

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.i3555

O CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS ENTRE PESSOAS IDOSAS DE UM PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Knowledge about hiv/aids among elderly women in an interdisciplinary health promotion program

Conocimiento sobre vih/sida entre personas mayores en un programa interdisciplinario de promoción de la salud

Max Kopti Fakoury¹ 
Beatriz de Oliveira Bento² 
Alan Messala A. Britto³ 

RESUMO

OBJETIVO: avaliar o conhecimento sobre HIV/aids em mulheres idosas acompanhadas no programa interdisciplinar Renascer, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no Rio de Janeiro. **Método:** o estudo caracterizou-se como observacional, descritivo, do tipo transversal, sendo a amostra coletada por conveniência e composta por integrantes do programa Renascer atendidas no ambulatório de geriatria, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Avaliou o conhecimento sobre HIV/aids em 51 mulheres idosas de um programa interdisciplinar, no Rio de Janeiro, aplicando questionário relativo ao conhecimento sobre HIV para Terceira Idade (QHIV3I) e o Miniexame do Estado Mental (MEEM). **Resultados:** apesar da maioria das participantes (88,2%) demonstra ter conhecimento ao acertar pelo menos 65% das questões, foram encontradas lacunas para os aspectos relacionados aos conceitos básicos do HIV, à transmissão e ao tratamento. **Conclusão:** entendemos que as estratégias e políticas de educação e informação em saúde, para este perfil da população, devem ser revistas.

DESCRITORES: HIV; Aids; Mulheres; Idosos; Conhecimento.

^{1,2} Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Recebido em: 30/09/2024. **Aceito em:** 17/10/2024

AUTOR CORRESPONDENTE: Max Kopti Fakoury
Email: max.fakoury@unirio.br

Como citar este artigo: Fakoury MK, Bento BO, Britto AMA. O conhecimento sobre HIV/AIDS entre pessoas idosas de um programa interdisciplinar de promoção à saúde. R Pesq Cuid Fundam. 2025 [acesso ano mês dia];17:13555. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.i3555>



Doutorado
PPGEnfBio

PPGEnfBio
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PPGSTEH
MESTRADO PROFISSIONAL

ABSTRACT

OBJECTIVE: to evaluate the knowledge about HIV/AIDS among elderly women followed in the Renascer interdisciplinary program at the Gaffrée e Guinle University Hospital (HUGG) in Rio de Janeiro. **Method:** the study was characterized as an observational, descriptive, cross-sectional study, with a convenience sample made up of members of the Renascer program attending the geriatric outpatient clinic at the Gaffrée and Guinle University Hospital. The study assessed the HIV/AIDS knowledge of 51 elderly women in an interdisciplinary program in Rio de Janeiro, using a questionnaire on HIV knowledge for the elderly (QHIV3I) and the Mini-Mental State Examination (MMSE). **Results:** although the majority of participants (88.2%) demonstrated knowledge by getting at least 65% of the questions right, gaps were found for aspects related to basic HIV concepts, transmission and treatment. **Conclusion:** we believe that health education and information strategies and policies for this population profile should be reviewed.

DESCRIPTORS: HIV; AIDS; Women; Elderly; Knowledge.

RESUMEN

OBJETIVO: evaluar el conocimiento sobre VIH/Sida de las ancianas que frecuentan el programa interdisciplinario Renascer del Hospital Universitario Gaffrée e Guinle (HUGG), en Rio de Janeiro. **Método:** el estudio fue observacional, descriptivo, transversal, con una muestra de conveniencia constituida por integrantes del programa Renascer que asisten al ambulatorio geriátrico del Hospital Universitario Gaffrée y Guinle. Se evaluaron los conocimientos sobre el VIH/SIDA de 51 ancianas de un programa interdisciplinario de Río de Janeiro, utilizando un cuestionario sobre conocimientos sobre el VIH para ancianos (QHIV3I) y el Mini Mental State Examination (MMSE). **Resultados:** aunque la mayoría de las participantes (88,2%) demostró tener conocimientos al acertar al menos el 65% de las preguntas, se encontraron lagunas en aspectos relacionados con los conceptos básicos del VIH, la transmisión y el tratamiento. **Conclusión:** consideramos que deben revisarse las estrategias y políticas de educación e información sanitaria para este perfil de población.

DESCRIPTORES: VIH; SIDA; Mujer; Anciano; Conocimiento.

