



ISSN: 2595-1661

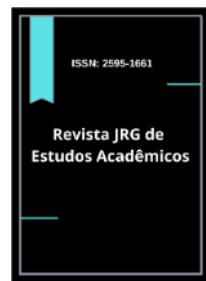
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

# Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



## Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) acompanhados em um ambulatório especializado do Distrito Federal

Sociodemographic and clinical profile of elderly individuals with Human Immunodeficiency Virus (HIV) followed up at a specialized outpatient clinic in the Federal District

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2928  
 ARK: 57118/JRG.v9i20.2928

Recebido: 30/01/2026 | Aceito: 04/02/2026 | Publicado on-line: 05/02/2026

**Ana Luiza Vieira Dias<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0009-0003-8576-7170>  
 <http://lattes.cnpq.br/1306080135641161>  
Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil  
E-mail: analvd55@gmail.com

**Ingridy de Moraes Lopes<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0009-0006-9280-033X>  
 <http://lattes.cnpq.br/6496056237964832>  
Universidade de Brasília, DF, Brasil  
E-mail: ingridyml@outlook.com

**Márcia Regina Souza Rodrigues<sup>3</sup>**

<https://orcid.org/0009-0000-9465-984X>  
 <http://lattes.cnpq.br/1769309351692982>  
Centro Universitário Euro-Americanano, DF, Brasil  
E-mail: reginarodriguess@gmail.com

**Thaís de Souza Misquita<sup>4</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-6913-4953>  
 <http://lattes.cnpq.br/3720964357216720>  
Centro Universitário Euro-Americanano, DF, Brasil  
E-mail: thaissmd0812@gmail.com

**Neuza Moreira de Matos<sup>5</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-0173-6602>  
 <http://lattes.cnpq.br/4081134400353053>  
Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil  
E-mail: dudineuza@gmail.com

**Victor Roberto Santos Costa<sup>6</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-0785-9665>  
 <http://lattes.cnpq.br/6234119997634536>  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, DF, Brasil  
E-mail: victorrobotoscosta@gmail.com



<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí.

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

<sup>3</sup> Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Euro-Americanano.

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Euro-Americanano.

<sup>5</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília.; Mestra em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.

<sup>6</sup> Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia; Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.



## Resumo

**Objetivo:** analisar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos vivendo com HIV, correlacionando com a adesão terapêutica. **Métodos:** foi utilizado um desenho transversal de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas e busca de informações em prontuários de idosos diagnosticados com esse vírus, que são atendidos em um ambulatório especializado do Distrito Federal. O instrumento de coleta foi um questionário de autoria própria, que abordou variáveis sociodemográficas e clínicas (histórico do HIV e tratamento, comorbidades e condições associadas e comportamentos de risco). Os dados foram tabulados pelo Excel e Programa Estatístico R versão 4.4.0. **Resultados:** foram entrevistados 40 idosos vivendo com HIV, com média de 63,3 anos, predominância do sexo masculino, heterossexuais e de raça/cor parda. A maioria era aposentada, residia em área urbana e vivia com familiares. O diagnóstico ocorreu majoritariamente há mais de 10 anos, principalmente por rastreamento de rotina. Observou-se alta adesão à terapia antirretroviral e elevada taxa de carga viral indetectável. O conhecimento do diagnóstico por parte da família, presente na maioria dos casos, pode ter contribuído no enfrentamento da soropositividade, favorecendo a adequada adesão dos idosos à terapêutica. Grande parte dos entrevistados apresentaram comorbidades, com predomínio de doenças metabólicas/endócrinas, sucedida por doenças cardiovasculares. A maioria utilizava até cinco medicamentos e não apresentou internações recentes. **Conclusão:** os resultados evidenciam uma alta adesão à terapia antirretroviral com adequado controle virológico entre idosos acompanhados em ambulatório especializado, associada a menor ocorrência de internações hospitalares recentes. Entretanto, observa-se elevada carga de comorbidades crônicas, o que reforça a necessidade de cuidado contínuo, individualizado e multiprofissional, considerando as especificidades clínicas e o processo de envelhecimento das pessoas vivendo com HIV.

**Palavras-chave:** HIV. idosos. perfil sociodemográfico. doenças oportunistas. políticas de saúde

## Abstract

**Objective:** To analyze the sociodemographic and clinical profile of elderly people living with HIV, correlating it with therapeutic adherence. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach was used. Data collection was carried out through interviews and information retrieval from medical records of elderly individuals diagnosed with HIV who are treated at a specialized outpatient clinic in the Federal District. The data collection instrument was a self-developed questionnaire that addressed sociodemographic and clinical variables (HIV history and treatment, comorbidities and associated conditions, and risk behaviors). The data were tabulated using Excel and the R statistical software version 4.4.0. **Results:** Forty elderly people living with HIV were interviewed, with an average age of 63.3 years, predominantly male, heterosexual, and of mixed race/color. Most were retired, resided in urban areas, and lived with family members. The diagnosis occurred mostly more than 10 years ago, mainly through routine screening. High adherence to antiretroviral therapy and a high rate of undetectable viral load were observed. Knowledge of the diagnosis by the family, present in most cases, may have contributed to coping with seropositivity, favoring adequate adherence of the elderly to therapy. Most of the interviewees presented comorbidities, with a predominance of metabolic/endocrine diseases, followed by cardiovascular diseases. Most used up to five medications and did not have recent hospitalizations. **Conclusion:** the results show high adherence to antiretroviral



