

PUCRS

ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

IBRAHIM CLÓS MAHMUD

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

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - STRICTO SENSU



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

IBRAHIM CLÓS MAHMUD

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

Porto Alegre  
2019

IBRAHIM CLÓS MAHMUD

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

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento

Orientador: prof. Dr. Newton Luiz Terra  
Coorientador: prof. Dr. Paulo Renato Petersen Behar

Porto Alegre  
2019

IBRAHIM CLÓS MAHMUD

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

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em cumprimento às exigências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Newton Luiz Terra – PUCRS (orientador)

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós – PUCRS

---

Prof. Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello – PUCRS

Porto Alegre  
2019

## Ficha Catalográfica

M215d Mahmud, Ibrahim Clós

O desafio do HIV em idosos : atuação de médicos da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre/RS / Ibrahim Clós Mahmud .  
– 2019.

104.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra.

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Renato Petersen Behar.

1. Saúde do Idoso. 2. HIV. 3. Infectologia. 4. Geriatria. 5. Saúde Pública. I. Terra, Newton Luiz. II. Behar, Paulo Renato Petersen. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de estar hoje aqui e poder viver cada segundo de maneira completa e ainda por me proporcionar conhecer pessoas muito especiais e me permitir realizar atividades das quais nunca acreditei que conseguiria.

À minha esposa, Elisa, que sempre esteve comigo naqueles momentos de sofrimento, tensão e frustração, apoiando-me e falando que “tudo iria dar certo”.

Às pessoas que mais me apoiaram psicologicamente para que eu acreditasse no meu trabalho, as queridas Joana Fontela e Zamara Fachin, além da minha prima Jéssica Souza, que me deu o “empurrãozinho” e me apresentou o “mundo da pesquisa”.

Ao meu coorientador e amigo, Dr. Paulo Behar, que mesmo se dividindo entre muitas responsabilidades, sempre foi capaz de me ouvir e me acalmar durante este processo de construção do conhecimento, fazendo-me entender o verdadeiro tratamento humanizado dos pacientes com HIV e me fez ver a paixão que a infectologia desperta em mim.

Aos professores e amigos que fiz dentro do Instituto de Geriatria e Gerontologia, Dr. Ângelo Bós e Dr. Claus Stobaus, que também sempre estiveram me auxiliando e conduzindo neste caminho.

Ao meu orientador, prof. Dr. Newton Terra, que aceitou meu ingresso no Programa de Pós-Graduação (PPG), permitindo assim o desenvolvimento desta pesquisa.

Às queridas Samanta Lay e Nair Mônica, sempre prestativas e que fizeram com que a ansiedade do “viver” no PPG se dissipasse.

Às grandes amigas que fiz dentro da PUCRS, dos elos que construímos ao dividirmos anseios e temores, as colegas Luciana Almeida e Carla Kowalski, que mesmo em meio às suas teses sempre estavam dispostas a auxiliar o novato.

Por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa parcial ofertada durante esta jornada.

Muito obrigado!

“Mande notícias do mundo de lá  
Diz quem fica  
Me dê um abraço, venha me apertar  
Tô chegando  
Coisa que gosto é poder partir  
Sem ter planos  
Melhor ainda é poder voltar  
Quando quero

Todos os dias é um vai e vem  
A vida se repete na estação  
Tem gente que chega pra ficar  
Tem gente que vai pra nunca mais  
Tem gente que vem e quer voltar  
Tem gente que vai e quer ficar  
Tem gente que veio só olhar  
Tem gente a sorrir e a chorar  
E assim, chegar e partir

São só dois lados  
Da mesma viagem  
O trem que chega  
É o mesmo trem da partida  
A hora do encontro  
É também de despedida  
A plataforma dessa estação  
É a vida desse meu lugar  
É a vida desse meu lugar  
É a vida”

**Maria Rita**

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento da população brasileira vem aumentando substancialmente nos últimos anos, se estima que em 2025 o Brasil terá cerca de 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dados recentes do *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3* (RIO GRANDE DO SUL, 2018) demonstram que os casos de HIV continuam crescendo, sendo 364 infectados com 55 anos ou mais em 2016, e, até 30 de junho de 2017, foram registrados 132 casos. Os médicos da atenção primária, em diversas situações, apresentam uma percepção defasada quanto à problemática do HIV/AIDS no cenário atual, pois a invisibilidade da sexualidade do idoso potencializa situações de risco durante seu manejo, levando a um diagnóstico tardio. **Objetivo:** descrever a atuação dos Médicos de Família e Comunidade (MFCs) 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. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, misto, em que os médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou na Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS em Porto Alegre/RS responderam a um questionário *on-line*. Este foi enviado por e-mail (informação dada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre) para 213 médicos; destes, 15 e-mails foram devolvidos (devido à caixa de entrada cheia ou ao erro no e-mail fornecido), logo, 198 médicos receberam a mensagem. Ao final de 30 dias de coleta, 40 médicos preencheram o questionário e retornaram, tendo sido excluídos dois deles por não fazerem parte dos profissionais incluídos na pesquisa (ginecologista e enfermeiro). Totalizaram-se 38 respostas válidas. **Resultados:** os 38 participantes tinham entre 26 e 67 anos de idade, com uma média de  $42 \pm 10$  anos, apresentando entre 1 a 30 anos de atuação na atenção básica, com média de  $11,5 \pm 9$  anos; 39,5% (15) eram médicos generalistas, e 60,5% (23) eram médicos de família e comunidade; mais da metade (55,2%) estava lotada em ESF; 31,6% em UBS; e 13,2% em unidades mistas. Quanto à nacionalidade dos participantes, 81,7% deles declararam ter nacionalidade brasileira; 7,9%, venezuelana; e os outros 10,4%, argentina, cubana, guatemalteca e uruguaia. Quando questionados sobre qual religião seguiam, 52,6% declararam ser católicos; 13,2%, espíritas; e 34,2% referiram não ter religião. Ressalta-se um ponto importante: 71% deles possuem pacientes idosos com diagnóstico de HIV, no entanto somente 44,7% referiram tratar o idoso na unidade. Ainda, 56,5% dos MFCs 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 AB realizarem ações de prevenção primária e secundária referentes 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. Recent data, Epidemiological Bulletin HIV / AIDS 3 (2018), show that HIV cases continue to grow, with 364 infected aged 55 or older in 2016 and as of 2017/30/06, 132 cases have been reported. Primary care physicians, in several situations, present an outdated perception regarding the HIV/AIDS problem in the current scenario, since the invisibility of the elderly sexuality enhances risk situations during their management leading to a late diagnosis.