INTRODUÇÃO

A população mundial segue envelhecendo e a expectativa é de que o número de pessoas idosas duplique entre 2020 e 2050, alcançando 2,1 bilhões.¹ No Brasil, a população idosa cresce vertiginosamente e entre 2012 e 2021, o número de indivíduos com 60 anos ou mais, saltou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período. Em 2021, as mulheres idosas eram maioria expressiva, com 78,8 homens para cada 100 mulheres.²

Concomitante com o envelhecimento populacional, o número de pessoas idosas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) teve um aumento significativo em todo o mundo nos últimos dez anos.³ No Brasil, esse aumento ocorreu principalmente entre as mulheres.⁴ Algumas dessas pessoas idosas foram infectadas ainda jovens e envelheceram com o vírus devido ao tratamento, enquanto outras o adquiriram com 60 anos ou mais.⁵

Muitos dos comportamentos de risco apresentados pelos mais jovens são encontrados entre a população idosa,⁶ porém essa última faixa etária parece possuir menos conhecimento em relação ao HIV/aids e menor adesão ao preservativo.⁷⁻⁸ Além disso, as mulheres idosas possuem questões particulares, que elevam o risco da infecção pelo HIV. Elas têm alto risco de contrair o vírus devido às mudanças biológicas (como

a imunosenescênciа) provocadas pelo envelhecimento,⁶ falta de percepção da própria vulnerabilidade e, muitas vezes, dificuldades para conversar com o parceiro⁹ e profissionais de saúde sobre prevenção.¹⁰

Além disso, as idosas com HIV são acometidas de maneira significativa pelo estigma relacionado à doença.¹¹ O estigma está associado a uma conotação negativa e depreciativa, é um fenômeno socialmente construído e pode levar a discriminação, exclusão e à rotulagem.¹² No Brasil, a maioria das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) já passou por alguma situação de discriminação ao longo de suas vidas, fenômeno considerado uma das principais barreiras para o acesso a serviços de prevenção e testagem para o HIV.¹³ 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 pessoas vivendo com HIV (PVHIV).¹²

Portanto, a falta de conhecimento sobre HIV/aids, além levar ao estigma, é um fator de risco para aquisição da infecção, especialmente entre os idosos. Estudos com idosos brasileiros demonstraram que, de uma maneira geral, eles têm dúvidas relacionadas ao tema, o que pode torná-los mais vulneráveis à infecção.¹⁴⁻¹⁶ Questões biológicas e sociais tornam a mulher idosa ainda mais suscetível a se infectar pelo HIV, deste modo faz-se necessário averiguar o conhecimento desta população, a

fim de propor intervenções direcionadas, reduzir o preconceito com portadores do HIV, possibilitar o diagnóstico precoce e aumentar a adesão às medidas de prevenção.

Assim, este trabalho objetiva avaliar o conhecimento sobre HIV/aids em mulheres idosas acompanhadas no programa interdisciplinar Renascer, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no Rio de Janeiro.

MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como observacional, descritivo, do tipo transversal, sendo a amostra coletada por conveniência e composta por integrantes do programa Renascer atendidas no ambulatório de geriatria, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (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, criado em 1995 que conta hoje com cerca de 200 idosos cadastrados, dos quais 123 são mulheres.

Antes de responderem ao questionário, os participantes foram abordados e informados da natureza do estudo, e, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). De todas as pessoas idosas, que aceitaram participar da pesquisa e responder ao questionário, foram incluídas no estudo mulheres com 60 anos ou mais (idosas) cadastradas no programa Renascer. Foram excluídas do estudo cinco mulheres com diagnóstico prévio de transtorno neurocognitivo maior.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com a calculadora estatística Raosoft [<http://www.raosoft.com/sample-size.html>] utilizando-se como parâmetro o nível de confiança de 95%, um erro amostral de no máximo de 9% e considerando a população de 200 idosas no programa Renascer, recomenda-se coletar dados de pelo menos 49 pessoas idosas. A prevalência de idosos com bom grau de conhecimento utilizada foi de 83%, tomando por base um estudo que utilizou o mesmo questionário (QHIV3I) em 115 idosos de ambos os sexos (68,7% do sexo feminino) no ano de 2019, no Centro Integrado de Saúde da Universidade Anhembi Morumbi de São Paulo.¹⁵

Os dados foram coletados na sala de ambulatório de atendimento do programa Renascer da UNIRIO, através do questionário sobre HIV para terceira idade (QHIV3I) desenvolvido por Lazzarotto *et al.*¹⁴ com tempo aproximado de 15 minutos para preenchimento de todas as respostas, que abrange questões sociodemográficas e 13 questões relativas à aids organizadas nos seguintes domínios: conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento. Cada questão relativa à aids apresenta como possibilidade de resposta as alternativas “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. Foram atribuídos os números zero e um 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.*¹⁵ 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. 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 testagem para 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, uma vez por semana, duas a três vezes por semana, quatro a sete vezes por semana, quinzenal ou mensal).

