

O DESAFIO DO HIV EM IDOSOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DA ATUAÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE/RS

The challenge of HIV in elderly: a qualitative analysis of the action of medical doctors of primary health care in Porto Alegre/RS

El desafío del HIV en ancianos: una analisis qualitativa de la actuación de los medicos de la atención primária de la salud en Porto Alegre/RS

Ibrahim Clós Mahmud¹, Luciana de Almeida da Cunha², Paulo Renato Petersen Behar³, Newton Luiz Terra⁴

Como citar este artigo:

Mahmud IC, Cunha LA, Behar PRP, Terra NL. O desafio do HIV em idosos: uma análise qualitativa da atuação de médicos da atenção primária à saúde em Porto Alegre/RS. 2021 jan/dez; 13:384-390. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8999>.

RESUMO

Introdução: A transição demográfica que ocorre no território brasileiro traz para discussão o processo de transição epidemiológica que vivemos, onde as doenças infectas parasitárias somam-se às doenças crônicas não transmissíveis. **Objetivo:** Descrever a atuação dos médicos da Atenção Básica na prevenção primária e secundária em relação à infecção pelo HIV na população idosa atendida pela Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Porto Alegre/RS. **Metodologia:** Estudo transversal, misto, realizado com médicos que atuam na APS em Porto Alegre/RS. **Resultados:** Evidenciou-se que a temática da sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, situações e grupos de risco e tratamento para o HIV são temas de menos conhecimento. **Conclusões:** Os médicos da rede básica de saúde não realizam prevenção primária e secundária para a infecção pelo HIV em idosos de forma rotineira.

Descritores: Saúde do Idoso; HIV; Infectologia; Geriatria; Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The demographic transition that takes place in the Brazilian territory brings to the discussion the process of epidemiological transition that we live in, where infectious diseases add to non-communicable chronic diseases. **Objective:** To compare the performance of the doctors regarding primary and secondary prevention for HIV infection in the elderly population in Primary Care in the city of Porto Alegre/RS. **Methodology:** This is a cross-sectional, mixed study, applied to physicians working at Primary Care in Porto Alegre/RS. **Results:** It was evident that the theme of sexuality, sexually transmitted infections, situations and groups at risk and treatment for HIV are less

- 1 Médico. Mestre em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Pesquisador no Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- 2 Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano (UPF). Doutorando do Programa de Pós Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- 3 Médico Infectologista. Doutor em Medicina - Pneumologia (UFRGS). Professor Titular da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
- 4 Médico Geriatra. Doutor em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Diretor do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

well-known topics. Conclusions: Primary care physicians do not perform primary and secondary prevention for HIV infection in the elderly on a routine basis.

Descritores: Health of the Elderly; HIV; Infectious Disease Medicine; Geriatrics; Public Health.

RESUMEN

Introducción: La transición demográfica que ocurre en el territorio brasileño trae para discusión el proceso de transición epidemiológica que vivimos, donde las enfermedades infectoparasitarias se suman a las enfermedades crónicas no transmisibles. **Objetivo:** Describir la actuación de los médicos en la prevención primaria y secundaria en relación a la infección por el VIH en la población anciana atendida por la Atención Primaria a la Salud (APS) del municipio de Porto Alegre/ RS. **Metodología:** Es un estudio transversal, mixto, relizado con los médicos de la APS en Porto Alegre / RS. Resultados: Se evidenció que la tematica de la sexualidad, infecciones sexualmente trasmisibles, situaciones y grupos de riesgo y tratamiento para el VIH son temas de menos conocimiento. **Conclusiones:** Los médicos de la red basica de salud no practican la prevención primária y secundária para la infección por el VIH en ancianos de manera rutinera.