**Objective:** To compare the performance of family and community doctors 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.

**Methodology:** This is a cross-sectional, mixed study in which an online questionnaire was applied to medical doctors working at UBS or ESF at Primary Care in Porto Alegre/RS. The questionnaire was sent to 213 physicians, by e-mail informed by the Municipal Health Department of Porto Alegre, 15 e-mails returned (full mailbox or error in the e-mail provided), so 198 doctors received the same questionnaire. At the end of 30 days of collection, 40 people completed the questionnaire, two answers were excluded because they were not part of the professionals included in the research (gynecologist and nurse). There were 38 valid responses.

**Results:** The 38 participants had between 26 and 67 years of age, with a mean of  $42 \pm 10$  years, presenting between 1 and 30 years of primary care, with a mean of  $11.5 \pm 9$  years, 39.5% (15) were general practitioners and 60.5% (23) were family and community medical doctors, more than half (55.2%) were working in ESF, 31.6% in UBS and 13.2% in mixed units. The nationality of the participants, 81.7% declared to be Brazilian, 7.9% Venezuelan and the other 10.4% (Argentine, Cuban, Guatemalan and Uruguayan). When questioned to religion, 52.6% declared to be Catholic and 13.2% Spiritist, compared to 34.2% who said they had no religion. 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 CFM 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 PC 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.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – História natural do HIV.....	25
Figura 2 – Mandala da “prevenção combinada” .....	33
Gráfico 1 – Número de casos de HIV notificados no SINAN por sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2007 a 2016 .....	35
Gráfico 2 – Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo local de residência e ano de diagnóstico. Brasil, região Sul e Rio Grande do Sul, 2006 a 2016.....	36
Gráfico 3 – Razão de sexos segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2006 a 2016 .....	37

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais sinais e sintomas da infecção aguda pelo vírus da imunodeficiência humana .....	26
Quadro 2 – Principais sinais e sintomas da AIDS .....	27
Quadro 3 – Principais contraindicações da TARV em idosos.....	43
Quadro 4 – Principais interações da TARV .....	44
Quadro 5 – Principais efeitos adversos da TARV.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes da pesquisa quanto à especialidade médica.....	57
Tabela 2 – Comparações com idade, tempo de atuação, sexo e especialidade médica.....	58
Tabela 3 – Comparação entre as questões n. 1 a 3 com a especialidade médica .....	59
Tabela 4 – Comparação entre as questões n. 1 a 3 com o tempo de atuação na rede básica de saúde .....	59
Tabela 5 – Relação entre as questões n. 4 a 9 com a especialidade médica.....	60
Tabela 6 – Relação entre as questões n. 4 a 9 com o tempo de atuação na rede básica de saúde .....	62
Tabela 7 – Relação entre as questões n. 10 a 15 com a especialidade médica.....	63
Tabela 8 – Relação entre as questões n. 10 a 15 com o tempo de atuação na rede básica de saúde .....	65
Tabela 9 – Associação entre a pergunta 2 (você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem o diagnóstico de HIV/AIDS?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica .....	66
Tabela 10 – Associação entre a pergunta 3 (você realiza o seguimento/tratamento pela unidade de saúde dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes ...	66
Tabela 11 – Associação entre a pergunta 4 (com que frequência você questiona o paciente idoso sobre sua vida sexual pregressa e atual durante as consultas?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes ...	67
Tabela 12 – Associação entre a pergunta 5 (com que frequência você realiza ações educativas coletivas voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	68
Tabela 13 – Associação entre a pergunta 6 (com que frequência você realiza ações educativas individuais voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	68
Tabela 14 – Associação entre a pergunta 7 (com que frequência você orienta e ensina o paciente idoso sobre os “métodos de barreira” (preservativo feminino e masculino) e seu uso?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	69

Tabela 15 – Associação entre a pergunta 8 (com que frequência você orienta o paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes. ...	69
Tabela 16 – Associação entre a pergunta 9 (com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes ...	70
Tabela 17 – Associação entre a afirmativa 10 (a temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	70
Tabela 18 – Associação entre a afirmativa 11 (toda a equipe da unidade de saúde em que atua está capacitada para fornecer orientações de cunho preventivo referente à problemática do HIV/AIDS na população idosa) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	71
Tabela 19 – Associação entre a afirmativa 12 (sinto-me capacitado para iniciar o tratamento do paciente idoso com HIV na unidade de saúde sem necessidade de referenciá-lo imediatamente) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	71
Tabela 20 – Associação entre a afirmativa 13 (posso conhecimentos específicos referentes ao manejo do idoso com HIV/AIDS e das interações medicamentosas (TARV) mais frequentes nessa faixa etária) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	72
Tabela 21 – Associação entre a afirmativa 14 (posso acesso a materiais específicos sobre a temática do HIV/AIDS em idosos) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	72
Tabela 22 – Associação entre a afirmativa 15 (frequentemente participei de capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das infecções sexualmente transmissíveis em idosos nos últimos cinco anos) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CV	Carga Viral
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
EAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MFC	Médico de Família e Comunidade
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PSF	Programa Saúde da Família
PVHIV	Pessoas Vivendo com o HIV
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	16
2.2 A ATENÇÃO BÁSICA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	18
2.3 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM PORTO ALEGRE/RS.....	20
2.4 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL.....	21
2.5 SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO .....	23
2.6 A INFECÇÃO PELO HIV .....	24
2.7 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV .....	28
2.8 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV E DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	30
2.9 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS.....	34
2.10 OS IDOSOS E A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS .....	38
2.11 A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO IDOSO .....	41
2.12 IMUNOSSENESCÊNCIA, IMUNOSSUPRESSÃO E IMUNODEPRESSÃO .....	46
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>49</b>
<b>4 HIPÓTESES .....</b>	<b>50</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>51</b>
5.1 OBJETIVO GERAL .....	51
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	51
<b>6 MÉTODOS.....</b>	<b>52</b>
6.1 DELINEAMENTO .....	52
6.2 AMOSTRA E AMOSTRAGEM .....	52
6.3 LOCAL DE ESTUDO .....	52
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	52
6.5 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	53
6.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	54
6.7 COLETA DE DADOS.....	55
6.8 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS .....	55
6.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	55
6.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	56
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>

