

RELAÇÃO DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE COM A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS DE PESSOAS IDOSAS

Jiovana de Souza Santos¹, Rosângela Alves Almeida Bastos², Francisca das Chagas Alves de Almeida³, Andressa Rocha Marques Sitônio⁴, Daniele Ferreira Rodrigues⁵

¹Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil.

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley-EBSERH.

³Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. ⁴Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley-EBSERH.

⁴Enfermeira. Especialista em Oncologia João Pessoa/PB, Brasil. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley-EBSERH.

⁵Fisioterapeuta. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Pernambuco. Recife/PE, Brasil. Fisioterapeuta do Hospital das Clínicas Universidade Federal do Pernambuco--EBSERH.

DOI: <https://doi.org/10.52845/IJND/2022/13-03-1>

RESUMO: *Objetivo:* analisar a relação entre o nível de escolaridade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas idosas. *Método:* estudo descritivo e comparativo de natureza exploratória, com abordagem quantitativa para análise dos dados realizado com 100 idosos no município de João Pessoa, Paraíba, entre julho a dezembro de 2018. Utilizou-se um roteiro de entrevista estruturada. Os dados foram processados pelo programa SPSS 19. Utilizou-se o teste não paramétrico qui-quadrado, medida de fidedignidade *Alpha de Cronbach* e teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. A pesquisa foi aprovada sob CAAE 67103917.6.0000.5188CAA. **Resultados:** a maioria dos idosos (54%) são do sexo feminino; (55%) são casados. Dos entrevistados, (50%) apresentam escolaridade superior e (50%) escolaridade não superior. Constatou-se que a vulnerabilidade ao HIV/Aids de idosos com escolaridade não superior é duas vezes maior do que em idosos com escolaridade superior. **Conclusão:** Observa-se lacunas que ameaçam o controle da epidemia da aids quando se evidencia a vulnerabilidade ao HIV.

Descritores: HIV; Aids; Vulnerabilidade; Idoso; Escolaridade.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem impacto significativo na sociedade, e ainda é uma epidemia preocupante em âmbito global e tem atingindo a população idosa. No Brasil, diante das modificações no perfil epidemiológico, a população idosa ocupa o décimo lugar com maior incidência da aids. Em doze anos, houve aumento de 80% nas taxas de detecção do HIV na faixa etária de 60 anos ou mais. Diante dessa realidade, o país tem o desafio de desenvolver ações que visem impactar na redução do número de casos de HIV nessa faixa etária.^{1,2}

A população brasileira demograficamente envelhece e traz consigo vários fatores que contribuem para o aumento de casos do HIV na população idosa, como o aumento da sobrevivência de pessoas que vivem com o vírus; as inovações farmacológicas administradas para o controle ou cura; o aumento da expectativa de vida da população perante o incentivo ao envelhecimento ativo e saudável; além da fragilidade e suscetibilidade de pessoas idosas no âmbito físico e de relacionamentos sexuais, emocionais, profissionais ou familiares.^{3,4}

Os idosos que possuem vida sexual ativa se encontram vulneráveis a adquirir o vírus ou a doença, visto que os

aspectos culturais, sociais e emocionais produzem comportamentos inadequados quando se trata de relacionamentos íntimos. Destaca-se, assim, uma forte resistência ao uso de preservativo pela população idosa, seja por questões individuais, sociais ou culturais.^{5,6}

Essa resistência ao uso do preservativo está relacionada ao fato das pessoas idosas perceberem o preservativo como método de evitar a gravidez. Nesse sentido os idosos estão na fase da vida em que não há mais a concepção uterina, transferindo-lhe a segurança de não engravidar a parceira. Outro pensamento errôneo que envolve a pessoa idosa é idealizar suscetibilidade ao vírus somente em atividades sexuais de parcerias múltiplas. Nesse caso, o idoso firma o relacionamento único e exclusivo, eliminando o uso de preservativo.⁷

A sociedade brasileira não compreende o namoro entre idosos da mesma forma que entre os jovens e, desta forma, as orientações não são direcionadas à população idosa. Por outro lado, a pessoa idosa se envergonha em mostrar que mantém ou voltou à atividade sexual, se excluindo de ser orientado ou de buscar informações sobre caminhos seguros para o ato sexual. Culturalmente, o uso de preservativo está conectado a fidelidade conjugal, dificultando seu uso.⁸

O nível de instrução é um indicador social para conhecer os fatores de risco para surgimento de patologias, dentre elas a infecção por HIV e aids, ou seja, pessoas de baixo nível de instrução são mais vulneráveis ao aparecimento de doenças, pois a capacidade de compreensão dificulta atitudes comportamentais adequadas para inibir processos patológicos ou de prevenção. Por meio dos resultados sociodemográficos, estudos transversais realizados com pessoas vivendo com HIV/Aids tem evidenciado que a maioria dos idosos com o HIV/Aids possuem baixo nível de escolaridade.⁹⁻¹²