Descritores: Salud del Anciano; VIH; Infectologia; Geriatria; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados no Brasil, ao interpretar o processo do envelhecimento como uma construção social e cultural associados à processos biológicos universais, entende-se que o desequilíbrio de qualquer um deles possa resultar em doenças físicas e mentais. Os censos demográficos do país têm demonstrado o aumento da população idosa, que chega a quase 20 milhões de brasileiros com mais de 60 anos, o que demonstra a necessidade de mudar a ideia de que o Brasil é um país de jovens.¹

O estado com maior proporção de idosos foi o Rio Grande do Sul, 13,6% dos gaúchos possuíam 60 anos ou mais, e Porto Alegre foi a capital com maior percentual de idosos, com 15,04%.¹

Ainda, há uma correlação direta entre ambos os processos de transição, demográfica e epidemiológica. Em um primeiro momento, a queda da taxa de mortalidade se concentra dentre as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) – doença transmissível causada por um agente patogênico como os vírus, bactérias, fungos, parasitas, entre outros – e tende a beneficiar mais a população jovem, logo, essa população envelhece em maior proporção e tende a conviver com doenças crônico-degenerativas.²⁻³

Em 1930, as doenças infecciosas representavam 46% do total de óbitos e, atualmente, são menos de 5%.⁴ Consequentemente os óbitos por doenças cardiovasculares e causas externas tiveram um relevante aumento. Apesar disso, a transição não tem ocorrido exatamente de acordo com o modelo proposto por Abdel Omran⁴ experimentado pela maioria dos países industrializados e por alguns “vizinhos”

latino-americanos, como Chile, Cuba e Costa Rica, e que está em início em outros, como Bolívia e Haiti.⁵

Alguns aspectos que caracterizam o modelo de transição epidemiológico brasileiro:

- 1) Não há substituição, mas superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, agora associadas aos acidentes e mortes violentas;
- 2) Ocorreu drástica redução das doenças imunopreveníveis. A incidência de sarampo, pólio, tétano, coqueluche e difteria, por exemplo, declinou de 153 mil casos em 1980 para menos de mil casos hoje em 2002. Mas esta tendência não foi acompanhada da supressão de outras doenças transmissíveis. Algumas foram reintroduzidas como a dengue e cólera; outras, como malária, hanseníase e leishmanioses recrudesceram; esquistossomose e hepatites B e C persistiram e outras, como a AIDS, emergiram. Isto indica uma natureza bidirecional, como se fosse uma “contra transição epidemiológica”;
- 3) O processo não se resolve de modo claro, em uma “transição prolongada”.⁶

Essa superposição de etapas promove complexas discussões referentes a projeções futuras desse novo modelo. A “emergência” da AIDS demonstrou nos anos 1990 que esse movimento não seria linear e rápido, com a disseminação de novas e velhas doenças infecciosas, configurando um perfil epidemiológico complexo. A partir desse momento, surgiu o conceito das doenças emergentes e reemergentes, que são aquelas cuja incidência em humanos vem aumentando nas últimas duas décadas ou ameaça aumentar num futuro próximo. Esse perfil das doenças infecciosas e parasitárias é evidenciado no México e no Brasil, que atualmente são os dois países que pesquisadores definem como um “modelo complexo de transição epidemiológica”.⁵

Cientistas contemporâneo, ao fazerem projeções das DIP no público idoso para 2020, estimam que algumas doenças infecciosas entrarão em declínio, como malária e febre tifoide, outras terão tendência de se manter com as mesmas taxas, como tuberculose, hanseníase, leptospirose, meningite, tétano e esquistossomose, entretanto há uma tendência de aumento para 2020 das taxas de incidência de AIDS, leishmaniose visceral e tegumentar, dengue, hepatites e doença de chagas.⁷⁻⁸

A carência de estudos específicos voltados para a distribuição de doenças infecciosas relacionadas ao público idoso é preocupante, visto que as projeções demonstram que a incidência de algumas doenças irá aumentar. A partir disso o seguinte trabalho visa caracterizar a atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Porto Alegre/RS, Brasil.