7.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES .....	57
7.2 RELAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS COM A ESPECIALIDADE MÉDICA E O TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE .....	58
7.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	66
7.4 ANÁLISE QUALITATIVA .....	73
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>
8.1 A PRÁTICA DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA NAS UNIDADES DE SAÚDE .....	79
8.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE IDOSO VIVENDO COM HIV .....	80
<b>9 CONCLUSÕES.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE I – Questionário .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).. .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO I – Tabela 4 .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO II – Tabela 17.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO III – Tabela 18 .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO IV – Parecer Consubstanciado do CEP – PUCRS .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO V – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO VI – Autorização da SMS PMPA .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO VII – Comprovante de submissão do artigo – Qualis B1 .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população brasileira de idosos vem aumentando de forma significativa nos últimos anos, indicando que este 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, o que corresponderá a 15% da população estimada. Se isso se confirmar, será o 6º país em número de idosos no mundo (AREOSA, 2012).

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 (IBGE, 2010), existe uma diferença grande entre o número de homens e mulheres idosos no Brasil, sendo que os idosos de sexo masculino somam um total de 9.156.112, e de sexo feminino, 11.434.487. Ao transformar esses valores absolutos em percentuais, eles representam, respectivamente, 5% e 6% da população total de cada gênero. Ainda, 13,6% da população do Rio Grande do Sul é formada por idosos, sendo o Estado com a maior proporção de pessoas com mais de 60 anos, e Porto Alegre foi a capital do Brasil com maior percentual de idosos, com 15,04% (IBGE, 2010).

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 estas, 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.

A descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ocorreu em 1981, e em 1983, foi isolado, pela primeira vez, o HIV. Essa síndrome, por ser de fácil transmissão, acabou por tornar-se uma pandemia em saúde pública. Na atualidade, tem sido um tema muito discutido na área de geriatria e gerontologia.

Dados de 2015 (BRASIL, 2017, p. 48) mostram Porto Alegre como a segunda cidade no *ranking* estadual, com uma taxa de detecção para AIDS de 74 casos para cada 100.000 habitantes, ficando atrás somente da cidade de Charqueadas, com uma taxa de 83,6. Além disso, esse documento demonstrou que os casos notificados de infecção pelo HIV em maiores de 55 anos cresceu muito – em 2007, foram somente 19; já no ano de 2015, foram 326 casos confirmados. Segundo o *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3* (RIO GRANDE DO SUL,

2018), os casos de HIV continuam em ascensão, com 364 infectados com 55 anos ou mais em 2016 e 132 casos até 30 de junho de 2017.

Os médicos da atenção primária, em diversas situações, apresentam uma percepção defasada quanto à problemática do HIV/AIDS no cenário atual, pois a invisibilidade da sexualidade do idoso potencializa situações de risco durante seu manejo, levando a um diagnóstico tardio (ALENCAR; CIOSEK, 2016). Ressalta-se que, atualmente, há dois grupos de pacientes idosos com HIV, aqueles com diagnóstico realizado após os 60 anos de idade e os que tiveram seu diagnóstico mais jovens e entraram nessa faixa etária convivendo com a infecção, independentemente da fase em que ela se apresenta.

Com base nessa premissa, a presente pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, situada dentro da linha de pesquisa “Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento”, objetiva descrever as estratégias de prevenção primária e secundária para a infecção pelo HIV/AIDS em idosos utilizadas pelos médicos de família e generalistas atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Porto Alegre/RS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico que norteia esta pesquisa.

### 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Desde o século XIX, o mundo tem experimentado um crescimento populacional acelerado e, concomitantemente, uma alteração progressiva da dinâmica populacional, com redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Esses processos fazem com que a pirâmide etária venha alterando sua conformação, chegando em alguns países desenvolvidos a uma “pirâmide envelhecida”, com base pequena e maior número de adultos e idosos.

Houve um aumento da média de expectativa de vida ao nascer, de 72,7 (2007) para 73,48 (2010) e, segundo estimativas do IBGE (2018), chegando a 76,25 anos em 2018. Em contraponto, houve uma redução na taxa de fecundidade, que em 2007 era de 1,99 filho por mulher em idade fértil e, em 2018, alcançou 1,77. Além disso, as taxas de natalidade (nascidos vivos/mil hab.) e de mortalidade (óbitos/mil hab.) tiveram uma alteração expressiva: a primeira reduziu de 17,8 em 2007 para 14,41 em 2018, e a segunda foi de 6,10 em 2007 para 6,47 em 2018. Todos esses fatores refletem a transição demográfica que a população brasileira vem sofrendo (IBGE, 2018).

No Brasil, que apresenta uma população estimada de 208.965.188 habitantes (IBGE, 2018), a situação não é muito diferente da dos países desenvolvidos, sofrendo essa mudança com redução significativa na taxa de mortalidade e de fecundidade, apresentando assim um envelhecimento populacional substancial. No Rio Grande do Sul, que tem uma população estimada de 11.341.536 habitantes, essas taxas apresentam algumas diferenças. Em 2018, a taxa de natalidade (nascidos vivos/mil hab.) é de 12,61, a taxa de mortalidade (óbitos/mil hab.) é de 7,11, a média da expectativa de vida ao nascer é de 78,29, sendo 74,91 para homens e 81,58 anos para mulheres, e a taxa de fecundidade é de 1,68 filho por mulher em idade fértil.

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. O crescimento da população idosa se deu de maneira bastante acentuada na última década, sendo que a faixa de 65 anos cresceu 49,2%, e a faixa de mais de 90 anos cresceu 65% (AREOSA, 2012).