Nesse sentido, apesar das subnotificações em classes sociais mais elevadas, em termos gerais, observa-se que a maioria das pessoas que vivem com HIV/Aids nas diversas faixas etárias possuem baixo nível educacional, o que pode estar relacionado ao maior acesso a informação pelas pessoas com maior nível de instrução. Desse modo, percebe-se que o fator educacional contribui consideravelmente para a vulnerabilidade ao HIV.^{11,13}

No Brasil, no período de 2007 a 2017, notificaram-se os casos de infecção pelo HIV em média sete vezes mais em pessoas com escolaridade não superior quando comparado a pessoas com educação superior.¹⁴ O nível educacional pode afetar determinantes sócio-cognitivos no que diz respeito ao comportamento sexual, interferindo no conhecimento, na percepção do seu próprio comportamento e suas atitudes, e, além disso, as habilidades cognitivas e não cognitivas que são desenvolvidas na escola também podem interferir na forma como as pessoas enxergam o risco e, dessa forma, passam a modificar seus comportamentos.¹⁵

A educação pode reduzir o risco de infecção pelo HIV na medida em que aumenta o acesso a informações sobre HIV e métodos de prevenção. Pesquisadores¹⁶, visando analisar se pessoas com maior nível educacional tinham mais conhecimento sobre HIV, descobriram que mulheres com maior tempo de escolaridade tinham comportamentos mais adequados para prevenção ao HIV, tinham menos parceiros sexuais e apresentavam maior conhecimento sobre as formas de transmissão pelo HIV. Os autores ressaltam que um ano a mais de educação aumentou a probabilidade de pessoas terem mais conhecimento sobre HIV em quase 10%, além de diminuir em 7% as chances de equívocos sobre HIV.¹⁶

Corroborando com o exposto, um estudo realizado em Botswana na África com mais de sete mil pessoas entre 18 e 64 anos, com objetivo de identificar o efeito causal da duração da escolaridade no ensino secundário com a infecção pelo HIV, trouxe à tona que cada ano adicional de ensino levou a uma redução de 8% no risco de infecção pelo HIV.¹⁷ Em Malawi e no Uganda, dois países da África Oriental que apresentam uma das maiores taxas de infecção pelo HIV no mundo, um outro estudo também encontrou resultados parecidos.¹⁵

Relacionar o nível de escolaridade com a vulnerabilidade ao HIV é relevante para o desenvolvimento de políticas públicas com impacto substancial em dimensões histórico-sociais e da qualidade da condição de saúde da população, pois promove a ampliação dos olhares por parte dos atores envolvidos com educação em saúde em diferentes níveis do

conhecimento. Ademais, os indícios preliminares de que a maioria das pessoas que vivem com HIV apresentam baixo nível de escolaridade instigam a curiosidade em compreender a relação entre o desconhecimento sobre o vírus e a prática na efetivação para prevenção, particularmente em pessoas idosas. Desse modo, levantou-se o seguinte questionamento: Existe relação entre o nível de escolaridade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas idosas?

Para responder à questão norteadora objetivou-se analisar a relação entre o nível de escolaridade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa para análise dos dados. A amostragem foi do tipo não probabilística, selecionada por conveniência nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário III; e no campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), localizados em João Pessoa/PB.

Assim, a amostra foi composta por 100 voluntários, distribuídos em dois grupos considerando os seguintes critérios de inclusão: maiores de 60 anos, ambos os sexos, boas condições de compreensão para responder aos questionamentos e disponibilidade para participar. Foram excluídos os participantes em situação frágil ou vulnerável na condição física ou emocional, bem como as interrupções e interveniências que impediram a continuidade no andamento da entrevista, como a chegada do momento da assistência no serviço, gerando a recusa em participar posteriormente.

Em decorrência, necessitou-se parear o tamanho da amostra a partir da busca de voluntários nas USFs, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Desse modo, utilizando o critério de saturação dos dados e acessibilidade, selecionou-se a composição inicial de 50 voluntários com nível de escolaridade não superior, representando 50% do total dos idosos que circulam as USFs em um dia de atendimento. Oportunamente, os demais 50 voluntários com nível de escolaridade superior foram selecionados no campus I da UFPB.

Assim, o grupo 1 (G1) foi composto pelos 50 participantes com nível de escolaridade superior e o grupo 2 (G2) com 50 participantes com nível de escolaridade não superior, conduzidos individualmente para uma sala reservada para esclarecimento sobre objetivos e procedimentos para efetivação da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.¹⁸ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFPB conforme parecer 2.190.153, CAAE 67103917.6.0000.5188.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista estruturada previamente elaborada com os itens de interesse

do estudo distribuído em duas etapas: (1) dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião e participação da renda no domicílio); (2) dezesseis questões sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids de respostas dicotômicas do tipo “sim” e “não”. Este instrumento foi aplicado e devidamente preenchido pela pesquisadora no período de julho a dezembro de 2018 com duração média de 10 a 15 minutos por participante.

