIV por desconhecerem sua vulnerabilidade. Um estudo realizado por Azevedo Junior *et al.* (2022) com 213 pessoas com idade maior ou igual a 50 anos, de um distrito da cidade de Belém, no estado

do Pará, analisou que os idosos com nível de escolaridade analfabeto/fundamental tiveram duas vezes mais chance de apresentar resultado positivo para HIV/sífilis no teste rápido. Outro achado no que se refere a vulnerabilidade, foi que participantes sem companheiro acertaram mais as perguntas desse domínio. Esse resultado pode ser justificado pela baixa percepção de vulnerabilidade por parte das idosas que estão envolvidas em relacionamentos há anos com o mesmo parceiro.

Na área do tratamento, a maioria sabe que existe tratamento para a aids, mas quase a metade dos participantes acreditam que a aids tem cura. Resultados semelhantes foram obtidos por Capellari *et al.*(2019), com idosos do Rio Grande do Sul. Embora a introdução da TARV tenha controlado a doença de maneira eficaz, ainda persiste o desafio em erradicar completamente esta infecção. Diante disso, a interrupção da TARV sempre resulta em uma recorrência da viremia ao longo do tempo, à medida que as células latentes despertam e a replicação é retomada (CASTRO-GONZALEZ; COLOMER-LLUCH; SERRA-MORENO, 2018). Esse achado reforça que a falta de campanhas sobre o HIV/aids nos dias atuais, principalmente voltadas para as pessoas idosas, pode ser o motivo para a falta de conhecimento atual da doença.

Quando foi avaliada a relação entre religião e conhecer alguém com HIV ou já ter realizado o teste para HIV, foi observado que menos pessoas católicas conhecem alguém vivendo com HIV e já realizaram teste para o vírus da aids. No estudo realizado por Corno e Walque (2013), no qual foram avaliados determinantes socioeconômicas de estigma e para a testagem do HIV em adultos na África, foi evidenciado que o estigma foi positivamente associado à religião católica para as mulheres, e que tanto mulheres quanto homens com crenças estigmatizantes foram significativamente menos propensas a já terem sido testadas para o HIV.

Foi encontrada uma correlação negativa entre a idade e o conhecimento sobre transmissão, ou seja, quanto mais idosa menos se sabia sobre a transmissão do HIV. Além disso, foi observado que quanto maior era a pontuação no domínio transmissão, tanto maior era “domínio” prevenção. Em um estudo realizado por Norman e Loue (2015) as mulheres com mais idade tinham menos conhecimento sobre os modos de transmissão do que as mulheres mais jovens, corroborando nossos achados.

Em relação a prática sexual, a maior parte das entrevistadas (84,3%) nega ter atividade sexual atualmente, mas 45,1% alega buscar informações sobre sexo/sexualidade. Quanto a presença de um companheiro, a maioria respondeu não possuir (74,5%). Estudos analisando a sexualidade feminina, apontam que a atividade sexual, mas não necessariamente o interesse sexual, diminui com a idade e que isso geralmente é resultado da falta de um parceiro ou dos

problemas de saúde do parceiro. A incidência relatada de atividade sexual parece ser influenciada por normas sociais que inibem a expressão sexual e causam subnotificação da atividade sexual (SINKOVIC; TOWLER, 2019).

A correlação da educação com o desempenho em testes do estado mental é uma das descobertas mais significativas nos estudos de cognição e envelhecimento (JONES e GALLO, 2001). Diferente da literatura, foi observado nesse estudo que um maior número de participantes com alta escolaridade apresentou o MEEM alterado, quando comparados às participantes com escolaridade menor que oito anos. Esse achado não era o esperado visto que os melhores resultados são encontrados na população de alta escolaridade, com sensibilidade de 80% e especificidade de 95,6% (BERTOLUCCI et al., 1994). Uma possível justificativa seria a heterogeneidade educacional no Brasil, ao se adotar apenas os anos estudados, não são considerados outros fatores, como se a escolarização ocorreu em escola pública ou privada, em que região geográfica do país ela se deu e a quantidade de horas despendidas nos bancos escolares (MELO E BARBOSA, 2015). De qualquer forma, não foi encontrada associação entre o conhecimento em cada um dos cinco domínios ou o conhecimento geral sobre HIV e a avaliação da função cognitiva através do MEEM.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao desenho transversal que não permite estabelecer uma relação de causa e efeito, limitando-se a discutir a associação existente entre as variáveis estudadas. Além disso, possui um reduzido número de participantes não sendo possível extrapolar os dados para toda a população. Apesar dessas limitações, ele fornece uma melhor compreensão da percepção dos idosos sobre o HIV/aids e da necessidade de se ampliar os debates sobre o tema, visto que as associações encontradas indicam a necessidade de ações educativas focadas na população idosa, a fim de ampliar seu conhecimento sobre esta doença.