METODOLOGIA

É um estudo exploratório-descritivo transversal, tipo levantamento, no qual foi utilizado questionário *on-line* com

os médicos que atuam nas unidades de APS no município de Porto Alegre/RS. Foram incluídos no estudo médicos de família e comunidade e generalistas que atuam em UBS ou ESF e que realizam atendimentos de pacientes idosos em ambulatório. Foram excluídos do estudo os médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde (não médicos).

Após a assinatura dos termos de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo profissional médico selecionado para este estudo, os dados foram coletados por meio do questionário *on-line*, desenvolvido no 'google docs'. Este foi enviado para o e-mail institucional fornecido pela Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e esteve disponível para preenchimento por 30 dias (10/09/2018-10/10/2018).

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis estudadas, caracterizando a amostra. Quanto às perguntas abertas, foi realizada uma análise de conteúdo, que é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis. A análise de conteúdo é constituída de cinco etapas, sendo elas: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, classificação das unidades em categorias, descrição e interpretação.⁹

Quanto as considerações éticas, o presente estudo não expõe o profissional participante a risco. Após a assinatura do Termo de Ciência e Autorização do coordenador da atenção básica do município (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS) e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi iniciada a coleta de dados. A pesquisa encontra-se em acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁰ e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foi autorizada pelo CEP sob o seguinte registro: CAAE: 87793918.0.0000.5336 e n. do parecer: 2.773.821.

Este é um estudo misto, porém, por se tratar de uma pesquisa guarda-chuva, o seguinte trabalho aborda somente os resultados qualitativos.

RESULTADOS

Foi realizado o envio do questionário para 213 médicos, por e-mail informado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, destes, 15 e-mails foram devolvidos (caixa de entrada cheia ou erro no e-mail fornecido), logo, 198 médicos receberam o questionário. Ao final de 30 dias de coleta, 40 pessoas preencheram o questionário, foram excluídos dois profissionais por não fazerem parte dos profissionais incluídos na pesquisa (ginecologista e enfermeiro). Assim, 38 respostas foram consideradas válidas.

Os 38 participantes possuíam entre 26 e 67 anos de idade, com uma média de 42±10 anos, apresentando entre um a 30 anos de atuação na atenção básica, com média de 11,5±9 anos. 15 (39,5%) eram médicos generalistas e 23 (60,5%) eram médicos de família e comunidade. Os dados abaixo elencados foram submetidos a uma análise de conteúdo, onde a categorização foi executada de forma isolada em cada uma

das três respostas abertas do questionário. Logo, houve a descrição e a interpretação dos dados.

Ao assinalar a alternativa “Não” na questão n. 3 (você realiza seguimento/tratamento pela Unidade de Saúde dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?), os médicos tinham que justificar sua resposta. Dessa forma, emergiram respostas com diversas considerações das quais foram agrupadas da seguinte forma: dos 21 participantes que relataram não realizar o tratamento do paciente idoso com HIV na unidade, 13 (62%) deles referiram que seus pacientes apresentavam critérios para ser encaminhados para tratamento com infectologista em Serviço Especializado, mesmo assim eles seguem em acompanhamento de outras patologias com seus médicos referência na unidade:

Porque todos eles são atendidos no SAE pelo HIV, cd4 menor 350. Eu acompanho as demais patologias. (M5, MFC, 55 anos)

Ainda, quatro (19%) médicos trouxeram em suas falas que não possuem pacientes idosos com HIV:

Não localizei pacientes com esse perfil ainda na comunidade. (M6, MFC, 29 anos)

Não temos caso registrado de idosos vivendo com HIV. (M9, MFC, 32 anos)

Isso pode ser interpretado de duas formas: falta de diagnóstico nessa faixa etária devido à solicitação precária de sorologia específica em idosos com um consequente valor de falso-positivo ou realmente esse perfil epidemiológico ainda não foi encontrado na região. Logo, três (14%) médicos relataram que não se sentem capacitados para iniciar o tratamento na unidade e acabam encaminhando os pacientes mesmo sem preencher os critérios, e um (4%) médico relatou que, por questões culturais, o idoso diagnosticado optou por não realizar o tratamento na unidade.