*therapy with adequate virological control among elderly people followed in a specialized outpatient clinic, associated with a lower occurrence of recent hospitalizations. However, a high burden of chronic comorbidities is observed, which reinforces the need for continuous, individualized and multidisciplinary care, considering the clinical specificities and the aging process of people living with HIV.*

**Keywords:** HIV. elderly. sociodemographic profile. opportunistic diseases. health policies

## 1. Introdução

O HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constituem importantes temas de saúde pública em escala global, impactando milhões de indivíduos em diferentes contextos sociais e geográficos. O HIV é um agente viral que compromete progressivamente o sistema imunológico ao atacar as células de defesa, especialmente os linfócitos T CD4 +. A destruição dessas células enfraquece a capacidade do organismo de combater infecções e outras enfermidades oportunistas (Brasil, 2019).

Na ausência de tratamento adequado, a infecção pelo HIV pode evoluir para a AIDS, estágio avançado da doença caracterizado por acentuada imunossupressão e pelo surgimento de infecções e neoplasias oportunistas. Entretanto, os avanços científicos e tecnológicos, especialmente o desenvolvimento da terapia antirretroviral (TARV), têm possibilitado que pessoas vivendo com HIV mantenham qualidade e expectativa de vida significativamente melhores, desde que o diagnóstico seja precoce e o tratamento, devidamente seguido (Melhuish; Lewthwaite, 2022).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2023, entre 1980 e junho de 2023 foram notificados 1.124.063 casos de AIDS no Brasil. Nos últimos cinco anos, observou-se uma média anual de 35,9 mil novos casos, com maior prevalência entre pessoas de 25 a 39 anos, predominando o sexo masculino (50,1%). Ressalta-se, ainda, o crescimento de 20,3% na incidência entre indivíduos com 60 anos ou mais, ao se comparar os anos de 2015 e 2022, evidenciando uma tendência de envelhecimento da população vivendo com HIV (Brasil, 2023).

No Distrito Federal, onde foi realizado o presente estudo, foram registrados 3.838 casos de infecção pelo HIV e 1.177 casos de aids, entre os anos de 2020 e 2024. No que se refere ao HIV, observa-se, ao longo desse período, uma tendência de estabilidade, embora tenha sido identificado um aumento no ano de 2024. Quanto à aids, verificou-se uma redução progressiva do coeficiente de detecção por 100 mil habitantes, que passou de 8,5 em 2020 para 5,3 em 2024, evidenciando a manutenção de uma tendência gradual de queda (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2025).

No cenário global, a UNAIDS estabeleceu a meta 95-95-95 para erradicar a AIDS até 2030, a partir do diagnóstico, tratamento e supressão viral à 95% das pessoas vivendo com HIV. Essa estratégia busca reduzir novas infecções e mortes, enfrentar desigualdades no acesso à saúde e combater a discriminação, promovendo inclusão e respeito (UNAIDS, 2023a).

Nesse cenário, dentre os grupos que necessitam de uma maior atenção à saúde estão os idosos, pois a ampliação da expectativa de vida, aliada à disponibilidade de fármacos que possibilitam a manutenção da atividade sexual, tem tornado essa população mais ativa sexualmente. Contudo, a persistência de tabus e a invisibilidade da sexualidade na velhice favorecem práticas sexuais desprotegidas e o crescimento das infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV/Aids, na terceira idade, devido à negligência social e institucional (Souza et al., 2022a).



Logo, o preconceito favorece a interpretação equivocada de sinais clínicos do HIV/Aids com manifestações naturais do envelhecer, como: emagrecimento, fadiga, infecções oportunistas, alterações neurológicas e depressão, resultando em diagnóstico e tratamento tardios. Assim, o estigma pela idade e pela condição sorológica prejudica a adesão terapêutica e o vínculo com os serviços de saúde. O envelhecimento com HIV também envolve desafios biopsicossociais, incluindo a coexistência de comorbidades crônicas, dificuldades em aderir à TARV devido à polifarmácia, perda de autonomia e isolamento social (Silva; Vieira; Cruz, 2025).

Esses dados evidenciam a complexidade e a persistência da epidemia de HIV, reforçando a importância de compreender o perfil clínico e sociodemográfico das pessoas idosas, a fim de subsidiar políticas públicas e práticas assistenciais mais eficazes e equitativas.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é analisar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos vivendo com HIV, correlacionando com a adesão terapêutica.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Policlínica de Taguatinga, na região administrativa de Taguatinga, Brasília - Distrito Federal. Os participantes da pesquisa foram idosos vivendo com HIV em acompanhamento ambulatorial especializado na referida instituição. A amostra foi obtida por conveniência, totalizando 40 idosos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a outubro de 2025, por meio de entrevistas realizadas durante as consultas de enfermagem, em que foi aplicado um questionário para os idosos, de autoria dos pesquisadores. Logo, essa etapa foi dividida nas seguintes partes: 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2) dados socioeconômicos; 3) aspectos clínicos e 4) escala de adesão terapêutica.