Na elaboração do instrumento criaram-se escores que vão de 0 a 13, considerando que quanto maior o escore, maior a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Para desenvolver esse escore cada item do instrumento foi codificado da seguinte forma: as respostas que apresentavam menor vulnerabilidade ao HIV/Aids receberam zero (0) pontos e as que caracterizavam maior vulnerabilidade receberam um (1) ponto. Quanto maior este escore maior seria a vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids.

Portanto o escore total de vulnerabilidade ficou compreendido nos valores numéricos de 0 a 13, pois os itens 12, 14 e 16 do instrumento receberam codificação “(0)” nas respostas “não”, ou seja: a pontuação da vulnerabilidade nesses itens é zero, justificando assim o total do escore não ser 16 e sim 13. Vale salientar que este instrumento foi apreciado por dois pesquisadores *expert* na área do HIV/Aids que analisaram a importância dos itens.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel versão 2013 para Windows e posteriormente exportados e processados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* - versão 19.0. Os dados sociodemográficos foram analisados através de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio da medida de fidedignidade *Alpha de Cronbach*do instrumento com intervalo de 95% de confiança, tendo como resultado os valores 0,744 a 0,856 (previsão para qualquer outra amostra em outra pesquisa). Valores esses considerados como uma boa medida de fidedignidade evidenciando o fato de que o instrumento cumpriu bem o seu papel de avaliar a vulnerabilidade. Este teste mede a confiabilidade do instrumento e a magnitude que os itens estão relacionados. Foi avaliada ainda a influência de cada item quando este é retirado com intuito de testar o poder do instrumento em avaliar diferentes indivíduos e garantir diferentes características ⁸.

Aplicou-se o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5% ⁹, para comparação dos itens por grupo de escolaridade superior e não superior. E, na comparação destes grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* que é indicado para comparação de dois grupos independentes.

RESULTADOS

A maioria dos participantes (n=54, 54%) foram do sexo feminino na faixa etária de 60 a 70 anos (80%), com variabilidade etária entre 60 a 90 anos, de estado civil casado (n=55, 55%) e religião católica (n=80, 80%). Quanto à participação na renda familiar (51%) dos idosos contribui de forma complementar. Dos 50 entrevistados do grupo 2 (nível de escolaridade não superior) (20%) concluíram o fundamental, (18%) eram analfabetos e (12%) possuíam o ensino médio.

Na tabela 1 encontra-se exposto os itens do roteiro que contempla as questões sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids de idosos e a comparação das respostas dadas por itens pelo grupo com nível de escolaridade superior (G1) e o grupo com nível de escolaridade não superior (G2).

Tabela 1 - Comparação dos itens do instrumento por grupo com nível de escolaridade superior (G1) e nível de escolaridade não superior (G2). (João Pessoa/PB, Brasil)-2018.

Item	Superior (G1)				Não superior (G2)				Qui-Quadrado (Valor-p)
	Sim n	%	Não n	%	Sim n	%	Não n	%	
1- Necessidade do uso de camisinha nas relações sexuais?	48	96,0	2	4,0	26	52,0	24	48,0	< 0,001
2- Já usou preservativo?	12	24,0	38	76,0	27	54,0	23	46,0	< 0,004
3- Teria relação sexual com parceiro (a) usando camisinha mesmo depois de saber que ele tem o vírus do HIV?	19	38,0	31	62,0	6	12,0	44	88,0	< 0,006
4- Parceiro (a) têm outra companheira (o) é necessário usar preservativo nas relações sexuais com ele/ela?	47	94,0	3	6,0	24	48,0	26	52,0	< 0,001
5- No sexo oral é necessário usar preservativo?	48	96,0	2	4,0	21	42,0	29	58,0	< 0,001
6- O idoso pode adquirir o HIV/Aids?	49	98,0	1	2,0	41	82,0	9	18,0	0,004
7- Transar sem camisinha pega HIV?	50	100,0	-	-	44	88,0	6	12,0	0,035
8- Transar usando camisinha é uma forma de se proteger do vírus da aids?	49	98,0	1	2,0	37	74,0	13	26,0	0,002
9- Você já fez o exame de aids?	43	86,0	7	14,0	10	20,0	40	80,0	< 0,001
10- É direito da mulher pedir ao homem que use camisinha?	50	100,0	-	-	41	82,0	9	18,0	0,005
11- Nestes últimos seis meses, transou somente com um parceiro fixo (marido, mulher, companheiro, companheira, noivo, noiva, namorado, namorada ou amante)?	40	80,0	10	20,0	34	68,0	16	32,0	0,254
12- Nestes últimos seis meses, transou	2*	4,0*	48	96,0	17*	34,0*	33	66,0	< 0,001

com alguém que considere um parceiro eventual?									
13- Quando eu tenho uma relação amorosa fiel e de longa duração, devo me preocupar com a aids?	46	92,0	4	8,0	14	28,0	36	72,0	< 0,001
14- Deve-se praticar sexo não protegido apenas com as pessoas de quem se gosta?	31*	62,0*	19	38,0	34*	68,0*	16	32,0	0,675
15- Homem e mulher são igualmente responsáveis pela compra de preservativos?	50	100,0	-	-	39	78,0	11	22,0	0,001
16- O risco de contrair a aids é uma consequência do azar e não do comportamento sexual?	29*	42,0*	21	58,0	20*	40,0*	30	60,0	0,110
Todos	613	76,6	190	24,3	435	54,4	365	45,6	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa/PB, Brasil, 2018. * Resposta afirmativa que indica maior vulnerabilidade (itens 12, 14, 16).

