OPEN ACCESS

Instituto de
Geriatria e Gerontologia

PAJAR
Pan American Journal of Aging Research
PAJAR, Porto Alegre, v. 8, p. 1-15, jan.-dez. 2020
ISSN-L: 2357-9641

http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.34081

ARTIGO ORIGINAL

O HIV em idosos: atuação de médicos da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre/RS, Brasil

The HIV in elderly: the action of medical doctors of Primary Health Care in Porto Alegre/RS, Brazil

El VIH en ancianos: la práctica de los médicos de la Atención Primaria de la Salud en Porto Alegre /RS, Brasil

Ibrahim Clós Mahmud[1]
orcid.org/0000-0002-2631-2964
ibrahim_mahmud@hotmail.com

Paulo Renato Petersen Behar[2]
orcid.org/0000-0001-8382-6681
paulobehar@gmail.com

Ângelo José Gonçalves Bós[1]
orcid.org/0000-0003-4901-3155
angelo.bos@pucrs.br

Newton Luiz Terra[1]
orcid.org/0000-0002-7904-3649
terranl@pucrs.br

Recebido em: 4 mai. 2019.
Aprovado em: 13 ago. 2019.
Publicado em: 15 jun. 2020.

Artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

HIV em idosos: atuação de médicos da APS em Porto Alegre/RS

Resumo

Introdução: o envelhecimento da população brasileira vem aumentando substancialmente nos últimos anos. Estima-se que em 2025 o Brasil terá cerca de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.
Objetivo: descrever a atuação dos médicos de família e comunidade (MFC) e dos generalistas 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.
Métodos: trata-se de um estudo transversal, misto, em que os médicos que atuam em Unidades Básica de Saúde ou na Estratégia Saúde da Família na APS em Porto Alegre/RS responderam a um questionário *online*.
Resultados: os 38 participantes tinham entre 26 e 67 anos de idade, apresentando entre 1 a 30 anos de atuação na atenção básica; 39,5% eram médicos generalistas; e 60,5% eram médicos de família e comunidade. 71% deles possuíam pacientes idosos com diagnóstico de HIV, no entanto somente 44,7% referiram tratar o idoso na unidade. 56,5% dos MFC e 53,3% dos generalistas referiram não realizar o seguimento desse paciente na unidade.
Conclusões: evidenciou-se que não é uma rotina para os médicos da Atenção Básica realizarem ações de prevenção primária e secundária referente à infecção pelo HIV em idosos.

Palavras-chave: saúde do idoso, HIV, infectologia, geriatria, saúde pública.

Abstract

Introduction: the aging of the Brazilian population has been increasing in the last years, it is estimated that by 2025 Brazil will have approximately 30 million people aged 60 or over.
Aim: to compare the performance of family and community doctors (FCD) and general practitioners regarding primary and secondary prevention for HIV infection in the elderly population in Primary Care in the city of Porto Alegre/RS.
Methods: this is a cross-sectional, mixed study in which an online questionnaire was applied to physicians working at basic health units or family health strategies at Primary Care in Porto Alegre/RS.
Results: the 38 participants had between 26 and 67 years of age, presenting between 1 and 30 years of primary care, 39.5% were general practitioners and 60.5% were family and community medical doctors. 71% of them expressed that they have elderly patients with HIV diagnosis and when asked if they treat these patients in the unit, only 44.7% reported treating the elderly in the unit. Still, 56.5% of CFD and 53.3% of general practitioners reported that they did not follow this patient at the unit.
Conclusions: it was evidenced that it is not a routine for Primary Care doctors to perform primary and secondary prevention actions regarding HIV infection in the elderly.

Keywords: health of the elderly, HIV, infectious disease medicine, geriatrics, public health.

[1] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
[2] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumen

Introducción: el envejecimiento de la población brasileña ha aumentado sustancialmente en los últimos años, se estima que en 2025 el Brasil tendrá alrededor de 30 millones de personas mayores de 60 años.
Objetivo: describir la práctica de los médicos de família y comunidad (MFC) e de los generalistas em la prevención primária y secundária en relación a la infección por el VIH em la población anciana asistida por la Atención Primária de la Salud (APS) del município de Porto Alegre/RS.
Métodos: es un estudio transversal, mixto, en que los médicos que actuan en Unidades Básicas de Salud (UBS) o en Estratégias de Salud de la Família (ESF) em la APS en Porto Alegre/RS contestaran al questionário *on-line*.
Resultados: los 38 participantes tenian entre 26 y 67 años de edad, presentando entre 1 y 30 años de práctica em la atención básica 39,5% eran médicos generalistas, y 60,5% eran médicos de família y comunidad. 71% de ellos poseian pacientes ancianos con diagnóstico de VIH, pero solamente 44,7% refirieram tratar el anciano em la unidad. 56,5% de los MFC y 53,3% de los generalistas refirieran no realizar el seguimiento de estos pacientes em la unidad.
Conclusiones: se evidenció que no es una rutina para los médicos de la Atención Primária de la Salud realizaren acciones de prevención primária y secundária al qué se refiere a la infección por el VIH en ancianos.