Sendo assim, apesar das integrantes do grupo Renascer terem conhecimento sobre HIV/aids, ainda existem lacunas que podem impactar nas suas vidas e no convívio social. Dentre elas, destaca-se o desconhecimento em relação à transmissão do vírus, que pode contribuir para o estigma da doença entre a população idosa.

Diante disso, é de extrema relevância a ampliação de programas de saúde pública voltados tanto para os profissionais de saúde quanto para as mulheres idosas com o objetivo de alertar e orientar sobre o risco de HIV/aids nessa população. Estratégias educativas podem promover mudanças no comportamento das idosas, principalmente em relação às formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV.

7. CONCLUSÃO

As mulheres com idade maior ou igual a 60 anos participantes do grupo Renascer possuem um bom nível de conhecimento sobre HIV/aids. Não se observou associação entre o conhecimento total em cada um dos cinco domínios ou o conhecimento geral sobre HIV e as variáveis sociodemográficas estudadas, assim como, não foi encontrada associação entre o conhecimento dos cinco “domínios” ou o conhecimento geral sobre HIV e a avaliação da função cognitiva através do MEEM. Em relação ao uso de preservativos nas relações sexuais, foi observada uma baixa adesão na população estudada.

PRODUTO DO ESTUDO

PREVENÇÃO NÃO TEM IDADE

- A AIDS, ASSIM COMO OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, ATINGEM JOVENS, ADULTOS E IDOSOS. **PREVINA-SE!**
- AUMENTO NO NÚMERO DE CASOS EM IDOSOS
- **AIDS NÃO TEM CURA, MAS TEM TRATAMENTO E PREVENÇÃO.**



Elaborado por

Ana Paula Braga dos Santos
(Estudante de medicina)

Beatriz de Oliveira Bento
(Geriatra e mestrandia
PPGHIV/HV)

Contato

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
Rua Mariz e Barros 775, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ
CEMPE - Renascer



Out/2022



Grupo Renascer

HIV E AIDS NA PESSOA IDOSA

VOCÊ SABIA?



1 O QUE É?

- **AIDS** (Síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença causada pelo **HIV**.
- Ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. Isso leva à **perda da imunidade**.

2 COMO TRANSMITE?

ASSIM PEGA:

- Relações sexuais sem preservativo;
- Uso de seringas contaminadas;
- De mãe infectada para seu filho durante a gravidez ou no parto;
- Pelo leite materno se a mãe for HIV positivo;
- Instrumentos que furam ou cortam não esterilizados.

ASSIM NÃO PEGA:

- Beijo no rosto;
- Abraços;
- Aperto de mão;
- Uso coletivo de banheiro, piscina ou assento de ônibus;
- Relações sexuais com preservativo;
- Picada de inseto.

3 COMO PREVENIR?

- O **uso de preservativos**, masculino ou feminino.
- Não compartilhar seringas;
- Caso ocorra exposição ao vírus: procurar um médico para avaliação;
- Compartilhando com filhos, amigos e familiares sobre a importância da prevenção.

4 COMO FAZER O DIAGNÓSTICO?

- Através de coleta e análise do sangue ou por fluido oral.
- Teste rápido é **gratuito** no SUS.

