

# HIV NA TERCEIRA IDADE – UMA EPIDEMIA INVISÍVEL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## HIV IN THE THIRD AGE – AN INVISIBLE EPIDEMIC: A LITERATURA REVIEW

JORGINO JULIO CESAR<sup>1\*</sup>, LUCAS SANTANA<sup>2</sup>, LARISSA RIBEIRO DA CRUZ<sup>2</sup>, PATRÍCIA FRANCISCA DA SILVA CUNHA<sup>2</sup>

1. Professor do Centro Universitário UNA Belo Horizonte; 2. Acadêmicos do curso de graduação em Biomedicina do Centro Universitário UNA - Campus Barreiro.

\* UNA Barreiro. Av. Afonso Vaz de Melo, 465, Barreiro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30640-070. [jorginoj@gmail.com](mailto:jorginoj@gmail.com)

Recebido em 16/10/2017. Aceito para publicação em 25/10/2017

### RESUMO

O vírus HIV foi descoberto há 34 anos e, desde então, novas vias de tratamento e diagnóstico vem sendo investigadas. O número de casos de AIDS em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres, notando-se um aumento alarmante. Os idosos infectados pelo HIV são geralmente isolados e ignorados, e isso influencia na disseminação do vírus na população idosa. Os principais fatores relacionados ao crescimento do número de casos em idosos contaminados pelo vírus do HIV estão relacionados às mudanças no comportamento desse grupo populacional e à ausência de informações sobre a necessidade e funcionalidade do uso da camisinha para toda a população sexualmente ativa e não somente para a população jovem.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV, doenças sexualmente transmissíveis, assistência a idosos, AIDS.

### ABSTRACT

HIV virus was discovered 34 years ago and since then, new forms of treatment and diagnosis have been investigated. The number of AIDS cases in the elderly, reported to the Ministry of Health in the 1980s, was only 240 in men and 47 in women. In the 1990s, there were a total of 2,681 men and 945 women, revealing an alarming increase. Older people infected with HIV are generally isolated and ignored, and this influences the spread of the virus in this population. The main factors to increase the cases in the elderly infected by HIV virus are related to the changes in the behavior of this population group and the lack of information about the necessity and functionality of condom use for the entire sexually active population, and not only for the young people.

**KEYWORDS:** HIV; sexually transmitted diseases; assistance to the elderly; AIDS.

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo Fernandes (2010)<sup>1</sup>, a AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é considerada doença crônica e uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pelo vírus HIV desencadeando a imunodeficiência.

Dessa forma, a AIDS é um conjunto de doenças oportunistas que atacam o organismo quando ele se encontra enfraquecido pelo HIV. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes, seja pela grande magnitude ou a extensão dos danos causados às populações.

Desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões têm sido exaustivamente discutidas pela comunidade científica e pela sociedade em geral. BRITO e colaboradores (2007)<sup>2</sup> descrevem que sua primeira notificação no Brasil foi em 1980, comprometendo indivíduos de todas as faixas etárias, sendo 6,2% das pessoas com idade entre 50 e 59 anos e 2,1% acima de 60 anos, em ambos os sexos. Santos (2011)<sup>3</sup> revelou que a incidência de HIV/AIDS na população brasileira acima de 50 anos cresceu de 3,6 para 7,1 em 100.000 habitantes entre os anos de 1996 a 2006, representando um aumento de 50% de casos novos.

O aumento do número de casos também é constatado nos Estados Unidos da América. Até maio de 2007, foi registrado um total aproximado de 78.000 pessoas com mais de 50 anos contaminadas pelo HIV/AIDS, representando 10 a 15% do total das pessoas infectadas pelo HIV naquele país. Esse aumento deve-se ao preconceito e negligência da população como um todo, que nega a enxergar os indivíduos da terceira idade como uma população sexualmente ativa, deixando de lado, muitas vezes, a prevenção e o tratamento disponível. Leite (2007)<sup>4</sup> mostrou que, apesar das mudanças sexuais em curso, a sexualidade está longe de ser vista como saudável e natural em idosos.

O preconceito e a falta de informação reforçam a ideia

da velhice assexuada, o que aumenta a vulnerabilidade do idoso para as DSTs, entre elas, o HIV/AIDS.