Pode-se observar na Tabela 1 que, no geral, há diferença nas respostas do instrumento de vulnerabilidade como um todo. Na maioria dos itens, a vulnerabilidade é maior para o grupo que não tem ensino superior. No entanto, em alguns itens a vulnerabilidade é bastante similar para ambos os grupos. Os itens que apresentaram maior vulnerabilidade para todos os idosos foram os itens 1, 2, 3 e 14 quando não comparado por grupo. Quanto aos itens de maior vulnerabilidade por grupo, os que mais chamaram a atenção foram os itens 3, 4, 5, 9, 12 e 13 para o grupo dos idosos que não tem ensino superior.

O teste Qui-quadrado foi aplicado para avaliar a diferença de ocorrência nas respostas nos itens apresentados na Tabela 1. Na maioria dos itens houve diferença estatística significativa de opinião para ambos os grupos, exceto nos itens 11, 14, 16 onde o valor de p foi >0,05. O gráfico 1 expõe a diferença nas respostas dadas em cada item pelos dois grupos.

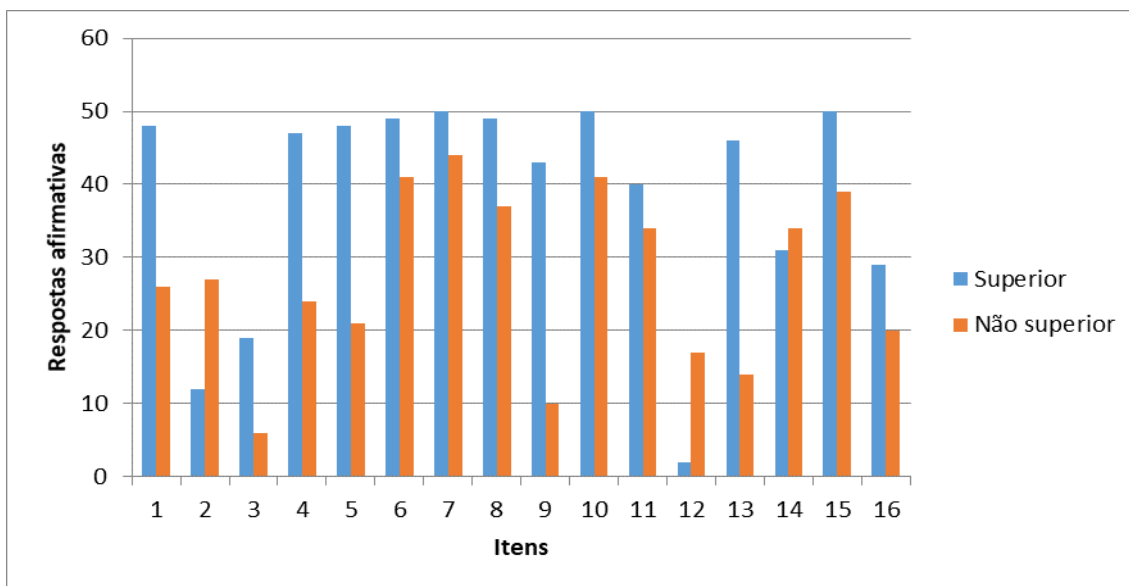


Gráfico 1- Respostas afirmativas para cada item do instrumento de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O gráfico 1 mostra as respostas que não apresentam vulnerabilidade. Observa-se que houve fortes diferenças nas respostas dadas por idosos com nível de escolaridade superior e idosos com nível de escolaridade não superior. Na maioria dos itens, o G1 respondeu mais positivamente para a não vulnerabilidade, exceto nos itens 2, 12 e 14, nesses o G2 respondeu mais positivamente para a não vulnerabilidade quando comparado com o G1.

A tabela 3 apresenta a média e desvio padrão do escore total de vulnerabilidade entre os dois grupos.

A tabela 2 mostra que os idosos com escolaridade não superior apresentam maior escore de vulnerabilidade do que os idosos que possuem nível de escolaridade superior e que esta diferença é significativa segundo o teste de *Mann-Whitney*. Ainda pode-se observar que a média do escore de vulnerabilidade ao HIV/Aids do idoso com nível de

escolaridade não superior é maior que duas vezes a vulnerabilidade do idoso com nível de escolaridade superior. A média foi de 7,14 e desvio padrão da média 3,66 contra 3,22 e desvio padrão de 1,49 respectivamente e valor de <0,001 *Mann-Whitney*.