O questionário foi aplicado pelos pesquisadores em consultórios localizados na própria unidade de saúde. As consultas ocorreram a partir de agendamento prévio. No início das consultas, os candidatos eram convidados a participar da pesquisa e, nesse momento, era lhes explicado a natureza, o objetivo e os benefícios do estudo, garantindo-lhes o sigilo de seus dados durante e após a coleta e, mediante o aceite, era solicitada a assinatura do TCLE. O questionário apresenta questões sobre os dados socioeconômicos (idade, gênero, orientação sexual, estado civil, raça/cor, religião, escolaridade, ocupação atual, renda familiar mensal, local de residência, com quem reside e número de filhos), aspectos clínicos (histórico do HIV e tratamento, comorbidades e condições associadas e comportamentos de risco), além da Escala “Medida de Adesão aos Tratamentos” (MAT), validada por Delgado e Lima (2001) em seu estudo “Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos”. No prontuário dos participantes também foram coletadas informações que complementaram e/ou ratificaram suas respostas, como: evoluções dos profissionais de saúde e resultados de exames complementares.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o número do CAAE: 86502525.8.0000.5553

Os dados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Microsoft Excel e, em seguida, transportados para o Programa Estatístico R versão 4.4.0, sendo realizada a limpeza e tratamento dos dados e, posteriormente, a análise estatística descritiva.



### 3. Resultados

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, observou-se uma maior frequência de idosos com idades entre 60-70 anos (70%), homens cis (55%), heterossexuais (80%), solteiros (35%), de cor parda (47,5%), de religião evangélica (42,5%), com ensino médio completo (32,5%), aposentados ou pensionistas (75%), com renda familiar de até um salário mínimo (37,5%), que moram em área urbana (95%), que residem com familiares (55%), sendo a maioria destes familiares esposo (a), filhos ou netos. A maior parte dos entrevistados relataram ter 2 filhos (30%) e possuir moradia própria (60%).

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).**

| Variável                 | Número de pessoas (n) | Percentual (%) |
|--------------------------|-----------------------|----------------|
| <b>Sexo</b>              |                       |                |
| Masculino                | 22                    | 55             |
| Feminino                 | 18                    | 45             |
| <b>Orientação Sexual</b> |                       |                |
| Heterossexual            | 32                    | 80             |
| Homossexual              | 6                     | 15             |
| Bissexual                | 2                     | 5              |
| <b>Estado Civil</b>      |                       |                |
| Casado                   | 10                    | 25             |
| Divorciado               | 7                     | 17,5           |
| Solteiro                 | 14                    | 35             |
| Viúvo                    | 9                     | 22,5           |
| <b>Raça/Cor</b>          |                       |                |
| Amarela                  | 1                     | 2,5            |
| Branca                   | 14                    | 35             |
| Parda                    | 19                    | 47,5           |
| Preta                    | 6                     | 15             |
| <b>Religião</b>          |                       |                |
| Budismo                  | 1                     | 2,5            |
| Católica                 | 14                    | 35             |
| Espírita                 | 2                     | 5              |
| Evangélica               | 17                    | 42,5           |
| Sem Religião             | 6                     | 15             |
| <b>Escolaridade</b>      |                       |                |
| Analfabeto               | 1                     | 2,5            |
| Ensino                   | 9                     | 22,5           |
| Fundamental              |                       |                |
| Incompleto               |                       |                |
| Ensino                   | 7                     | 17,5           |
| Fundamental              |                       |                |
| Completo                 |                       |                |
| Ensino Médio             | 13                    | 32,5           |
| Completo                 |                       |                |
| Ensino Médio             | 2                     | 5              |
| Incompleto               |                       |                |



| Ensino Superior            | 3            | 7,5           |               |                      |
|----------------------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|
| Completo                   |              |               |               |                      |
| Ensino Superior            | 3            | 7,5           |               |                      |
| Incompleto                 |              |               |               |                      |
| Pós – Graduação            | 2            | 5             |               |                      |
| <b>Ocupação</b>            |              |               |               |                      |
| Aposentado ou              | 30           | 75            |               |                      |
| Pensionista                |              |               |               |                      |
| Trabalha                   | 2            | 5             |               |                      |
| Formalmente                |              |               |               |                      |
| Autônomo                   | 2            | 5             |               |                      |
| Desempregado ou            | 2            | 5             |               |                      |
| sem renda Própria          |              |               |               |                      |
| Trabalha                   | 3            | 7,5           |               |                      |
| formalmente                |              |               |               |                      |
| Trabalha                   | 1            | 2,5           |               |                      |
| informalmente              |              |               |               |                      |
| <b>Renda Familiar</b>      |              |               |               |                      |
| Até 1 Salário Mínimo       | 15           | 37,5          |               |                      |
| Entre 1 e 2 Salários       | 14           | 35            |               |                      |
| Mínimos                    |              |               |               |                      |
| Entre 2 e 3 Salários       | 2            | 5             |               |                      |
| Mínimos                    |              |               |               |                      |
| Mais de 3 Salários         | 9            | 22,5          |               |                      |
| <b>Local de Residência</b> |              |               |               |                      |
| Rural                      | 2            | 5             |               |                      |
| Urbano                     | 38           | 95            |               |                      |
| <b>Com Quem Vive</b>       |              |               |               |                      |
| Com Familiares             | 22           | 55            |               |                      |
| Institucionalizado         | 1            | 2,5           |               |                      |
| Sozinho                    | 17           | 42,5          |               |                      |
| <b>Tipo de Moradia</b>     |              |               |               |                      |
| Alugada                    | 14           | 35            |               |                      |
| Herança                    | 1            | 2,5           |               |                      |
| Instituição                | 1            | 2,5           |               |                      |
| Própria                    | 24           | 60            |               |                      |
|                            | <b>Média</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Desvio Padrão</b> |
| <b>Idade</b>               | 63,3         | 60            | 71            | 5,11                 |
| <b>Nº de filhos</b>        | 2,22         | 0             | 7             | 1,66                 |

Fonte: Produção dos autores. Dados da pesquisa.

