



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JULIANA FERNANDES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM HIV/AIDS NO BRASIL DE 2003 a
2013**

CAJAZEIRAS – PB

2015

JULIANA FERNANDES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM HIV/AIDS NO BRASIL DE 2003 a
2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Fabiana Ferraz Queiroga
Freitas

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730
Cajazeiras - Paraíba

P654p Pinheiro, Juliana Fernandes
Perfil epidemiológico de idosos com HIV/ AIDS no Brasil de 2003
a 2013. / Juliana Fernandes Pinheiro. Cajazeiras, 2015.
41f.
Bibliografia.

Orientador (a): Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. AIDS. 2. HIV. 3. Idosos. I. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II.
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616.98:578.828-053.9(81)

JULIANA FERNANDES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM HIV/AIDS NO BRASIL DE 2003 a
2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, campus Cajazeiras, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/2015

Prof^ªM^a. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Orientadora

Prof^ª. M^a.Arieli Nóbrega Rodrigues Videres
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Avaliador Interno

Prof^ª. M^a. Alana Kelly Maia Macêdo Nobre de Lima
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Avaliador Interno

DEDICATÓRIA

Dedico esta grande conquista a toda minha família, por estar sempre presente, mesmo em momentos difíceis, pela força que em mim despejam, sempre no intuito de realizar meus sonhos. Dedico, em especial, a minha mãezinha, verdadeira culpada por tudo de bom que acontece em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, pois, sem ele nada disso seria possível.

Aos meus pais, pelos ensinamentos, pela confiança e acima de tudo pelo amor e incentivo que depositaram sobre mim.

As minhas sobrinhas pelo carinho e brincadeiras nos momentos de lazer e descontração.

Ao meu filhinho querido pela compreensão que, mesmo sem saber, demonstrou através de gestos e carinhos.

Ao meu marido pela cumplicidade.

Aos meus amigos, pelas risadas e experiências trocadas.

A todos os meus professores, pela paciência e pelos ensinamentos em sala de aula. Por terem dividido saberes e por ajudar na minha construção profissional.

À minha orientadora, por me auxiliar na construção desse trabalho.

À Banca Examinadora, pela avaliação.

PINHEIRO, J. F. **Perfil epidemiológico de idosos com HIV/AIDS no Brasil de 2003 a 2013**. 2015. 42f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2015.

RESUMO

Introdução: Descoberto no final da década de 1970 o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida como AIDS, uma patologia que deprime o sistema imunológico humano tornando o organismo susceptível a qualquer infecção. É uma doença adquirida pelo contato com soluções biológicas, portanto, não se relaciona a fatores genéticos. Primeiramente foi estabelecido um grupo de risco, mais devido a disseminação progressiva, hoje se fala em comportamentos de risco, com destaque para população idosa que apresenta índices cada vez mais alto, ultrapassado, inclusive jovens com idade de 15 a 19 anos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de idosos com HIV/AIDS no Brasil no período de 2003 a 2013 identificando e comparando a região brasileira com maior índice de HIV/AIDS em idosos. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório com dados secundários, realizado através de dados contidos no sistema de informações do Sistema Único de Saúde, o DATA-SUS, tabulados por região, ano de ocorrência, raça, faixa etária e escolaridade, sendo analisados por estatística simples descritiva, tendo como parâmetro a proporção e como medida de tendência central a média. **Resultados:** De acordo com o sexo a maior prevalência de idosos acometidos pela HIV/AIDS é masculino, com um total de 8.800 casos, sendo que 4.235 da região Sudeste, obtendo assim o maior índice. Com relação à faixa etária os idosos que estão entre 60 a 69 anos são os mais acometidos, totalizando 11.695 casos, tendo maior incidência na região Sudeste, com 5.810 casos. A raça branca foi a que teve o maior número de notificados, com total de 2.622 prevalecendo à região Sudeste com 995 casos. Por fim, os idosos que têm o ensino fundamental incompleto apresentaram maior registro, 4.202 notificações. **Conclusão:** Evidencia-se que a problemática do HIV/AIDS na população idosa emerge como um grave problema de saúde pública, visto que a faixa etária acima de 60 anos é a que mais cresce no país, favorecendo assim, ao exponencial aumento de idosos infectados, algo que já pode ser observado atualmente, sobretudo, em decorrência da falta de informação sobre os conhecimentos básicos a respeito do HIV/AIDS, principalmente, sobre as suas formas de prevenção.

Palavras-chave: Idosos; AIDS; HIV.

PINHEIRO, J. F. Epidemiological profile of elderly people with HIV / AIDS in Brazil 2003 to 2013. Completion of coursework (Undergraduate Nursing) - Federal University of CampinaGrande, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Discovered at the end of the seventies the Human Deficiency Virus (HIV) it's the cause of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, better known as AIDS, a pathology that depresses the human immunological system making the organism susceptible to any infection, disease acquired by the contact with biological solutions, therefore, not related to genetic factors. First a risk group was established, but due to the progressive dissemination, today we talk about risk behaviors. The elderly population is affected by this disease and as it is a fragile clientele, cases of deaths are very common. **Objective:** To describe the prevalence of HIV/AIDS in Brazil in the elderly from 2003 to 2013; describe the characteristics of elderly patients with AIDS and to identify and compare the Brazilian region with the highest AIDS rate in the elderly. **Methodology:** Epidemiological, retrospective study with a quantitative approach, exploratory description of a historical series for the period 2003-2013 in Brazil. With secondary data, obtained through data contained in the information system of the National Health System, the DATA-SUS, tabulated by region, year of occurrence, race, age and education, and analyzed using descriptive simple statistics, having as parameter the proportion and as measure of the central tendency, the average. **Results:** According to the sex, the highest prevalence of elderly patients affected by HIV/AIDS are male, with a total of 8.800 cases, 4.235 being in the Southeast region, thus obtaining the highest rate. Regarding age, seniors who are between 60-69 years are the most affected, totaling 11.695 cases, the highest incidence being in the Southeast, with 5.810 cases. The mulatto race was the one that had the highest number of reported cases, with a total of 2.622, in which the Southeast region had 995 cases. Finally, the elderly who have not finished elementary school had higher record, 4.202 notifications. **Conclusion:** We can see that the problem of HIV/AIDS in the elderly population emerges as a serious public health problem, considering that the age group above 60 years is the fastest growing in the country, thus promoting the exponential increase of infected elderly, something that already can be observed today, mainly due to the lack of information on the basic knowledge about HIV/AIDS, especially on its prevention.

KEYWORDS: Elderly; AIDS; HIV

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS/SIDA	AcquiredImmunodeficiencySyndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DATA-SUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GP120	Glicoproteína 120
GP41	Glicoproteína 41
HIV	<i>HumanImmunodeficiencyVirus</i> / Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONG	Organização Não-Governamental
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RNA	Ácido Ribonucléico
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
T-CD4+	Linfócitos T do grupamento de diferenciação 4

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/sexo no período de 2003 a 2013 no Brasil.....	27
Tabela 2 – Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/faixa etária no período de 2003 a 2013 no Brasil.....	29
Tabela 3 –Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/raça no período de 2003 a 2013 no Brasil.....	32
Tabela 4 –Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/escolaridade no período de 2003 a 2013 no Brasil.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 HIV/AIDS – CONHECENDO A ENFERMIDADE	17
3.2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL	19
3.3 CONVIVENDO COM HIV/AIDS NA VELHICE	21
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 ETAPAS DA REVISÃO	25
4.3 LOCAL DA PESQUISA	25
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o seu agente etiológico, um vírus que afeta o sistema imunológico, impedindo-o de realizar a tarefa de proteger o organismo de agressões. Pelo fato de ter atingido vários países é considerada uma pandemia. Com o avanço da doença e do comprometimento do sistema imunológico, o corpo humano torna-se mais vulnerável às enfermidades oportunistas (CUNICO; GOMES; VELLASCO JUNIOR, 2008).