O estado brasileiro com maior proporção de idosos (IBGE, 2010) 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%.

Atualmente, a concepção de envelhecimento não se limita à visão simplista da velhice cronológica, visto que as condições físicas, mentais, espirituais e intelectuais vêm tomando cada vez mais importância. A trajetória de vida do ser humano é o somatório das experiências, das vivências, dos valores, das metas alcançadas, do conhecimento adquirido, da compreensão e interpretação individual sobre o mundo e sobre as pessoas com quem se convive, além de estar sempre relacionada com o fator cultural e religioso do indivíduo. Logo, entende-se que “envelhecer” é um processo extremamente heterogêneo, portanto o produto também será.

Acerca do envelhecimento, Matheus Papaléo Netto (1996, p. 42) conceitua:

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

O número crescente de idosos brasileiros tem se tornado o grande desafio para as políticas públicas, principalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois se evidenciam novas demandas ainda não estudadas.

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram, para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para “resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã” (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 508).

Sabendo que não existe uma “velhice” única, mas “velhices” que diferem de acordo com o gênero, a classe social, o grau intelectual e as diversas culturas, propõe-se que ela deva ganhar um olhar singularizado e, conseqüentemente, estratégias de saúde distintas. Tal mudança na composição populacional promove uma evolução cultural e uma maior necessidade de acesso a informações que ensejam modificações comportamentais, com maior conscientização e esclarecimento nessa faixa etária. Dentre essas, incluem-se as mudanças

pertinentes à sexualidade, da desmistificação de que a sexualidade não interessa aos idosos, devendo ser esse tema abordado e discutido.

O envelhecimento faz com que as doenças crônicas não transmissíveis tenham uma alta prevalência nessa faixa etária, porém, paralelamente ao fenômeno de transição epidemiológica, cresce a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), o que demonstra a necessidade de uma abordagem especializada.

## 2.2 A ATENÇÃO BÁSICA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Antes da denominação atual de Atenção Primária à Saúde (APS), diferentes termos foram utilizados para referir-se às organizações dos serviços de saúde, sempre baseados em vivências obtidas em outros países (GASTÃO, 2017). Em 1978, a Declaração de Alma-Ata trouxe princípios que fazem parte do pilar da APS até hoje, como a equidade, o acesso universal, a participação da comunidade e a ação intersetorial (MENDES, 2009). Ainda, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de ações para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, que consta no documento conhecido como Carta de Lubliana, que foi utilizado pela União Europeia para orientar a reforma da saúde pública dos países-membros (MACINKO; STARFIELD, 2007).

Conforme Barbara Starfield (2008), a definição de APS compreende o conjunto de funções que, ao serem combinadas, organizam e racionalizam o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhoria da saúde de um indivíduo ou população e que podem influenciar a configuração e o foco de todo um sistema de saúde e ainda estender-se ao desenvolvimento das comunidades.

“Atenção Básica” (AB) é o termo utilizado pelo governo brasileiro para referir-se à APS, não há dados que permitam precisar o motivo pela qual o SUS, na contracorrente internacional, assumiu essa denominação (GIOVANELLA *et al.*, 2008). Em 1994, o Brasil aderiu ao Programa Saúde da Família (PSF), que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na patologia e no hospital como referência do cuidado, traz em suas diretrizes um modelo que prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, independentemente de estar ou não doente, assim apropriando-se da referência do cuidado integral e contínuo (BRASIL, 1994).

Ao longo dos anos, o programa foi sendo aprimorado e passou a ter uma nova nomenclatura, Estratégia Saúde da Família (ESF), contando com vários profissionais da AB. Em setembro de 2017, foi publicada a mais recente norma que rege a ESF no Brasil, a Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB), que, seguindo os três princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade, detalha quais as novas configurações e os tipos de equipes de saúde que devem integrar esse programa, sendo elas as seguintes (BRASIL, 2017e).

- *Equipe de Saúde da Família (ESF)*: é a estratégia prioritária da AB de acordo com os preceitos do SUS. Cada equipe deve estar composta de, no mínimo: médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, de preferência especialista em saúde da família; técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferivelmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Todos os profissionais da ESF devem ter uma carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2017e).
- *Equipe de Atenção Básica (EAB)*: são equipes que seguem os princípios e as diretrizes propostas para a AB, porém não são o modelo prioritário e podem, posteriormente, se organizar para compor uma ESF. Estão compostas minimamente por médicos, preferencialmente, da especialidade de medicina de família e comunidade, enfermeiro, de preferência especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Poderão ser agregados outros profissionais, como ACS, ACE, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal. A carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 horas semanais, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas semanais. Essas equipes, geralmente, trabalham em locais chamados de Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em unidades em processo de transição, chamadas de unidades mistas (no mínimo uma EAB mais uma ESF) (BRASIL, 2017e).
- *Equipe de Saúde Bucal (ESB)*: modalidade que pode compor as equipes que atuam na AB, sendo constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2017e).
- *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)*: constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde que complementam o atendimento daqueles que atuam na EAB e na ESF. Conforme a PNAB, poderão compor a equipe: médicos acupunturistas, homeopatas, ginecologista/obstetra, pediatra, geriatra, internista, médico do trabalho, médico-veterinário, fisioterapeuta, nutricionista, educador

físico, farmacêutico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária. A definição das categorias é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades territoriais (BRASIL, 2017e).

- *Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)*: é constituída por ACS e ACE e deve estar vinculada a uma UBS, logo, tem a finalidade de reorganizar a AB com vistas à implementação gradual da ESF ou como forma de agregar esses profissionais na AB (BRASIL, 2017e).
- *Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas*: são equipes responsáveis pela atenção às populações específicas, como, por exemplo, unidades prisionais, consultórios de rua, saúde indígena e atendimento às famílias ribeirinhas (BRASIL, 2017e).