Palabras clave: salud del anciano, VIH, infectología, geriatría, salud pública.

Introdução

A população brasileira de idosos vem aumentando de forma significativa nos últimos anos e, atualmente, é um dos grandes desafios a serem enfrentados, pois se estima que em 2025 o Brasil terá cerca de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos[1].

O Brasil está passando por mudanças na sua dinâmica demográfica, com uma queda brusca nos níveis de fecundidade e diminuição da mortalidade. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010[2], existe uma diferença grande entre o número de homens e de mulheres idosos no Brasil, sendo que os idosos de sexo masculino somam cerca de 9 milhões, e no sexo feminino, cerca de 11 milhões. No Rio Grande do Sul, 13,6% da população era formada por idosos, sendo o Estado com a maior proporção de pessoas com mais de 60 anos e, Porto Alegre, a Capital do Brasil com o maior percentual de idosos, com 15,04%[2].

Ao interpretar o processo do envelhecimento como uma construção social e cultural associada a processos biológicos universais, entende-se que o desequilíbrio de qualquer um deles possa resultar em doenças físicas e mentais. Dentre essas, a abordagem das doenças infectoparasitárias (DIP) tem ganhado um importante papel na atual transição epidemiológica brasileira. Com base nesse contexto, esta investigação abordará a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na população idosa, visto que isso causa um impacto em saúde pública de extrema importância.

Dados de 2017 (BRASIL, 2018, p. 11)[3] mostram Porto Alegre como a primeira capital no *ranking* da taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS, com uma taxa de 60,8 casos em 2017. E, ainda, permanece em primeiro lugar no *ranking* das capitais segundo taxa média dos anos de 2013 a 2017, com 67,7 casos de AIDS. Além disso, demonstrou-se que os casos notificados de AIDS em pacientes com 60 anos ou mais cresceu muito – em 2006, foram somente 148 casos; já no ano de 2016, foram 293 casos confirmados e, até junho de 2017, já eram 116[4].

Os médicos da atenção primária necessitam de uma percepção mais ampla quanto à problemática do HIV/AIDS no cenário atual, pois a invisibilidade da sexualidade do idoso potencializa as situações de risco[5].

O objetivo da seguinte pesquisa foi descrever a atuação dos médicos de família e comunidade (MFC) e dos generalistas 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.

Métodos

Este é um estudo analítico, exploratório-descritivo transversal, tipo levantamento, no qual foi utilizado questionário *online* com os médicos que atuam nas unidades de APS no município de Porto Alegre/RS. O estudo transversal é o estudo de uma população em um único ponto no tempo, já o estudo analítico busca estudar uma associação entre duas ou mais variáveis[6,7]. Foram incluídos no estudo, médicos de família e comunidade e médicos generalistas com atuação em UBS ou ESF e que realizassem atendimentos de pacientes

idosos em ambulatório. Foram excluídos do estudo os médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde (não médicos).

Após pedido autorização à Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, foram recebidos os *e-mails* institucionais daqueles profissionais que se enquadraram nos critérios anteriores e, então, lhes foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde, após o aceite do mesmo, o questionário *online* desenvolvido na plataforma do "Google Docs" ficava disponível para preenchimento. O mesmo esteve ativo para preenchimento por 30 dias (de 10 set. 2018 a 10 out. 2018).

A elaboração do questionário ocorreu após uma revisão integrativa da literatura acerca do controle do HIV/AIDS em periódicos publicados nos últimos 10 anos, dispostos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e nos artigos científicos do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): atenção primária à saúde; síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV e saúde do idoso. De forma complementar, utilizaram-se protocolos e diretrizes disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O questionário foi construído com o objetivo de coletar dados provenientes dos médicos que atuam na APS em Porto Alegre/RS e foi realizado de acordo com os objetivos específicos deste trabalho.

Sabendo-se que um questionário deve obedecer a algumas regras básicas em que o principal é que possua uma lógica interna na representação exata dos objetivos e na estrutura de aplicação, tabulação e interpretação, a primeira parte do questionário foi elaborada visando à caracterização do profissional participante da pesquisa, no qual obtiveram-se os seguintes dados: sexo (masculino; feminino); idade; nacionalidade; religião; especialidade médica (generalista, MFC etc.); tempo de atuação na rede básica de saúde (anos completos); e tipo da unidade em que se encontra lotado (UBS, ESF, Mista).