A tabela 2 apresenta dados referentes ao histórico de diagnóstico de HIV e, demonstra que a maioria recebeu o diagnóstico há mais de 10 anos, por meio de rastreamento de rotina (37,5%), com tempo de TARV que variou em até 10 anos ou mais de 10 anos, apresentou carga viral indetectável (95%), e não relatou efeitos colaterais do tratamento (57,5%). Sobre o conhecimento familiar do diagnóstico, 80% relataram que



algum familiar tem ciência de seu diagnóstico. A partir dos resultados obtidos na aplicação da escala MAT, observou-se que 92,5% têm uma alta adesão à TARV.

**Tabela 2. Características clínicas, terapêuticas e laboratoriais das pessoas idosas vivendo com HIV.**

| Variável  | Número de pessoas (n) | Percentual (%) |
|---|-----------------------|----------------|
| <b>Situação do Diagnóstico</b>                  |                       |                |
| Internação Hospitalar                           | 4                     | 10             |
| Parceiro Diagnosticado                          | 4                     | 10             |
| Rastreamento de rotina                          | 15                    | 37,5           |
| Sintomas Sugestivos                             | 11                    | 27,5           |
| Pré - Natal                                     | 2                     | 5              |
| Outros  | 4                     | 10             |
| <b>Esquema da TARV</b>                          |                       |                |
| na  |                       |                |
| Atazanavir/Ritonavir/Dolutegravir               | 1                     | 2,5            |
| Atenovir/Dolutegravir/Etravirina                | 1                     | 2,5            |
| Darunavir/ Ritonavir/ Dolutegravir              | 5                     | 12,5           |
| Darunavir/Dolutegravir                          | 1                     | 2,5            |
| Darunavir/Ritonavir/Dolutegravir/Etraviri       | 1                     | 2,5            |
| na  |                       |                |
| Lamivudina/Atazanavir/Ritonavir                 | 1                     | 2,5            |
| Lamivudina/Darunavir/Ritonavir                  | 2                     | 5              |
| Lamivudina/Dolutegravir                         | 12                    | 30             |
| Ritonavir/Atazanavir/Tenofovir/Lamivudi         | 2                     | 5              |
| na  |                       |                |
| Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir               | 13                    | 32,5           |
| Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz                  | 1                     | 2,5            |
| <b>Efeitos Colaterais da TARV</b>               |                       |                |
| Sim   | 17                    | 42,5           |
| Não   | 23                    | 57,5           |
| <b>Efeitos Colaterais da TARV Relatados</b>     |                       |                |
| Gastrointestinais                               | 7                     | 17,5           |
| Neurológicos                                    | 5                     | 12,5           |
| Renais  | 1                     | 2,5            |
| Musculares                                      | 3                     | 7,5            |
| Cardíacos                                       | 1                     | 2,5            |
| <b>Contagem de Células CD4+ no último exame</b> |                       |                |
| < 350 células/mm <sup>3</sup>                   | 4                     | 10             |
| entre 350 e 500 células/mm <sup>3</sup>         | 4                     | 10             |
| > 500 células/mm <sup>3</sup>                   | 16                    | 40             |
| Não aplicável                                   | 16                    | 40             |
| <b>Situação da Carga Viral</b>                  |                       |                |
| Detectável                                      | 2                     | 5              |
| Indetectável                                    | 38                    | 95             |
| <b>Adesão à TARV</b>                            |                       |                |
| Alta adesão                                     | 37                    | 92,5           |



| Média adesão                                       | 3      | 7,5   |        |               |
|--|--------|-------|--------|---------------|
| <b>Conhecimento da Família sobre o Diagnóstico</b> |        |       |        |               |
| Filho (a)  | 10     | 25    |        |               |
| Outros Parentes e Amigos                           | 6      | 15    |        |               |
| Toda A Família                                     | 16     | 40    |        |               |
| Ninguém Sabe                                       | 8      | 20    |        |               |
|  |        |       |        |               |
|  | Média  | Mínmo | Máximo | Desvio Padrão |
| <b>Ano do diagnóstico</b>                          | 2007,5 | 1988  | 2022   | 8,99          |
| <b>Tempo de TARV</b>                               | 16,48  | 3     | 37     | 8,87          |

Fonte: Produção dos autores. Dados da pesquisa.