A AIDS é causada por dois tipos de vírus, o HIV-1 e o HIV-2. O HIV-1 é o retrovírus isolado e reconhecido como agente etiológico da AIDS, já o HIV-2 é o vírus intimamente relacionado com o HIV-1 que também foi encontrado como causa da AIDS. Estudos sorológicos mostram que o HIV-1 e o HIV-2 partilham de múltiplos epítomos comuns nos seus antígenos de núcleo, mas as glicoproteínas do envelope têm menor reação cruzada. Esta limitação na reação cruzada dos antígenos do envelope explica o fato pelo qual os atuais ensaios sorológicos utilizados para o HIV podem não reagir com determinados soros de indivíduos com anticorpos contra o HIV-2.

Para haver a transmissão, o líquido contaminado de uma pessoa tem que penetrar no organismo de outra. Isto se dá através de relação sexual (heterossexual ou homossexual), ao se compartilhar seringas, em acidentes com agulhas e objetos cortantes infectados, na transfusão de sangue contaminado, na transmissão vertical da mãe infectada para o feto durante a gestação ou o trabalho de parto e durante a amamentação. Somente em secreções como sangue, esperma, secreção vaginal e leite materno, o vírus aparece em quantidade suficiente para causar a moléstia (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

De acordo com Souza et al. (2010) essa situação torna a AIDS um grave problema de saúde pública, desde 1985, quando centenas de casos foram detectados no Brasil. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria 236, o ministro da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública.

Esse programa baseia-se na articulação de três componentes a fim de melhor responder a epidemia do HIV/AIDS no país: 1 - Promoção, Proteção e Prevenção; 2 - Diagnóstico e Assistência; e 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão.

O Componente Promoção à Saúde, Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/AIDS e Prevenção da Transmissão das DST, do HIV/AIDS e do Uso Indevido de

Drogas articula suas diretrizes, estratégias e ações, tendo em vista a redução da incidência da infecção pelo HIV/AIDS e por outras DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Já o componente Diagnóstico e Assistência têm como função principal definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de AIDS e/ou outras DST, tenham acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde. Enquanto o Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão implementa suas ações, tendo como referência maior às diretrizes do Sistema Único de Saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias e ações que garantam as condições objetivas para a descentralização do programa em âmbito estadual e municipal, a efetiva participação comunitária e privada e o exercício do controle social da sociedade civil, o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das DST e AIDS e a atenção à saúde, particularmente junto às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST, tendo como pano de fundo os princípios de equidade e integralidade das ações. (BRASIL, 1999).

A articulação entre esses componentes fundamenta-se, pois, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem 656.701 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Observando-se a epidemia por região a incidência no Sudeste é de 327.689, representando a maior taxa desde 1983 a 2012. Nas outras regiões o número de casos é de 24.286 no Norte e 72.338 no Nordeste (DATA-SUS, 2014).

Esses dados revelam a rápida disseminação do vírus HIV, com essa, novas opções de tratamento foram sendo desenvolvidas com o objetivo de aumentar a sobrevivência e a melhorar a qualidade de vida dos atingidos, em destaque para população idosa que apresenta um índice cada vez mais alto.

Atualmente, o crescimento desta população, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1900 milhões de pessoas. No Brasil, segundo o censo de 2000, a população de 60 anos ou mais de idade configurava um contingente de quase 15 milhões de pessoas, correspondendo a 8,6% da população total (IBGE, 2000; MINAYO, COIMBRA JR, 2002; UCHÔA, 2003).

A justificativa para isso é atribuída à tendência crescente da expectativa de vida, estando hoje o nível de esperança de vida ao nascer em torno de 71,3 anos, a melhoria geral

das condições de saúde e mudança dos padrões de doença e saúde, redução dos índices de mortalidade e diminuição da taxa de natalidade (SILVA, 1996; MOTTA, 2003).

Esses dados sugerem que as pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, despertando questionamentos sobre como perceber e vivenciar o processo de envelhecimento com qualidade de vida. Um dos fatores que contribuem para tal é a vivência da sexualidade nos idosos, ainda pouco explorada nos serviços de saúde, por considerarem parte pouco integrante da vida dessa clientela, colaborando com a maior susceptibilidade e contágio da doença, pela pouca, fraca ou ausente informação.

A presença do HIV na terceira idade cresceu mais de 80% nos últimos 12 anos, o índice que em 2001 era de 4,8 passou para 8,7 em 2012, a explicação para isso é atribuída à fraca conscientização nesta população e isso acontece devido ao estigma gerado de que não há sexualidade entre idosos (BRASIL, 2013).

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados, tem sido responsável pela pouca atenção dada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade (BALLONE, 2001; ZAMLUTTI, 1996). Costumes culturais como ausência de sexo na terceira idade, acabam dificultando o diagnóstico nesta população. Com resultado positivo vem à vergonha, o medo e abandono familiar, comprometendo a qualidade de vida.

O Perfil Epidemiológico de idosos com HIV/AIDS no Brasil é um tema que necessita ser bastante discutido, tanto pela necessidade de transmitir informação a esta parcela da população, como para favorecer a descoberta de achados que venham a contribuir na cura desta enfermidade. A convivência com esta clientela desperta a necessidade de superar tabus, adentrar no conhecimento do perfil social e cultural, para orientá-los e estimulá-los a vivenciar o envelhecimento com a sexualidade ativa e segura, diminuindo os estigmas em relação a vida sexual a partir da efetivação de ações educativas que preconizem relações sociais, afetividade e aprendizagem.

Espera-se com este estudo estabelecer um perfil de idosos com HIV/AIDS no Brasil e, dessa forma, colaborar com a efetivação de ações educativas que possibilitem um envelhecimento sexual ativo e seguro.

Desta forma elaborou-se algumas perguntas para nortear este estudo: Qual o perfil epidemiológico de idosos com HIV/AIDS no Brasil no período de 2003 a 2013? Qual a região brasileira com maior índice de AIDS em idosos?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Descrever o perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS no Brasil de 2003 a 2013

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar e comparar a região brasileira com maior índice de HIV/AIDS em idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HIV/AIDS – CONHECENDO A ENFERMIDADE

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença que deprime o sistema imunológico humano, seu agente etiológico é o HIV ou vírus da imunodeficiência humana. São conhecidos dois tipos do vírus, HIV-1 e HIV-2, que causam a AIDS (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Esses fazem parte de um grupo específico de vírus chamado retrovírus, no qual carregam seu material genético na forma de ácido ribonucleico (RNA), e em sua estrutura estar um envelope glicoproteico circundando o vírus. Nodosidades, consistindo nas proteínas GP120 e GP41, fazem protrusão a partir do envelope. Essas proteínas são essenciais para ligar o vírus ao linfócito T CD4+ não infectado e dessa forma parasitar nesta célula (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Essas células T CD4+ são os alvos do vírus HIV, elas fazem parte do sistema imunológico humano defendendo-o contra infecções. Quando o HIV penetra nessas células o organismo torna-se susceptível, com isso, o portador do vírus desenvolve infecções oportunistas ocasionadas por agentes até então não patogênicos ao organismo e por outros considerados patogênicos, mas que nessa situação assumem maior agressividade (BRASIL, 2005).

A via de transmissão mais prevalente desta infecção é a sexual, apresentando 75% do total de casos da doença no mundo. Entretanto, existem outras vias que também contribuem para o aumento gradativo do número de casos como a via vertical e parenteral (CARNICER-PONT; VIVES; BÁRBARA, 2011).

A relação sexual desprotegida é considerada uma das principais formas de transmissão do vírus desde o surgimento dos casos. A transmissão do HIV é possível durante prática sexual que envolva o contato com fluidos contaminados entre os parceiros (LEVY, 2009). Presença de DSTs, em especial as com lesões ulcerativas, elevam o risco de transmissão sexual do vírus (WARD; RÖNN, 2010).