Não fazemos acompanhamento de HIV na unidade. (M23, MFC, 47 anos)

Não temos treinamento atualizado. (M7, médica generalista, 50 anos)

Por questões culturais não quer realizar na Unidade de Saúde. (M31, médica generalista, 30 anos)

A parte IV trouxe duas questões qualitativas para análise, convidando o participante a refletir a justificativa do diagnóstico tardio do HIV nessa faixa etária e explicar em quais pacientes a sorologia do HIV é solicitada de forma imediata durante o atendimento ambulatorial ao idoso.

Evidenciam-se diversas áreas durante a análise das respostas da pergunta n. 16 (como profissional médico, qual a sua opinião referente às justificativas do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na população idosa?) que se misturam muito durante as falas, porém ressalta-se que a sexualidade foi abordada por 11 (29%) dos médicos participantes da pesquisa:

Desinformação, mitos sobre a sexualidade do idoso no sentido de muitas pessoas pensarem que idosos tem menos relacionamentos sexuais, questões relacionadas ao profissional em sentir-se constrangido em questionar. (M18, MFC, 54 anos)

O preconceito sobre a sexualidade no idoso e a falta de pesquisa pelo profissional assistente. (M3, médica generalista, 33 anos)

Poucos programas educativos de promoção e prevenção para a população idosa sobre sexualidade e doenças de transmissão sexual. (M39, médico generalista, 55 anos)

A sexualidade foi citada em diferentes contextos, desde a invisibilidade por parte do profissional médico em relação ao paciente idoso como uma pessoa com vida sexual ativa e, conseqüentemente, a falta de informações de cunho preventivo para os pacientes dessa faixa etária. Aborda-se o médico como pessoa, ser humano, buscando saber como seu sentimento afeta a consulta, de maneira que o constrangimento em questionar o paciente durante as consultas ambulatoriais referente à manifestação da sua sexualidade se transforme em um obstáculo.

A sexualidade da pessoa idosa é citada como um tabu, um preconceito por parte de toda a equipe de saúde. Foi suscitado que há pouco incentivo aos programas de educação sexual e prevenção às ISTs, de maneira geral, nessa faixa etária. Logo, 11 entrevistados (29%) trouxeram a preocupação da falta de solicitação e oferta da sorologia do HIV e dos Testes Rápidos para essa população, referindo que é uma justificativa que deve ser levada em conta para o diagnóstico tardio do HIV em pacientes com mais de 60 anos. Cabe esclarecer que três pessoas referiram que o problema vem das políticas públicas nacionais que são deficitárias, outros dois discutem em suas falas que a própria equipe não oferta e não estimula a realização desse cuidado.

Despreparo na atenção primária para o diagnóstico precoce, dificuldade de abordar o assunto nessa faixa etária, necessidade de realizar mais campanhas de teste rápido voltado para essa população. (M31, médica generalista, 30 anos)

Baixo rastreamento nesta faixa etária. Políticas públicas não focam ações de prevenção IST nesta faixa etária. (M20, MFC, 40 anos)

Falta de solicitação de sorologia/TR por que não vemos o idoso como sendo um ser sexualmente ativo. (M10, MFC, 30 anos)

Conforme os relatos, 10 (26%) médicos trazem a questão pessoal e justificam o diagnóstico tardio devido à falta da inclusão da infecção pelo HIV dentro dos diagnósticos diferenciais dessa população, inclusive falam (oito – 21%) em grupos de risco no qual os indivíduos com mais de 60 anos não estariam presentes.

Acredito que nós como profissionais de saúde demoramos a pensar no HIV como diagnóstico diferencial na população idosa. (M2, médico generalista, 26 anos)

Preconceito da equipe que ainda pensa em 'grupos de risco' para diagnosticar HIV. (M6, MFC, 29 anos)

Não suspeitar do paciente por conta da idade, já que sai do rang onde o HIV é mais frequente! Associar os sintomas a outras patologias crônicas existente no paciente. (M37, médica generalista, 30 anos)

Todavia, há duas falas que abordam que a temática não é de interesse do paciente idoso, assim como não é do profissional, o que pode ser interpretado como uma justificativa do médico em não abordar a problemática em consultório.