Por fim, foi realizado o Miniexame do Estado Mental nas participantes e utilizado os limites de corte para triagem de déficits cognitivos estabelecido por Bertolucci *et. al.*¹⁷ para classificar como alterado ou não. Os pontos de corte considerados alterados foram: 13 ou menos para Analfabetos, 18 ou menos para baixa/média (menos de oito anos) e 26 ou menos para alta escolaridade (maior ou igual a oito anos).

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 ou com a razão de verossimilhança quando as

tabelas não eram 2x2. Em todas as análises o $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

O estudo seguiu as diretrizes da Declaração de Helsinque, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle sob o código CAAE: 50633821.2.0000.5258, e foi avaliado e aprovado sob o número de parecer 4.945.215, em 31 de agosto de 2021. Todos os participantes foram orientados e informados sobre as finalidades do uso de seus dados clínicos para pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como a coleta de dados aconteceu durante o período de pandemia, todas as medidas higiênico-sanitárias visando minimizar a probabilidade de contaminação foram tomadas.

RESULTADOS

Caracterização da população

As características da população são mostradas na Tabela 1. Um total de 51 participantes foram incluídos no estudo. 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 recebia mais de três salários-mínimos (13,7%) e predominaram mulheres sem companheiro (74,5%). Em relação à prática sexual a maioria (76,5%) nunca usou preservativo; apenas uma minoria (15,7%) dos participantes respondeu ter vida sexual ativa, mas quase a metade (45,1%) afirmou buscar 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).

Conhecimento sobre HIV/aids

Em uma análise geral sobre o conhecimento, através do QHIV3I, nenhuma participante acertou todas as 13 perguntas, sendo a maior e a menor pontuação obtida 12 e quatro acertos, respectivamente. Houve uma média de 9,7 ($\pm 2,1$) acertos e a maioria das participantes (88,2%) demonstrou ter conhecimento sobre HIV/aids ao acertar pelo menos oito ou mais questões. 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 pela questão sobre a existência de cura para a aids (taxa de erro 52,9%). A distribuição dos acertos e dos erros por questão pode ser observada na Tabela 2.

Tabela I - Características sociodemográficas das idosas. Rio de Janeiro, RJ, 2022

Características	Participantes (n=51)
Idade média (DP)	
Escolaridade (%)	77,5 ($\pm 8,3$)
< 8 anos	21 (41,2)
≥ 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)

Características	Participantes (n=51)
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; DP – desvio padrão; HIV – vírus da imunodeficiência humana.

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). Rio de Janeiro, RJ, 2022.

	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; HIV – vírus da imunodeficiência humana.

Tabela 3- Avaliação do conhecimento dos participantes do estudo (n=51). Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Domínios	Tem conhecimento N (%)	Não tem conhecimento N (%)
Conceito Transmissão	44 (86,3) 39 (76,5)	7 (13,7) 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.

Fatores sociodemográficos e o conhecimento sobre HIV

Decidiu-se verificar se havia associação entre variáveis sociodemográficas (idade, renda, religião e escolaridade) e o conhecimento sobre HIV. A população foi dividida em dois grupos etários, <75 anos (n = 18; 35,3%) e ≥75 anos (n = 33; 64,7%) e não foi observado associação entre a idade e nenhuma outra variável. O mesmo ocorreu para a variável renda.

Em relação à religião (Tabela 4), elas foram categorizadas em católicas e não católicas e os resultados mostraram 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.

Quanto mais anos de escolaridade maior é a 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 ($p = 0,024$). Além disso, apenas dois dos 30 participantes 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). Por fim, avaliou-se a associação entre o conhecimento geral sobre HIV e as variáveis sociodemográficas estudadas, mas estas não parecem influenciar naquele.