A transmissão vertical ocorre quando a criança é infectada durante a gestação, parto ou amamentação (KOURTIS; BULTERYYS, 2010), sendo responsável por aproximadamente 90% das infecções em crianças. Desta forma, se nenhuma intervenção for efetuada durante a gestação e após o parto o risco da transmissão pode chegar a mais de 45% (UNAIDS, 2010).

Já a transmissão parenteral ocorre quando há compartilhamento de seringas durante a administração parenteral de drogas, ou seja, na utilização de drogas injetáveis. O uso de

substâncias psicoativas foi associado à infecção pelo HIV, não somente pela possibilidade de compartilhamento de seringas contaminadas pelo uso de drogas injetáveis, mas também por incapacitar o usuário para identificar e evitar circunstâncias de risco como a prática de sexo inseguro, múltiplos parceiros, violência sexual ou troca de sexo por drogas. Especificamente em relação à cocaína, pois, estudos sugerem que seu consumo pode tornar o usuário mais suscetível ao HIV, uma vez que a exposição à cocaína sensibiliza os linfócitos T CD4 e aumenta suas chances de infecção. O que denota a necessidade e importância de medidas educativas a esse grupo, a fim de incentivar mudanças comportamentais, na perspectiva da redução de danos (KURTH et al. 2011; BASTOS, 2010).

Entre profissionais de saúde a principal via de infecção pode estar relacionada ao acidente ocupacional com material perfuro cortante contaminado, que implica no contato com pele e/ou mucosas, devido uma manipulação inadequada desses materiais, ou até mesmo a maneira e local de descarte dos mesmos, cujo maior risco em adquirir a patologia refere-se ao tipo de lesão, sua gravidade e paciente fonte, sendo, portanto indicada a quimioprofilaxia na tentativa de reduzir o risco de contaminação.

Assim, em todas as vias de transmissão, é possível através de estratégias como prevenção da infecção na população adulta, redução do número de gravidez indesejada entre mulheres infectadas, disponibilização do tratamento para mães e profilaxia para a criança, cuidados durante parto e amamentação, além de conscientização da população com comportamentos de risco, reduzir consideravelmente os índices de contágio do vírus.

Na presença deste contágio, salienta-se que as infecções oportunistas mais frequentes entre esses indivíduos são a pneumonia por *P. carinii*, a candidíase, a citomegalovirose, a herpes zoster, a criptosporidiose e a isosporíase. Entretanto, formas neoplásicas como o Sarcoma de Kaposi e os linfomas também são comuns e comprometem significativamente o prognóstico do paciente, reforçando a importância das estratégias preventivas (FANALES-BELASIO et al. 2010).

Com relação ao diagnóstico alguns testes foram elaborados com o intuito de detectar a presença do vírus da forma mais rápida e eficiente. De acordo com Buttò et al. (2010) esses testes detectam a presença de anticorpos anti-HIV no sangue e permitem não somente a confirmação diagnóstica da infecção, mas também, contribuem significativamente para o controle e monitoramento da evolução da doença.

Após o contágio, anticorpos específicos contra o HIV começam a ser produzidos, mas a sua detecção laboratorial não é possível de imediato. É necessário um período de seis a 12 semanas para que haja a soro conversão e para que o exame anti-HIV seja reagente (BRASIL,

2005). Isso acontece porque após a contaminação do HIV o aparecimento dos primeiros anticorpos anti-HIV é observado entre a 3ª e 5ª semana depois da exposição. O período que decorre entre a infecção e a detecção de anticorpos é chamado de janela imunológica. A primeira manifestação clínica da doença é conhecida como infecção aguda ou síndrome retroviral aguda caracterizada por viremia e resposta imune intensa acompanhada de rápida queda na contagem de células T-CD4+ (FANALES-BELASIO et al. 2010).

Hoje existem quatro classes de drogas para o tratamento contra a infecção pelo HIV, quais sejam, inibidores da transcriptase reversa, inibidores da protease (LU; CHEN, 2010), inibidores de fusão e inibidores da integrase (GARRIDO et al., 2010). Os inibidores da transcriptase se dividem em análogos de nucleosídeos e não análogos de nucleosídeos e atuam na transcrição do DNA a partir da molécula de RNA impedindo a ação da enzima transcriptase reversa. Os inibidores da protease atuam diretamente na enzima protease vinculada ao processo de maturação da partícula viral (LU; CHEN, 2010). Os inibidores de entrada interferem na ligação do HIV aos receptores dos linfócitos impossibilitando a fusão do vírus e sua entrada na célula e os inibidores da integrase atuam impedindo a integração do genoma viral ao genoma da célula hospedeira (HAZUDA et al. 2000).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a elaborar uma política governamental garantindo acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais a todos os que deles necessitem (BRASIL, 2008). Para tal foi criada a lei nº 9.313 em novembro de 1996 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS (BRASIL, 1996).

Essa política possibilitou uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes que possuem a doença, no entanto compreende-se que o controle e erradicação do HIV está relacionado ao desenvolvimento de uma vacina segura, eficaz e acessível a todas as pessoas, além da efetivação de estratégias de saúde que visam o esclarecimento das formas e riscos de transmissão do vírus e a adoção de comportamentos sexuais seguros.

3.2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

O envelhecimento humano é um seguimento pertinente à vida em que há um comprometimento do equilíbrio homeostático com um gradual declínio do ritmo biológico, ocasionando perdas significativas para o indivíduo que envelhece, podendo oferecer riscos a sua saúde, a seu bem estar psicossocial e a sua capacidade funcional (SOUSA, 2010).

Para Fonseca e Rizzotto (2008), o envelhecimento pode ser definido como um

processo acumulativo, irreversível, sequencial, universal e não patológico, que provoca a deterioração do organismo maduro, tornando-o progressivamente incapaz de cumprir as funções fisiológicas básicas, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades em se adaptar ao meio ambiente. Benedetti et al. (2008) ampliam essa concepção ao afirmarem que o envelhecimento se caracteriza pelas alterações biológicas não dissociadas das questões psicológicas, sociais e culturais.

Até os anos 1980, o Brasil era considerado um país jovem, ou seja, o número proporcional de pessoas com idade inferior a 60 anos era relativamente maior. No entanto, atualmente, assiste-se a um processo de amadurecimento dos habitantes do país e um conseqüente aumento da população mais velha. Antes, pessoas com mais de 80 anos era algo extremamente raro, atualmente isso vem se tornando cada vez mais comum (IBGE, 2010).

Algumas projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, atingindo índice superior a 30 milhões de pessoas. O grupo etário composto por pessoas acima de 65 anos cresceu de 3,5%, em 1970, para 5,5% em 2000. Em 2050, este grupo etário deverá responder por 19% da população brasileira. É interessante observar que, concomitantemente, tem ocorrido o aumento da longevidade da população idosa, indivíduos com 80 anos ou mais é a faixa etária que mais cresce (ROSSET et al. 2011).

O aumento da longevidade estabelece a necessidade de políticas públicas que venham a atender os anseios da população idosa. A Lei nº 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, a lei nº 10.741/03 que prescreve o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída pela Portaria de nº 2528 de 19 de outubro de 2006, enfatiza a promoção da saúde como uma prioridade.

Segundo dados do último censo, o número de idosos era de 20.590.599, representando 10,8% da população brasileira (IBGE, 2011). Estima-se que enquanto a população brasileira crescerá cinco vezes entre 1950 e 2025, a população idosa aumentará quinze vezes no mesmo período de acordo com o IBGE. Encontra-se ante um fenômeno novo e surpreendente, em que pela primeira vez na história da humanidade a faixa etária superior aos 60 anos é a que mais cresce.