Logo, o questionário é dividido em quatro partes específicas para melhor aplicação e interpretação dos dados. A parte I é composta por três perguntas fechadas, com alternativas sim e não, referentes às questões que englobam o atendimento médico do profissional; na questão número 3, em caso de resposta negativa, foi agregada uma pergunta aberta para que o profissional justifique a sua resposta. A parte II do questionário foi construída para que o participante contestasse a frequência que realiza as ações propostas em seu atendimento com a população idosa, para isso foram construídas seis questões referentes à prevenção primária e secundária em que o profissional responderia utilizando a escala de *Likert* para avaliação da frequência. A parte III foi elaborada visando à avaliação do grau de concordância com as afirmativas descritas referentes à temática específica do HIV nos idosos, sendo composta de seis afirmações. Nessa, foi solicitado que o profissional selecionasse o grau de concordância utilizando a escala de *Likert*. Enfim, a parte IV foi elaborada com vistas a uma complementação da opinião do profissional participante. Para isso, foram construídas duas perguntas abertas que esse deveria dar sua opinião e dissertar sobre a conduta questionada.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis estudadas, caracterizando a amostra. As variáveis categóricas foram resumidas por meio de frequências absolutas e percentuais, e as numéricas, por mediana, intervalo interquartis, média e desvio padrão. Logo da tabulação dos dados no Excel, os mesmos foram testados utilizando a ferramenta Epi Info 7.0 pelos testes t-Student ou ANOVA, Qui-quadrado ou Fischer. Foram considerados significativos testes com $p<0,05$ e indicativos de significância p entre 0,1 e 0,05[8].

Quanto às considerações éticas, o presente estudo não expõe o profissional participante a risco, a não ser algum grau de ansiedade em ter que responder às perguntas (risco mínimo). 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.º 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) [9]. Foi autorizada pelo CEP sob o seguinte registro: CAAE 87793918.0.0000.5336 e n.º 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 quantitativos.

Resultados

Foi realizado o envio do questionário para 213 endereços de e-mail de médicos cadastrados disponibilizados pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Desses, 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 se enquadrarem nos critérios de inclusão da 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 42,0±10 anos, apresentando entre 1 a 30 anos de atuação na atenção básica, com média de 11,5±9 anos. Verifica-se, na Tabela 1, que 39,5% (15) eram médicos generalistas e 60,5% (23) eram médicos de família e comunidade; 55,2% (21) deles estavam lotados em ESF, 31,6% (12) em UBS e 13,2% (5) em unidades mistas.

TABELA 1 – Perfil dos participantes da pesquisa quanto à especialidade médica

VARIÁVEIS	GENERALISTA (%)	MFC (%)	TOTAL (%)	P
Total	15 (39,5)	23 (60,5)	38 (100)	
SEXO:				
Feminino	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (71)	p=0,034
Masculino	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (29)	
TIPO DE UNIDADE EM QUE ESTÁ LOTADO:				
ESF	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (55,2)	
MISTA	2 (40)	3 (60)	5 (13,2)	p=0,44
UBS	3 (25)	9 (75)	12 (31,6)	
NACIONALIDADE:				
Brasileira	8 (25,8)	23 (74,2)	31 (81,7)	
Venezuelana	3 (100)	0	3 (7,9)	p=0,002
Outros*	4 (100)	0	4 (10,4)	
RELIGIÃO:				
Católica	8 (40)	12 (60)	20 (52,6)	
Espírita	1 (20)	4 (80)	5 (13,2)	p=0,59
Nenhuma	6 (46,1)	7 (53,9)	13 (34,2)	

*Argentina (1), cubana (1), guatemalteca (1) e uruguaia (1). MFC= Médicos de Família e Comunidade. ESF= Estratégia Saúde da Família. UBS= Unidade Básica de Saúde.

Quando comparada a idade dos participantes com a especialidade médica, verifica-se na Tabela 2 que a diferença das médias foi de apenas 3 anos, enquanto ao comparar-se o tempo de atuação, demonstra-se que os médicos de família e comunidade apresentam quase o dobro da média de tempo de atuação na rede básica (14 anos) quando comparados aos médicos generalistas, que apresentam uma média de 7,7 anos. Ainda, na Tabela 2, verifica-se a comparação do sexo dos participantes, em que fica evidente que as mulheres possuem uma média de tempo de atuação maior que os homens, 13 e 7,8 anos, respectivamente, porém a diferença das médias de idade não foi significativa, sendo menor que 1 ano.