Falta foco nesta busca por parte dos profissionais, que se concentram nas outras demandas dos pacientes idosos. Os idosos também não buscam, como os pacientes mais jovens, por este diagnóstico. (M30, MFC, 46 anos)

Não é a preocupação principal na abordagem, nem pelo profissional, nem pelo idoso. (M25, MFC, 59 anos)

Questionou-se na pergunta n. 17 qual o perfil de paciente idoso que solicitaria a sorologia do HIV de forma imediata durante as consultas ambulatoriais. Na análise qualitativa, podem-se agrupar as respostas em quatro grupos, mesmo os entrevistados citando vários perfis em suas falas.

O grupo mais citado foi sobre as situações de risco/grupos de risco, em que 22 (58%) médicos trouxeram em suas falas situações que julgaram aumentar o risco de contaminação do HIV, sendo eles: relações sexuais desprotegidas ou não (15), usuário de drogas (oito), morador de rua (quatro), alcoólatras (dois), relações sexuais com o mesmo sexo (um), relações com companheiro soropositivo (um), indígenas (um) e presidiários (um).

População vulnerável como moradores de rua, indígenas, presidiários, usuários de drogas e os que referem ter muitas parceiras. (M31, médica generalista, 30 anos)

Paciente com diagnóstico de TB, farmacodependentes (principalmente se usa drogas injetadas), relações sexuais desprotegidas, se o paciente tem diagnóstico de alguma doença de transmissão sexual, se paciente faz sexo com o mesmo sexo, se paciente tem relações sexuais com companheiro ou companheira soropositivo. (M39, médico generalista, 55 anos)

Idoso(a) sem parceiro (separado, viúvo...) e penso que, que cada vez mais, é exame que deve fazer parte de rotina pela epidemiologia de POA e pouco uso de preservativos. (M18, MFC, 54 anos)

As situações de risco elencadas surgem de acordo com as vias de transmissão do HIV, porém alguns aspectos podem ser discutidos, como a questão da vida sexual ativa do idoso, reforçando o que foi evidenciado na pergunta n. 16, em que os próprios profissionais negligenciam essa prática nessa faixa etária. Por conseguinte, trazem como indicação de investigação imediata aquele paciente que refere ter múltiplas parceiras ou simplesmente manter uma vida sexual ativa. Há grupos citados que são discutíveis no ponto de vista científico, como na fala da Médica M31, que considera os indígenas e os presidiários como grupos de risco. No último PCDT, os indígenas são citados como uma população prioritária, e os privados de liberdade, como uma população-chave, ambos sem especificar a faixa etária.

O segundo grupo mais citado nas falas foi a sintomatologia durante a consulta, em que 16 (42%) dos entrevistados trouxeram a temática para análise. No decorrer dos relatos, evidencia-se que os sinais e sintomas referentes à IST (uretrites, verrugas genitais, cancro, adenopatias inguinais), com lesão ou queixas em órgãos genitais, foram os mais encontrados, sendo referido por sete médicos, justificando a solicitação do exame imediatamente. Outros sintomas foram referenciados (nove participantes), principalmente aqueles que levam o profissional de saúde a pensar em AIDS (doenças oportunistas) dentro do diagnóstico diferencial, independentemente da faixa etária, como diarreia, emagrecimento, lesões na pele, entre outras. Foi citado ainda o diagnóstico de tuberculose (TB) por quatro profissionais, demonstrando que seguem o fluxo para início da terapêutica do paciente.

Outros três profissionais agregaram em suas falas a solicitação do exame para investigação de demência, visto que o HIV e a sífilis configuram-se dentro das causas reversíveis do quadro demencial e promovem alterações cognitivas.