Tabela 2 - Comparação do escore total de vulnerabilidade ao HIV/Aids entre os grupos de idosos com nível de escolaridade superior (G1) e nível de escolaridade não superior (G2). (João Pessoa/PB, Brasil-2018).

Variável	Superior		Não superior		M-W
	Média	DP	Média	DP	
Escore total	3,22	1,49	7,14	3,63	< 0,001

DP= Desviopadrão. M-W = *Mann-Whitney*.
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A tabela 3 mostra a fidedignidade do instrumento para avaliar a vulnerabilidade ao HIV/Aids através da análise por *Alpha de Cronbach*.

Tabela 3: Número e percentual de respostas afirmativas para vulnerabilidade e *Alpha de Cronbach* para ausência de cada item. João Pessoa/PB, Brasil)-2018.

Item	N	%	<i>Alpha</i>
1	74	74,0	0,774
2	39	39,0	0,817
3	25	25,0	0,810
4	71	71,0	0,782
5	69	69,0	0,773
6	90	90,0	0,787
7	94	94,0	0,790
8	86	86,0	0,779
9	53	53,0	0,787
10	91	91,0	0,790
11	74	74,0	0,823
12	19	19,0	0,795
13	60	60,0	0,774
14	65	65,0	0,811
15	89	89,0	0,785
16	49	49,0	0,819
Todos	1048	65,5	0,805

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Atabela 3 mostra que houve pouca alteração na medida *Alpha*, revelando que os itens contribuíram de maneira equilibrada para a informação da vulnerabilidade proposta por este instrumento e que a medida *Alpha* para todos os itens do instrumento foi 0,805 com intervalo a 95% de confiança compreendido entre 0,744 a 0,856 (previsão para qualquer outra amostra em outra pesquisa). Segundo Pedhazur¹⁹, é uma boa medida de fidedignidade e este resultado evidencia o fato de que o instrumento cumpriu bem o seu papel de analisar vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo sobre as variáveis sociodemográficas são similares aos demais estudos realizados no município de João Pessoa/Paraíba, Brasil, pois mostraram fortes diferenças nas respostas dadas por idosos com nível de escolaridade superior e idosos com nível de escolaridade não superior. Neste estudo, o grupo que não possui escolaridade superior apresenta escore de maior vulnerabilidade ao HIV/Aids.^{4,20,21}

Entre os anos 2007 a 2017, foram notificados no Sinan segundo sexo, faixa etária e escolaridade por ano de diagnóstico 50.325 casos de aids em pessoas com ensino superior, 126.698 casos de HIV e 465.972, casos de aids em pessoas analfabetas ou sem escolaridade superior.¹³ Observando a influência da escolaridade na exposição da vulnerabilidade ao HIV/Aids.

O último Boletim Epidemiológico de HIV/Aids identificou que a maioria dos casos de aids foi em indivíduos com escolaridade entre 5ª e 8ª série incompleta e que houve diferença nas proporções de caso por sexo, mostrando que os homens com aids tinham maior escolaridade quando comparado as mulheres. Verificou-se que a proporção de homens com aids que tinham ensino superior foi de 13,1% e 4,7% entre as mulheres.¹³

Esses dados evidenciam a influência da escolaridade no que concerne a exposição da vulnerabilidade ao HIV, mostrando necessidade de se considerar a escolaridade nas campanhas educativas. Corroborando com o exposto, observou-se nesse estudo que a proporção de pessoas idosas vulneráveis ao HIV é significativamente duas vezes maior no grupo de idosos com escolaridade não superior do que no grupo com escolaridade superior. Um dos fatores que proporcionam maior vulnerabilidade à infecção pelo vírus da aids é o baixo nível de escolaridade, pelo fato de ter menos privilégio para se obter conhecimento.¹¹

Ao comparar as respostas dadas pelos dois grupos, no item sobre o uso de preservativo, caso o parceiro tenha outro companheiro (a), o grupo com nível de escolaridade não superior (52%) disse não ser necessário o uso do preservativo contra (6%) do grupo com nível de escolaridade superior. Dessa forma, percebe-se que o G2 apresenta maior vulnerabilidade nesse item. Contudo, no item onde questionada a necessidade do uso de preservativo nas suas relações sexuais (52%), todos os idosos (somatório dos dois grupos) também não acharam necessário o uso do preservativo em suas relações sexuais.

Quando os idosos do G2 foram questionados sobre a necessidade do uso do preservativo no sexo oral, (58%) afirmaram não ser necessário, apenas (4%) do G1 afirmaram não haver necessidade. Oliveira et al.⁹ constatou em seu estudo pouco conhecimento dos idosos sobre a prevenção, transmissão e susceptibilidade de contrair o HIV e a maioria não soube relatar um método adequado para prevenir o contágio pelo vírus, apontando que os idosos do estudo estão diretamente vulneráveis ao HIV.