Avaliação cognitiva e o 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, totalizando oito (15,7%) com o teste alterado e 43 com o teste normal (84,3%). Não foi possível notar associação entre o MEEM e a idade, a religião e a renda, assim como não se observou associação entre o conhecimento dos cinco domínios ou o conhecimento geral sobre HIV e o MEEM. No entanto, ao contrário do esperado, maior tempo de estudo se associou com MEEM alterado e menor com MEEM normal ($p = 0,015$).

Tabela 4- Associação entre religião e escolaridade com a atividade sexual, conhecer alguém com HIV, testagem anterior e conhecimento sobre HIV. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

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)	
2-3 vezes/semana	1 (2,8)	0 (0)		0 (0)	1 (4,8)	
4-7 vezes/semana	2 (5,6)	0 (0)		0 (0)	2 (9,5)	

Variáveis	Religião			Escolaridade		
	Católica n=36 (%)	Não católica n=15 (%)	p-valor	≥ 8 anos n=30 (%)	< 8 anos n=21 (%)	p-valor
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 o 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)	0,039*	5 (16,7)	3 (14,3)	1
acertos	33 (91,7)	10 (66,7)		25 (83,3)	18 (85,7)	
Indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids?						
erros	5 (13,9)	2 (13,3)	1	1 (3,3)	6 (28,6)	0,015*
acertos	31 (86,1)	13 (86,7)		29 (96,7)	15 (71,4)	
Resultado no MEEM						
alterado	6 (16,7)	2 (13,3)	1	8 (26,7)	0 (0)	0,015*
normal	30 (83,3)	13 (86,7)		22 (73,3)	21 (100)	

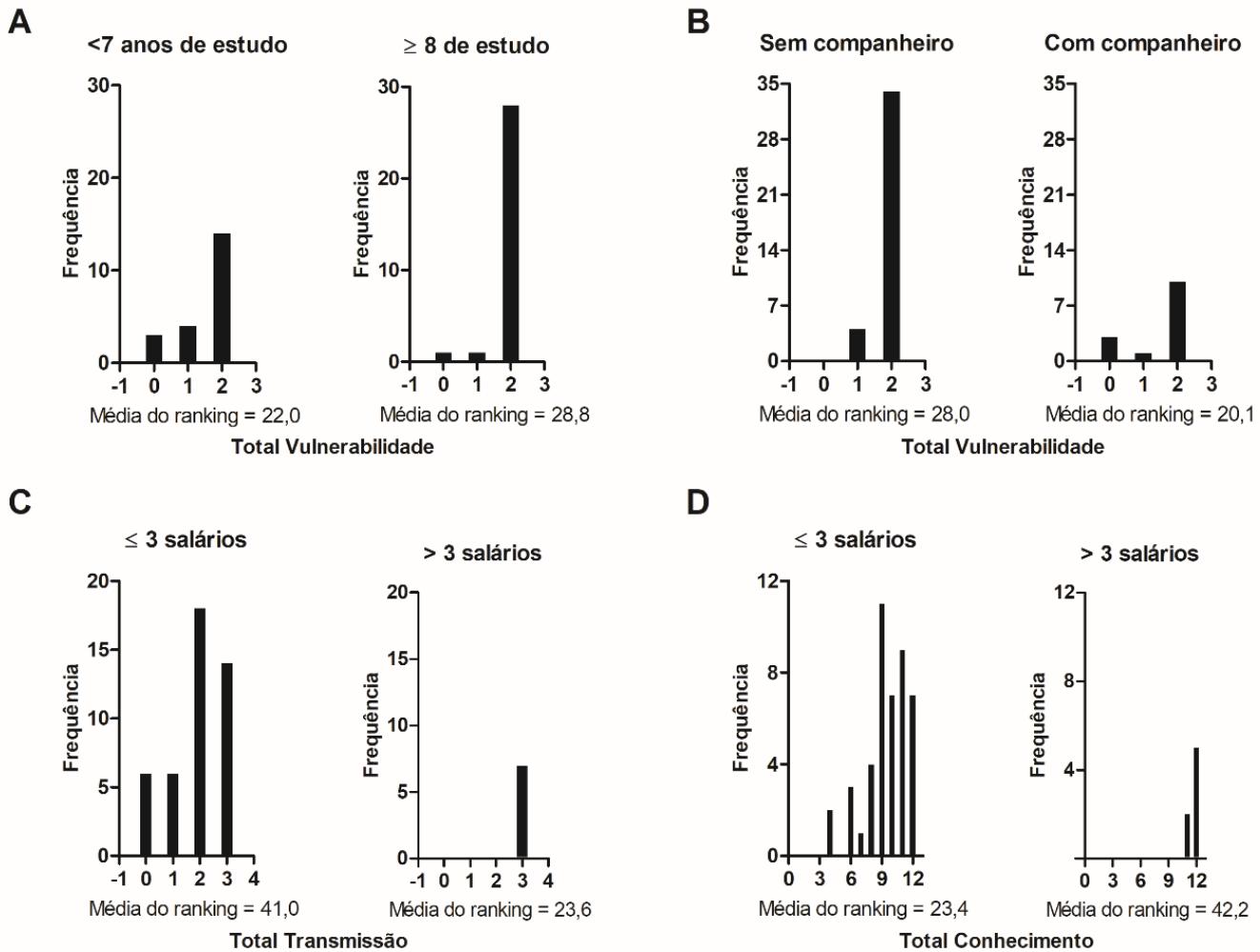
Análise estatística: Teste de Fisher; a - O teste utilizado foi a razão de verossimilhança, pois não era uma tabela 2x2; * - p-valor significativo <0,05; n – tamanho da amostra.