TABELA 2 – Comparações com idade, tempo de atuação, sexo e especialidade médica

VARIÁVEIS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	P
IDADE *X* ESPECIALIDADE MÉDICA			
Generalista	40,5 anos	±12,7	p=0,21
Médico de Família e Comunidade	43,0 anos	±9,4	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE *X* ESPECIALIDADE MÉDICA:			
Generalista	7,7 anos	±8,5	p=0,01
Médico de Família e Comunidade	14,0 anos	±9,2	
IDADE *X* SEXO:			
Feminino	42,3 anos	±10,2	p=0,45
Masculino	41,4 anos	±12,4	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE *X* SEXO:			
Feminino	13,0 anos	±9,5	p=0,19
Masculino	7,8 anos	±8,2	

Na Tabela 3 é possível ver o perfil de atendimento ambulatorial dos médicos participantes, onde 100% deles referiram atender ao público idoso em seus consultórios, 71% destacaram que possuem pacientes idosos com diagnóstico de HIV e, ao serem questionados se realizam o tratamento desses pacientes na unidade, somente 44,7% (11) referiram tratar o idoso na unidade. Ainda, 56,5% dos MFC e 53,3% dos generalista referiram não realizar o seguimento desse paciente na unidade.

TABELA 3 – Comparação entre as questões 1, 2 e 3 com a especialidade médica

	ESPECIALIDADE MÉDICA			
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
1. Você realiza atendimento médico ambulatorial à população idosa?				
Sim	15 (100%)	23 (100%)	38 (100%)	
Não	0	0	0	p>0,99
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
2. Você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem diagnóstico de HIV/AIDS?				
Sim	13 (86,7%)	14 (60,9%)	27 (71%)	
Não	2 (13,3%)	9 (39,1%)	11 (29%)	p=0,05
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
3. Você realiza seguimento/tratamento pela Unidade de Saúde dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?				
Sim	7 (46,7%)	10 (43,5%)	17 (44,7%)	
Não	8 (53,3%)	13 (56,5%)	21 (55,3%)	p=0,42
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	

MFC= Médicos de Família e Comunidade.

Na Tabela 4 evidencia-se que os 44,7% (11) que referiram tratar o idoso na unidade representam 50% daqueles com tempo de atuação de até 7 anos, comparados com 40% daqueles com mais experiência na atenção básica.

TABELA 4 – Comparação entre as questões 1, 2 e 3 com o tempo de atuação na rede básica de saúde

	TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE			
	1 A 7 ANOS	**8 ANOS OU MAIS**	**TOTAL**	**P**
1.Você realiza atendimento médico ambulatorial à população idosa?				
Sim	18 (100%)	20 (100%)	38 (100%)	
Não	0	0	0	p=1,00
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

Continuação da Tabela 4.

	TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE			
	1 A 7 ANOS	**8 ANOS OU MAIS**	**TOTAL**	**P**
2.Você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem diagnóstico de HIV/AIDS?				
Sim	13 (72,2%)	14 (70%)	27 (71%)	
Não	5 (27,8%)	6 (30%)	11 (29%)	p=0,44
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
3.Você realiza seguimento/tratamento, pela Unidade de Saúde, dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?				
Sim	9 (50%)	8 (40%)	17 (44,7%)	
Não	9 (50%)	12 (60%)	21 (55,3%)	p=0,27
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

Na Tabela 5, foi possível verificar que 65% dos entrevistados questionam pouco o paciente idoso sobre a vida sexual atual e pregressa e que 73,3% dos generalistas e 60,9% dos MFC fazem parte desse grupo. Eles representam 83,3% dos médicos com até 7 anos de atuação e 50% daqueles com maior tempo na AB. Quando questionados sobre a realização de atividades de prevenção primária das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nos idosos, coletiva e individualmente, 89,5% não realizam atividades preventivas coletivas (91,3% dos MFC e 86,7% dos generalistas) e 60,5% não realizam de forma individual (60,9% dos MFC e 60% dos generalistas). Isso representa 88,9% daqueles com até 7 anos de atuação e 90% dos mais experientes e, 61,1% daqueles com até 7 anos de experiência e 60% dos mais experientes, respectivamente.