O objetivo dessa revisão é dar enfoque a prevenção do HIV e AIDS na terceira idade, enfatizando que a prevenção e a informação precisam ser amplas e constantemente veiculadas.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram realizadas pesquisas em artigos científicos retirados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Science Direct, além de revistas e livros da biblioteca física do Centro Universitário UNA localizada em Belo Horizonte/MG. A revisão bibliográfica tem o caráter informativo e foi elaborada utilizando artigos e livros nos idiomas inglês e português, sendo selecionados somente os materiais após o ano 2000.

## 3. DESENVOLVIMENTO

Inicialmente, a AIDS foi conhecida como “peste gay”, por se acreditar que acometia apenas os homossexuais masculinos. Mais tarde, criaram-se os grupos de risco, em que se incluíam homossexuais, usuários de drogas, hemofílicos e prostitutas. Com isso, o restante da população acreditava estar livre do risco, não adotando, muitas vezes, medidas adequadas de prevenção ao contágio pelo HIV, acarretando aumento na propagação entre homens e mulheres<sup>5</sup>.

Segundo Robbins *et al.* (2008)<sup>6</sup>, a AIDS é caracterizada pela depleção e infecção dos Linfócitos T CD4+ e imunossupressão acentuada, gerando infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas, atacando o organismo quando as células de defesa do sistema imune encontram-se enfraquecidas. Os linfócitos T CD4+ são os responsáveis pela manutenção e regulação da capacidade imunológica do organismo humano. Possuem receptores em sua superfície, através dos quais o vírus HIV se fixa e penetra na célula, onde se reproduz continuamente até a destruição do linfócito. As novas partículas virais produzidas buscam novos linfócitos, que vão sendo progressivamente destruídos até comprometer seriamente todo o sistema imunológico. Com esse estado de deficiência, outros micro-organismos manifestam-se como agentes patogênicos oportunistas, sem a devida resposta do sistema imunológico, culminando com o adoecimento do indivíduo infectado.

No decorrer dos anos, o HIV sofreu algumas modificações genéticas, constituindo diferentes tipos de vírus. Em todo o mundo, foram isolados dois tipos: o HIV-1, isolado em 1983, que se encontra atualmente disseminado em todos os continentes do planeta; e o HIV-2, isolado em 1985, mais restrito ao continente africano. No Brasil, predomina o HIV-1, sendo pouco frequentes os registros de infecção pelo HIV-2. O HIV-1 tem se mostrado mais vi-

rulento e com período médio de incubação menos prolongado do que o HIV-2<sup>7</sup>.

O antígeno viral detectado com mais facilidade é aquele direcionado para a glicoproteína viral gp24, que está presente em ambos os tipos de vírus, sendo esse o alvo para os anticorpos empregados no diagnóstico da infecção no sangue. O p17, localizado abaixo do envelope do vírus, é denominada matriz proteica que cerca o nucleocapsídeo viral. O envelope viral é formado por duas glicoproteínas (gp120 e gp41), fundamentais para o processo de infecção das células pelo HIV<sup>8</sup>.

A penetração do vírus nas células exige a presença da molécula CD4, que atuam como receptor de alta afinidade para o vírus. Isso explica o tropismo do vírus pelas células T CD4+. Entretanto, a ligação ao CD4 não é o suficiente para que haja a infecção, o gp120 do envelope do HIV deve ligar-se a outras moléculas da superfície co-receptoras para facilitar sua entrada na célula. A gp120 do envelope apresenta ligação não covalente com a proteína transmembrana gp41 e inicialmente interage com as moléculas CD4. Essa ligação causa uma alteração de conformação que expõe um novo local de reconhecimento na gp120 para os co-receptores CXCR4 principalmente nas células T, e CCR5 nos macrófagos. A gp41 sofre uma alteração de conformação que permite sua inserção na membrana alvo e esse processo facilita a fusão do vírus com a célula.

Após a fusão, o capsídeo viral contendo o genoma do HIV entra no citoplasma da célula.

Conhecer o ciclo de vida do HIV é de extrema importância, pois assim podem-se elaborar técnicas de prevenção e tratamento. O ciclo de replicação do HIV consta de diversas etapas, as quais dependem tanto de fatores celulares do hospedeiro quanto de fatores virais (Figura 1).

