

# PERFIL DE IDOSOS VIVENDO COM HIV/AIDS: SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E CARDIOVASCULARES

Brenda Feitosa Lopes Rodrigues<sup>1</sup>  
Amira Rose Costa Medeiros<sup>2</sup>  
João Agnaldo do Nascimento<sup>3</sup>  
Rodrigo Pinheiro de T. Vianna<sup>4</sup>

## RESUMO

Ao longo dos anos o perfil epidemiológico do HIV/AIDS tem passado por várias mudanças, dentre algumas, a inclusão dos idosos como um dos grupos vulneráveis emergentes. O presente estudo objetivou descrever o perfil sociodemográfico de Idosos Vivendo com HIV/AIDS (IVHA), e suas características clínicas e fatores de risco cardiovascular, comparados com não idosos também infectados pelo HIV. Trata-se de um corte transversal do estudo de acompanhamento Projeto Nutricárdio e envolveu 400 Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) atendidas nos ambulatório no hospital referência em atendimento a PVHA no Estado da Paraíba. A coleta de dados foi realizada entre 25/03/2015 a 27/05/2015. A amostra foi distribuída em dois grupos, segundo a faixa etária, sendo considerados grupo 1 - idosos (60 anos ou mais) e grupo 2 – controle (menos que 60 anos). Esse estudo mostrou que apesar das características sociodemográficas dos idosos vivendo com HIV/AIDS, serem semelhantes aos não idosos, bem como, suas características clínicas e mesmo sem apresentar diferença significativa nos fatores de risco, ainda assim apresentam frequência muito maior de alto risco cardiovascular, quando comparados com os não idosos. Dessa forma, visualizando o aumento da população idosa, bem como, de IVHA, se faz necessário incorporar ações de prevenção de eventos cardiovasculares neste grupo.

**Palavras-chave:** Idoso, HIV, Assistência em Saúde.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos (BRASIL, 2010). Estima-se que, para o ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo; e que, no Brasil, existam, cerca de 17,6 milhões de idosos (WHO, 2017).

Envelhecer consiste em alterações físicas, sociais e psicológicas no indivíduo, podendo se manifestar de forma natural ou gradativa, que influenciam no processo saúde

<sup>1</sup>Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde- UFPB, [lopes\\_brenda@outlook.com](mailto:lopes_brenda@outlook.com);

<sup>2</sup>Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [amiramedeiros@gmail.com](mailto:amiramedeiros@gmail.com)

<sup>3</sup>Doutor em Estatística pela Universidade de São Paulo- USP, [joaoagh@gmail.com](mailto:joaoagh@gmail.com)

<sup>4</sup>Doutor em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, [rodrigopissoa@gmail.com](mailto:rodrigopissoa@gmail.com)

doença de cada um (CASSÉTTE, 2016). Com o envelhecimento da população, os idosos passam a estar expostos tanto às doenças crônicas características deste processo, como as cardiovasculares, as degenerativas e neoplásicas; sendo assim, há maior exposição às doenças crônicas infecciosas como o HIV/AIDS.

Percebe-se que o perfil epidemiológico do HIV/AIDS tem passado por mudanças no Brasil ao longo dos anos, e os idosos tem se mostrado como um dos grupos vulneráveis emergentes (DE LIMA, 2020). Nesse contexto, vale-se ressaltar a própria cronicidade da doença em virtude do avanço terapêutico, visto que muitos indivíduos que faleciam precocemente no início da epidemia de HIV no final do século passado, atualmente sobrevivem de forma semelhante à população geral. Além disso, a percepção equivocada sobre a prática sexual do idoso, torna-se uma questão de fundamental atenção, visto que a sexualidade na terceira idade é tema pouco discutido, como se o idoso fosse desprovido do desejo e da prática sexual. Esta visão, torna a abordagem dos temas de prevenção pouco difundidas entre idosos, o que aliado aos tabus dessas gerações, dificultam o processo de orientação e a limitação da transmissibilidade entre idosos. Assim, compreende-se que o HIV/AIDS manifestado na velhice também está relacionado a visões estigmatizadas da sexualidade nesse grupo etário (SILVA, 2018).