Na perspectiva de conhecer a vulnerabilidade individual de idosos à infecção pelo HIV no contexto das práticas preventivas e sem desconsiderar as demais dimensões, um estudo focal e qualitativo identificou que os idosos sabiam a importância do uso de preservativo em suas práticas sexuais para prevenir a infecção pelo HIV²⁰. No entanto, os autores ressaltam a contradição entre os relatos e a prática, uma vez que, no geral, esse seguimento populacional tem baixa adesão ao uso do preservativo. Os autores ainda ressaltam que essa contradição de reconhecer a importância do preservativo, mas não fazer uso em suas práticas sexuais, aumenta a possibilidade de infecção ao HIV.

Vale destacar que embora os resultados tenham evidenciado que o grupo com escolaridade não superior apresenta maior vulnerabilidade ao HIV/Aids do que o grupo com nível de escolaridade superior, quando se fala de relações sexuais com parceiro fixo e de longa duração, a confiança no parceiro faz com que haja resistência ao uso do preservativo para ambos os grupos de idosos.

O exposto foi verificado quando 62% do grupo com nível de escolaridade superior responderam que deve-se praticar sexo não protegido apenas com a pessoa de quem se gosta, pareando nas respostas dadas pelo grupo com nível de escolaridade não superior (68%) que também afirmaram o exposto. Além disso, do total dos dois grupos estudados, quando questionado em outro item sobre o uso do preservativo, (61%), afirmaram que nunca fizeram o seu uso. A dificuldade na negociação da prática do sexo seguro entre parceiros fixos caracteriza-se como ameaça na efetivação do controle da epidemia da aids.²⁰

Estudos revelam que o idoso é sexualmente ativo e vulnerável a infecção pelo HIV¹⁶⁻¹⁷ e que o baixo nível de escolaridade é um fator influenciável para essa vulnerabilidade. Além disso, os múltiplos parceiros sexuais, o uso irregular de preservativo, e histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) também são fatores que contribuem para a suscetibilidade ao HIV.²²

As lacunas da transmissão do vírus HIV são demonstradas no estudo de Brito et al.²¹ O estudo constatou que os idosos mencionam a camisinha como método de prevenção ao HIV, no entanto muitos não relacionam o uso do preservativo como meio de prevenção, assim mostrando a necessidade de esclarecimento sobre métodos de prevenção ao HIV para essa população. Destaca-se que a escolaridade de nível fundamental incompleto predominou em seu estudo. Os autores ainda ressaltam a influência da escolaridade ao risco de contrair o HIV pelo impacto diferenciado ao se obter informações, tendo grande importância como determinante de saúde.

O estudo de Quadros et al.²³ corrobora com esse apontamento. Com o objetivo de identificar o perfil de idosos vivendo com HIV/Aids do município de Divinópolis/MG, os autores constataram que a maioria dos indivíduos estudados tinham apenas ensino fundamental e apresentaram conhecimento incipiente e errôneo sobre a transmissão pelo HIV, acreditando que a contaminação se dava através de beijo na boca, picada de mosquito e da mãe para o bebê pelo leite materno. Além disso, não se inseriram como grupo de risco e desconheciam campanhas de prevenção voltadas para o idoso no que tange a transmissão do vírus.

Muitos idosos não se veem como susceptíveis a infecção pelo HIV por possuírem a crença de que a infecção é mais provável em pessoas que tem comportamentos promíscuos, além disso, resistem ao uso do preservativo por considerar apenas um método de evitar gravidez.^{9,24} Nesse contexto, as ações de prevenção ao HIV devem estar voltadas para o grupo que vive a fase de senescência para que o controle da aids não seja ameaçado. Atualmente, as campanhas de prevenção ao HIV são prioritariamente voltadas para o grupo jovem, além disso, não se observa estímulo para solicitação do anti-HIV na população idosa.^{24,25}

No contexto da educação e epidemia do HIV, a escola passou a ser um local oportuno para disseminar informações sobre a transmissão do HIV atingindo o público jovem.²⁵ A educação necessitava dar uma resposta para o controle da epidemia mesmo havendo resistência por se tratar de uma questão de saúde.²⁶ No entanto, a iniciativa de usar a escola

como meio de combater a epidemia não atingiu a população que atualmente vive a fase de senescência, até mesmo porque a descoberta dos primeiros casos do HIV/Aids foi na década de 1980, ou seja, ainda não se atingiu os 40 anos de descoberta do vírus.¹³

Desde o início da epidemia, em meados da década de 1990 os programas de educação para saúde sexual já eram introduzidos nas escolas de vários países do Leste da Europa e da Ásia Central. Isso gerou reivindicações dos pais e de movimentos religiosos, por crenças e preconceitos sociais de que a educação sexual se tratava de promiscuidade, sendo inadequado tratar de saúde sexual e uso de preservativos nas escolas, o que resultou na suspensão desses programas, conseguindo anos depois reintroduzi-los.²⁷

Uma pesquisa global realizada em 2004 para verificar o impacto da reposta da educação na epidemia da aids, revelou que apenas 32% dos ministérios da Educação haviam implementado alguma política local para o HIV. Destaca-se que o setor da educação tem importante papel na epidemia da aids tendo as escolas como um local oportuno para transmitir informações.²⁸ Nesse sentido, o Brasil é um dos países da América Latina que tem contribuído nesse viés entre educação e HIV como o Programa de Saúde na Escola (PSE) que aborda questões sobre direito sexual e prevenção das ISTs e aids.^{1,29}

Esses programas são importantes para que a geração de jovens da atualidade seja a geração futura de pessoas idosas que detêm mais informações sobre o HIV e aids e, conseqüentemente, espera-se que se previnam mais e se tornem um grupo menos vulnerável, e com menos tabus no que concerne às questões sexuais. Como observado nesse estudo o nível de educação parece influenciar na aquisição de conhecimentos preventivos, o que interfere nas práticas e atitudes das pessoas.