Análise dos escores do QHIV3I

Decidiu-se estimar se as variáveis sociodemográficas impactam no número total de acertos no QHIV3I ou no número de acertos em cada um dos domínios. A análise mostrou que pessoas idosas com maior escolaridade ($p = 0,016$) e sem companheiro ($p = 0,012$) obtiveram maior número de acertos nas

questões do domínio vulnerabilidade (Figura 1.A e B). Além disso, 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 ($p = 0,003$) sugerindo que esta variável possa influenciar no conhecimento sobre o HIV na população estudada (Figura 1. C e D).

Figura 1 - Histogramas comparando a distribuição do número de acertos do QHIV3I entre as variáveis sociais. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022.



A – Distribuição do total de acertos no domínio vulnerabilidade de acordo com a escolaridade ('< 7 anos de estudo', n = 21 e '≥ 8 anos de estudo', n = 30); B – Distribuição do total de acertos no domínio vulnerabilidade de acordo com possuir ou não companheiro ('Sem companheiro', n = 38 e 'Com companheiro', n = 13); C – Distribuição do total de acertos no domínio transmissão de acordo com a renda mensal ('≤ 3 salários', n = 44 e '> 3 salários', n = 7); D – Distribuição do total de acertos no questionário de acordo com a renda mensal ('≤ 3 salários', n = 44 e '> 3 salários', n = 7). Foram apresentados apenas as comparações estatisticamente significativas, onde a média do ranking é o valor utilizado para mostrar o grupo com maior ou menor pontuação. Análise estatística: Teste U de Mann Whitney; $p < 0,05$.

Análise de correlação

Por fim, buscou-se por correlações entre as variáveis numéricas relacionadas às informações sociodemográficas e clínicas (ex. idade e MEEM) e à pontuação do QHIV3I. Constatou-se uma correlação negativa fraca ($r = -0,326$; $p = 0,020$) entre a idade e o total de acertos no domínio transmissão, ou seja, quanto mais jovem a participante maior foi a pontuação nesse domínio. Observou-se ainda que, como esperado, o total de acertos se correlacionou com o total de acertos de cada um dos

domínios, mas que o Minisexame do Estado Mental não se correlacionou com nenhuma das variáveis estudadas.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional vem em conjunto com os avanços da saúde e da melhoria da qualidade de vida das pessoas e traz consigo mudanças no perfil das doenças da população. A infecção pelo HIV é um dos problemas cada vez mais comuns entre as pessoas idosas e aqui pretendeu-se

examinar o conhecimento de mulheres idosas sobre este vírus e a aids, uma vez que são as mulheres que procuram os serviços de saúde com maior assiduidade e que tendem a ser mais longevas.¹⁸

Na população estudada predominaram mulheres com 75 anos ou mais, católicas, que recebiam até 3 salários e que possuíam oito anos ou mais de escolaridade. Este perfil difere do de outros estudos que avaliaram o conhecimento de idosos de ambos os sexos, onde a maioria retrata uma população mais jovem e com nível de escolaridade menor.^{8,14-15,19} Os achados do estudo indicam que as mulheres idosas participantes do programa Renascer possuem conhecimento sobre HIV/aids, mesmo que nenhuma tenha acertado todas as questões. Assim como em outros estudos, foi observada uma frequência elevada de erros, principalmente, em perguntas com relação ao conceito da doença, ao tratamento e à transmissão.^{8,14-15}

Quando as participantes foram questionadas se conheciam alguém com HIV e se já tinham realizado o teste para HIV, foi observado que menos pessoas católicas conhecem e já testaram para o vírus. No estudo realizado por Corno e de Walque²⁰ no qual foram avaliadas 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 menos propensos a já terem sido testados para o HIV.