Ainda, 73,7% relataram não orientar/ensinar com frequência os idosos sobre os métodos de barreira (78,2% dos MFC e 66,7% dos generalistas), representando 77,8% dos que possuem menor tempo na AB e 70% dos mais experientes. Quanto a orientar sobre as complicações e as vias de transmissão do HIV/AIDS, 63,2% dos profissionais relataram não realizar essa atividade com frequência, sendo 56,5% dos MFC e 73,3% dos generalistas, o que representa 72,2% daqueles com menor tempo na AB comparados aos 55% dos que possuem mais anos na mesma. Ao abordar a questão da prevenção secundária do HIV, ou seja, o diagnóstico precoce, 52,6% dos entrevistados referiram não solicitar sorologia/Teste Rápido (TR) do HIV para idosos assintomáticos, sendo que 66,7% dos médicos generalistas e 43,5% dos MFC referiram não solicitar esse exame com frequência - uma representação de 72,2% dos médicos com até 7 anos de atuação na AB e 35% dos médicos com mais de 7 anos de atuação na área.

TABELA 5 – Relação entre as questões 4, 5, 6, 7, 8 e 9 com a especialidade médica e tempo de atuação na rede básica.

4. Com que frequência você questiona o paciente idoso sobre sua vida sexual pregressa e atual durante as consultas ambulatoriais?

	Generalista	MFC	Total	p
Muitas vezes ou sempre	4 (26,6%)	9 (39,1%)	13 (34,2%)	
Nunca, raramente ou às vezes	11 (73,3%)	14 (60,9%)	25 (65,8%)	p=0,22
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	3 (16,7%)	10 (50%)	13 (34,2%)	p=0,01
Nunca, raramente ou às vezes	15 (83,3%)	10 (50%)	25 (65,8%)	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

5. Com que frequência você realiza ações educativas coletivas voltadas para a população idosa, relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?

	Generalista	MFC	Total	p
Muitas vezes ou sempre	2 (13,3%)	2 (8,7%)	4 (10,5%)	
Nunca, raramente ou às vezes	13 (86,7%)	21 (91,3%)	34 (89,5%)	p=0,52
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	2 (11,1%)	2 (10%)	4 (10,5%)	p=0,45
Nunca, raramente ou às vezes	16 (88,9%)	18 (90%)	34 (89,5%)	
Total	18 (47,4%)	20 (%)	38 (100%)	

6. Com que frequência você realiza ações educativas individuais voltadas para a população idosa, relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?

	Generalista	MFC	Total	p
Muitas vezes ou sempre	6 (40%)	9 (39,1%)	15 (39,5%)	
Nunca, raramente ou às vezes	9 (60%)	14 (60,9%)	23 (60,5%)	p=0,47
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	7 (38,9%)	8 (40%)	15 (39,5%)	p=0,47
Nunca, raramente ou às vezes	11 (61,1%)	12 (60%)	23 (60,5%)	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

Continuação da Tabela 5.

7. Com que frequência você orienta e ensina o paciente idoso sobre os "métodos de barreira" (preservativo feminino e masculino) e seu uso?				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	5 (33,3%)	5 (21,7%)	10 (26,3%)	
Nunca, raramente ou às vezes	10 (66,7%)	18 (78,2%)	28 (73,7%)	p=0,33
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	4 (22,2%)	6 (30%)	10 (26,3%)	p=0,30
Nunca, raramente ou às vezes	14 (77,8%)	14 (70%)	28 (73,7%)	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

8. Com que frequência você orienta o paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	4 (26,6%)	10 (43,5%)	14 (36,8%)	
Nunca, raramente ou às vezes	11 (73,3%)	13 (56,5%)	24 (63,2%)	p=0,16
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	5 (27,8%)	9 (45%)	14 (36,8%)	
Nunca, raramente ou às vezes	13 (72,2%)	11 (55%)	24 (63,2%)	p=0,14
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

9. Com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	5 (33,3%)	13 (56,5%)	18 (47,4%)	
Nunca, raramente ou às vezes	10 (66,7%)	10 (43,5%)	20 (52,6%)	p=0,09
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Muitas vezes ou sempre	5 (27,8%)	13 (65%)	18 (47,4%)	
Nunca, raramente ou às vezes	13 (72,2%)	7 (35%)	20 (52,6%)	p=0,01
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

MFC= Médicos de Família e Comunidade.

Na Tabela 6, nota-se que 92,1% dos médicos (83,3% dos menos experientes e 100% dos mais experientes na AB) concordam que a temática do HIV em idosos deve ser mais investigada. Quanto à capacidade de toda equipe de saúde fornecer orientações de cunho preventivo aos idosos, 71% dos profissionais concordaram que ela é capaz (69,5% dos MFC e 73,3% dos generalistas). Desses, representam 61,1% daqueles com até 7 anos de experiência e 80% daqueles com mais de 7 anos.