As políticas atuais que direcionam o SUS discutem muito a formação do profissional que atua na AB, solicitando que, preferencialmente, possuam especialização em saúde da família ou áreas afins, tendo em vista que o atendimento deve ser diferenciado com o foco preventivo e sanitária, tanto em atendimentos ambulatoriais como em visitas domiciliares (MAHMUD; KOWALSKI; LAVAGNINI *et al.*, 2018). Conforme o Conselho Federal de Medicina (2016), a especialidade médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) somente é obtida pela conclusão de Programa de Residência Médica devidamente regulamentado com duração de dois anos ou pela aprovação no Exame de Título do Convênio da Associação Médica Brasileira e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com o devido registro de especialidade médica (RQE).

Os sistemas de saúde são mais efetivos, eficientes e equânimes quanto mais potente for sua atenção primária. Há diversas evidências que a APS é mais efetiva na presença do médico de família e comunidade, portanto a ESF cumpre com esse papel, priorizando cada vez mais os profissionais especializados nessa área (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2007; GULLIFORD, 2002; SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018).

### 2.3 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM PORTO ALEGRE/RS

Porto Alegre é um município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, do qual é a capital. Segundo dados do IBGE (2018), essa cidade possui uma população estimada de 1 milhão, 484 mil e 941 habitantes. A APS de Porto Alegre é composta pelas unidades de

saúde da atenção primária, pelas unidades de saúde para populações específicas, pelos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica e pelos núcleos de apoio matricial da atenção básica.

Segundo o *Relatório de gestão: 1º quadrimestre 2017* (PORTO ALEGRE, 2017), o município possuía 141 unidades de saúde, em que 90 eram ESFs, 22, mistas e 29, UBSs; contava com 230 ESFs implantadas, 1 unidade de saúde indígena, 4 equipes de saúde prisional, 2 equipes de consultório de rua e 9 NASFs-AB. Entretanto, o *Relatório de gestão: 2º quadrimestre 2018* (PORTO ALEGRE, 2018), o mais atual disponível, informa que atualmente o município possui 140 unidades de saúde, 18 UBSs, 122 unidades com ESF (porém não separa ESF das unidades mistas), sendo 261 equipes de saúde da família (considerando as EACSs no cálculo), 1 unidade de saúde indígena, 4 equipes de saúde prisional, 2 equipes de consultório de rua e 8 NASFs-AB.

O município de Porto Alegre, por possuir uma grande extensão, apresenta as gerências distritais, que funcionam como gestores locais, responsáveis pela administração das unidades de saúde de seu território. O município é dividido em 8 gerências, sendo elas: Centro, Leste/Nordeste, Norte/Eixo Baltazar, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo Sul e Sul/Centro Sul.

#### 2.4 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O conceito de transição epidemiológica foi criado há mais de 30 anos, quando o epidemiologista Abdel Omran se referiu à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que são capazes de caracterizar uma população específica. Essas modificações ocorrem, concomitantemente, com transformações demográficas, sociais e culturais (CHAIMOWICZ, 2013).

Atualmente, esse processo engloba três mudanças básicas no cenário mundial: a substituição das doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas dentre as primeiras causas de morte, o deslocamento da carga de morbimortalidade (“peso” do conjunto de doenças e óbitos sobre o sistema de saúde) dos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade predomine.

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) – doenças transmissíveis causadas por um

agente patogênico, ou seja, por vírus, bactérias, fungos, parasitas, entre outros – e tende a beneficiar mais a população jovem, logo, essa população envelhece em maior proporção, com tendência a conviver com doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2010; SILVA JR.; SILVA; CRUZ, 2018). À medida que esse público segue envelhecendo, a população começa a enfrentar as complicações de doenças crônicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia, que podem levar a óbito por infarto agudo do miocárdio.

Esse processo é muito evidente no território brasileiro, uma vez que, em 1930, as doenças infecciosas representavam 46% do total de óbitos e, atualmente, são menos de 5%. Conseqüentemente, 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 Omran, 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 (LUNA; SILVA JR., 2013).

Chaimowics (2013, p. 29) apresenta alguns aspectos que caracterizam o modelo 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 “contratransição epidemiológica”;
3. O processo não se resolve de modo claro, em uma “transição prolongada”.

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, além da 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” (LUNA; SILVA JR., 2013).

Pesquisadores recentes (ARAÚJO, 2015; IKUTA, 2017), ao fazerem projeções das DIPs 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.

No estado do Pará, conforme Araújo (2015), os dados foram mais específicos, constatando que as DIPs com maiores taxas de mortalidade foram: diarreia e gastroenterite, AIDS, doença de chagas, tuberculose e leishmaniose. Quanto aos anos potenciais de vida perdidos, se destacaram a AIDS, a dengue e a leishmaniose.

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.

## 2.5 SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento resulta em alterações fisiológicas em todos os sistemas do organismo humano, promovendo em sua grande maioria uma diminuição da sua função. Enquanto a senescência é o processo natural de perda da reserva funcional do indivíduo, a senilidade se refere à condição de sobrecarga desse indivíduo senescente, que se encontra em condição de doença, estresse emocional e acidentes, o que requer assistência. O profissional de saúde precisa compreender esses conceitos para que possa dar um atendimento adequado e satisfatório (GARCIA *et al.*, 2018).

No decorrer dos anos, o corpo vai envelhecendo, e, por conseguinte, a forma da expressão da sexualidade acaba se transformando. A vida sexual da mulher não se encerra na menopausa, pois, apesar da grande diminuição da produção hormonal, o desejo se mantém. Alguns aspectos mudam, como, por exemplo, o fato de a vagina apresentar diminuição na lubrificação, dificultando o coito, e o tecido mamário fica mais flácido. Já os homens mantêm a produção de testosterona até aproximadamente os 70 anos, no entanto ocorre uma alteração na ereção peniana, que apresenta frequência e duração menores, além da diminuição na ejaculação (RAMOS, 2017).

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 (MAHMUD; TERRA, 2018; GARCIA *et al.*, 2018).

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 (MAHMUD; TERRA, 2018).

Durante a pesquisa “Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul” (BÓS *et al.*, 2015), 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.* (2018) 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” (SILVA *et al.*, 2018, p. 943).