5 COMO É REALIZADO O TRATAMENTO?

- Através de **medicamentos chamados antirretrovirais**, que são fornecidos de **forma gratuita pelo SUS**.
- Tomando corretamente, melhora a qualidade de vida e evita que a doença avance, protegendo de problemas mais graves de saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADIMORA, A. A. et al. "HIV and women in the USA: what we know and where to go from here." **Lancet (London, England)**. v. 397, n.10279, p. 1107-1115. 2021.
- AGUIAR, R. B.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A. P. O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & saúde coletiva**. v. 25, n.6, p. 2051-2062. 2020.
- ALTSCHULER, J. "Midlife and older women's experiences and advice about sex with men, risk behaviors, and HIV prevention education." **Journal of women & aging**. v. 29, n.1, p.63-74. 2017.
- ALVAREZ, P. What does the global decline of the fertility rate look like? Weforum.org, 2022. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2022/06/global-decline-of-fertility-rates-visualised/>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- ALVES, J. E. D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU. **Portal do envelhecimento**, 2019. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/>. Acesso em: 23 out. 2022.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n.40, Ano IV. Mar/Abr/Mai, 2014, ISSN 2178-3454. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar_url?url=http://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/download/440/440&hl=ptBR&sa=X&ei=bFvqY6CFJjMyQSShKDgCg&scisig=AAGBfm0VzO-sUWo9mNnhN4gGv1ERGtlzkw&oi=scholar. Acesso em: 12 de fev. 2023.
- ARONSON, L. Healthy Aging Across the Stages of Old Age. **Clin Geriatr Med**. v.36, n.4, p. 549-558, Nov. 2020.
- AUTENRIETH, C.S. et al. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000-2020. **PLoS One**. v.13, n.11, Nov.2018.
- AZEVEDO JUNIOR, W. S. d. et al. Prevalence and Vulnerability Factors Associated with HIV and Syphilis in Older People from Subnormal Agglomerate, Brazilian Amazon. **Trop Med Infect Dis**. v.7, n.11, p. 332. 2022
- BEAULAURIER, R. et al. Attitudes and Stereotypes Regarding Older Women and HIV Risk, **Journal of Women & Aging**. v. 26, n.4, p.351-368. 2014. DOI: 10.1080/08952841.2014.933648
- BEARD, J.R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**. v. 387, n. 10033, p. 2145-2154, May. 2016.
- BENBOW, S.M.; BEESTON, D. Sexuality, aging, and dementia. **Int Psychogeriatr**. v.24, n.7, p.1026-33, Jul. 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* v. 52, n. 1, p. 1-7. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: HIV/aids.** Brasília, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: HIV/aids.** Brasília, 2021.

BROOKS, J.T. et al. HIV infection and older Americans: the public health perspective. *Am J Public Health.* v.102, n.8, p.1516-1526. 2012

CAPELLARI, B. et al. Conhecimento sobre HIV/aids segundo idosos de cidades da Serra Gaúcha/RS. *Medicina (Ribeirão Preto), [S. l.]*, v. 52, n. 4, p. 303-310, 2019. ISSN 2176-7262. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/156387>. Acesso em: 12 fev. 2023.

CASTRO-GONZALEZ, S.; COLOMER-LLUCH, M.; SERRA-MORENO, R. Barriers for HIV Cure: The Latent Reservoir. *AIDS Res Hum Retroviruses.*; v.34, n.9, p.739-759, Sep. 2018.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **HIV and Women: HIV Diagnoses.** 2022 Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/gender/women/cdc-hiv-women.pdf> Acesso em: 13 fev. 2023.

COHEN, M.S.; LANDOVITZ, R.J. Assessing the Role of Long-Acting Cabotegravir Preexposure Prophylaxis of Human Immunodeficiency Virus: Opportunities and Aspirations. *J Infect Dis.* v. 223, n.1, p.1-3, Jan. 2021.

CORNO, L.; DE WALQUE, D. Socioeconomic determinants of stigmatization and HIV testing in Lesotho. *AIDS Care.* v. 25 Suppl 1(Suppl 1):S108-S113. 2013

COSCO, T.D.; HOWSE, K.; BRAYNE, C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci.* v.26, n. 6, p. 579-583, dec. 2017.

DAVIS, T. E. K.; ELDER, M. A. "HIV Knowledge and Preferences for HIV Prevention Among Older Adults Living in the Community." **Gerontology & geriatric medicine.** v.6, Jun. 2020.