As questões de 12 a 15 referem-se a situações individuais de cada profissional. Ao questioná-los sobre se sentirem capacitados para iniciar a Terapia Antirretroviral (TARV) no paciente idoso sem a necessidade de encaminhamento imediato, 68,4% deles concordaram parcialmente ou totalmente com a afirmativa, sendo que 78,2% dos MFC e 53,3% dos generalistas sentem-se capazes para iniciar essa terapêutica na unidade e possuem uma representação de 61,1% daqueles com menor tempo de atuação e 75% daqueles com maior tempo de atuação na AB. Quanto ao conhecimento referente ao manejo do HIV/AIDS em idosos e às principais interações medicamentosas com a TARV nessa faixa etária, a porcentagem daqueles que concordaram diminuiu para 52,6% (56,5% dos MFC e 46,7% dos generalistas), 38,9% dos médicos com menor experiência e 65% dos que possuem maior experiência na AB.

Logo, foi abordada a questão de possuir acesso a materiais que abordem essa temática e sobre frequentar capacitações ou atualizações na área nos últimos 5 anos. Na primeira, somente 42,1% concordaram em possuir esse acesso, representando 47,8% dos MFC e 33,3% dos generalistas (77,8% daqueles com menor tempo de atuação e 40% daqueles com maior tempo). Outrossim, dos 76,3% que discordaram em ter participado de cursos/eventos sobre a temática nos últimos 5 anos aparecem 83,3% dos menos experientes e 70% dos mais experientes e representam 69,5% dos MFC e 86,7% dos generalistas.

TABELA 6 – Relação entre as questões 10, 11, 12, 13, 14 e 15 com a especialidade médica e tempo de atuação na rede básica.

10. A temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada.				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	14 (93,3%)	21 (91,3%)	35 (92,1%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	1 (6,7%)	2 (8,7%)	3 (7,9%)	p=0,43
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	15 (83,3%)	20 (100%)	35 (92,1%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	3 (16,7%)	0	3 (7,9%)	p=0,04
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
11. Toda a equipe da Unidade de Saúde em que atuo está capacitada para fornecer orientações de cunho preventivo referente à problemática do HIV/AIDS na população idosa.				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	11 (73,3%)	16 (69,5%)	27 (71%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	4 (26,7%)	7 (30,5%)	11 (29%)	p=0,41
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	

Continuação da Tabela 6.

	1 a 7 anos	8 anos ou mais	Total	p
Concordo totalmente ou parcialmente	11 (61,1%)	16 (80%)	27 (71%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	7 (38,9%)	4 (20%)	11 (29%)	p=0,11
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

12. Sinto-me capacitado para iniciar o tratamento do paciente idoso com HIV na Unidade de Saúde sem necessidade de referenciá-lo imediatamente.

	Generalista	MFC	Total	p
Concordo totalmente ou parcialmente	8 (53,3%)	18 (78,2%)	26 (68,4%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	7 (46,7%)	5 (21,7%)	12 (31,6%)	p=0,06
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	11 (61,1%)	15 (75%)	26 (68,4%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	7 (38,9%)	5 (25%)	12 (31,6%)	p=0,19
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

13. Possuo conhecimentos específicos referentes ao manejo do idoso com HIV/AIDS e das interações medicamentosas da TARV mais frequentes nessa faixa etária.

	Generalista	MFC	Total	p
Concordo totalmente ou parcialmente	7 (46,7%)	13 (56,5%)	20 (52,6%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	8 (53,3%)	10 (43,5%)	18 (47,3%)	p=0,28
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	7 (38,9%)	13 (65%)	20 (52,6%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	11 (61,1%)	7 (35%)	18 (47,3%)	p=0,06
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

14. Possuo acesso a materiais específicos sobre a temática do HIV/AIDS em idosos.

	Generalista	MFC	Total	p
Concordo totalmente ou parcialmente	5 (33,3%)	11 (47,8%)	16 (42,1%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	10 (66,7%)	12 (52,2%)	22 (57,8%)	p=0,20
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**

Continuação da Tabela 6.

Concordo totalmente ou parcialmente	4 (22,2%)	12 (60%)	16 (42,1%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	14 (77,8%)	8 (40%)	22 (57,8%)	p=0,01
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
15. Frequentei capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos e seu manejo, nos últimos cinco anos.				
	Generalista	**MFC**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	2 (13,3%)	7 (30,4%)	9 (23,6%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; nem discordo, nem concordo	13 (86,7%)	16 (69,5%)	29 (76,3%)	p=0,12
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
	1 a 7 anos	**8 anos ou mais**	**Total**	**p**
Concordo totalmente ou parcialmente	3 (16,7%)	6 (30%)	9 (23,6%)	
Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo e nem concordo	15 (83,3%)	14 (70%)	29 (76,3%)	p=0,18
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

MFC= Médicos de Família e Comunidade. TARV= Terapia Antirretroviral.