Fatores como a falta de informações e ausência de ações educativas direcionadas à sexualidade do idoso, agregadas ao estímulo da utilização de produtos que mantêm o desempenho sexual e retardam o envelhecimento, podem contribuir para a prática sexual insegura neste grupo. A facilidade de acesso a medicamentos para distúrbios eréteis entre os homens, do uso de lubrificantes vaginais entre as mulheres, e as terapias de reposição hormonal para ambos os sexos, aliados à resistência ao uso do preservativo, podem ter contribuído para aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis, em destaque a infecção pelo HIV nesse segmento populacional (FERREIRA, 2019).

Diante disso, é de extrema importância que os comportamentos sexuais dos idosos sejam levados em consideração pelas políticas de prevenção as IST's e AIDS, sendo planejadas ações de assistência à saúde que devem ser voltadas para as suas particularidades, contemplando também os aspectos sociais, políticos, religiosos e culturais dessa população (ALENCAR, 2015).

Contudo, vale salientar que a AIDS e outras IST's, na terceira idade, ultrapassam questões culturais que se concentram na exclusão e preconceito social no que diz respeito ao sexo entre os idosos. Junto a isso, a demora e a falta na adoção de políticas de prevenção e a

ausência de ações de educação em saúde direcionadas para os idosos torna-os mais vulneráveis pela falta de informação e adiamento da testagem e diagnóstico (ANDRADE, 2017).

Segundo a UNAIDS (2019) o HIV/AIDS no Brasil vem sendo controlado com redução dos casos em várias faixas etárias. No entanto, entre os idosos, os casos confirmados de HIV/AIDS ainda continuam a crescer, bem como o número de óbitos pela doença.

Além das questões descritas, inerentes ao processo de envelhecimento, é importante destacar os efeitos da Terapia Antirretroviral (TARV) no idoso. Sabe-se que a TARV trouxe uma melhora significativa no prognóstico, na qualidade e na expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Entretanto, alguns destes medicamentos podem contribuir com o aumento no risco cardiovascular por induzirem as alterações conhecidas como Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV), caracterizada por alterações metabólicas do perfil lipídico, de resistência à insulina e alterações corporais na distribuição do peso, que podem contribuir para manifestações cardiovasculares (SILVA, 2020).

É importante destacar que a própria condição da idade e doenças degenerativas da velhice, como hipertensão e diabetes, acabam produzindo complicações na saúde do idoso. Estas condições somadas ao estado inflamatório crônico do HIV/AIDS e a efeitos indesejáveis da TARV, podem ter um efeito potencializador para aumento do risco cardiovascular (QUADROS, 2016).

Segundo o PCDT, a incidência de Doenças Cardiovasculares (DCV) apresenta-se duas vezes maior em indivíduos infectados pelo HIV/AIDS, quando comparada a população geral, devido níveis mais elevados de marcadores de inflamação, causados pelo vírus e efeitos da TARV que incluem dislipidemia, acúmulo de gordura e resistência insulínica (BRASIL, 2018).

No que diz respeito aos idosos com HIV, estes possuem maior potencial de risco para doenças cardiovasculares, podendo ser justificado pela idade que por si só já é um fator de risco bem estabelecido. Além disso, algumas terapias antirretrovirais, como os inibidores de protease, podem estar associadas com tal ocorrência .

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico de Idosos Vivendo com HIV/AIDS (IVHA), verificar se existem diferenças nas características clínicas deste grupo, quando comparados aos não idosos, apresentar a frequência dos fatores de risco cardiovascular conforme o envelhecimento entre PVHA e avaliar o risco cardiovascular conforme a idade.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional feito a partir da coorte Projeto Nutricárdio, que envolveu 400 PVHA atendidas nos ambulatórios de infectologia do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto- Contagiosas Clementino Fraga (CHCF) em João Pessoa- PB, hospital referência em atendimento a PVHA no Estado da Paraíba.

A coleta de dados foi realizada no período da primeira etapa do Projeto Nutricárdio, de 25/03/2015 a 27/05/2015. A amostra foi distribuída em dois grupos, segundo a faixa etária, sendo considerados grupo 1 - idosos (60 anos ou mais) e grupo 2 – controle (menos que 60 anos).