Esse índice mostra que o idoso brasileiro tem se tornado um protagonista social cada vez mais visível, ocupando espaço na mídia e ganhando a atenção do mercado de consumo, do lazer e do turismo, exigindo cada vez mais produtos e serviços que satisfaçam suas necessidades e anseios. Passam a existir com mais frequência os grupos de terceira idade, faculdades abertas, centros de convivência, clubes, associações, nos quais os idosos

participam ativamente. Essa tendência de certa forma contraria a ideia presente no imaginário da população de que, na velhice, os indivíduos estariam excluídos da vida pública ativa. Mas, apesar de toda essa atividade e participação, e dos importantes avanços científicos e tecnológicos dos últimos anos, o aumento da longevidade evidencia a vulnerabilidade dos idosos que atingem idades mais avançadas.

Essa vulnerabilidade remete à infecção pelo HIV, devido o contexto biopsicossocial de inserção do idoso, no qual há, normalmente, associação de sua figura a perdas, limitações, incapacidade de procriação e inatividade sexual, comprometendo a percepção sobre as novas trajetórias que estes indivíduos podem traçar, fazendo com que a velhice se torne um processo passivo à vulnerabilidade e à fragilização.

3.3 CONVIVENDO COM HIV/AIDS NA VELHICE

No Brasil, a AIDS emergiu como um problema muito grave de Saúde Pública, devido ao aumento da circulação do vírus na população geral. Dos casos registrados da doença, em 2011, 2,1% acometeu a população de idosos, externando um novo perfil de notificação, no qual vem aumentando e tem como forma predominante de infecção a relação sexual (SILVA et al. 2011).

O aumento do número de casos de HIV nessa população tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade. O que remete ao aumento da notificação de infecção pelo HIV após os 60 anos de idade e ao envelhecimento de pessoas que convivem com o vírus.

No início da década de 1980, foram notificados 287 idosos soropositivos. Até junho de 2005, contudo, o total de casos passou para 6.935, ou seja, após 25 anos, evidenciou-se um aumento de 6.648 casos, revelando um acelerado acréscimo da disseminação desse agravo (SILVA et al. 2011).

Esses dados podem relacionar-se a falta ou ausência de atenção ainda dispensados a essa temática, por acreditar que as pessoas na terceira idade não possam se relacionar com outras quanto mais ter relações sexuais após os 60 anos de idade, o que as tornam mais vulneráveis a contrair essa doença.

Apesar de se pensar que ter uma vida sexualmente ativa é algo exclusivo de pessoas jovens, percebe-se que a população idosa tem conquistado cada vez mais liberdade nesse

sentido, uma vez que a melhoria nas condições de vida possibilita acesso aos serviços de saúde, saneamento, lazer e bem estar, assim como, desenvolvimento de medicamentos que aprimoram o desempenho sexual, principalmente dos homens, fazendo com que eles sintam-se fortes e com disposição (LISBOA, 2010).

Essa condição pode tornar os indivíduos idosos a ficarem mais expostos a situações de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Além disso, o diagnóstico poderá ser realizado em uma fase mais tardia, depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, fato este, que atrasa o diagnóstico e tratamento por mais de dez meses. Isto ocorre porque certos sintomas da infecção, tais como cansaço, perda de peso e distúrbios na memória, não são específicos desta infecção, podendo acontecer em outras doenças que são comuns nesta faixa etária. Na maioria dos casos, a doença é descoberta quando o paciente é internado para tratar alguma infecção oportunista ainda não diagnosticada ou em exames pré-operatórios. Sendo assim, o tempo de sobrevivência diminui, pois a medicação começa a ser administrada tardiamente e o número de novas infecções tende a aumentar, já que não se adota um discurso de prevenção para essa população, o que remete a maior necessidade de atenção para esta temática (SILVA; PAIVA, 2012).

Uma das medidas preventivas sugere ações educativas que reforcem a necessidade do uso de preservativo nas relações sexuais, pois a falta de informação sobre sua utilização e, também, o mito de que o mesmo pode prejudicar a ereção são motivos pelos quais as pessoas idosas não aderem a seu uso. Muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar o preservativo, acreditando que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo (SILVA; PAIVA, 2012).

Já entre as mulheres, o uso do preservativo é visto como um método contraceptivo, tornando-as mais susceptíveis à doença, pois por não estarem em idade fértil e/ou por terem realizado procedimentos cirúrgicos para evitar a gravidez, não sentem necessidade da utilização nas suas relações sexuais (SILVA; PAIVA, 2012).

Frente ao exposto, é oportuno ressaltar que desde que foram lançados os medicamentos para prolongar a vida sexual e as novas biotecnologias de reposição hormonal, os potenciais usuários idosos, não foram alertados sobre a consequente vulnerabilidade em termos de exposição às DSTs, que exige o uso do preservativo, o que pode estar associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade (ZORNITA, 2008).

Assim, campanhas direcionadas a população idosa são fundamentais, mas, somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento para que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário, sobretudo, focar

aspectos socioculturais para reduzir riscos e vulnerabilidades.

Dentre as campanhas em destaque, enfatiza-se que o Programa Nacional de DST e AIDS realizou uma campanha, lançada no dia 1º de dezembro de 2008, como resposta ao aumento da incidência de HIV em idosos, cujo objetivo foi despertar nos adultos maduros e idosos a importância do uso do preservativo nas relações sexuais (MASGRAU, 2009).

Outra campanha foi lançada no dia 13 de fevereiro de 2009, pelo Ministério da Saúde, para alertar os idosos sobre os riscos de AIDS e outras DSTs no Carnaval, com o *slogan* “Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não”, na tentativa de conscientizar mulheres sobre comportamentos de risco para o vírus HIV/AIDS, devido ao aumento da incidência de AIDS nesse segmento (MASGRAU, 2009).

Frente o exposto, enfatiza-se a amplitude de conhecimentos sobre HIV/AIDS em indivíduos jovens e profissionais da saúde, e a escassez de informações relacionadas aos idosos, o que aponta para a necessidade de compreensão da sexualidade enquanto prática saudável e natural nesse público, quebrando preconceitos e ampliando informações acerca da temática a fim de diminuir a vulnerabilidade do idoso para o HIV/AIDS.

De acordo com Andrade et al. (2010), as relações afetivas foram abaladas pela descoberta da infecções pelo HIV. Para alguns idosos ser portador de um vírus incurável e grave causou-lhe estranheza, confusão e revolta. Entre os que eram casados, a descoberta trouxe conflitos no relacionamento como quebra de confiança e desconsolo.

A aparência física que a evolução da doença causa é uma queixa comum entre os idosos. O sofrimento decorrente de ter um corpo diferente causado pela lipodistrofia, que é a perda acentuada da gordura, pela ação dos medicamentos anti-HIV, junto com as manifestações clínicas como diarreia, pneumonia e febre, que se tornam fatores denunciadores da doença, leva o idoso a sofrer com baixa autoestima, sentimentos de inferioridade que conseqüentemente o levam para o isolamento social. Nesse contexto a tentativa de suicídio foi outro aspecto observado como uma tentativa de fuga da realidade (ANDRADE et al. 2010).

Além disso, o isolamento social contribuiu para diminuição da qualidade de vida desta população, levando-os a acreditarem que são inúteis e incapazes de construir um relacionamento.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo.

Os estudos epidemiológicos incluem a vigilância, análise e experimentação dos fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde. Atribui-se também a epidemiologia o desenvolvimento de estudos para o controle dos problemas de saúde (FURLEY, 2008).

Para Gil (2008) a pesquisa descritiva descreve as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

O método quantitativo é definido pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Buscando assim, uma maior precisão dos resultados e evitando problemas como distorções de análise e interpretação (RICHARDSON et al. 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada a partir de dados contidos no Sistema de Informação em Saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), o DATA-SUS, site de notificação de agravos públicos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população e amostra deste estudo foram todos os indivíduos idosos acometidos pela HIV/AIDS entre 2003 a 2013.