Na atenção à saúde da pessoa idosa, os programas de educação e prevenção confrontam-se com um grande impasse quanto a efetividade no combate as IST inclusive ao HIV devido aos tabus relacionados a sexualidade da pessoa idosa.³⁰ A dificuldade de efetivação desses programas também é influenciada pelas crenças dos profissionais que os executam em pensar que os idosos não praticam sexo e, conseqüentemente, não abordam questões ligadas a sexualidade do idoso, o que expõe essa população em situação de vulnerabilidade por falta de informação.³¹

CONCLUSÃO

O aumento de casos de HIV/Aids na população idosa é um problema de saúde pública e desafia a efetivação das políticas e as metas para o controle da aids no Brasil. Buscou-se analisar a relação do nível de escolaridade com a vulnerabilidade ao HIV/Aids de idosos com nível de escolaridade superior e idosos com nível de escolaridade não superior.

A vulnerabilidade identificada neste estudo ameaça o controle da epidemia da aids quando se evidencia a vulnerabilidade ao HIV da população idosa, principalmente nos idosos que possuem nível de escolaridade não superior. A vulnerabilidade ao HIV é duas vezes maior no grupo de

idosos com nível de escolaridade não superior quando comparado ao grupo com nível de escolaridade superior. Ressalta-se que o baixo nível educacional é um fator sociodemográfico que dificulta o acesso a informações.

Há diferenças nas respostas entre os grupos, principalmente quando se refere a necessidade do uso do preservativo em suas relações sexuais. Embora, quando se trata de relações duradoras e parceiro fixo, a resistência ao uso do preservativo é evidenciado em ambos os grupos.

Diante dos resultados expostos, torna-se importante que as políticas públicas voltadas para a prevenção do HIV insiram o público idoso em suas ações. Nesse sentido, os profissionais de saúde são importantes mediadores dessas ações e devem estar empenhados em promover educação continuada, visto que este profissional lida diretamente com o cuidado e prevenção de doenças e agravos à saúde, principalmente na Atenção Básica (AB).

O pensamento estereotipado da sociedade e dos próprios profissionais de saúde no que tange a sexualidade da pessoa idosa é muito forte. A crença de que o idoso é um ser assexuado dificulta o desenvolvimento das ações de saúde, tornando o idoso vulnerável ao HIV. Diante dessa realidade, as atitudes dos profissionais necessitam ser revistas. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde considerem as particularidades de cada idoso, inclusive o seu nível de escolaridade.

Sugere-se a inserção de tecnologias modernas, a exemplo de aplicativos e jogos nas ações de prevenção ao HIV para o público idoso, principalmente para as pessoas idosas com nível de escolaridade não superior, sugerindo que sejam aplicativos de fácil entendimento e acesso, uma vez que as panfletagens e campanhas parecem não terem o foco voltado para as pessoas idosas, pela invisibilidade sexual que ainda persiste, mesmo com os números estatísticos comprovando o aumento anual das taxas de infecção pelo HIV nessa população. No entanto, as informações por panfletagens específicas para pessoas idosas podem de certa forma impactar esse público, na medida que a imagem de uma pessoa idosa estiver inserida na informação sobre o HIV, como tentativa de chamar à atenção desse público para visualizarem a vulnerabilidade ao vírus em sua faixa etária.

Ressalta-se ainda, que estamos na era digital, quando pessoas idosas tem cada vez mais acesso a conteúdos digitais, podendo essa inclusão no mundo digital ser favorável para diminuir a vulnerabilidade a infecção pelo vírus e, conseqüentemente, desacelerar as taxas de incidência. As ferramentas tecnológicas devem ser usadas como estratégias para o controle da epidemia do HIV não somente na população jovem, mas também na população idosa considerando o crescimento acelerado nas taxas de infecção pelo vírus nessa população.

Contudo, é fundamental que se ofereça capacitação para os profissionais atuantes principalmente na AB, para que estejam aptos a abordar questões que envolvam a sexualidade da pessoa idosa. Além disso, para que as ações realizadas pelos profissionais de saúde sejam efetivas, é necessário que as capacitações abordem aspectos que visem

desconstruir imagens e estereótipos quanto a vida sexual das pessoas idosas. As ações para educação acerca da prevenção devem ser realizadas no âmbito da Atenção Básica, junto com as equipes de saúde da família.