DURVASULA, R. "HIV/AIDS in older women: unique challenges, unmet needs." **Behavioral medicine (Washington, D.C.).** v. 40, n.3, p. 85-98. 2014.

FREAK-POLI, R. It's not age that prevents sexual activity later in life. **Australas J Ageing.** v.39, Suppl 1, p.22-29, Jun. 2020.

GREENE, M. et al. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. **JAMA.** v.309, n.13, p.1397-1405, Apr. 2013.

GREENE, W.C. A history of AIDS: looking back to see ahead. **Eur J Immunol.** v.37 Suppl 1, p.94-102. Nov. 2007.

HEIDARI, S. Sexuality and older people: a neglected issue. **Reprod Health Matters.** v.24, n.48, p.1-5, Nov. 2016.

HIGH, K. P. et al. "HIV and aging: state of knowledge and areas of critical need for research. A report to the NIH Office of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group." **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).** v. 60 Suppl 1, Suppl 1 (2012): S1-18.

HILLMAN, J. Knowledge and Attitudes About HIV/AIDS Among Community-Living Older Women: Reexamining Issues of Age and Gender. **Journal of Women & Aging.** v.19, n3-4, p. 53-67. 2007.

IBGE. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 12 Fev. 2023.

JACOB-FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **Boletim Instituto de Saúde.** v.47, p. 27-32, Abr. 2009.

JACOBS, R. J.; MICHAEL, N. K. "HIV-related stigma in midlife and older women." **Social work in health care.** v. 49, n.1, p. 68-89. 2010.

JONES, R. N.; GALLO, J. J. Education Bias in the Mini-Mental State Examination. **International Psychogeriatrics.** v.13, n.3, p. 299-310. 2001.

KANG, E.; DELZELL, D.A.P.; MBONYINGABO, C. Understanding HIV Transmission and Illness Stigma: A Relationship Revisited in Rural Rwanda. **AIDS Educ Prev.** v. 29. n. 6, p.540-553. 2017.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade E Estado,** v. 27, n.1. 2012.

- LAZZAROTTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.6, p.1833-1840. 2008
- LEMOS, A.P. et al. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. **Rev Enferm UFPE**. v.11(Supl. 11) p.4546- 53. 2017.
- LETSHWENYO-MARUATONA, S. B. et al. “Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana.” **African journal of AIDS research: AJAR**. v. 18, n.1, p. 58-64. 2019
- LEVKOVICH, I.; GEWIRTZ-MEYDAN, A.; AYALON, L. Communicating with older adults about sexual issues: How are these issues handled by physicians with and without training in human sexuality? **Health Soc Care Community**. v. 29, n.5, p.1317-1326, Sep. 2021.
- LIBERALI, B. M. et al. Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS e uso de preservativo em um grupo de idosos da Cidade de São Paulo. **Rev Med (São Paulo)**. v. 99, n. 2, p.104-108, mar.-abr. 2020.
- LUNENFELD, B.; STRATTON, P. The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. v.27, n.5, p.643-659, Oct. 2013
- MACLEOD, A.; MCCABE M.P. Defining sexuality in later life: A systematic review. **Australas J Ageing**. v. 39 Suppl 1, p. 6-15, Jun. 2020.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cienc. Saúde colet**. V. 20, n.12. dez, 2015
- MICHEL, J.P.; SADANA, R. "Healthy aging" concepts and measures. **J Am Med Dir Assoc**. v.18, n.6, p.460-464, Jun. 2017.
- MILLS, E. J. et al. “HIV and aging - preparing for the challenges ahead.” **The New England journal of medicine**. v. 366, n.14, p. 1270-1273. 2012.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519. 2016.
- MONTANO, M. et al. Ageing with HIV: Biological ageing with HIV infection: evaluating the geroscience hypothesis. **The Lancet Healthy Longev**. v. 3, p. 194-205, Feb. 2022.
- MORTON, L. Sexuality in the older adult. **Prim Care**. v. 44, n.3, p.429-438, Sep. 2017.
- NARASIMHAN, M. et al. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. **Reprod Health Matters**. v.24, n.48, p.43-51, Nov. 2016.
- NEGIN, J. et al. “HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa.” **AIDS and behavior**. v. 16, n.1, p. 63-8. 2012.