Um estudo realizado com residentes da área rural de Ruanda avaliou a associação entre conhecimento sobre a transmissão do HIV e o estigma da doença e demonstrou que conhecer mais sobre a transmissão reduz o desejo de distanciamento social, ou seja, aumenta a disposição para o engajamento e a interação com as PVHIV na comunidade.²¹ O conhecimento sobre transmissão foi insuficiente em quase um terço das mulheres idosas estudadas, que acreditam que o HIV pode ser transmitido por sabonetes, toalhas, assentos sanitários, beijo no rosto, abraço, beber no mesmo copo e por picada de mosquito. Esse desconhecimento na transmissão pode contribuir para o estigma da doença. Fato é que a maioria das PVHIV no Brasil já passou por alguma situação de discriminação²² e que o estigma pode reduzir a testagem e a procura por cuidados.²³ Dentre as participantes avaliadas, apenas cerca de um terço já havia realizado a testagem, o que é preocupante, mas não surpreendente, visto que as recomendações atuais de rastreio, a testagem de rotina do HIV e a avaliação de risco entre a população idosa são débeis.⁸

O número de acertos no domínio vulnerabilidade revelou que mulheres sem companheiro e com mais escolaridade obtiveram maior pontuação. É esperado que mulheres sem companheiro tenham maior conhecimento sobre a vulnerabilidade. Além disso, a literatura revela que pessoas idosas com nível de

escolaridade analfabeto/fundamental tiveram duas vezes mais chance de apresentar resultado positivo para HIV/sífilis no teste rápido,²⁴ ou seja, são mais vulneráveis.

Na população estudada, baixa escolaridade também se associou com MEEM normal, enquanto e a maior escolaridade com MEEM alterado. Esse achado não era o esperado visto que os melhores resultados são frequentemente encontrados na população de alta escolaridade, com sensibilidade de 80% e especificidade de 95,6%.¹⁷ Na América Latina, a existência de normas baseadas em anos de educação deve ser considerada com cautela, porque agrupar pacientes com base em sua formação educacional é particularmente difícil, devido às altas discrepâncias regionais na qualidade da educação.²⁵ Aqui, ao se adotar apenas os anos estudados, não se considera como a escolarização ocorreu: em escola pública ou privada; em que região geográfica do país ela se deu; a quantidade de horas despendidas nos bancos escolares.²⁶

Outro fator que se mostrou relevante em relação ao conhecimento sobre HIV foi a renda, onde participantes com menor renda obtiveram resultados inferiores tanto no domínio transmissão quanto no conhecimento geral sobre HIV. Um estudo que avaliou o conhecimento sobre HIV/aids e suas associações com a disparidade socioeconômica entre mulheres jovens em países de baixa e média renda mostrou resultados semelhantes, além de relatar que há desigualdades no que se refere à transmissão de informações de saúde para pessoas com diferentes níveis socioeconômicos, em que indivíduos com um nível socioeconômico mais alto tiveram melhor acesso a informações de saúde sobre HIV/AIDS.²⁷

De uma maneira geral, as participantes alegaram buscar informações sobre sexo/sexualidade mesmo sem ter parceria ou praticar o ato sexual, entretanto responderam nunca usar preservativo, semelhante ao que foi descrito em outros estudos realizados com idosos.^{14-15,19} O baixo uso de preservativos parece ser influenciado pela dificuldade de a idosa conversar sobre o uso de preservativos com seus parceiros, por não se preocuparem com anticoncepção e por não se perceberem suscetíveis à infecção.²⁸ Quanto à realização do ato sexual, estudos apontam que a atividade sexual da mulher diminui com a idade mais como resultado de problemas associados ao parceiro, do que pela falta de interesse sexual, e que normas sociais parecem inibir a expressão sexual das pessoas idosas.²⁹