Discussão

Ressalta-se que dos 198 questionários enviados somente 38 deles fizeram parte da pesquisa, demonstrando uma possível falta de interesse quanto ao tema para estes profissionais de atenção básica e, então, limitando o estudo, visto que apenas 20% dos profissionais contatados participaram da pesquisa. Os médicos atuantes na AB que fizeram parte desta pesquisa apresentaram a idade média de 42 anos, 60,5% deles eram MFC e 39,5% generalistas, 27 eram mulheres e 11 homens totalizando 38 participantes. No presente estudo verificou-se que os médicos de família e comunidade representaram a maioria dos participantes da pesquisa e, ainda, quando comparados com os generalistas, demonstraram ter o dobro da média do tempo de atuação na atenção básica, 14 anos (p= 0,01).

Não foram encontrados estudos que abordassem a descrição as ações de prevenção primária e secundários para o HIV em idosos com médicos da AB, logo a discussão se baseou em estudos que se aproximavam dessa premissa e que tinham como foco os pacientes idosos com HIV.

As estratégias de prevenção primária são extremamente importantes na AB e o papel da orientação sobre saúde sexual para os pacientes idosos são de responsabilidade de toda a equipe. Contudo, também cabe ao médico realizar essas ações de forma individual, durantes as consultas ambulatoriais e de forma coletiva em grupos de convivência e eventos de saúde[10,11]. A pesquisa traz resultados um pouco negativos, visto que a maioria dos médicos referiram não questionar com frequência sobre a vida sexual atual e pregressa do paciente idoso. A grande maioria dos médicos referem não realizar ações coletiva de cunho preventivo. Cabe esclarecer que essa tarefa depende também da estrutura da unidade onde trabalha, do funcionamento da equipe e da adesão da comunidade adstrita, visto que nem sempre o local onde o profissional trabalha possui grupos de convivência para idosos e/ou realiza eventos em dias específicos com essa finalidade.

Os resultados apresentados se assemelham àqueles encontrados utilizando o questionário QHIV31 no Brasil com pacientes idosos que possuíam ou não diagnóstico da infecção pelo HIV[12,13,14,15], reforçando que há uma falta de orientação sobre as vias de transmissão do HIV e as suas complicações, além, é claro, de nunca terem sido orientados sobre o uso dos métodos de barreira, causando um aumento do risco de contaminação durantes as relações. Gomes e Silva[16] concluíram que o preconceito e a falta de informação referente a sexualidade entre idosos é o que aumenta o risco para IST, logo a prática sexual não é o problema, e sim a prática sexual desprotegida[5].

Quanto à prevenção secundária, o objetivo principal é buscar o diagnóstico precoce da pessoa com HIV e, nesse contexto, o médico e o enfermeiro têm um papel muito importante na solicitação do exame. Na pesquisa verificou-se que 52,6% dos médicos não solicitam com frequência os testes rápidos para o HIV ou sorologia em laboratório para pacientes idosos assintomáticos. Esses dados confirmam pesquisas realizadas com pacientes idosos vivendo com HIV[15], que demonstraram que oferta para realização do TR em idosos é muito baixa, em pesquisa realizada no estado de Minas Gerais/Brasil, evidenciou-se que somente 26,6% de uma população total de 216 idosos já tinha realizado exame diagnóstico para infecção pelo HIV[17]. Ainda, em São Paulo/Brasil, Alencar e Ciosak[5] 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.

A maioria (68,4%) dos participantes referem que se sentem capazes/seguros para iniciar a TARV na AB sem necessidade de encaminhamento imediato ao infectologista, porém um pouco mais da metade dos participantes referiu que tem conhecimento sobre as interações medicamentosas mais frequentes e o manejo desse paciente.

Menos da metade dos participantes confirmaram ter acesso a materiais específicos sobre a temática durante a sua rotina de atendimentos, e o número diminuiu ainda mais quando foram questionados se participaram de capacitações referentes à temática nos últimos cinco anos, esclarecendo que os MFC referiram frequentar mais à capacitações quando comparados aos generalistas, confirmando que a rede de AB é mais eficiente com a presença desse profissional devido às especificidades da sua formação[18,19,20].

Considerações finais

Através dos resultados encontrados, é possível expor as seguintes considerações: mais da metade dos participantes eram Médicos de Família e Comunidade, os MFC possuem o dobro de tempo médio de atuação na AB (14 anos) dos que os generalistas. Ficou evidente que não é uma rotina para os médicos da AB realizarem ações de prevenção referente à infecção pelo HIV em idosos. Ao descrevermos essa atuação, ressalta-se que mais da metade dos médicos participantes não solicitam/ofertam TR ou sorologia para diagnóstico de HIV em idosos assintomáticos. Além disso a maioria dos médicos refere que se sente capaz de iniciar a TARV em idosos, quando indicado, porém, somente um pouco mais da metade referiu possuir conhecimentos específicos para esse manejo.