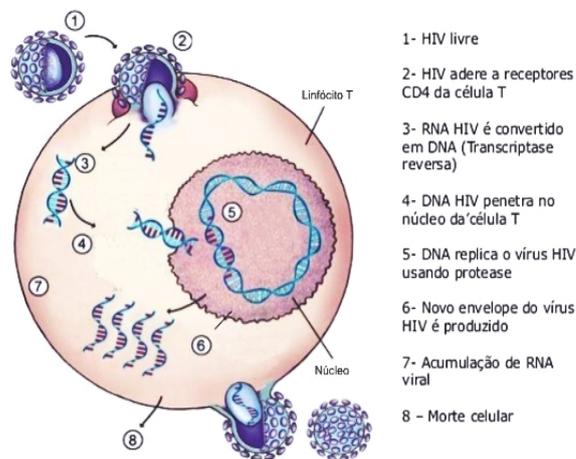


Figura 1. Ciclo de vida do vírus HIV, adaptado de AIDS, 2015.

### As etapas do ciclo vital do HIV são:

1) A invasão celular inicia-se quando o vírus se liga na célula alvo, pela interação entre a glicoproteína viral gp120/41 e a molécula receptora CD4. Após utilizar o

CD4 como receptor primário, o vírus interage com os receptores de quimiocinas CCR5 ou CXCR4, que agem como co-receptores virais. **2)** Essas interações permitem a fusão da membrana viral com a membrana celular do hospedeiro e consequentemente a penetração do capsídeo viral na célula. **3)** Ocorre o desmantelamento do capsídeo e a liberação do RNA viral no citoplasma. **4)** O genoma RNA do vírus é convertido em DNA de dupla fita pela ação da enzima transcriptase reversa (TR). **5)** Ocorre a formação do complexo de pré-integração (PIC) no DNA viral o qual é transportado ativamente para o núcleo. **6)** O DNA viral é integrado ao genoma da célula do hospedeiro pela ação da integrase viral, a qual está associada ao PIC. A forma do DNA integrado do vírus é chamada de provírus. **7)** A transcrição do provírus é mediada pela RNA polimerase II (RNA Pol II) do hospedeiro e o fator B de alongação transcricional positiva (P-TEFb). **8)** Produção de RNAs virais e exportação ao citoplasma via proteína CRM1 do hospedeiro. **9)** Os RNAs virais são traduzidos em proteínas virais. **10)** O RNA mensageiro vai então para o citoplasma da célula, sendo transformado em grandes cadeias de polipeptídios virais, precursores das proteínas do HIV que está se formando. **11)** O processo é completado pela interação com as proteínas do capsídeo viral compondo o nucleocapsídeo e formando novas partículas virais. **12)** Ocorre a liberação das novas partículas virais, por brotamento **13)** Finalmente se dá a maturação dessas partículas virais para formar partículas infecciosas<sup>8</sup>.

Em indivíduos assintomáticos e imunocompetentes é produzida grande quantidade de vírus diariamente (superior a 1010 partículas virais/dia), devido à simplicidade e rapidez de reprodução do vírus (aproximadamente 40 minutos) que têm uma meia-vida plasmática extremamente curta (< 6 horas). Por sua vez, os linfócitos T CD4+ periféricos infectados pelo HIV são responsáveis pela produção de até 99% dos vírus detectáveis no plasma e têm uma meia-vida de aproximadamente dois dias.

Desta forma, tem-se um processo extremamente dinâmico, com bilhões de vírus e um determinado número de células sendo produzidas e destruídas diariamente.

A interferência em qualquer uma das etapas do ciclo vital do vírus impediria a multiplicação e/ou a liberação de novos vírus<sup>8</sup>.

A transmissão do HIV como sendo simples e rápida, ocorrendo em condições que facilitam a troca de fluidos corporais ou de sangue que contenham o vírus. Portanto, o contato sexual, inoculação parenteral e passagem do vírus de mães infectadas para o recém-nascido são as causas identificáveis para a transmissão. Porém, a principal via de infecção por todo o mundo é a sexual. O vírus está presente no sêmen, tanto no meio extracelular quanto no interior das células. Dessa forma, a camisinha ou preservativo continua sendo o método mais eficaz para prevenir a transmissão do vírus em qualquer tipo de relação sexual

(anal, oral ou vaginal), independente do gênero ou orientação sexual<sup>9</sup>.