Espera-se que, com esse estudo, os profissionais de saúde repensem suas atitudes e tracem estratégias que visem a minimização da vulnerabilidade ao HIV na população idosa, visto que os dados encontrados mostram que há diferença nas respostas dadas entre os grupos, demonstrando que as ações de prevenção ao HIV precisam ser fortalecidas e diferenciadas de acordo com as particularidades de cada pessoa idosa. Aponta-se, como limitação desse estudo, o acesso a pessoas idosas com educação superior. Por fim, evidenciou-se por meio desse estudo que há relação do nível de escolaridade com a vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

- [1]. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- [2]. Maynard G, Ong C. Economic dependency and HIV/AIDS prevalence in the developing world: a comparative, longitudinal analysis. *Sociol Inquiry*. 2016;86(2):189-215.
- [3]. Zhang Y, Thomson EF, Mitchell CA, Zhang X. Older adults with HIV/AIDS in rural China. *Open AIDS J*. 2013;7(51):51-7.
- [4]. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nobrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):495-501.
- [5]. Dornelas Neto J, Nakamura SA, Cortez LER, Yamaguchi MU. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(12):3853-64.
- [6]. Uchôa YS, Costa DCA, Silva Jr IAPS, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. Sexuality through the eyes the elderly. *Rev Bras GeriatrGerontol*. 2016;19(6):939-49.
- [7]. Cordeiro LI, Lopes TO, Lira LEA, Feitoza SMS, Bessa MEP, Pereira MLD, et al. Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):775-82.
- [8]. Ferreira OGL, Silva HC, Silva AO, Veloso LSG, Marcolino ABL, Santos ACBC, Soares MESM, Leite ES, Moreira MASP. Risk Behavior on HIV Transmission in Independent Elderly People. *Inter Arch Medic*, 2017; 10(197):1-7.
- [9]. Oliveira MLC, Paz LC, Melo GF. Ten years of HIV-AIDS epidemic in more than 60 years in Federal District – Brazil. *Rev BrasilEpidemiol*. 2013; 16(1):30-9.
- [10]. Serra A, Sardinha AHL, Pereira ANS, Lima SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate*. 2013; 37(97): 294-304.
- [11]. Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana de Recife, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8): 2239-51.

- [12]. Harling G and Ba`rnighausen T. The role of partners' educational attainment in the association between HIV and education amongst women in seven sub-Saharan African countries. *Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19 (20038): 1-10.
- [13]. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- [14]. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Brasília; 2017
- [15]. Behrman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *SocSci Med*. 2015; 127: 108–15.
- [16]. Agüero J, BharadwajP. Do the More Educated Know More about Health? EvidencefromSchoolingand HIV Knowledge in Zimbabwe. *EconDev Cult Change*. 2014; 62: 489–517.
- [17]. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experimente. *The Lancet Global Health*. 2015; 3 (8): 470-77.
- [18]. Ministério da Saúde (MS). Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 2012.
- [19]. Pedhazur E, Schmelkin L. Measurement, design, and analysis: An integrated approach. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
- [20]. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, Moreira MASP, Almeida AS, Patrício ACFA. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):70-6.
- [21]. Brito NMI, Andrade SSC, Silva FMC, Fernandes MRCC, Brito KKG, Oliveira SHS. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. *ABCS Health Sci*. 2016; 41(3):140-45.
- [22]. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1): 1-8.
- [23]. Quadros KN, Campos CR, Soares TE, Silva FRM. Perfil epidemiológico de idosos portadores de hiv/aids atendidos no serviço de assistência especializada. *R. EnfermCent O. Min*. 2016; 6(2):2140-46.
- [24]. Adjei AA, Agyemang S, Krampa FD, Abdul-Rahman M, Ofei F, Lartey M, et al. Unrecognized human immunodeficiency virus infection and risk factors among elderly medical patients at the Korle Bu teaching hospital, Accra, Ghana. *Trop Dis Trav Med Vac*. 2016; 2 (18): 1-12.
- [25]. Kirby D. Sex Education: access and impact on sexual behaviour of young people. New York: United Nations Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 2011.
- [26]. Mukoma W, Flisher AJ, Ahmed N, Jansen S, Mathews C, Klepp KI, Schaalma H. Process evaluation of a school-based HIV/AIDS intervention in South Africa, *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 37, Suppl. 2, p. 37-47, 2009.
- [27]. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura. Educação e HIV: evolução e perspectivas. 188 p. 2016.
- [28]. World Bank. Accelerating the Education Sector Response to HIV: five years of experience from Sub-Saharan Africa. Washington, DC; 2009.
- [29]. Steinhart K. International networking for sexuality education: a politically. sensitive subject. *Sex Education*, 2013.
- [30]. Bienko M. Promotion of sexual health among seniors in the self-help media realm of popular culture. An Zhang Y, Thomson EF, Mitchell CA, Zhang X. Older adults with HIV/AIDS in rural China. *Open AIDS J*. 2013;7(51):51-7.
- [31]. Alencar RA, Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *RevBrasEnferm*. 2016; 69(6):1140-6.