A tabela 3 refere-se aos dados referentes a comorbidades, condições associadas e comportamentos de risco, observando-se que todos os entrevistados apresentavam comorbidades, muitos deles referiram ter mais de uma, sendo as mais prevalentes: doenças metabólicas e endócrinas (47,5%), seguida de doenças cardiovasculares (40%). Além disso, a maioria referiu utilizar até 5 medicações (65%), negou internações no último ano (80%), negou ter sofrido queda no último ano (70%) e não faz uso de nenhum dispositivo de auxílio (97,5%). A maior parte dos idosos negou histórico de outra IST (67,5%) e os que tiveram, a sífilis foi a mais prevalente (22,5%). Dentre os entrevistados, a maioria negou coinfecções (67,5%). A maior parte dos idosos negou o uso de álcool (72,5%), tabaco ou outras drogas (82,5%), relatou não ter vida sexual ativa (55%) e, os que tem, referem a frequência de uma vez por semana (17,5%) e tem parceria sexual fixa (30%), uso do preservativo (27,5%).

**Tabela 3. Características de saúde, uso de medicamentos e comportamentos de risco dos idosos vivendo com HIV.**

| Variável                                 | Número de pessoas (n) | Percentual (%) |
|--|-----------------------|----------------|
| <b>Condições Clínicas Associadas</b>     |                       |                |
| Doenças Metabólicas e Endócrinas         | 19                    | 47.5           |
| Doenças Cardiovasculares                 | 16                    | 40             |
| Doenças Osteomusculares e Reumatológicas | 10                    | 25             |
| Negam                                    | 10                    | 25             |
| Alterações sensoriais                    | 4                     | 10             |
| Doenças Gastrointestinais                | 3                     | 7.5            |
| Doenças Psiquiátricas                    | 2                     | 5              |
| Doenças Renais                           | 1                     | 2.5            |
| <b>Polifarmácia</b>                      |                       |                |
| Até 5 Medicações                         | 26                    | 65             |
| Mais De 5 Medicações                     | 11                    | 27,5           |
| Nega                                     | 3                     | 7,5            |
| <b>Internações Hospitalares Recentes</b> |                       |                |
| Não                                      | 32                    | 80             |
| Sim                                      | 8                     | 20             |
| <b>Histórico de Quedas Recentes</b>      |                       |                |



|                                       |    |      |
|---------------------------------------|----|------|
| Não                                   | 28 | 70   |
| Sim                                   | 12 | 30   |
| <b>Dispositivos de Auxílio</b>        |    |      |
| Não                                   | 39 | 97,5 |
| Sim                                   | 1  | 2,5  |
| <b>Uso de Álcool</b>                  |    |      |
| Não                                   | 29 | 72,5 |
| Sim                                   | 11 | 27,5 |
| <b>Uso de Drogas</b>                  |    |      |
| Tabaco                                | 5  | 12,5 |
| Maconha                               | 2  | 5    |
| Não faz o uso                         | 33 | 82,5 |
| <b>Frequência da Atividade Sexual</b> |    |      |
| 1x ano                                | 1  | 2,5  |
| 1x semana                             | 7  | 17,5 |
| 2x semana                             | 5  | 12,5 |
| 3x semana                             | 3  | 7,5  |
| A Cada 15 Dias                        | 1  | 2,5  |
| Diariamente                           | 1  | 2,5  |
| Sem Vida Sexual Ativa                 | 22 | 55   |
| <b>Nº de Parceiros</b>                |    |      |
| Parceira Fixa                         | 12 | 30   |
| Parceria Múltipla                     | 6  | 15   |
| Sem Parceiro                          | 22 | 55   |
| <b>Uso de Preservativo</b>            |    |      |
| Sim                                   | 11 | 27,5 |
| Às Vezes                              | 1  | 2,5  |
| Não                                   | 6  | 15   |
| <b>Histórico de IST</b>               |    |      |
| Sim                                   | 13 | 32,5 |
| Não                                   | 27 | 67,5 |
| <b>Coinfecções</b>                    |    |      |
| Não                                   | 27 | 67,5 |
| Hepatite                              | 2  | 5    |
| Sífilis                               | 8  | 20   |
| Gonorréia                             | 2  | 5    |
| Hepatite e Sífilis                    | 1  | 2,5  |

Fonte: Produção dos autores. Dados da pesquisa.

#### 4. Discussão

A análise dos dados provenientes da pesquisa evidencia que a maioria dos idosos entrevistados vivendo com HIV situava-se na faixa etária entre 60 a 70 anos. Idosos jovens que adquiriram o vírus na fase adulta e 80% serem heterossexuais. Essa predominância reflete a própria composição etária da população idosa brasileira, pois conforme o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), o maior contingente de pessoas idosas concentra-se entre 60 e 69 anos, sendo 4,04% formado por homens e 4,74% composto por mulheres.



Sobre o aspecto da heterossexualidade, revisões recentes indicam que, embora heterogênea, a população idosa vivendo com HIV encontra-se marcada por estigmatização que vincula a velhice à hetero normatividade e à assexualidade, o que pode interferir na autodeclaração da sexualidade e da orientação sexual em contextos de pesquisa e assistência em saúde. Ademais, a maioria das pesquisas envolvendo pessoas vivendo com HIV concentra-se em adultos jovens e não heterossexuais, havendo escassez de estudos com idosos, justamente pelo preconceito e pelas barreiras socioculturais que envolvem essa temática (Carvalho; Bernardo; Lima, 2024).