Foram definidas as seguintes variáveis sociodemográficas e econômicas: Sexo: (feminino e masculino), faixa etária (menor que 60 anos, maior ou igual a 60 anos), raça (branca ou não branca), escolaridade (até ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou mais), situação afetiva (convive com o companheiro, não convive com companheiro) renda familiar (menor ou igual a 1 salário mínimo, maior que 1 salário mínimo). Conforme as variáveis clínicas, foram realizadas as seguintes divisões: hipertensão arterial (seguido os critérios da Sociedade Brasileira de Cardiologia) diabetes: (glicemia de jejum alterada quando maior ou igual a 100 mg/dL e menor que 126 mg/dL, e normais quando menor que 100mg/dL), dislipidemia: (registros dos exames colesterol, HDL, LDL e triglicerídeos), Síndrome Metabólica: (classificada segundo a I Diretriz Brasileira e Prevenção Cardiovascular (SBC, 2013)) e PCDT (BRASIL, 2018), história familiar de DAC prematura: (definida como aquela que acometeu algum parente de primeiro grau do sexo masculino com menos de 55 anos ou do sexo feminino com menos de 65 anos (SBC, 2013)), EBIA: (Segurança alimentar ou insegurança leve, Insegurança moderada ou grave), sedentarismo: (se estava realizando exercício físico regularmente ou não), peso: (normal ou baixo peso, sobrepeso ou obesidade), tabagismo: (foi perguntado sobre o uso atual ou histórico recente), alcoolismo: (foi perguntado sobre o uso atual ou histórico recente. Variáveis segundo aspectos clínicos relacionados a infecção pelo HIV/AIDS: Adesão a TARV: (aderente ou não aderente), tempo de diagnóstico de HIV/AIDS: (até 48 meses; 48,1 a 84 meses; 84,1 a 120 meses; mais de 120 meses), tempo de uso de TARV: (até 36 meses; 36,1 a 60 meses; 60,1 a 120 meses; mais que 120 meses) e avaliação do Risco Cardiovascular: (realizada através do Escore de Risco de Framingham recomendado pelo PCDT para PVHA).

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados, de acordo com o tipo da variável, através da apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%), e para as variáveis contínuas, média, mediana e desvio padrão.

Utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. As variáveis dependentes perfil lipídico e risco cardiovascular foram avaliadas com relação as demais variáveis do estudo, utilizando-se do teste de associação para variáveis categóricas, e teste de comparação de medianas para variáveis contínuas.

Para avaliar a associação do perfil lipídico e risco cardiovascular com as variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Person. Utilizou-se o nível de significância de 5% para todos os testes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Protocolo 0449/14, CAAE 34279314.9.0000.5188. Sendo levado em consideração todas as considerações previstas na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo envolveu o cadastro de 400 PVHA sendo 31 indivíduos (7,8%) do grupo idoso e 369 indivíduos do grupo controle.

O grupo idoso caracterizou-se por discreta maioria do sexo masculino (51,6%). A raça/cor não branca foi predominante (54,8%). A escolaridade até o ensino fundamental incompleto demonstrou maior predomínio nos idosos (67,6%) e com relação a situação afetiva destaca-se que 64,5% das PVHA idosas não conviviam com companheiro.

Observou-se que não houve diferença significativa entre o grupo de idosos e o grupo controle quanto às variáveis sociodemográficas (**Tabela 1**).

**Tabela 1:** Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas entre idosos e não idosos vivendo com HIV/AIDS.

Variáveis sociodemográficas	< 60 anos		≥ 60 anos		P-valor*
	n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	
<b>Idade</b>	369	92,3	31	7,8	
<b>Sexo</b>					
Feminino	138	37,4	15	48,4	0,118
Masculino	231	62,6	16	51,6	
<b>Raça/Cor</b>					
Branca	113	30,8	14	45,2	0,099
Não Branca	254	69,2	17	54,8	
<b>Escolaridade</b>					

Até fundamental incompleto	207	56,4	21	67,7	
Fundamental completo ou mais	160	43,6	10	32,3	0,220
<b>Situação afetiva</b>					
Convive com companheiro	166	45,0	11	35,5	
Não convive com companheiro	202	54,7	20	64,5	0,560
<b>Renda Familiar</b>					
≤ 1 salário mínimo	155	42,0	10	32,3	0,290
> 1 salário mínimo	214	58,0	21	67,6	

\*P-valor no teste quiquadrado

No que diz respeito a adesão da TARV, 87,1% eram aderentes, ao tempo de TARV, 45,4% dos idosos faziam uso de TARV por tempo superior a 120 meses, variando de 6 a 278 meses, com média de 82,5 meses (6,9 anos). Em relação ao tempo de diagnóstico HIV/AIDS, 54,8% dos IVHA apresentavam 84,1 a 120 meses de diagnóstico, variando de 6 a 344 meses, com média de 93 meses (7,8 anos).