4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Os dados foram coletados da base de dados Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período entre 2003 a 2013.

O SINAN foi desenvolvido no início da década de 1990, com objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da mortalidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2004).

O SINAN teve sua aplicação iniciada em 1993, tendo sido precedida por testes-piloto realizados em Santa Catarina e Pernambuco. Somente em 1998, o uso do SINAN foi regulamentado por meio de portaria ministerial, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 2004).

Os aspectos analisados para o estudo foram: sexo, faixa etária, raça e escolaridade por estado do Brasil.

4.5 PERÍODO DE COLETA

A pesquisa ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) foi realizado no período de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o processamento dos dados coletados foram construídas tabelas no *Microsoft Office Word* 2010, usando como parâmetro estatístico a proporção e como medida de tendência central a média, obtendo, dessa forma, a média de idosos acometidos pela AIDS/HIV no período de 2003 a 2013.

Facilitando assim, a análise dos dados utilizando estatística descritiva simples com base na literatura pertinente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Mesmo sendo uma pesquisa que lida com dados secundários e não com seres humanos, os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos foram apresentados em forma de tabelas e analisados mediante comparação entre cada Região e Estado com a variável selecionada: sexo, faixa etária, raça e escolaridade. Em seguida, os resultados encontrados serão confrontados com a literatura pertinente ao tema.

Tabela 1 – Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/sexo no período de 2003 a 2013 no Brasil.

REGIÃO	2003 - 2013	
	SEXO	
ESTADO	MASCULINO	FEMININO
NORTE	547	231
AM	122	55
RR	19	11
AP	26	18
PA	264	103
TO	39	12
RO	70	27
AC	7	5
NORDESTE	1.515	715
MA	201	74
PI	82	36
CE	252	108
RN	99	42
PB	73	46
PE	308	152
AL	78	23
SE	46	21
BA	376	213
CENTRO-OESTE	474	324
MT	166	83
MS	127	102
GO	181	139
SUDESTE	4.235	2.999
SP	2041	1416
RJ	1285	879
ES	163	140
MG	746	564
SUL	2.029	1.461
PR	495	340
RS	1095	808
SC	439	313
TOTAL	8800	5730

Fonte: DATASUS, 2014.

A partir da coleta de dados, observou-se que, no período de 2003 a 2013, houve um elevado índice de infecção de idosos pelo HIV/AIDS no Brasil, totalizando 14.530 novos casos, sendo a maior prevalência entre indivíduos do sexo masculino com 8.800 casos, enquanto o sexo feminino apresentou 5.730 casos ao longo desses 11 anos.

Ao se comparar os dados em cada região e estado do país, observou-se que a predominância do sexo masculino permaneceu em todas as unidades federativas analisadas, obtendo, em algumas, valores bastante aproximados em relação ao sexo feminino. Na Região Norte, o maior índice de HIV/AIDS foi registrado no Pará, com 367 casos; na Região Nordeste, a Bahia obteve o maior percentual com 589 casos; na Região Centro-Oeste, o Estado de Goiás apresentou os maiores valores 320; e nas Regiões Sudeste e Sul, houve uma maior prevalência nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, totalizando 3.457 e 1.903 novos casos, respectivamente, conforme apresentado na Tabela 1.

A epidemia do HIV/AIDS em idosos no Brasil vem se apresentando como um grave problema de saúde pública nos últimos anos, visto que, juntamente com o fenômeno do envelhecimento populacional no país, o número de pessoas acima de 60 anos infectadas também tende a aumentar proporcionalmente (GOMES; SILVA, 2008). Além disso, dados nacionais referem que o índice de infecção entre os idosos já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2008).

Diversos fatores têm sido indicados como os responsáveis por estes altos índices de infecção, dentre eles cita-se os avanços na indústria farmacêutica e na medicina, os quais proporcionam o prolongamento da vida sexual ativa; a invisibilidade do idoso como susceptível ao HIV/AIDS por parte dos profissionais da saúde, da família e da sociedade em geral; e a falta de programas de prevenção às DSTs que tenham o idoso como um dos principais alvos, haja vista que os programas atuais objetivam apenas criar oportunidades de lazer, atividades culturais e desportivas, tornando esses indivíduos vulneráveis à infecção pelo vírus (PEREIRA; BORGES, 2010; LAZZAROTO et al. 2008).

Mediante a análise da alta predominância de HIV/AIDS nesse estrato populacional, evidencia-se que a maioria dos casos ocorre em indivíduos do sexo masculino, o que corrobora com os primeiros conceitos criados para doença, em que, no início da década de 1980, era considerada como específica de homossexuais (apenas homens), profissionais do sexo e usuários de drogas (KRAMER et al. 2009). Entretanto, conforme asseguram Santos e Assis (2011), o perfil da epidemia de HIV/AIDS vem se modificando ao longo do tempo, sendo atualmente caracterizada por fenômenos de feminilização, heterossexualização,

pauperização e envelhecimento.

Ratificando essa premissa, Rodrigues Júnior e Castilhos (2004) asseguram que a AIDS no Brasil manifesta-se como uma pandemia multifacetada, que é composta por várias subepidemias, não possuindo um perfil epidemiológico único em todo o território brasileiro, mas um mosaico de subepidemias regionais que são motivadas pelas desigualdades socioeconômicas, culminando nos elevados índices apresentados atualmente.

Contudo, a maior incidência da doença no sexo masculino, refere-se a sua maior vulnerabilidade perante o HIV/AIDS, decorrente, principalmente, do contexto histórico e social na qual a masculinidade está inserida, promovendo incentivo às práticas sexuais cada vez mais cedo, muitas vezes sem uma orientação adequada para a prevenção de DSTs (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010). Além disso, quando comparadas com as mulheres, evidencia-se o maior número de parceiras(os) sexuais entre os homens e sua menor procura pelos serviços de saúde, aumentando o risco de se contrair o vírus (LAROQUE et al. 2011).

No tocante a população idosa, este dado remete, principalmente, a ausência do uso do preservativo, à maior procura pelos serviços de prostituição, ao frágil conhecimento sobre a doença, bem como a pouca procura pelos serviços de saúde (SANTOS ASSIS, 2011; SILVA; VARGENS, 2009). Esse cenário, de acordo com o Ministério da Saúde (2007), gerou o grande aumento do número de casos de AIDS notificados a partir da década de 1990. Em 1980 os números apontavam infecção de 240 homens e 47 em mulheres, porém, na década de 1990, verificou-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres, evidenciando o rápido aumento da infecção pelo HIV/AIDS nesses indivíduos.

A Tabela 2 apresenta a notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/faixa etária, evidenciando-se maior prevalência de indivíduos infectados entre 60 e 69 anos, totalizando 11.695 casos em todo o país. Na Região Norte, dos 600 casos notificados na sexta fase da vida, o maior número foi encontrado no estado do Pará (280 casos), enquanto nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste os estados da Bahia (466 casos) e Goiás (257 casos), apresentaram maiores números. Já no estado de São Paulo a Região Sudeste foi a que apresentou maior notificação (2.803 casos) enquanto na Região Sul foi o Rio Grande do Sul apresentando (1.553 casos).

TABELA 2 – Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/faixa etária, no período de 2003 a 2013 no Brasil.