Nas pesquisas com jovens vivendo com HIV, sobretudo na América Latina, observa-se uma maior prevalência de orientações não heterossexuais e destacam esse grupo na atual dinâmica epidemiológica do HIV, em razão de padrões comportamentais e da maior visibilidade dessas orientações nas gerações mais novas (Jalil et al., 2024). Esses fatores sugerem que o predomínio de heterossexuais encontrados neste estudo deve ser interpretado com cautela, considerando as limitações inerentes à autodeclaração da orientação sexual entre idosos.

Houve nesta pesquisa uma discreta diferença na distribuição entre os sexos, com 55% de homens idosos e 45% de mulheres idosas vivendo com o vírus. Destaca-se ainda que 10% das entrevistadas relataram ter sido infectada em relações sexuais com parceiros fixos, o que gera a falsa impressão de proteção.

Esse panorama indica que o engajamento masculino nas estratégias de prevenção pode influenciar na redução dos índices de infecção por HIV entre mulheres, sobretudo porque a falta de responsabilidade compartilhada dos homens na saúde sexual, reforçada pela aceitação social de relações extraconjugaís, permanece evidente no cotidiano (Martini et al., 2024). Não obstante, ainda se perdura a concepção de que relações heterossexuais estáveis oferecem maior proteção frente às infecções sexualmente transmissíveis, embora essa percepção ilusória aumente a vulnerabilidade ao HIV, uma vez que a negação dos riscos efetivos dificulta a adoção de práticas preventivas (Nierotka; Ferretti, 2021).

No que se refere à variável autodeclaração raça/cor, observou-se predominância de participantes autodeclarados pardos. No contexto brasileiro, evidências epidemiológicas apontam a predominância de idosos pardos e negros vivendo com HIV, especialmente em registros de morbidade hospitalar (Freire et al., 2024). Em contrapartida, estudos clínicos e de qualidade de vida com indivíduos vivendo com HIV, de modo geral, apresentam distribuição racial mais heterogênea, sem estratificação etária pormenorizada, o que limita a comparação direta dos padrões de autodeclaração de cor/raça entre idosos e não idosos (La-Rotta et al., 2025).

Entre os participantes, prevaleceu a crença na religião evangélica, seguida pelo catolicismo e apenas 6 entrevistados declararam não seguir qualquer religião. Esse achado é relevante no contexto do HIV, uma vez que diversos estudos destacam a religiosidade como elemento de estratégia de enfrentamento diante dos desafios impostos pela condição crônica, contribuindo para a adaptação à soropositividade e configurando-se como fator de proteção à saúde e de melhoria da qualidade de vida (Brito; Seidl, 2022).

Em relação à escolaridade dos idosos entrevistados, notou-se o predomínio do ensino médio completo e 20% com ensino superior completo, incompleto ou pós-graduação. Esse atributo pode estar relacionado à alta adesão à TARV identificada, tendo em vista que, níveis mais elevados de escolaridade estão diretamente associados à maior alfabetização funcional em saúde, melhor compreensão do regime terapêutico e maior adesão à TARV. A capacidade de compreender orientações clínicas e reconhecer a



importância do tratamento contínuo é fator determinante para a manutenção da adesão ao uso de antirretrovirais (Perez; Chagas; Pinheiro, 2021).

A maioria dos idosos pesquisados relatou que pelo menos um familiar tem conhecimento do diagnóstico, evidenciando a relevância do apoio familiar como fator protetor no enfrentamento do HIV e que pode ter favorecido a adesão ao tratamento. A presença de pessoas de confiança contribui para a aceitação da sorologia, para o fortalecimento emocional e para a continuidade do cuidado em saúde (Souza et al., 2022b). Por outro lado, o sigilo absoluto, frequentemente motivado pelo medo do estigma, pode resultar em isolamento social, sofrimento psíquico e dificuldades na continuidade do cuidado, especialmente entre idosos (Brandão et al., 2020).

No contexto das condições clínicas associadas, entre os idosos entrevistados notou-se uma maior incidência de doenças metabólicas e endócrinas, seguida de doenças cardiovasculares. Este resultado evidencia que, com o aumento da sobrevida graças à TARV é possível observar uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis que estão associadas a um maior risco de morbimortalidade, que afetam não só os indivíduos soropositivos, mas os idosos de uma forma geral.

Essas condições ampliam a complexidade do cuidado, pois elevam o risco clínico nessa população, uma vez que podem contribuir para maior morbidade, e potencial impacto negativo na adesão ao tratamento e nos desfechos de saúde e exigem acompanhamento multiprofissional contínuo (Webel et al., 2021). Um estudo observacional brasileiro que analisa o perfil clínico de idosos vivendo com HIV, reforça que a coexistência entre HIV, envelhecimento e doenças crônicas exige uma abordagem integral, com foco não apenas ao controle virológico, como também ao manejo das condições associadas, com o objetivo à redução de riscos e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes idosos (Santos, 2020).

Embora polifarmácia e quedas sejam fatores comuns no processo de envelhecimento o grupo pesquisado não apresentou relevância quanto estas variáveis, talvez por se tratarem de idosos jovens.

A alta adesão à TARV (92,5%) observada neste estudo, refletiu-se no baixo número de internações hospitalares recentes. Estudos demonstram que pessoas vivendo com HIV em acompanhamento regular mantêm maior contato com os serviços de saúde quando comparadas à população geral, possibilitando monitoramento clínico contínuo, detecção precoce de agravos e redução de hospitalizações evitáveis. Essa característica é particularmente relevante entre idosos, que apresentam maior carga de comorbidades (Melhuish; Lewthwaite, 2022; Perez; Chagas; Pinheiro, 2021).