Observou-se que apenas a variável adesão a TARV apresentou diferença significativa entre os idosos e o grupo controle, com  $p < 0,001$  (Tabela 2).

**Tabela 2:** Aspectos clínicos relacionados a infecção pelo HIV/AIDS

Variáveis clínicas	< 60 anos		≥ 60 anos		P-valor*
	n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	
<b>Adesão a TARV</b>					
Aderente	207	56,1	27	87,1	<0,001
Não aderente	162	43,9	4	12,9	
<b>Tempo de TARV</b>					
Até 36 meses	103	27,9	3	9,7	0,074
36,1 a 60 meses	69	18,7	5	16,1	
60,1 a 120 meses	96	26,0	9	29,0	
> 120 meses	101	27,4	14	45,4	
<b>Tempo de diagnóstico HIV/AIDS</b>					
Até 48 meses	109	29,5	5	16,1	0,049
48,1 a 84 meses	84	22,8	7	22,6	
84,1 a 120 meses	58	15,7	2	6,5	
> 120 meses	118	32,0	17	54,8	

\*P-valor no teste quiquadrado



Quanto apresentação clínica das PVHA no grupo de idosos observou-se que 9 (29%) eram hipertensos, 9,7% diabéticos, e 83,9 apresentaram dislipidemia. Quanto a síndrome metabólica, 41,9% dos idosos não apresentaram 74,2% não apresentavam história familiar de DAC prematura. Com relação a avaliação pelo EBIA, 77,4% dos idosos apresentaram Segurança Alimentar (SA) ou Insegurança leve, sendo 26,7% sedentários, e 58,1 apresentando sobrepeso ou obesidade, 19% eram tabagistas.

Observou-se que não houve diferença significativa entre o grupo de idosos e o grupo controle quanto os fatores de risco cardiovascular (**Tabela 3**).

**Tabela 3:** Distribuição das PVHA conforme a prevalência dos fatores de risco cardiovascular entre idosos e não idosos.

Variáveis clínicas	< 60 anos		≥ 60 anos		P-valor**
	n <sub>1</sub>	%*	n <sub>2</sub>	%*	
<b>Hipertensão</b>					
Sim	61	16,5	9	29,0	0,079
Não	308	83,5	22	71,0	
<b>Diabetes</b>					
Sim	21	5,7	3	9,7	0,377
Não	345	94,3	28	90,3	
<b>Dislipidemia</b>					
Sim	300	84,7	26	83,9	0,897
Não	54	15,3	5	16,1	
<b>Síndrome metabólica</b>					
Sim	117	32,5	13	41,9	0,285
Não	243	67,5	18	58,1	
<b>História familiar de DAC prematura</b>					
Sim	117	32,4	8	25,8	0,449
Não	244	67,6	23	74,2	
<b>EBIA</b>					
Segurança alimentar ou insegurança leve	219	59,5	24	77,4	0,050
Insegurança moderada ou grave	149	40,5	7	22,6	
<b>Sedentarismo</b>					
Sim	86	23,4	8	26,7	0,683
Não	282	76,6	22	73,3	
<b>Peso</b>					
Normal ou baixo peso	198	54,8	13	41,9	0,166
Sobrepeso ou obesidade	163	45,2	18	58,1	

**Tabagismo**

Sim	78	21,1	6	19,4	
Não	291	78,9	25	80,6	0,815

**Alcoolismo**

Sim	108	29,3	10	32,3	
Não	261	70,7	21	67,7	0,726

\*Percentual referente à categoria na coluna. \*\*P-valor no teste quiquadrado

Com relação a comparação da classificação quanto ao risco cardiovascular entre as PVHA, foi utilizado o Escore de Risco Global (ERG) recomendado pela Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Observou-se que houve diferença significativa ( $p < 0,001$ ) quanto ao risco por faixa etária, evidenciando que quanto maior a faixa etária, conseqüentemente aumenta o risco cardiovascular (**Tabela 4**).