Idoso com emagrecimento, alterações cognitivas ou neurológicas (investigação de demência), tosse ou febre prolongada, massa ou tumefação de qualquer topografia, queixas de fadiga ou cansaço, presença ou suspeita de DST ou tuberculose, idoso 'solteiro', ou que viaja, ou que frequenta 'bailes', ou com muitos filhos/casamentos prévios, ou homossexual. (M33, MFC, 37 anos)

Viúvo(a) que tem vida social, sintomas diarreia, emagrecimento, tosse, lesões de pele. (M8, MFC, 53 anos)

Solicitaria no paciente com alteração cognitiva ou naquele que já vem no consultório com queixas de uretrite ou de lesão em órgãos genitais. (M2, médico generalista, 26 anos)

Morador de rua, usuário de drogas, diagnóstico de TB, diagnóstico de outra IST, paciente com vulnerabilidade social. (M21, MFC, 39 anos)

Um grupo menor (cinco – 13%) referiu que atualmente solicita a sorologia para todos os pacientes, independentemente das queixas que o levam à consulta; e três (8%) participantes relataram que solicitam somente para imunodeprimidos.

Não existe um perfil, hoje solicito para todos. (M28, MFC, 49 anos)

Solicito sorologia para HIV a todos idosos que atendo. (M35, MFC, 52 anos)

Imunodeprimido. (M7, médica generalista, 50 anos)

Com suspeita de baixa imunidade. (M16, MFC, 41 anos)

Somente 13% dos pacientes solicitam os exames de forma “rotineira” nesse público, sugerindo que possa ser uma das causas do diagnóstico tardio, pois os profissionais buscam os sintomas constitucionais da AIDS para então fazer essa solicitação. Ainda, 8% dos médicos referiram quadros de “alterações na imunidade” como sendo um fator para que se solicitem os exames de forma imediata, porém, neste contexto cabe entender as diferenças nos conceitos de imunodepressão e imunossupressão e sua relação com a imunossenescência, visto que a imunodepressão foi citada pelos profissionais.

A imunodepressão como “[...] estado de deficiência do sistema imunitário para, normalmente, responder aos agentes agressores. A imunodepressão pode ser primária e secundária ou adquirida [...]”¹¹ a AIDS ocasiona uma imunodepressão adquirida, em contraponto com ela, a imunossupressão refere-se ao uso de fármacos para atenuar a resposta imunológica do organismo;

[...] é feita, usualmente, para coibir a rejeição em transplantes de órgãos ou para o tratamento de doenças autoimunes como lúpus, artrite reumatóide, esclerose sistêmica, doença inflamatória intestinal, entre outras. Para fazê-la, recorre-se normalmente a medicamentos, mas também podem ser utilizados outros métodos, como plasmaferese ou radiação.¹¹

Como já discutido neste trabalho a senescência leva a diminuição da função do sistema imunológico do paciente idoso de forma fisiológica, logo a “baixa imunidade” pode ser um fator de confusão do profissional, visto que pode estar suspeitando de AIDS, da própria situação de imunossenescência específica da faixa etária ou ainda uma situação de imunossupressão.

DISCUSSÃO

Os médicos foram convidados a responder o que justificaria o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos atualmente, na fala da maioria emergiu o preconceito/tabu da sexualidade nos idosos, trazendo a insegurança na abordagem desta prática durante as consultas ambulatoriais e muitos ainda trouxeram que por questões pessoais preferem não questionar o paciente. Pesquisadores¹² trazem que a questão cultural representa uma verdadeira exclusão da sexualidade dos idosos na sociedade atual e por conseguinte contribui para manter a saúde sexual nesta faixa etária fora das políticas públicas atuais.