Cabe aos profissionais de saúde iniciarem essa quebra de paradigma, para que o idoso possa ser abordado como um ser humano sexualmente ativo e assim receber orientações de cunho preventivo.

## 2.6 A INFECÇÃO PELO HIV

Os retrovírus humanos são classificados em três subgrupos: oncovírus (HTLV – I/II), lentivírus (HIV – 1 e 2) e o spumavírus. O HIV apresenta um genoma de RNA contido dentro de um capsídeo e um envelope lipídico (CHINEN; SHEARER, 2002).

Existem variantes genômicas (subtipos) tanto de HIV-1 como de HIV-2 em pacientes infectados procedentes de diferentes regiões geográficas. O HIV-1 sofreu grande diversidade

genética desde o início da epidemia em 1981, hoje há descritos 9 subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J e K, além de várias recombinantes). Em relação ao HIV-2, descrevem-se cinco subtipos: A, B, C, D e E. Essa é endêmica em países da África Ocidental, sua transmissão é atualmente baixa em outros países do Ocidente, porém, diante da crescente circulação de pessoas entre os diversos continentes, a presença de infecção deve ser considerada em pessoas originárias da África Ocidental (BRASIL, 2018a). No Brasil, a grande maioria apresenta o HIV-1.

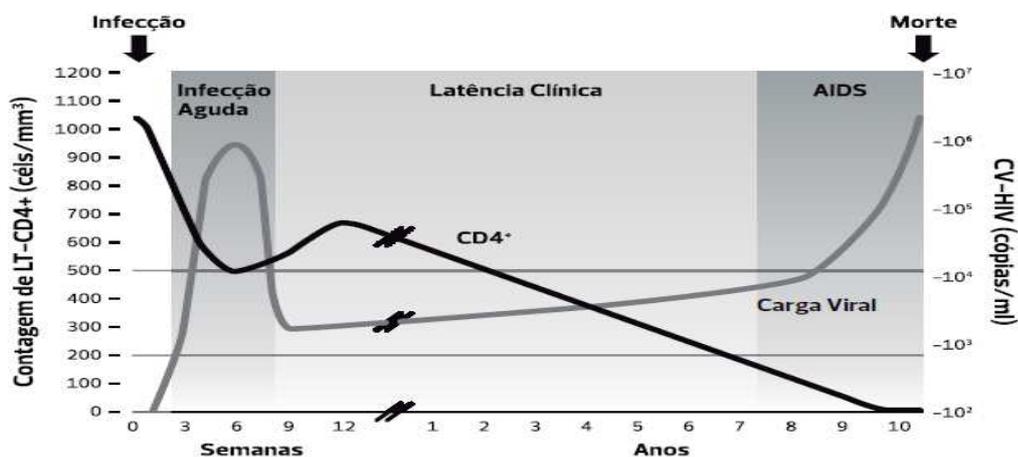
Riedel e Ribas (2015, p. 91) descrevem com perfeição essas estimativas:

Os países que lideram as pesquisas sobre HIV, em especial sobre antirretrovirais e resistência a esses medicamentos, apresentam pacientes com infecção pelo subtipo B. Países em desenvolvimento apresentam maior diversidade de vírus, e o aumento de número de casos de HIV é maior nestes países que nos desenvolvidos. Os subtipos B e C são responsáveis por mais de 60% das infecções por HIV-1 em todo o mundo. Estudos brasileiros relatam predomínio da infecção por subtipo B no Brasil, mas apresentando regionalização dos subtipos não B, com maior número de infecção por subtipo F nos estados das regiões Norte e Nordeste e subtipo C na região Sul. Essa revisão apresenta uma atualização de subtipos e vírus recombinantes do HIV-1 que circulam nas diferentes regiões do Brasil.

Conforme o *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos* (BRASIL, 2018a), o HIV pode ser transmitido pelas vias: sexual, parenteral e vertical. Ou seja, a transmissão ocorre, respectivamente, pelas relações sexuais (vaginal, anal e oral), por transfusão de sangue ou hemoderivados e compartilhamento de seringas (usuários de drogas), agulhas e utensílios perfurocortantes e por transmissão vertical (gestação/parto).

A infecção pelo HIV leva à diminuição progressiva dos linfócitos CD4+ devido à destruição causada pelo próprio vírus, resultando na predisposição às infecções oportunistas, alguns tipos específicos de câncer e alterações metabólicas e cardiovasculares.

Figura 1 – História natural do HIV



Fonte: Brasil (2018a, p. 56).

A Figura 1 apresenta um gráfico sobre a história natural da infecção pelo HIV, que divide-se basicamente em três fases distintas: a infecção primária ou aguda, em que a viremia alcança níveis elevados e o indivíduo é altamente infectante, ocorrendo, inicialmente, uma queda brusca na contagem dos linfócitos T CD4+ (LTCD4) – essa fase tem uma duração curta; a fase assintomática ou de latência clínica, em que a Carga Viral (CV) inicia-se em uma contagem baixa e começa um processo de aumento progressivo e lento, enquanto que os LTCD4 declinam lentamente, entretanto, ao manterem valores acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, serão imunocompetentes; e a fase da AIDS ou doença avançada, em média, em 8 anos, quando surgem sintomas clínicos dessa imunodeficiência e infecções oportunistas, sendo que o risco para algumas neoplasias aumentam, assim definindo o quadro de AIDS.

Durante a fase inicial, o paciente apresenta sintomas inespecíficos, causados por um quadro clínico de infecção viral aguda, podendo apresentar diversos sinais e sintomas, como os citados no Quadro 1, a seguir, ou pode ser assintomática.

Quadro 1 – Principais sinais e sintomas da infecção aguda pelo vírus da imunodeficiência humana

Sinal/Sintoma	Porcentagem (%)
Febre	96
Adenopatia	74
Faringite	70
Exantema	70
Mialgia	54
Diarreia	32
Cefaleia	32
Náuseas e vômitos	27
Hepatoesplenomegalia	14
Perda ponderal	13
Candidíase oral	12
Sintomas neurológicos (meningite asséptica, meningoencefalite, neuropatia periférica, paralisia facial, síndrome de Guillain-Barré, neurite braquial, comprometimento cognitivo ou psicose)	12

Fonte: Freitas; Py (2018, p. 950).