REGIÃO	2003 – 2013			
	FAIXA ETÁRIA			
	ESTADO	60 – 69 ANOS	70 – 79 ANOS	80 ANOS E MAIS
NORTE		600	146	32
AM		140	30	7
RR		24	3	3
AP		34	9	1
PA		280	68	19
TO		39	11	1
RO		74	22	1
AC		9	3	-
NORDESTE		1.785	373	52
MA		215	54	6
PI		92	22	4
CE		290	60	10
RN		112	22	7
PB		92	20	7
PE		376	72	12
AL		86	9	6
SE		56	11	-
BA		466	103	20
CENTRO-OESTE		633	136	29
MT		195	43	11
MS		181	39	9
GO		257	54	9
SUDESTE		5.810	1.251	173
SP		2803	583	71
RJ		1748	364	52
ES		242	55	6
MG		1017	249	44
SUL		2.867	570	53
PR		681	142	12
RS		1553	323	27
SC		633	105	14
TOTAL		11695	2476	359

Fonte: DATASUS, 2014.

Os avanços sociais e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutiram positivamente na expectativa de vida ao nascer do brasileiro, fazendo com que passasse de 45,5 anos de idade em 1940, para 72,7 anos, em 2008 (BRASIL, 2010). Como resultado desse aumento da longevidade e das melhorias à saúde proporcionadas pela vida moderna, o idoso vem redescobrendo experiências, dentre delas o sexo, tornando sua vida

mais ativa e agradável. Entretanto, essas práticas sexuais quando desprotegidas, tornam o idoso susceptível a adquirir o HIV/AIDS e diversas outras DSTs, gerando graves problemas biopsicossociais (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010; LAROQUE et al. 2011).

Apesar do HIV/AIDS estar inicialmente associado a adultos jovens, ao longo de sua trajetória no país, houve um aumento do número de pessoas diagnosticadas na faixa etária acima de 60 anos. Segundo Girondi et al. (2010), essas infecções acontecem, predominantemente, por transmissão sexual, revelando a falta de informação dos idosos sobre as formas de prevenção, sobretudo, sobre o uso do preservativo.

Ainda de acordo com os mesmo autores, essa conjuntura na qual o HIV/AIDS está inserido no Brasil torna-se bastante preocupante, visto que o coeficiente de mortalidade em idosos entre 60 e 69 anos vem aumentando ao longo das décadas, exibindo o menor coeficiente no ano de 1997 (3,4 óbitos/100.000) e o maior em 2006, apresentando valores de 5,2 óbitos a cada 100.000 habitantes. Ademais, essa faixa etária ainda apresenta 77,4% de óbitos por AIDS na população idosa.

Além disso, de acordo com Ultramari et al. (2011), a incidência de HIV/AIDS em idosos sofreu um rápido crescimento a partir do ano de 1995, principalmente na faixa etária entre os 60 e 69 anos, totalizando 16,22 casos/100.000 habitantes, caracterizando essa faixa etária como a quarta maior incidência de casos no país.

O fato da faixa etária entre 60 e 69 anos ter apresentado a maior prevalência de HIV/AIDS, pode ser justificada pelo fato de que são idosos mais jovens, favorecendo a prática de relações sexuais, na maioria das vezes desprotegida, haja vista que, segundo Andrade, Silva e Santos (2010), muitos idosos acreditam que o preservativo possui apenas a finalidade de contracepção, não sendo necessária a utilização nessa idade. Além disso, muitos acreditam que em uma relação monogâmica não há necessidade do uso de prevenção, pois estão seguros em relação à fidelidade do parceiro.

TABELA 3 – Notificação de HIV/AIDS em idosos segundo estado/raça, no período de 2003 a 2013 no Brasil.

REGIÃO	2003 - 2013						
	ESTADO	RAÇA					
		BRANCA	PRETA	AMARELA	PARDA	INDÍGENA	IGNORADO
NORTE		71	30	5	344	6	322
AM		17	4	2	100	3	51
RR		5	5	-	7	2	11
AP		-	6	-	22	-	16
PA		24	9	-	127	1	206
TO		7	3	-	28	-	13
RO		15	3	3	53	-	23
AC		3	-	-	7	-	2
NORDESTE		322	141	7	835	5	920
MA		27	16	-	109	1	122
PI		18	8	1	59	-	32
CE		24	9	4	167	-	156
RN		20	4	-	57	-	60
PB		22	7	-	55	2	33
PE		87	34	1	156	-	182
AL		18	3	-	55	-	25
SE		9	3	-	34	-	21
BA		97	57	1	143	2	289
CENTRO-OESTE		213	34	9	251	11	280
MT		67	14	3	81	-	84
MS		85	9	3	54	10	68
GO		61	11	3	116	1	128
SUDESTE		2.677	531	28	995	4	3.000
SP		1596	241	25	449	2	1144
RJ		558	167	2	258	1	1179
ES		104	27	-	67	-	105
MG		419	96	1	221	1	572
SUL		2.054	220	17	197	5	998
PR		447	31	8	61	1	288
RS		1074	153	7	113	3	553
SC		533	36	2	23	1	157
TOTAL		5334	955	66	2622	31	5522

Fonte: DATASUS, 2014.

Ao analisar a Tabela 3, percebe-se que, no período de 2003 a 2013, houve uma maior predominância de idosos com registros de raça ignorada (5.522 casos), seguido pelas raças branca (5.334) e parda (2.622). Entretanto, ao se analisar a variável raça em cada região do país, observa-se variações que diferem dos dados nacionais. Nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste predominou a raça parda, totalizando 344, 835 e 251 casos, respectivamente,

enquanto na região Sudeste, a raça branca foi a mais prevalente, com 2.677 casos, seguido da região Sul com 2.054 casos.

Ao se detalhar os casos de HIV/AIDS em idosos segundo o estado/raça, evidencia-se que, a raça branca obteve os maiores valores nos estados do Pará (24), Bahia (97), Mato Grosso do Sul (85), São Paulo (1.596) e Rio Grande do Sul (1.074); a raça preta foi mais prevalente no Pará (09), Bahia (57), Mato Grosso (14), São Paulo (241) e Rio Grande do Sul (153). Já a raça amarela foi mais infectada nos estados de Roraima (03), Ceará (03), Mato Grosso/Mato Grosso do Sul/Goiás (03), São Paulo (25) e Paraná (08); a raça parda exibiu a maior quantidade de infectados no Pará (127), Ceará (167), Goiás (116), São Paulo (449) e no Rio Grande do Sul (113). E os indígenas foram mais infectados nos estados do Amazonas (03), Paraíba/Bahia (02), Mato Grosso do Sul (10), São Paulo (02) e Rio Grande do Sul (03).

De acordo com Girondi et al. (2011), os idosos de cor branca são os mais afetados no país, provavelmente, em decorrência da epidemia de AIDS apresentar-se em maior concentração nas Regiões Sudeste e Sul, onde os idosos desta raça estão em maior quantidade. Ainda segundo os autores, as pessoas amarelas ou indígenas apresentam os menores índices de infecção devido exibirem menores percentuais populacionais quando comparados às demais raças.

Os idosos de raça parda e preta também apresentaram alta prevalência de infecção pelo HIV/AIDS, o que, segundo Batista e Monteiro (2010), pode ser justificado pelos diferenciais em relação ao acesso a serviços de saúde, na qualidade da assistência e no perfil de mortalidade expressos por essas populações, demonstrando que os processos de cuidado, saúde, doença e morte, podem ser influenciados pelas desigualdades sociais, quando estas se encontram agregadas a fatores sociais, genéticos, políticos e econômicos.

Em relação à raça indígena, dados do Ministério da Saúde (2000) afirmam que o primeiro caso de AIDS na população indígena ocorreu no ano de 1987, na Região Centro-Oeste, especificamente no Estado de Mato Grosso. Após um ano dessa infecção, foi registrado no Rio Grande do Sul um novo caso de AIDS em indígenas e ao longo de mais de duas décadas, esses valores apresentam exponenciais aumentos, visto que, no período de 2003 a 2013, foram registrados 31 casos de índios idosos infectados, enquanto no período de 1987 a 1999, havia apenas dois casos registrados nessa clientela (CARVALHO; CHO; FLORES, 2011; BRASIL, 2007;).