A sexualidade toma uma dimensão maior na vida do idoso, de forma que uma

“simples” demonstração de afeto represente uma maneira de expressão, muitas vezes, mais importante que o ato sexual propriamente dito. O desejo de contato, a intimidade, a expressão emocional, o prazer, o amor e o carinho tornam-se parte integrante de sua personalidade enquanto necessidade humana básica, por isso não devem ser reprimidos socialmente.^{13 - 14}

Sabe-se que a qualidade de vida na velhice tem um pilar muito forte chamado saúde, por isso cabe entender que o idoso saudável deve apresentar sensação de liberdade, sentindo-se ativo e com autonomia. Nesse contexto, a expressão sexual/afetiva exerce um papel de protagonismo. Com o surgimento dos lubrificantes vaginais e medicamentos ou técnicas para tratamento da disfunção erétil por parte da indústria farmacêutica, a atividade sexual tornou-se mais atraente para os mais velhos. É de crucial importância esclarecer que o aumento da frequência de relações sexuais nesse público deve estar associado à promoção de práticas saudáveis, com abordagem da prevenção das ISTs, para que o idoso se permita fazer uso dos métodos de barreira de forma natural.¹³

Durante a pesquisa “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul”¹⁵, evidenciou-se que, dos 7.315 idosos gaúchos entrevistados, 35% referiram praticar relações sexuais, mas somente 3,9% referiram usar sempre o preservativo e 3%, às vezes, enquanto que 25,5% não usam, pois acham prejudicial, desnecessário ou a(o) parceira(o) não gosta. Quanto à orientação sexual, somente 0,2% dos idosos referiram ser homossexuais, enquanto que 19,3% simpatizam (sentem interesse, afinidade ou simpatia) com essa orientação. Além disso, Silva *et al.*¹⁶, observaram que muitos idosos se reconhecem homossexuais nessa fase da vida. Essa pesquisa foi realizada com idosos em tratamento para o HIV: “No tocante à orientação sexual, pode ser visto que, nos estudos A12(18) e A13(19), observou-se 51 (73,9%) idosos heterossexuais soropositivos e apenas cinco (7,2%) homossexuais”.¹⁶

Alguns foram mais além no momento da descrição, ainda falaram da deficitária implementação de políticas públicas para a saúde sexual nesta faixa etária e ainda questionam o despreparo da sua equipe de saúde e pequeno incentivo de eventos que abordem a temática das IST com oferta do TR na sua unidade.

Quando questionados em que situações solicitariam de forma imediata o exame diagnóstico, em primeiro lugar surgiram os grupos de risco ou situações de risco, logo emergiram respostas abordando sobre a sintomatologias relacionadas às ISTs, tuberculose, AIDS e demências, em terceiro lugar, com apenas 13% dos médicos, foi relato que solicitam de forma rotineira o teste e ainda, 8% dos participantes referiram que somente solicitam frente suspeita de imunodepressão ou imunidade baixa, o que representa talvez um fator de confusão no momento da interpretação.¹⁷

A maioria dos participantes relataram ter pacientes idosos com infecção pelo HIV, porém somente 44,7% deles referem que fazem o seguimento dos mesmos pela unidade de saúde, logo, na análise qualitativa da justificativa do porquê não realizar esse tratamento, evidenciou-se que dos 21 participantes que não fazem esse tratamento, três (7,9%) referiram que não sentem-se capacitados, quatro (10,5%) ainda não encontraram esse perfil de pacientes na sua comunidades e os outros médicos encaminharam seus pacientes para o SAE conforme protocolos¹⁸ porém mantém o seguimento na unidade para as morbidades que apresentem.

Pesquisas realizadas com pacientes idosos vivendo com HIV demonstraram que a oferta para realização do TR em idosos é muito baixa.¹⁹ Em Minas Gerais – Brasil evidenciou-se que somente 26,6% de uma população total de 216 idosos já tinham realizado exame diagnóstico para infecção pelo HIV.²⁰ Ainda, em São Paulo – Brasil, Alencar e Ciosak entrevistaram alguns médicos e enfermeiros da AB que confirmaram que a oferta do TR para a população idosa não é uma rotina nos serviços de Atenção Primária à Saúde.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, torna-se claro a necessidade de uma abordagem completa, livre de pré-conceitos e tabus provenientes do profissional médico no que tange as questões de sexualidade, gênero, opções sexuais, idade e sim focar no atendimento humanizado e livre de estigma e discriminação, pois é um direito humano que deve ser respeitado pela equipe que aqui se refere a equipe médica.