Conclui-se que a formação em MFC, quando comparada aos não especialistas, foi associada com mais ações de prevenção primária e de início da TARV quando indicada, além de maior frequência em capacitações médicas. Também se evidenciou que o tempo de atuação maior que 7 anos completos na AB foi associado com mais ações de prevenção secundária, mais questionamentos acerca de suas práticas sexuais e orientações sobre o HIV/AIDS e com o fato de possuir mais conhecimento sobre as principais interações e o manejo da TARV em idosos.

Apesar de haver poucos estudos abordando a infecção pelo HIV em idosos no Brasil e esse ser o primeiro estudo brasileiro 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 se possa dar ênfase ao binômio HIV/AIDS nessa faixa etária. Outrossim, sugerem-se programas de educação continuada

para médicos e enfermeiros da AB visando às ações de prevenção primária e secundária e o manejo clínico do paciente idoso com HIV e outras IST. Ressalta-se a importância de novas pesquisas na área de infectologia geriátrica, principalmente, quanto às IST, tendo em vista que essas patologias se encontram em aumento.

Referências

1. Areosa SVC. Envelhecimento humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha). Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012. https://doi.org/10.29289/259453942018v28s1059

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018. https://doi.org/10.17143/ciaed/xxiilciaed.2017.00322

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

4. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Coleções ações em saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3. Porto Alegre: SSRS; 2018. https://doi.org/10.29289/259453942018v28s1059

5. Alencar RA, Ciosak SI. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. Rev Bras Enferm. 2016; 69: doi: 1140-1146. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370

6. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

7. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas; 1999.

8. Bós AJG. Epi Info® sem mistérios: um manual prático. Dados eletrônicos. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2012.

9. Ministério da Saúde (BR). 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. https://doi.org/10.11606/d.22.2007.tde-13112007-162850

10. Ministério da Saúde (BR). Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. https://doi.org/10.5327/z1679443520190289

11. Ministério da Saúde (BR). Prevenção combinada do HIV: sumário executivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

12. Monteiro TJ, Trajano LASN, Carvalho DS, et al. Avaliação do conhecimento sobre o HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV31. Geriatr Gerontol Aging. 2016;10:29-33. https://doi.org/10.5327/z2447-2115201600010006

13. Madeira K, Simões PWTA, Heluany MCV, ett al. Conhecimento de HIV/AIDS em um grupo de idosos na cidade de Criciúma-SC/Brasil. Rev Bras Ger Geront 2014;8:43-49.

14. Lazzarotto AR, Kramer, AS, Hadrich M, et al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2008;6(3):1833-1840. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600018

15. Araujo GM, Leite MT, Hildebrandt LM, et al. Self-care of elderly people after the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):793-800. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248

16. Gomes SF, Silva CM. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/aids: uma revisão. Vitalle: Rev Ciênc Saúde 2008;20:107-122

17. Cerqueira MBR. O binômio idosos e HIV/aids: subsídios para pesquisas e políticas públicas. Rev Espaço Acadêmico UFMG 2016;12(187):150-157.

18. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. Int J Health Serv. 2007;(37):111-26, 2007. http://dx.doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224

19. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. Rev Bras Med Fam e Comunidade 2018;(40):1-5, 2018. https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744

20. Guillford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J Public Health Med. 2002;(24):252-254. http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/24.4.252

Ibrahim Clós Mahmud

Mestre em Gerontologia Biomédica pela Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil). Médico da Estratégia da Família pelo Instituto de Municipal de Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, RS, Brasil.

Paulo Renato Petersen Behar

Doutor em Medicina (Pneumologia) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil). Médico infectologista do controle de infecção do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Professor da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA) em Porto Alegre, RS, Brasil.

Ângelo José Gonçalves Bós

Doutor em Medicina com ênfase em Saúde Comunitária pela Tokai University (Japão). Pós-doutor pelo Instituto Nacional Americano sobre o Envelhecimento, pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins (EUA) e pelo Departamento de Saúde e Participação Social do Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (Japão). Professor Titular da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Newton Luiz Terra

Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil). Professor da Escola de Medicina Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Ibrahim Clós Mahmud

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Av. Ipiranga, 6681, Prédio 81, 7.º andar, sala 703

Partenon, 90619-900

Porto Alegre, RS, Brasil