O alto índice de infecção pelo HIV/AIDS em idosos no país tem relação com diversos fatores, dentre eles, o pouco conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção, a imagem de idosos assexuados que a sociedade ainda possui, o difícil acesso e a reduzida

procura pelo tratamento de DSTs, sobretudo de HIV/AIDS nessa população, em decorrência, principalmente, do preconceito que ainda circunda o portador do HIV, dificultando a prestação de uma assistência efetiva e de qualidade para esses idosos.

Tabela 4 – Notificação de HIV/AIDS em idoso segundo estado/escolaridade no período de 2003 a 2013 no Brasil.

REGIÃO	2003 - 2013					
	ESCOLARIDADE					
	ESTADO	ANALFABETO	FUND. INCOMP.	FUND. COMP.	MÉDIO	SUPERIOR
NORTE	70	209	38	20	19	283
AM	9	37	5	5	7	-
RR	1	11	3	1	-	14
AP	4	14	2	3	-	-
PA	25	78	20	8	8	228
TO	8	18	6	3	2	14
RO	19	48	1	-	2	27
AC	4	3	1	-	-	-
NORDESTE	217	504	143	80	81	566
MA	40	74	18	10	4	129
PI	14	34	21	6	1	42
CE	21	55	16	6	16	1
RN	17	19	6	9	2	88
PB	27	37	10	4	3	38
PE	45	116	19	17	23	240
AL	7	29	9	5	10	-
SE	8	20	6	1	4	28
BA	38	120	38	22	18	-
CENTRO-OESTE	60	238	65	23	17	395
MT	28	76	17	10	8	110
MS	22	78	23	4	2	100
GO	10	84	25	9	7	185
SUDESTE	316	1.892	577	289	297	3.863
SP	166	1098	331	178	153	1531
RJ	57	397	150	54	95	1411
ES	20	90	18	18	8	149
MG	73	307	78	39	41	772
SUL	185	1.359	342	131	135	1.338
PR	42	301	52	21	30	389
RS	90	707	207	71	69	759
SC	53	351	83	39	36	190
TOTAL	848	4202	1165	543	549	6445

Fonte: DATASUS, 2014.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à notificação de HI/AIDS em idosos de acordo com estado/escolaridade, evidenciando-se em todas as regiões e estados, uma maior predominância de indivíduos com nível de escolaridade baixa, sobretudo os que cursaram o ensino fundamental incompleto (4.202) e completo (1.165). Além disso, observa-se uma grande parcela de idosos analfabetos que foram infectados, totalizando 848 casos, e também um elevado número de casos onde a escolaridade foi ignorada (6.445).

Constatou-se que os idosos analfabetos estiveram em maior número nos Estados do Pará (25), Pernambuco (45), Mato Grosso (28), São Paulo (166) e Rio Grande do Sul (90); o ensino fundamental incompleto foi preponderante no Pará (78), Bahia (120), Goiás (84), São Paulo (1.098) e Rio Grande do Sul (707). Com relação ao ensino fundamental completo, a sua maioria foi encontrada nos Estados do Pará (20), Bahia (38), Goiás (25), São Paulo (331) e Rio Grande do Sul (207); o ensino médio foi mais predominante no Pará (08), Bahia (22), Mato Grosso (10), São Paulo (178) e Rio Grande do Sul (71). E o ensino superior apresentou uma maior prevalência nos Estados do Pará (08), Pernambuco (23), Mato Grosso (08), São Paulo (153) e Rio Grande do Sul (69).

Conforme assegura o IBGE (2008), a escolaridade de um indivíduo possui grande importância como um indicador de saúde, visto que é uma variável estável ao longo dos anos, diferente de outras variáveis, como a sociodemográfica, que sofre influência de diversos elementos, os quais interferem positiva ou negativamente com o indicador de saúde. Além disso, a escolaridade também caracteriza a representação as diferenças de acesso à informação e das perspectivas e possibilidades de se beneficiar com novos conhecimentos, favorecendo o bem estar individual e coletivo.

Em relação ao idoso, o nível de escolaridade torna-se relevante uma vez que o conhecimento do HIV/AIDS e das suas formas de prevenção diminui as chances de se adquirir a doença. Desta forma, a baixa escolaridade proporciona à pessoa idosa uma compreensão reduzida acerca da doença, diminui a autonomia para buscar informações e assimilar as orientações dadas, mesmo as mais simples (MELO et al. 2012).

Em conformidade com esse pressuposto, Silva et al. (2011) afirmam que indivíduos com menos anos de estudo apresentam dificuldade em assimilar informações, sobretudo, conhecimentos complexos, e quando o fazem, tendem a aprender de forma inadequada ou incompleta. Ademais, a baixa escolaridade também gera influência direta sobre as opções de ocupação profissional, desencadeando uma série de fatores que tendem a tornar o sujeito ainda mais vulnerável, como baixos salários e condições socioeconômicas precárias, influenciando no acesso a melhor qualidade na prevenção e na assistência aos idosos

portadores do HIV/AIDS.

Desta forma, é oportuno destacar que a baixa escolaridade nos idosos, associada aos déficits cognitivos, favorece o não aprendizado, distanciando-os da assistência qualificada, o que resulta em um grave problema de saúde pública, haja vista que sem o conhecimento adequado sobre o HIV/AIDS, muitos idosos não utilizarão as medidas de prevenção, o que favorece ao aumento da sua disseminação nesse público específico. Além disso, por se tratarem de indivíduos idosos, a sociedade e os profissionais de saúde ainda possuem uma visão estigmatizada em relação ao sexo na terceira idade, o que dificulta o diagnóstico de DSTs nessa faixa etária, contribuindo, ainda mais, para a epidemia de HIV/AIDS em idosos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das décadas, o perfil do indivíduo portador do HIV/AIDS vem sofrendo grandes mudanças, sendo, inicialmente composto por homossexuais masculino, profissionais do sexo e usuários de drogas. Entretanto, passados mais de 30 décadas desde o primeiro caso de HIV/AIDS no Brasil, percebe-se que, atualmente, não existe um perfil específico para a infecção pelo HIV/AIDS, caracterizando todos os indivíduos como vulneráveis, independente de sexo, faixa etária, nível de escolaridade, classe socioeconômica ou opção sexual.

Diante disso, a problemática do HIV/AIDS na população idosa emerge como um grave problema de saúde pública, visto que a faixa etária acima de 60 anos é a que mais cresce no país, favorecendo assim, ao exponencial aumento de idosos infectados, algo que já pode ser observado atualmente, sobretudo, em decorrência da falta de informação sobre os conhecimentos básicos a respeito da doença, principalmente, sobre as suas formas de prevenção.

No presente estudo, percebeu-se que no período entre 2003 e 2013 houve um grande aumento no número de idosos infectados pelo HIV/AIDS, havendo uma maior prevalência entre homens, com idade entre 60 e 69 anos, brancos e com ensino fundamental incompleto. Em relação ao perfil brasileiro da epidemia entre idosos, identificou-se uma maior concentração de casos na Região Sudeste do país. Quanto ao caráter regional da infecção, os Estados que apresentaram os maiores índices foram: Pará, Bahia, Goiás, São Paulo e Rio Grande do Sul.

A importância desse estudo advém da possibilidade de elaboração de um perfil para a infecção do HIV/AIDS em idosos, proporcionando a identificação dos grupos de indivíduos idosos mais susceptíveis e das Regiões e Estados brasileiros com os maiores índices de infecção entre os anos de 2003 e 2013, o que pode subsidiar o desenvolvimento de ações e estratégias que tenham como foco a prevenção em idosos, sobretudo, nesses grupos e locais onde se evidenciaram os maiores valores.