**Tabela 4:** Comparação da classificação quanto ao risco cardiovascular segundo o Escore de Risco Global (ERG) por faixa etária

Risco cardiovascular*	Até 29 anos		30 a 29 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		≤60 anos	
	n <sub>1</sub>	%	n <sub>2</sub>	%	n <sub>3</sub>	%	n <sub>4</sub>	%	n <sub>5</sub>	%
Baixo risco	26	89,7	57	58,8	42	29,6	5	5,3	2	6,3
Risco intermediário	3	10,3	32	33,0	51	35,9	23	24,5	4	12,9
Alto risco	0	0	8	8,2	49	34,5	66	70,2	25	80,6

\*( SBC, 2013)\*\*P-valor no teste quiquadrado

As características sociodemográficas encontradas nesse estudo são semelhantes ao estudo de Caliari (2017), ou seja, predominância de homens, baixa escolaridade e baixa renda.

No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico HIV/AIDS do ano de 2019, entre os homens, observou-se um aumento da taxa de detecção na faixa etária de 60 anos ou mais (BRASIL, 2019), corroborando com o resultado da pesquisa atual. Entretanto, ainda que observado o elevado número de casos na população masculina, não se deve descartar a necessidade de ser levado em consideração o número de notificações em mulheres, tal afirmativa pode ser justificada pelo fato das mulheres idosas não possuírem o hábito de utilizarem preservativo tornando-se mais vulneráveis ao HIV/AIDS (DA SILVA, 2018).

Segundo Silva (2018) existe uma maior incidência dos idosos que vivem com HIV/AIDS que são provenientes de situações socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade. Vale salientar que a baixa escolaridade contribui para uma maior vulnerabilidade



ao HIV/AIDS, devido a falta de informação que pode resultar em comportamentos de risco (NARDELLI, 2016).

Melhores condições socioeconômicas, como, maior grau de escolaridade e melhor renda, bem como, estado civil e status social têm sido associadas a melhor qualidade de vida e longevidade mais favoráveis (OKUNO, 2014).

Destaca-se que a situação afetiva é um variável importante no que diz respeito ao impacto na vida social dos idosos, sendo possível afirmar que idosos solteiros aumentam a exposição a comportamentos de risco devido ao número de parceiros (CAETANO, 2018). Bem como, o fato do idoso ter um relacionamento fixo interfere diretamente em sua qualidade de vida, suporte emocional e estímulo na adesão e manutenção da TARV (DE MARCHI, 2018).

A adesão a TARV é considerada um fator de suma importância, que implica no número de novos casos, o tratamento inadequado ou a interrupção da TARV, seguidos do diagnóstico tardio são os mais fortes preditores de mortalidade (CECILIO, 2018).

Comorbidades e infecções oportunistas são mais frequentes nos idosos que vivem com HIV/AIDS. No estudo de Dos Santos (2020) em relação as comorbidades evidenciadas nos IVHA, a dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e depressão foram as mais prevalentes. Tais achados podem estar associados ao processo natural do envelhecimento, mas também fatores associados ao HIV podem modular tal incidência (DOS SANTOS, 2020). Em relação ao etilismo e tabagismo, ambos estão associados a aquisição e transmissão ao HIV, falta de supressão viral e morbimortalidade devido aos mecanismos biológicos e comportamentais.

Doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes se tornaram mais prevalentes entre as PVHIV (BRASIL, 2019). Embora associada a melhoria da qualidade de vida e longevidade as pessoas vivendo com HIV, a TARV possui impacto no que se diz respeito ao desenvolvimento de dislipidemia, diabetes mellitus e resistência a insulina, que constituem-se como fator de risco para doença cardiovascular (KUNCHTNER, 2015).

Pessoas vivendo com HIV/AIDS possuem maior risco de doença cardiovascular, quando comparados à população geral, a ativação imune persistente, promovida pela infecção, com inflamação e lesão endotelial, colaboram para o aumento do risco cardiovascular (BRASIL, 2018). Vale salientar que no indivíduo idoso o risco cardiovascular já é aumentado devido as alterações fisiológicas ocorridas nesse período da vida ( ANDRADE, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou que as características sociodemográficas dos idosos vivendo com HIV/AIDS, são semelhantes aos não idosos, bem como suas características clínicas. Eles são mais aderentes a TARV, e mesmo sem apresentar diferença significativa nos fatores de risco, ainda assim apresentam frequência muito maior de alto risco cardiovascular, quando comparados com os não idosos.