Duas questões que tiveram maior taxa de erro chamam a atenção (1- “A pessoa com o vírus da aids sempre apresenta os sintomas da doença?” E 2 - “A aids é uma doença que tem cura?”). A literatura científica mostra que até que a contagem de linfócitos T-CD4+ caia para menos de 200 células/mm³, as pessoas com HIV podem permanecer assintomáticas ou com sintomas leves,³⁰ entretanto, além da população estudada, outros idosos de diferentes locais do Brasil parecem

desconhecer que a infecção pelo HIV pode ser silenciosa por um longo período.^{14-15,19} Da mesma forma, desconhecem que a aids tem tratamento, mas não cura,³⁰ pois apesar de eficaz quando realizado de maneira adequada, a interrupção da terapia antirretroviral (TARV) resulta em uma recorrência da viremia ao longo do tempo.³¹ Estes dados sugerem a possibilidade de que o conhecimento sobre a doença nas pessoas idosas ainda seja influenciado pelos noticiários do início da infecção (anos de 1980 a 1990) e que as atualizações sobre a doença estejam sendo entendidas equivocadamente pela população. Com isto, faz-se necessário questionar a eficácia das campanhas sobre o HIV/aids, especialmente as voltadas para pessoas idosas, bem como dos modelos utilizados para trabalhar a educação em saúde com a população.

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 número reduzido de participantes impossibilitando realizar análises de regressão e extração dos dados para toda a população. Apesar disso, os resultados parecem ser robustos, visto que se observam dados semelhantes em estudos de outras localidades, além de fornecerem uma melhor compreensão da percepção das mulheres idosas sobre o HIV/aids e de levantarem questionamentos sobre a eficácia das políticas utilizadas para educar a população em saúde, visto o desconhecimento em aspectos básicos de uma das doenças mais populares da sociedade. Portanto, embora as integrantes do grupo Renascer tenham um bom conhecimento geral sobre HIV/aids, após quatro décadas do surgimento da doença ainda persistem lacunas de conhecimento, que trazem impactos para a vida e o convívio social.

CONCLUSÃO

As participantes do grupo Renascer possuem um bom nível de conhecimento sobre HIV/aids e o escore do MEEM não afetou o conhecimento a doença. Contudo elas apresentaram brechas no conhecimento, principalmente no domínio transmissão, relataram baixa adesão ao uso de preservativos e à testagem e parecem não ter se atualizado sobre o tema. Estes dados sugerem que se faz necessário criar programas de saúde pública em HIV/aids voltados tanto para as mulheres e pessoas idosas quanto para os profissionais de saúde, a fim de reduzir o estigma e atualizar a população quanto às novas estratégias de prevenção, às formas de transmissão e ao tratamento. Por fim, estes dados revelam a necessidade de se ampliar os debates sobre o tema incentivando pesquisas futuras que encontrem estratégias de informação e comunicação adequadas para aumentar o alcance da prevenção e do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Ageing and health. [Internet]. 2022 [cited 2023 feb 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021 [acesso em 12 fev 2023]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menosde-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>.
3. Autenrieth CS, Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000-2020. PLoS One. [Internet]. 2018 [cited 2023 feb 12];29;13(11). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207005>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: HIV/aids. Brasília, 2022.
5. Ageing with HIV. Lancet Healthy Longev. [Internet]. 2022 [cited 2023 feb 12];3(3): e119. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(22\)00041-1](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(22)00041-1).
6. Adimora AA, Ramirez C, Poteat T, Archin NM, Averitt D, Auerbach JD, Agwu AL, Currier J, Gandhi M. HIV and women in the USA: what we know and where to go from here. Lancet. [Internet]. 2021 [cited 2023 feb 12];397(10279). Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00396-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00396-2).
7. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APO. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. Ciênc. Saúde Colet. (Online). [Internet]. 2020 [cited 2023 feb 12];25(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>.
8. Davis TEK, Elder MA. HIV knowledge and preferences for HIV prevention among older adults living in the community. Gerontol Geriatr Med. [Internet]. 2020 [cited 2023 feb 12];6:233372142. Available from: <https://doi.org/10.1177/2333721420927948>.
9. Durvasula R. HIV/AIDS in older women: unique challenges, unmet needs. Behav Med. [Internet]. 2014 [cited 2023 feb 12];40(3). Available from: <https://doi.org/10.1080%2F08964289.2014.893983>.
10. Morton L. Sexuality in the older adult. Prim Care. [Internet]. 2017 [cited feb 12];44(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>.