- NORMAN, L. R.; LOUE, S. "HIV-Risk Related Attitudes and Behaviors Among Older Impoverished Women Living in Puerto Rico." **Journal of immigrant and minority health.** v. 17, n.6, p. 1791-802. 2015.
- NYAMWEYA, S. et al. Comparing HIV-1 and HIV-2 infection: Lessons for viral immunopathogenesis. **Rev Med Virol.**; v.23, n.4, p.221-40, Jul. 2013
- OLATAYO, A.A.; KUBWA, O.O.; ADEKUNLE, A. E. Sexuality in Nigerian older adults. **Pan Afr Med J.** v.2, n.22, p.315. Dec. 2015.
- OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** v.15, n. 32, p. 69–79, jun. 2019.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base.** Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726587>. Acesso em: 15 de fev. de 2023.
- PAU, A.K.; GEORGE, J.M. Antiretroviral therapy: current drugs. **Infect Dis Clin North Am.** v. 28, n.3, p.371- 402, Sep. 2014.
- PHANUPHAK, N.; GULICK, R.M. HIV treatment and prevention 2019: current standards of care. **Curr Opin HIV AIDS.** v.15, n.1, p.4-12, Jan. 2020.
- ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E.; RITCHIE, H. "Life Expectancy". OurWorldInData.org. 2013. Disponível em: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>. Acesso em: 01 nov. 2022.
- RUDNICKA, E. et al. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. **Maturitas.** v.139, p. 6-11, Sep. 2020.
- SÁNCHEZ-CONDE, M. et al. Why are people with HIV considered "older adults" in their fifties? **Eur Geriatr Med.** v.10, n. 2, p.183-188, Apr. 2019.
- SANDER, M. et al. The challenges of human population ageing. **Age and ageing.** v. 44, n. 2, p. 185-187, mar. 2015.
- SCHECHTER, M.; RACHID, M. **Manual de HIV/aids.** Brasil: Thieme Revinter, 2017.
- SIMONE, M.J.; APPELBAUM, J. HIV in older adults. **Geriatrics.** v. 63, n.12, p.6-12. Dec. 2008.
- SINKOVIC, M.; TOWLER, L. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. **Qual Health Res.** v. 29, n.9, p.1239-1254. Jul. 2019.
- SKALACKA, K.; GERYMSKI, R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. **Psychogeriatrics.** v.19, n.3, p.195-201, May. 2019.

SOARES, K. G.; MENEGHEL, S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 01, pp. 129-136, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>. Acesso em: 17 Mar. 2022.

SRINIVASAN, S. et al. Sexuality and the Older Adult. **Curr Psychiatry Rep.** v. 21, n.10, p.97, Sep. 2019.

TAVARES, R.E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, Nov./Dec. 2017

UNAIDS. Fact sheet 2022. UNAIDS, 2022. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

UNAIDS. Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil. UNAIDS, 2019. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>> Acesso em: 15 abr. 2022.

UNAIDS. Sumário executivo. Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids Brasil. 2020. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Exec_Sum_ARTE_2_web.pdf> Acesso em: 15 abril. 2022.

UNAIDS. The gap report 2014. People aged 50 years and older. 2014. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/12_Peopleaged50yearsandolder.pdf. Acesso em: 01 mar. 2022.

OWENS, D. K. et al. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.” **JAMA**. v. 321, n.23. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 23, n 6, p.1929-1936, jun. 2018.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. D.P. D. L.; SARAIVA, E. R. D. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**. v.36, n.1, p.196-209, jan./mar. 2016. DOI: 101590/1982-3703002392013

WANG, H. et al. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet**. v.396, pp. 1160-1203. 2020

WHO. World Health Organization. **Ageing and health**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 16 fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health**. Geneva, 2006.

WHO. World Health Organization. **Global Health and Aging**. 2011. Disponível em: https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_aging.pdf. Acesso em: 10 fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **World report on ageing and health**. Geneva, 2015
Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1. Acesso em:
23 de outubro de 2022.