O aumento gradativo da incidência de HIV/AIDS em idosos pode ser explicado, por fatores relacionados ao aumento da expectativa de vida ao nascer e do prolongamento da atividade sexual (reposição hormonal para as mulheres e tratamento da impotência sexual para homens) e ao não reconhecimento do risco pelos idosos, com consequente realização de sexo não seguro<sup>10</sup>.

Existem dois perfis clássicos que representam a infecção por HIV na terceira idade: o homem casado, que se contamina com uma parceira mais jovem e o as mulheres viúvas, que redescobrem o sexo. A contaminação pode ser evitada se os idosos tiverem conhecimento sobre a importância da camisinha em suas relações conjugais ou não conjugais. Outro fator é a descoberta sexual de homens e mulheres, que descobrem sua atração por parceiros de mesmo sexo ou por aventuras com inúmeros parceiros sexuais na terceira idade. Isso associado à prática da relação sexual desprotegida, que pode trazer inúmeros riscos à saúde desses indivíduos, desde a contaminação por HIV ou de outras doenças sexualmente transmissíveis<sup>9</sup>.

O fato de a sexualidade e do uso de drogas nesta faixa etária serem tratados como tabus, tanto pelos próprios idosos como pela sociedade em geral, contribui para que a AIDS não se configure como ameaça, levando os profissionais de saúde a não solicitarem o teste de HIV nos exames de rotina, em decorrência também da associação dos sintomas a outras doenças, ocasionando diagnóstico tardio. Alguns estudos comportamentais revelam que o desejo sexual permanece nas pessoas mais idosas e que a concepção, arraigada na sociedade, de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter os grupos populacionais com idade superior aos 50 anos fora das prioridades de prevenção das DSTs e AIDS<sup>11</sup>.

Com relação à prevenção, há muitos obstáculos para o uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo. Já as mulheres, não sentem necessidade de exigir o preservativo, porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam mais de prevenção<sup>12</sup>.

Dados recentes comprovam que somente 37,5% dos indivíduos sexualmente ativos com mais de 50 anos faziam ou fazem uso regular do preservativo com eventuais parceiros, sendo um dos objetivos para a prevenção da AIDS e outras DSTs, o aumento dessa adesão<sup>13</sup>.

Em 2007, a Universidade do Sul de Santa Catarina realizou um estudo, no qual foram entrevistados 22 pacientes soropositivos com idade acima dos 50 anos. Revelou que 72,8% dos entrevistados contraíram o vírus através de relação sexual e 27,2% através do uso de drogas injetáveis. No mesmo estudo, 52,4% referiram manter relação sexual após a descoberta do soro positividade e começaram a utilizar o preservativo após a infecção, enquanto

42,9% relataram manter relação sexual, mas nunca utilizar o preservativo, mesmo após a infecção; os demais negaram manter atualmente relações sexuais. Nenhum participante utilizou o preservativo antes da infecção pelo HIV.

O número de casos de AIDS em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde, na década de 80, era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres, essa pesquisa é alarmante, pois mesmo sabendo que está infectado, alguns indivíduos continuam praticando sexo sem uso de preservativo, podendo contaminar outros parceiros e disseminar o vírus, aumentando sua transmissão nesta faixa etária<sup>10</sup>.

Segundo Zornita (2008)<sup>14</sup>, a repugnância quanto ao uso do preservativo é apontada em vários trabalhos e precisa ser mais bem compreendida, a partir de discussões entre os envolvidos sobre os vários aspectos e níveis das dificuldades encontradas.

Dados parciais de uma pesquisa de comportamento sexual apontam que 72% das brasileiras entrevistadas acima dos 50 anos de idade não usam camisinha com parceiros casuais. Algumas questões culturais ainda permanecem sobre o uso do preservativo, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras aceitas socialmente na trajetória de vida dos homens com mais de 60 anos. Esses indivíduos não praticam sexo seguro porque esse comportamento não faz parte de suas vidas e, assim, eles expõem suas esposas ao risco de infecção pelo HIV<sup>15</sup>.