Por fim, a elevada taxa de supressão viral (95%) observada reforça a efetividade da adesão à TARV, resultado compatível com evidências recentes que demonstram que a adesão adequada ao tratamento é um dos principais determinantes para a carga viral indetectável, estando diretamente associada à redução da morbimortalidade, ao aumento da sobrevida e à melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

Além disso, o conceito de que indetectável é igual a intransmissível ( $I=I$ ), amplamente sustentado por evidências atuais, destaca a importância do tratamento contínuo como estratégia central no controle individual e coletivo da infecção pelo HIV, inclusive na população idosa (Brasil, 2023; UNAIDS, 2023b).

Apesar da importância dos resultados, algumas limitações e potenciais vieses devem ser considerados nessa pesquisa. O estudo foi realizado em uma única unidade de atendimento, com amostra restrita, o que pode limitar a generalização dos achados para outras realidades e contextos assistenciais. Ademais, a coleta de dados ocorreu exclusivamente com idosos que compareceram a consultas previamente agendadas, não



contemplando aqueles que não frequentam regularmente o serviço, o que pode ter influenciado os elevados níveis de adesão à TARV observados, configurando possível viés de seleção.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à utilização de informações autorreferidas, especialmente no que tange às variáveis raça/cor, orientação sexual e religião, as quais estão sujeitas a diferentes interpretações, viés de memória e adequabilidade de resposta. Soma-se a isso o estigma ainda associado ao HIV, que pode contribuir para a omissão ou subnotificação de informações relevantes por parte dos participantes.

Observou-se, ainda, limitação relacionada à aplicação do questionário, uma vez que houve interpretações distintas entre os aplicadores quanto a questão que abordava resistência ao tratamento, sendo compreendida, em alguns casos, como resistência à adesão e, em outros, como resistência medicamentosa à TARV. Essa ambiguidade também foi percebida entre os próprios idosos, que demonstraram dificuldade na compreensão do conceito de resistência medicamentosa, podendo comprometer a precisão das respostas. Essa questão, foi portanto, desconsiderada neste estudo.

Adicionalmente, a Escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), utilizada para avaliar a adesão terapêutica, apresenta categorias de resposta com graduações semânticas próximas (sempre, quase sempre, com frequência, por vezes, raramente e nunca), o que pode dificultar a compreensão por parte da população idosa e induzir respostas mais restritas ou concentradas em determinadas opções, configurando potencial viés de mensuração.

Apesar das limitações identificadas, os achados não perdem sua relevância, mas reforçam a necessidade de cautela na interpretação e extração dos resultados, bem como apontam para a importância da realização de novos estudos, com amostras mais amplas, delineamentos longitudinais e instrumentos de coleta adaptados às especificidades da população idosa, a fim de aprofundar a compreensão do envelhecimento com HIV e da adesão terapêutica neste grupo.

O estudo contribui de forma significativa para o entendimento do perfil clínico e sociodemográfico de idosos que convivem com o HIV, grupo que historicamente apresenta pouca ou quase nenhuma visibilidade nas políticas públicas e que ainda enfrenta múltiplos estigmas. Os achados reforçam a importância de ações de cuidado integral e longitudinal, bem como da ampliação das estratégias de educação em saúde voltada à população idosa, com vistas à desconstrução de mitos relacionados à sexualidade na velhice e à redução da vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis.

Além disso, os resultados evidenciam a necessidade de qualificação das práticas assistenciais e do planejamento de políticas públicas que considerem as especificidades clínicas, psicossociais e socioculturais do envelhecimento com HIV, contribuindo para a promoção da adesão terapêutica, da autonomia e da qualidade de vida desses indivíduos.

## **5. Conclusão**

Os resultados deste estudo evidenciam que os idosos vivendo com HIV acompanhados em um ambulatório especializado do Distrito Federal, apresentam perfil sociodemográfico e clínico marcado pelo predomínio da faixa etária entre 60 e 70 anos, do sexo masculino, de indivíduos heterossexuais, autodeclarados pardos e com escolaridade elevada. Esses dados fortalecem a importância de estratégias preventivas e educativas que considerem a sexualidade na velhice e o enfrentamento de estigmas, especialmente nos serviços voltados à atenção ao idoso.



Observou-se que o conhecimento do diagnóstico por parte da família, presente na maioria dos casos, configurou-se como importante fator de enfrentamento da soropositividade, que pode ter favorecido a adesão dos idosos à terapêutica.

Acerca das condições clínicas evidenciou-se a elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente metabólicas, endócrinas e cardiovasculares, comorbidades que refletem também o processo de envelhecimento. Esse contexto determina maior complexidade ao cuidado e reforça a importância de uma assistência multiprofissional contínua que envolva uma abordagem holística e humanizada, voltada à prevenção de agravos e atenção integral, que atenda as especificidades do contexto de vida dos idosos.