Raramente o paciente é diagnosticado nessa fase inicial e assim acaba ingressando na segunda fase, a infecção assintomática, que se caracteriza pela ausência de sintomas, entretanto não afasta a possibilidade de transmissão do vírus. A maioria absoluta dos pacientes chega à terceira fase, a da infecção, da AIDS propriamente dita. No público idoso, devido à senescência imunológica, a doença acaba encurtando alguns anos de vida, caso o tratamento não seja instituído logo após o diagnóstico.

Durante a fase de AIDS, acontece um declínio importante das células de defesa do organismo, principalmente dos linfócitos T CD4+ e CD8+, logo aparecem múltiplos sinais e

sintomas específicos do quadro infeccioso (Quadro 2) e secundário a infecções oportunistas (patógenos que infectam o paciente com deficiência imunitária).

Quadro 2 – Principais sinais e sintomas da AIDS

Alteração do hábito intestinal, mais comumente diarreia
Alterações neurológicas: perda de memória e redução da atividade intelectual
Cefaleias
Dores ósseas e articulares
Fadiga e cansaço
Febre e calafrios por mais de 10 dias
Lesões cutâneas, especialmente <i>rashes</i> (manchas avermelhadas)
Linfonodomegalias
Pequenas ulcerações ou lesões orais
Perda de peso sem causa aparente
Infecções de vias respiratórias e tosse
Sudorese intensa, especialmente noturna

Fonte: Freitas; Py (2018, p. 951).

Um fato relevante é que o vírus se comporta com maior agressividade nos idosos. A latência entre o estado de portador do vírus e de fase de AIDS diminui e faz com que a sobrevida diminua (FREITAS; PY, 2018). Além disso, a própria infecção pelo HIV promove comorbidades não infecciosas, como a síndrome consumptiva, as alterações cognitivas, alterações no risco cardiovascular e metabólicas, lipodistrofia, nefropatias e alterações osteoarticulares (BRASIL, 2018a; KAMAL *et al.*, 2017).

O emagrecimento e a anorexia são os principais sintomas apresentados pelos idosos com AIDS, levando à síndrome consumptiva. Como essas queixas são comuns nesse público, fica muito mais difícil elaborar um diagnóstico preciso, por isso, para elaborar uma hipótese, sugere-se seguir os “10 Ds” do emagrecimento para prosseguir a investigação: dentição, disgeusia, disfagia, diarreia, drogas ilícitas, doenças crônicas ou infecciosas, doenças neoplásicas, demência, depressão e disfunção social (FREITAS; PY, 2018; KAMAL *et al.*, 2017).

Os sintomas de perda cognitiva em idosos estão presentes em 9-12% dos casos, podendo ser um dos primeiros sinais de doença, em seguida surge a leucoencefalopatia multifocal progressiva, por isso a importância da solicitação da sorologia do HIV (e também da sífilis) no fluxograma diagnóstico do Alzheimer (BRASIL, 2017d).

O risco cardiovascular aumenta nestes pacientes, que pela própria idade e por outras patologias já se encontram aumentados, agora apresentam um estado inflamatório crônico com aumento de biomarcadores inflamatórios que levam a um aumento da aterogênese e dislipidemia importante, que ainda é somada aos efeitos adversos da TARV. A ação aterogênica do HIV também se manifesta por alterações no metabolismo do colesterol. A translocação bacteriana a partir do intestino, devido à

perda de tecido linfóide pela depleção de células T, libera lipopolissacarídeos na circulação, os quais funcionam como potentes imunógenos, desencadeando inflamação crônica. A supressão de genes necessários à interrupção da inflamação é outro mecanismo pelo qual a infecção pelo HIV promove a desregulação da resposta inflamatória (BRASIL, 2018a, p. 149).

Nesse contexto, é importante retirar outros fatores de risco, como, por exemplo, o tabaco e o álcool que possam estar em uso, além de realizar um acompanhamento nutricional para regularizar a ingestão de gorduras e carboidratos, além do uso de hipolipemiantes (BRASIL, 2018a).

A lipodistrofia é um grupo de desordens no tecido adiposo, com alteração seletiva de gordura de locais específicos do corpo, onde ocorre uma redistribuição desse tecido com perda de gordura facial, acúmulo de gordura visceral abdominal, aumento de mamas e aumento do coxim dorsocervical (“giba de boi”), que são acentuados pelo uso dos inibidores de protease (IP). Existem cirurgias plásticas para a correção do problema, sendo indicado manter acompanhamento nutricional (BRASIL, 2018a).

A nefropatia é a forma clássica de acometimento glomerular pelo HIV. O agravo se manifesta com proteinúria nefrótica e perda de função renal, acometendo, frequentemente, pacientes negros e aqueles em fases avançadas da infecção. Pode fazer parte da manifestação inicial da infecção, inclusive durante a infecção primária pelo HIV, e seu tratamento é basicamente implementar a Terapia Antirretroviral (TARV), visando assim diminuir a CV (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; BRASIL, 2017b).

Pacientes infectados pelo HIV podem desenvolver várias complicações ligadas aos ossos, as quais incluem baixa densidade mineral óssea (osteopenia), osteoporose, osteonecrose e, mais raramente, osteomalácia. O médico deve ter em conta a TARV que irá indicar ao paciente, visto que muitas delas alteram a densidade mineral óssea:

A osteomalácia é um defeito na mineralização óssea devido a uma quantidade inadequada de cálcio e/ou fósforo, levando a dor óssea, fraqueza muscular, baixa massa óssea e, eventualmente, fraturas. Embora raramente, é associado a TDF, pelo efeito no metabolismo do fósforo, e a EFV, pelo comprometimento do metabolismo da vitamina D. Outros fatores associados a déficit de vitamina D são pele escura, má nutrição, pouca exposição à luz solar, má absorção, obesidade e doença renal crônica (BRASIL, 2018a, p. 210).