A ampliação da AIDS entre os idosos pode estar associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo etário. Campanhas para 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 e evitar a infecção. É necessário, sobretudo, focar aspectos socioculturais para reduzir riscos e vulnerabilidades<sup>16</sup>.

A história do HIV em idosos é falha, faltam estimativas para avaliar o real número de casos de HIV nesse grupo populacional. Embora a atividade sexual seja o mais provável modo de transmissão, faltam investigações para determinar a contribuição relativa dos diferentes fatores de risco e modos de transmissão. O rastreamento pelos médicos não é comum, por acharem que estes pacientes não estão em risco<sup>17</sup>.

O profissional de saúde deve considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade, com esse pensamento/atitude o encaminhamento dessa pessoa para o exame do HIV se tornaria um procedimento rotineiro, da mesma forma como tem sido realizado junto ao segmento mais jovem da população<sup>18</sup>.

#### 4. DISCUSSÃO

As mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas

e o surgimento de novas tecnologias/fármacos para prolongar a vida sexual não impediram o estereótipo do “idoso assexuado”. Grande parte da sociedade julga os idosos como frágeis e cansados, subestimando sua capacidade de ter uma vida sexual ativa. A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece impossível aos olhos da sociedade, ao ignorar ou discriminar a sexualidade e seus riscos após os 50 anos de idade.

Desmistificar esse tipo de preconceito é uma tarefa árdua para os profissionais da saúde, para a população em geral e para os próprios idosos. Muitos ainda têm uma visão antiquada e fechada sobre sexo, considerando-o como algo sujo ou que não deve ser falado tão abertamente ou em público. Esse quadro poderá começar a mudar de rumo quando o governo e a mídia fizerem campanhas maciças e constantes, ressaltando a importância do uso de camisinha, não somente para os jovens, mas para todos os indivíduos sexualmente ativos.

Para a prevenção do HIV/AIDS em idosos, seria necessária a desconstrução de imagens que foram passadas da doença no início da epidemia, como a imagem de que idosos não possuem uma relação sexual ativa, ou que não possuem mais de um parceiro (a), ou que não utilizam drogas ou injetáveis, entre outros. Várias pesquisas realizadas com idosos demonstram que os mesmos associam a AIDS com a morte, uma doença “perigosa” e sem cura. Entretanto, o hábito de não utilizar o preservativo é constante nessa população, contribuindo para o aumento do número de casos da doença na terceira idade.

Ainda é um desafio diagnosticar pacientes soropositivos nessa faixa etária, por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo exposto a múltiplas patologias, levando a possibilidade de subnotificação de casos, refletindo em diagnósticos tardios e esquemas terapêuticos incorretos, o que acelera a instalação de infecções oportunistas e de complicações. Muitas vezes, o vírus pode permanecer indetectável no paciente, causado grandes malefícios e só ser descoberto com o surgimento de alguma doença oportunista, quando o caso já está grave, irreversível e com risco para o óbito. A principal mudança para amenizar essa epidemia invisível é estabelecer que idosos precisam de maior atenção, devendo fazer exames de rotina para as DSTs, incluindo o HIV<sup>9</sup>.

Outro fato que deve ser analisado está relacionado a problemas relacionados com a subnotificação de DSTs na população de idosos<sup>20</sup>.

O tratamento do HIV iniciou-se na década de 1990 com a introdução de terapia com antirretrovirais. Ela consiste em uma combinação de fármacos diferentes, com a função de impedir a entrada de novos vírus na célula e impedir que o vírus se replique<sup>19</sup>.

Entretanto, apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente para a melhoria da vida do paciente. Outros serviços adicionais são necessários para promover a saúde dos indivíduos infectados, visando garantir uma melhor

qualidade de vida e uma supressão duradoura da carga viral<sup>21</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

O preconceito e estereótipo social ainda estão enraizados nos pilares da nossa sociedade, contribuindo para o processo de disseminação de doenças. A visão sobre a velhice e o envelhecimento populacional precisa ser atualizada, necessitando de discussões mais amplas por parte do governo e também pela população em geral.