A elevada adesão à TARV e a expressiva taxa de supressão viral observadas neste estudo evidenciam a efetividade do acompanhamento regular em saúde, especialmente por se tratar de idosos vinculados a um serviço ambulatorial especializado, o que possibilita seguimento clínico contínuo, monitoramento sistemático e maior acesso às orientações dos profissionais. Esse contexto refletiu-se em menor número de internações hospitalares recentes e em melhores desfechos clínicos. Tais achados corroboram o impacto positivo da adesão ao tratamento na redução da morbimortalidade, na melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento do conceito de indetectável como intransmissível ( $I=I$ ), inclusive na população idosa.

Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade de investimento em políticas públicas e estratégias de cuidado específicas para idosos vivendo com HIV, que considerem suas particularidades sociodemográficas, clínicas e psicossociais. A qualificação dos profissionais de saúde, o fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde, a promoção da educação em saúde e o enfrentamento do estigma são fundamentais para garantir cuidado integral, equitativo e humanizado a essa população.

## Referências

BRANDÃO, B. M. G. de M.; ANGELIM, R. C. de M.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, R. C. de; ABRÃO, F. M. da S. Living with HIV: coping strategies of seropositive older adults. **Rev Esc Enferm USP**. n.54, p.e03576, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRITO, H. L. de; SEIDL, E. M. F. Pessoas vivendo com HIV/Aids: estudo sobre coping religioso, resiliência e qualidade de vida. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 1-26, 2022.

CARVALHO, E.; BERNARDO, R. M.; LIMA, H. B. de. Do estereótipo à realidade: um estudo sobre pessoas idosas que convivem com HIV no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 11, p. 3000-3012, 2024.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.2, n.2, p.81-100, 2001.



FREIRE, G. H. E.; ZACCARONE JÚNIOR, A. C.; CAMPOS, J. S.; COSTA, F. B.; ARAÚJO, E. B. S.; FRANÇA, T. G.; CORREIA JUNIOR, M. L.; BALDI, B. Z.; FONTES, G.N.; MARTINS, E. L. B. Painel descritivo da morbidade hospitalar devido ao HIV em idosos brasileiros em 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 2519–2530, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

JALIL, C. M.; JALIL, E. M.; HOAGLAND, B.; CARDOSO, S. W.; SCARPARO, R.; COUTINHO, C.; SILVA, M. S. T.; VELOSO, V. G.; WILSON, E. C.; MCFARLAND, W.; TORRES, T. S.; GRINSZTEJN, B. The rising tide of HIV among young men who have sex with men in Brazil: insights from the Conectad@s study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 36, p. 100798, 2024.

LA-ROTTA, E. G.; CHAVEZ, L. J. E.; GOMEZ-LARROTA, H.; FARIA, P.H.; ALBUQUERQUE, A. A. D. N.; CECÍLIO, F. T.; MACIEL, M. D. S.; DOMÍNGUEZ, J. A. E.; DONALISIO, M. R. Evaluation of sociodemographic, clinical and behavioral characteristics of people living with the human immunodeficiency virus and its association with quality of life. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.28, p.e250034, 2025.

MARTINI, T. A.; SILVA, D. da; REBELLO, A.; BEBER, J. L.; HEBEDA, C.B.; ROCHA, F. da. Perfil epidemiológico de idosos vivendo com HIV em uma cidade do interior de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 53, n. 3, p. 29-41, 2024.

MELHUISH, A.; LEWTHWAITE, P. Natural history of HIV and AIDS. **Medicine**, v. 50, p.298-303, 2022.

NIEROTKA, R. P.; FERRETTI, F. Idosos com HIV/aids:uma revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.26, n.2, p.333-356, 2021.

PEREZ, T. A.; CHAGAS, E. F. B.; PINHEIRO, O. L. Health functional literacy and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.42, p.e20200012, 2021.

SANTOS, J. L. dos.; COSER, J.; HAMMES, T. P.; MUGNOL, T.; GARLET, A. M.; MOREIRA, P. R. Comorbidades em idosos vivendo com HIV/AIDS. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 8, n. 1, p. 59–71, 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Perfil epidemiológico do HIV e aids no Distrito Federal, 2020 a 2024**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2025.

SILVA, K. M. da; VIEIRA, M. da C. da S.; CRUZ, A. C.N. HIV/Aids na terceira idade: o papel da educação e da humanização na assistência de enfermagem. **Revista Foco**, v.18, n. 5, p. e8538-e8538, 2025.



SOUZA, L. S.; OLIVEIRA, A. S. de; LIMA, P. V.; SANTOS, N. P. dos; REIS, L. A. dos. Avaliação do suporte social de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, p. e11856, 2022b.

SOUZA, S. R. A. de; THEMÍSTOCLES, M. C.S.; TAVARES, J.R.; SOUZA, J.F. B. de; CAMPOS, G.S.; SILVA, J. C.S. da; FERREIRA, M. dos S. Estudo sobre condicionantes e facilitadores da saúde sexual da população idosa. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 48, n.1, p.e 71699, 2022a.

UNAIDS. **O dia nacional da pessoa idosa:** desafios e oportunidades da longevidade no Brasil. Genebra, 2023a.

UNAIDS. **O Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet.** Genebra, 2023b.

WEBEL, A. R.; SCHEXNAYDER, J.; CIOE, P. A.; ZUÑIGA, J. A. A review of chronic comorbidities in adults living with HIV: state of the science. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 32, n. 3, p. 322–346, maio-jun. 2021. doi: 10.1097/JNC.0000000000000240.