Ademais, os achados do presente estudo demonstram que os idosos são sexualmente ativos e, portanto, vulneráveis à contaminação pelo HIV/AIDS, o que vai de encontro àquela imagem ultrapassada de idosos assexuados que ainda permeia o imaginário dos profissionais da saúde e da sociedade em geral. Diante disso, faz-se necessário que as políticas públicas de combate às DSTs incluam os indivíduos de 60 anos ou mais em suas campanhas de prevenção, haja vista que, assim como os jovens e adultos, os idosos também são susceptíveis às DSTs e

ao HIV/AIDS.

A principal limitação encontrada nesse estudo foi relacionada à subnotificação de dados sobre as variáveis raça e escolaridade, onde houve um grande número de indivíduos com esses dados ignorados, o que dificulta a elaboração de um perfil populacional brasileiro para a infecção do HIV/AIDS nos idosos.

Ao final desta pesquisa, espera-se que os achados evidenciados possam colaborar para o desenvolvimento de estratégias que visem o bem estar do idoso portador de HIV/AIDS, reduzindo o preconceito que envolve essa infecção. Além disso, almeja-se que esses resultados possam auxiliar na mudança da imagem sexual das pessoas da terceira idade para a sociedade, sobretudo para os profissionais e acadêmicos da saúde, os quais irão prestar assistência a essa população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. A.S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M.I.P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery**. v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010.

BALLONE, G. J. O Sexo nos Idosos. **Psiqu Web Psiquiatria Geral** [Internet]. 2001. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>. Acessado em: 26 Nov. 2014.

BASTOS, F. I. P. A nova agenda internacional e brasileira em política de drogas e prevenção de HIV/AIDS entre usuários de drogas. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 67-74, 2010.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde?. **BIS, BolInst Saúde (Impr.)**. São Paulo, v. 12, n. 2, 2010.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e prevalência de quedas em idosos residentes no sul do Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v.11,n.2, p. 42-9, 2008.

BRASIL. **Decreto 1.948 de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 03 de jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acessado em: 09 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. Volume 1, 3ª edição, p 193. Brasília/DF - junho 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_a_bolso.pdf>. Acessado em: 11 Dez. 2014.

_____. **Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e Aids**. Manual de Diretrizes técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigena_hiv.pdf>. Acessado em: 22 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano IV, n. 1 – 01ª – 26ª de 2007 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2007. <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf>. Acessado em: 11 Dez. 2014.

_____. Programa Nacional DST/AIDS. **Incidência entre os maiores de 50 anos preocupa**. 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/incidencia-entre-os-maiores-de-50-anos-preocupa>>. Acessado em: 09 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília (DF); 2010. (Série B: Textos Básicos de Saúde) (Série

Pactos pela Saúde 2006; v. 12). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acessado em: 22 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e hepatites virais**. 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acessado em: 16 Jun. 2013.

CARVALHO, N. S.; CHO, R.; FLORES, L. P. DST em populações indígenas no Brasil – análise crítica e revisão de literatura. **J Bras Doenças Sex Transm**. v. 23, n. 3, p. 142-145, 2011.

CUNICO, W.; GOMES, C. R. B; VELLASCO JUNIOR, W. T. HIV – recentes avanços na pesquisa de fármacos. **Quím. Nova [online]**. v. 31, n. 8, p. 2111-2117, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422008000800035>. Acesso em: 25 Nov. 2014.

FANALES-BELASIO, E. et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Ann IstSuperSanità**. v. 46, n. 1, p. 5-14, 2010.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm**. v.17, n.2, p.365-73, 2008.

FURLEY, T. H. Identificação da causa da toxicidade de efluentes de fábricas de celulose e papel da América Latina. In: Congresso e Exposição Internacional de Celulose e Papel, 41ABTCP, 2008. **Anais...** 2008.

GARRIDO, C. et al. Integrase variability and susceptibility to HIV integrase inhibitors: impact of subtypes, antiretroviral experience and duration of HIV infection. **J Antimicrob Chemother**. v. 65, n. 2, p. 320-326, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRONDI, J. B. R. et al. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 2, p. 302-307, 2012.

GOMES, S. F.; SILVA, C. M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: um revisão. **VITTALLE**. Rio Grande, v. 20, n. 1, p. 107-122, 2008.

HAZUDA, D. J. et al. Inhibitors of Strand Transfer That Prevent Integration and Inhibit HIV-1 Replication in Cells. **Science**. v. 287, n. 5453, p. 646-650, 2000.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acessado em 19 Nov. 2014.

_____. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2008**. Brasília: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Departamento de população e indicadores sociais; 2008.

- _____. **Síntese de Indicadores Sociais – 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1>. Acessado em: 19 Nov. 2014.
- _____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acessado em: 15 Ago. 2014.
- KOURTIS, A. P.; BULTERYS, M. Mother-to-Child Transmission of HIV: Pathogenesis, Mechanisms and Pathways. **ClinPerinatol**. V. 37, n. 4, p. 721-737, 2010.
- KURTH, A. E. et al. Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. **Curr HIV/AIDS Rep**. v. 8, n. 1, p. 62-72, 2011.
- KRAMER, A. S. et al. Alterações Metabólicas, Terapia Antirretroviral e Doença Cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arq Bras Cardiol**. v. 93, n. 5, p. 561-568, 2009.
- LAROQUE, M. F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.
- LAZZAROTTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **CiencSaúdeColetiva**. v. 13, n. 6, 2008.
- LEVY, J. A. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. **AIDS**. v. 23, p. 147-160, 2009.
- LISBOA, M. E. S. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS. Congresso Virtual HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso, 7., 2006. **Anais...** 2011. Disponível em: <www.aidscongress.net/article.php?idcomunicacao=285>. Acessado em: 19 Nov. 2014.
- LU, X. F.; CHEN, Z. W. The development of anti-HIV-1 drugs. **Acta Pharm Sin**. v. 45, p. 165-176, 2010.
- MASGRAU, R. Campanha de Prevenção à Aids foca mulheres acima de 50 anos. **JusBrasil Política 2009**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/politica/1611449/campanha-de-prevencao-aaids-foca-mulheres-acima-de-50-anos>>. Acessado em: 26 Nov. 2015.
- MELO, H. M. A. et al. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciênc& Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C.E.A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2002, p.11-24.
- MOTTA, A.B. Chegando pra idade. In: BARROS, M.M. L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2003. p. 223-235.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc Anna Nery (impr.)**. v. 14, n. 4, p. 720-725, 2010.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. 11. reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010. p. 70.

RODRIGUES JR, A. L. R.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **RevSocBrasMed Tropical**. v. 37, n. 4, p.312-317, 2004.

ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática internacional. **RevEscEnferm USP**. v.45, n.1, p.264-71, 2011.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: uma revisão de literatura. **RevBrasGeriatrGerontol**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SILVA, M.A.M.O. Velhos de Rua no Brasil: a morte silenciosa. **A Terceira Idade**. São Paulo: SESC, Ano IX (12): 35-43, 1996.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **RevEscEnferm USP**. v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, H. R. et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids em hospitais de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **EpidemiolServ Saúde**. Brasília, v. 20, n. 4, p. 499-507, 2011.

SILVA, L.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: Congresso Virtual HIV/AIDS: o VIH/SIDA na Criança e no Idoso, 7., 2007. **Anais...** 2011.

SOUZA, B.M.B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J ManagPrim Health Care**. Olinda, v. 1, n.1, p.23-26, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner&Suddarth – Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

ULTRAMARI, L. et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. **RevEletrEnferm [internet]**. v. 13, n. 3, p. 405-412, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11816>>. Acessado em: 11 Fev. 2015.

UNAIDS. **Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV- Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV**. 2010c. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en_0.pdf>. Acessado em: 16 Ago. 2014.

ZAMLUTTI, M.E.M. **O Mito da Velhice Assexuada**: um ponto de reflexão. São Paulo: Ed. Maturidade, 1996.

ZORNITA, M. **Os novos idosos com AIDS**: sexualidade e desigualdade à luz da bioética. **Rio de Janeiro**. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) —Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.