YANG, F. et al. Assessment of Knowledge of HIV/AIDS and Association with Socioeconomic Disparities Among Young Women in Low- and Middle-Income Countries, 2003 to 2018 [publicada correção no JAMA Netw Open. v. 4, n. 2, e213317, Fev. 2021]. **JAMA Netw Open**. v.4, n.1, e2035000. 2021.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO – QHIV3I**Data:** ___ / ___ / ___**Idade:****Sexo:** () masculino () feminino**Religião:****Escolaridade:**

- () nenhuma
- () 1 a 3 anos de estudo
- () 4 a 7 anos de estudo
- () 8 a 11 anos de estudo
- () 12 ou mais anos de estudo

Você possui companheiro (a)?

- () não
- () sim. Há quanto tempo?

Renda mensal:

- () até 1 salário mínimo
- () entre 1 e 3 salários mínimos
- () entre 4 e 6 salários mínimos
- () entre 7 e 8 salários mínimos
- () entre 9 e 10 salários mínimos
- () mais de 10 salários mínimos

Por favor, responda as questões abaixo (número 1 ao 14) de acordo com a seguinte ordem:

Se você concorda com a frase, marque VERDADEIRO (A). Se você não concorda com a frase, marque FALSO (B)

Se você tem dúvida, marque NÃO SEI (C).

1 O HIV é o causador da aids.

- A) () VERDADEIRO B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

2 A pessoa com o vírus da aids sempre apresenta os sintomas da doença.

- A) () VERDADEIRO B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

3 O vírus da aids é identificado através de exames de laboratório.

- A) () VERDADEIRO B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

4 O vírus da aids pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

5 O vírus da aids pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo e chimarrão.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

6 O vírus da aids pode ser transmitido por picada de mosquito.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

7 A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da aids.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

8 Existe uma camisinha específica para as mulheres.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

9 O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite aids.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

10 A aids é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

11 Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids, pois ela atinge apenas os jovens.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

12 A aids é uma doença que tem tratamento.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

13 A aids é uma doença que tem cura.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

14 A aids é um castigo de Deus para aqueles que cometeram pecados.

A) VERDADEIRO B) FALSO
C) NÃO SEI

15 Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da aids?

A) Sim B) Não

16 Você usa camisinha?

A) Raramente Sempre Às vezes B) Nunca

17 Você já realizou o teste da aids?

A) Sim B) Não

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
GAFFREE E GUINLE -
HUGG/UNIRIO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS EM UM GRUPO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador: BEATRIZ DE OLIVEIRA BENTO

Versão: 1

CAAE: 50633821.2.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 089761/2021

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS EM UM GRUPO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO, que tem como pesquisador responsável BEATRIZ DE OLIVEIRA BENTO, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Universitário Gaffree e Guinle - HUGG/UNIRIO em 10/08/2021 às 10:00.

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

ANEXO C - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

O Senhor (a) está sendo convidado para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS EM UM GRUPO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO.” O objetivo principal deste estudo é de avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, que participam do programa Renascer, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a dois questionários, que irão avaliar o seu grau de conhecimento em HIV/AIDS, aspectos de sua situação de vida e comportamento sexual. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou mesmo em relação ao seu atendimento na unidade de saúde em que está cadastrado. A sua participação será voluntária e o senhor (a) não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

O risco potencial desta pesquisa é o de constrangimento, devido a ferramenta abordar questões sobre sexualidade, e o de quebra do anonimato. O responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. As entrevistas com a aplicação dos questionários serão realizadas em ambiente privativo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Além disto, o (a) Sr.(Sra) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso o (a) Sr.(Sra) sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os benefícios relacionados a sua participação nesta pesquisa incluem contribuir para melhoria do atendimento de saúde da comunidade idosa, criando como rotina a abordagem da sexualidade e do HIV/AIDS, assim como de outras doenças sexualmente transmissíveis nesta população.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no HUGG podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, sendo preservados o anonimato e a indisponibilidade de qualquer informação que permita a sua identificação em qualquer pesquisa que os utilize.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora Beatriz de Oliveira Bento através do telefone (21) 2264-5951 e/ou e-mail beatrizoliveirabento@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG -UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177 e/ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza na Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.