O aumento da população idosa, bem como, de IVHA, faz com que seja importante incorporar ações de prevenção de eventos cardiovasculares neste grupo, mesmo na ausência dos fatores de risco conhecidos, uma vez que a idade e a própria TARV faz com que esse grupo seja mais vulnerável.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, A.R.; CIOSAK, I.S. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.49, n. 2, p. 229- 235, 2015.

ANDRADE, A. J.; et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. Acta Paul Enferm., v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. 2019.

BRASIL. Resolução CNS no. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as diretrizes e normas brasileiras regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Revista Brasileira de Bioética, v. 8, n. 1-4, p. 105-120, 2012.

CAETANO, S.K.; et al. HIV/AIDS: conhecimento, atitude e prática da pessoa idosa. Itinerarius Reflectionis, v. 14, n. 4, p. 01 -21, 2018.

CASSETTE, J.B.; et al . HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 5, p. 733-744, 2016 .

CALIARI, J. S.; et al . Fatores relacionados com a estigmatização percebida de pessoas vivendo com HIV. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 51, e03248, 2017 .

CECILIO, H.P.M.; SANTOS, A.D.L.; MARCON, S.S.; LATORRE, M.D.R.D.D; MATHIAS, T.A.D.F.; ROSSI, R.M. Tendência da mortalidade por tuberculose no estado do Paraná, Brasil – 1998 a 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 23, n.1, p. 241-248, 2018.

DA SILVA, G.A.; SIQUEIRA, V.; BRAGAGNOLO, R.G.; DOS SANTOS, S.K. Revisão integrativa da literatura: assistência de enfermagem a pessoa idosa com HIV. *Revista brasileira de enfermagem* v. 71, n.2, p. 884-92, 2019.

DOS SANTOS,L.J.; et al. Comorbidades em Idosos Vivendo com HIV/Aids. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*. v. 8, n. 1, 2020.

DE MARCHI, B.M. Qualidade de vida em idosos com HIV/AIDS utilizando HAT-QOL. Artigo de conclusão de curso apresentado ao programa de pós- graduação em Residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de especialista em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde. Santa Catarina. 2018.

DE LIMA, R.P.A. Sexualidade na terceira idade e HIV. *Rev. Longeviver*. n. 5, 2020.

FERREIRA, C. de O.; DAVOGLIO, R. S.; VIANNA, A. dos S. A.; SILVA, A. A. da; REZENDE, R. E. A. de; DAVOGLIO, T. R. Vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis em idosos usuários de um centro de testagem e aconselhamento. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 23, n. 3, p. 171-180, 2019.

NARDELLI, G. G.; et al . Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 37, n. sp. 016-0039, 2016 .

OKUNO, P.F.M.; et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n.7, 2014.

QUADROS, K.N.; CAMPOS, C.R; SOARES, T.E.; et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de hiv/aids atendidos no serviço de assistência especializada. *R. Enferm. Cent. O. Min*, v.6, n.2, p.2140-2146, 2016.

SILVA, N.B.; et al. Panorama epidemiológico da AIDS em idosos. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia*, v.14, n.29, p. 80- 88, 2018.

SILVA, G.L.L.; et al. Síndrome lipodistrófica do HIV e seus fatores associados: um estudo em um hospital universitário. *Ciênc. saúde coletiva*. v.25, n.3, p. 06, 2020.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*, v. 101, n. 6, p.1-63, 2013.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Factsheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. 2019.

SIMAO, AF et al . I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 101, n. 6, p. 1-63, 2013.

KUINCHTNER, C.G. Acolhimento multiprofissional e qualidade de vida em sujeitos HIV/AIDS em tratamento atirretroviral. Monografia de conclusão de curso de residência do programa de Residência multiprofissional integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema publico de saúde como requisito para obtenção do grau de especialista em gestão e atenção hospilar no sistema público de saúde. Santa Maria. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, Media centre, Ageing and health. 2017.