11. Beaulaurier R, Fortuna K, Lind D, Emlet CA. Attitudes and stereotypes regarding older women and HIV risk. *J Women Aging*. [Internet]. 2014 [cited 2023 feb 12];26(4). Available from: <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.933648>.
12. Letshwenyo-Maruatona SB, Montlenyane M, Boitshwarelo T, George-Kefilwe B, Kingori C, Ice Gillian, et al. Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana. *AJAR*. [Internet]. [cited 2023 feb 12];18(1). Available from: <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1552879>.
13. 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/>.
14. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hädrich M, Tonin M, Caputo P, Sprinz E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* (Online). [Internet]. 2008 [acesso em 12 de fevereiro 2023];13(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600018>.
15. Liberali BM, Neves SCM, Oliveira LS, Batista BD, Nacaratto DCFF, Cavazzana CL. Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS e uso de preservativo em um grupo de idosos da Cidade de São Paulo. *Rev. Med.* (São Paulo, Online). [internet]. 2020 [acesso em 15 de agosto 2022];99(2). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p104-108>.
16. Capellari B, Vidor AO, Pezzini MF, Godoy S, Maffei V, Poeta j. Conhecimento sobre HIV/aids segundo idosos de cidades da Serra Gaúcha/RS. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [Internet]. 2019 [acesso em 12 de fevereiro 2023];52(4). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i4p303-310>.
17. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 1994 [acesso em 12 de fevereiro 2023];52(1). Disponível em: <https://extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/h t t p s : / / w w w . s c i e l o . b r / j / a n p / a / Sv3WMxHYxDkgmcN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>.
18. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *REUOL*. [Internet]. 2017 [acesso em 19 de março 2023];11 (Supl. 11).
19. Capellari B, Vidor AO, Pezzini MF, Godoy S, Maffei V, Poeta J. Conhecimento sobre HIV/aids segundo idosos de cidades da Serra Gaúcha/RS. *Medicina (Ribeirão Preto)*. [internet]. 2019 [acesso em 12 de fevereiro 2023];52(4). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/156387>.
20. Corno L, de Walque D. Socioeconomic determinants of stigmatization and HIV testing in Lesotho. *AIDS Care*. [Internet]. 2013 [cited 2023 feb 12];25. Available from: <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.736937>.
21. Kang E, Delzell DAP, Mbonyingabo C. Understanding HIV transmission and Illness stigma: a relationship revisited in rural Rwanda. *AIDS Educ Prev*. [Internet]. 2017 [cited 2023 feb 12];29(6). Available from: <https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.6.540>.
22. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. Sumário executivo. Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids Brasil [Internet]. 2019 [acesso em 15 de abril 2022]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf.
23. Narasimhan M, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 [cited 2023 feb 12];24(48). Available from: <https://doi.org/10.1016%2Fj.rhm.2016.11.001>.
24. Azevedo Junior WS, Santos EPD, Pedreira NP, Dantas LB, Nascimento VGC, Dias GAR, Sousa FJD, Castro NJC, Botelho EP, Ferreira GRON. Prevalence and vulnerability factors associated with HIV and syphilis in older people from subnormal agglomerate, Brazilian Amazon. *Trop Med Infect Dis*. [Internet]. 2022 [cited 2023 oct 23];7(11). Available from: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7110332>.
25. Fernandez AL, Abe J. Bias in cross-cultural neuropsychological testing: Problems and possible solutions. *Cult. Brain*. [Internet]. 2018 [cited 2023 12 feb];6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40167-017-0050-2>.
26. de Melo DM, Barbosa AJ. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* (Online). [Internet]. 2015 [cited 2023 feb 12];20(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.
27. Yang F, Li Z, Subramanian SV, Lu C. Assessment of knowledge of HIV/AIDS and association with socioeconomic disparities among young women in

- low - and middle-income countries, 2003 to 2018. JAMA Netw Open. [Internet]. 2021 [cited 2023 feb 12];4(1). Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35000>.
28. Norman LR, Loue S. HIV-risk related attitudes and behaviors among older impoverished women living in Puerto Rico. J Immigr Minor Health. [Internet]. 2015 [cited 2023 feb 12];17(6). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0094-8>.
29. Sinković M, Towler L. Sexual Aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. Qual Health Res. [Internet]. 2019 [cited 2023 feb 12];29(9). Available from: <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>.
30. Ministério da Saúde (BR). 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.
31. Castro-Gonzalez S, Colomer-Lluch M, Serra-Moreno R. Barriers for HIV cure: the latent reservoir. AIDS Res Hum Retroviruses. [Internet]. 2018 [cited 2023 feb 12];34(9). Available from: <https://doi.org/10.1089/aid.2018.0118>.