A divulgação de informações sobre o vírus e sua prevenção em campanhas da mídia e em unidades de saúde, para toda a população sexualmente ativa, incluindo jovens e idosos é emergencial. Em relação aos profissionais de saúde, o diagnóstico de HIV em idosos é muitas vezes ignorado sendo um desafio convencer a equipe médica e, até mesmo o próprio paciente, da necessidade de realização rotineira de exames clínicos para DSTs, como o HIV. Como em qualquer doença infecciosa, somente com o diagnóstico precoce e hábitos de prevenção pode-se evitar a disseminação viral e, no caso dos indivíduos já infectados, garantir que o tratamento seja realmente eficaz e melhore a qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

- [01] Fernandes RR. Diagnóstico do HIV. Revista: Como salvar sua vida 2003; 1(2):51-53.
- [02] Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2000; 34(2):207-217.
- [03] Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral. Rev. Brasileira. Geriátrica Gerontologia 2011; 1(14):147-157.
- [04] Leite MT, Moura C, Berlize EM. Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. Rev. Brasileira Geriatria Gerontologia 2007; 3 (10):339-354.
- [05] Brasil, 2013, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>
- [06] Robbins SL, Cotran RS, Kumar V; Abbas A, Fausto N. Patologia Básica. 8ªed.Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
- [07] AIDS. GOV, 2015 – Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. [Acesso 03 abr. 2017] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>
- [08] Melo et al. 2008, Eduardo Borges. BRUNI, Aline Thaís. FERREIRA, Márcia Miguel Castro. Quim. Nova, Vol. 29, No. 3, 555-562, 2006. pAG 555 A 562 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/qn/v29n3/29287.pdf>
- [09] ARAUJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria. **Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará**, Brasil. Revista Brasileira de epidemiologia. 10ª Edição. Vol: 4. Pag: 544-554, 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>
- [10] Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. Rev Bras Doenças Sex Trans. 2007;19(2):75-9.
- [11] Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: característica dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1999 a 2000. Rev Bras epidem 2007 set; 10(3): 338-51.
- [12] Matsuoka PK, Locali RF, Girão MJBC. O Conhecimento dos idosos sobre prevenção de doença sexualmente transmissível: elaboração de um questionário. In: 60ª Reunião Anual da SBPC; 2008 [acesso 20 dez. 2008. Disponível em: <http://br.geocities.com/xvi.comau/anais/trabalhos/matsuoka.pdf>.
- [13] Ministério da Saúde, 2005, caderno de Atenção Básica: 2005. Brasília: Ministério da Saúde BRASIL. Departamento de Atenção Básica. [acesso 13 mar. 2017]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab.php>.
- [14] Zornita M. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética. [Mestrado] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- [15] Ministério da Saúde, 2008, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.
- [16] Saldanha AAW, Araújo LF. Viver com AIDS na Terceira Idade. In: Congresso Virtual. Anais do 7º. Congresso Virtual HIV/AIDS 2006. [acesso 25 fev. 2017]. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=296](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=296).
- [17] Veloso V. Avanços e dificuldades de uma questão de mobilização social, profissional e governamental. In: Guimarães JCR, Parker MR, Lima DB, Pimenta C, Terto Jr V, orgs. Reflexões sobre assistência à AIDS: relação médicopaciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA; 2003 [Acesso 11 Maio 2017]. Disponível em: [http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/anais%20assistencia01.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/anais%20assistencia01.pdf).
- [18] Ministério da Saúde, 2010, boletim Epidemiológico: AIDS/DST. Brasília: Ministério da Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/77>.
- [19] Barreira M. Especialista alerta para importância de exames de sorologia do HIV em idosos. Agência de Notícias da AIDS 2007 [acesso em 5 Fev 2017]. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticiasresultado.asp?Codigo=8007>
- [20] Figueiredo MAC, Provinciali RM. HIV/AIDS em pessoas idosas: vulnerabilidade, Convívio e Enfrentamento. In: Congresso Virtual: Anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS 2006 [acesso em 11 Jan 2017]; São Paulo; Portugal. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=280](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=280).
- [21] Fontes KS, Saldanha AAW, Araújo LF. Representações do HIV na terceira idade e vulnerabilidade no idoso. In: Congresso Virtual: anais do 7. Congresso Virtual HIV/AIDS; 2006 [acesso em 22 jan 2017]; Portugal. Disponível em: [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=307](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=307).