Apesar de haver poucos estudos abordando a infecção pelo HIV em idosos no Brasil e este ser o primeiro estudo brasileiro realizado com questionário estruturado realizado com médicos da AB sobre a temática do HIV em idosos, sugere-se que haja um aprimoramento das políticas públicas em saúde para que possam também dar ênfase ao binômio HIV/AIDS nesta faixa etária, visto que os dados apresentados nesta pesquisa vem a confirmar um panorama evidenciado a partir das falas dos pacientes com HIV.²¹

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018.
2. Ministério da Saúde. Guia de bolso: Doenças infecciosas e parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Silva JVB, Silva MTA, Cruz DF. The Interface between Infectious and Parasitic Diseases and the Family Healthcare Program in Brazil. *Rev Bras de Cien da Saud.* 2018; 24(4): 325-32. doi: 10.4034/RBCS.2018.22.04.05.
4. Omran, AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005; 83(4): 730-757. Doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x.
5. Luna EJA, Silva JJB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013; 2:123-176.
6. Chaimowicz F. Saúde do idoso. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.
7. Araújo PR. Evolução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. 61 f. 2015. Dissertação (Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
8. Ikuta IM. Aspectos epidemiológicos das doenças infecciosas em idosos no estado do Pará. 2017. Tese (Doutorado em Doenças Tropicais) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
9. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
10. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012. Acesso em: 12 fev 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Rezende JM. Linguagem médica: imunodepressão; imunossupressão. *Rev de Patol Trop.* 2011; 40(2):199-201.
12. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriat e Geront.* 2011; 14(1):147-157. doi: 10.1590/S1809-98232011000100015.
13. Mahmud IC, Terra NL. O desafio do HIV/AIDS em idosos e o uso de fármacos para disfunção sexual: um olhar da geriatria preventiva. In: Terra NL, Mahmud IC, Ianiski VB. Temas de geriatria e gerontologia para a comunidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018. p. 133-150.
14. Garcia E. Essências em geriatria clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018.
15. Bós AJG, Mirandola AR, Lewandowski A, Schirmer CL. Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública – ESP/RS, 2015.
16. SILVA JR, V. B.; SILVA, M. T. A.; CRUZ, D. F. The Interface between Infectious and Parasitic Diseases and the Family Healthcare Program in Brazil. *Rev Bras de Cien da Sau.* 2018; 24(4):325-32. doi: 10.4034/RBCS.2018.22.04.05.
17. Ministério da Saúde. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 15 jan 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>.
18. Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. Protocolo clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação de DST/AIDS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2016. Acesso em: 10 fev 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_clinico_hiv_TSRS.pdf.
19. Araújo GM, Leite MT, Hildebrandt LM, Oliveski CC, Beuter M. Self-care of elderly people after the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome. *Rev Bras de Enferm.* 2018; 71(2):793-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248>.
20. Cerqueira MBR. O binômio idosos e HIV/aids: subsídios para pesquisas e políticas públicas. *Rev Esp Acad UFMG.* 2016; 12(187):150-157.
21. Alencar RA, Ciosak SI. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69:1140-1146. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>.

Recebido em: 04/05/2019

Revisões requeridas: 12/09/2019

Aprovado em: 14/10/2019

Publicado em: 15/03/2021

Autor correspondente

Ibrahim Clós Mahmud

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

7º Andar, sala 703

Endereço: Avenida Ipiranga, 6681, Partenon

Porto Alegre/RS, Brasil

CEP: 90619-900

Número de telefone: +55 (51) 3353-6031

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.