## 2.7 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV

O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado por exames laboratoriais que devem ser solicitados pelo profissional médico ou enfermeiro. O *Protocolo clínico e diretrizes*

*terapêuticas* (PCDT) (BRASIL, 2018a), do Ministério da Saúde, orienta a solicitação de testagem para o HIV e outras ISTs a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas:

Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população jovem, permite construir um vínculo maior entre profissional e paciente e diagnosticar precocemente a infecção, instituindo-se, assim, os benefícios do tratamento e melhorando o prognóstico e qualidade de vida do usuário e suas parcerias (BRASIL, 2018a, p. 61).

Durante a infecção pelo vírus, existe uma janela sorológica importante que deve ser de conhecimento do profissional solicitante. Em 1994, os ensaios de terceira geração permitiram a detecção de imunoglobulina M (IgM) e imunoglobulina G (IgG) e representaram um avanço no diagnóstico da infecção pelo HIV. Porém, novas tecnologias foram desenvolvidas, como, por exemplo, os testes de quarta geração, que possibilitam a detecção combinada de antígeno e anticorpo, permitindo reduzir o período de janela diagnóstica do HIV (WHO, 2015).

Durante a infecção pelo HIV, o IgM apresenta muitos picos, por isso não é possível realizar uma análise dos anticorpos em separado. Atualmente, o Ministério de Saúde disponibiliza a testagem para o HIV na unidade de saúde, com os testes rápidos (TRs), que são imunoensaios (IE) simples, com resultados em até 30 minutos, realizados preferencialmente de forma presencial em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital. Em Porto Alegre, esses testes são realizados por enfermeiros capacitados, no âmbito da APS, nas UBSs, ESFs e em campanhas em regiões e períodos específicos. Existem diversos fluxogramas para o diagnóstico do HIV, porém somente aqueles utilizados na APS serão revisados aqui (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O fluxograma diagnóstico, basicamente, deve iniciar por um teste com alta sensibilidade, que será repetido para poder aumentar seu valor preditivo positivo (duas amostras distintas), e um teste confirmatório que possui alta especificidade, para assim descartar os falso-reagentes na primeira parte do fluxograma (BRASIL, 2018a; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Partindo de uma UBS ou ESF, o médico ou enfermeiro poderá solicitar a realização de um Teste Rápido (TR), que pode ser realizado na própria unidade, sempre que existirem materiais e pessoal disponíveis, ou poderá solicitar a sorologia anti-HIV, que será realizada em laboratório (testes de 3ª ou 4ª gerações). Caso o resultado for positivo, o paciente é encaminhado para fazer a quantificação da CV do HIV e da contagem de LTCD4 (BRASIL, 2018b). Caso o resultado do TR der negativo, deve-se orientar o paciente sobre a janela

imunológica e pedir para repetir o teste em 30 dias (BRASIL, 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A CV, quando igual ou superior a 5.000 cópias/ml, confirma a infecção pelo HIV. Na eventualidade de a CV ser inferior a 5.000 cópias/ml, deve-se considerar a ocorrência de um duplo resultado falso-reagente (TR1 e TR2) e a não infecção da pessoa pelo HIV. Nessa situação, recomenda-se a realização de um fluxograma laboratorial que inclua como teste complementar o western blot, ou imunoblot, para esclarecer se, de fato, é um resultado falso-reagente ou de um indivíduo controlador de elite (indivíduo que mantém a CV basal indetectável) (BRASIL, 2018b).

Salienta-se que há doenças capazes de promover reação cruzada e fornecer resultados falso-reagentes nos primeiros exames do fluxograma, como: doenças autoimunes, hepatopatias causadas por álcool ou medicamentos, paciente em hemodiálise, tratamento com interferon e vacinação recente contra influenza (BRASIL, 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

## 2.8 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV E DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A expressão “prevenção combinada do HIV” refere-se a diferentes ações de prevenção, tanto as diretamente voltadas ao combate do HIV e outras ISTs quanto aos fatores associados à infecção. A definição parte do pressuposto de que diferentes ações devem ser conciliadas em uma ampla estratégia, mediante a combinação dos três eixos de intervenções para prevenção ao HIV: as biomédicas, as comportamentais e as estruturais (BRASIL, 2018a).

A prevenção, sob a esfera da saúde coletiva, não se limita somente a evitar o surgimento da doença ou retardar seu aparecimento, ela apresenta distintos níveis e, por conseguinte, objetivos específicos. A prevenção pode ser dividida em primária, secundária, terciária, quaternária e quíntaria (MORIGUCHI *et al.*, 2013).

A prevenção primária inclui o conjunto de atividades que visam remover a exposição de um indivíduo a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico e assim a doença se instale. No contexto das ISTs, citam-se o uso de métodos de barreira durante as relações sexuais, bem como o não compartilhamento de seringas (usuários de drogas), o cuidado quanto ao uso de objetos perfurocortantes durante o procedimento em saúde, além do uso de medicamentos em casos específicos (PEP e PrEP) (BRASIL, 2018b).

Logo, a prevenção secundária tem como finalidade a detecção de um problema de saúde num indivíduo em fase precoce, para assim iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico. É nesse nível de prevenção que se enquadram os rastreios (*screenings*), que visam identificar indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos. Nesse nível de prevenção, os profissionais da saúde devem intervir, solicitando a sorologia do HIV e de outras ISTs para os pacientes com história prévia e atual de risco, independentemente de apresentarem sintomas ou não (TERRA; PRINTES; NEVES, 2018).

O nível terciário tem a finalidade de reduzir os custos sociais e econômicos da doença na população por meio da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. “Atendendo à associação entre incapacidade e doença crônica, a prevenção terciária implica o tratamento (e controle) das doenças crônicas” (ALMEIDA, 2005). Nesse contexto, o suporte multidisciplinar e a otimização da TARV utilizada são as principais ferramentas, levando em conta as comorbidades presentes e medicações em uso pelo paciente. O conhecimento de ambos os fatores é primordial no prognóstico do idoso infectado (BRASIL, 2018b).

A prevenção quaternária, principalmente, visa evitar a iatrogenia por parte do profissional de saúde; e a quinária refere-se à promoção da saúde do cuidador formal ou informal que auxilia o paciente (TERRA; PRINTES; NEVES, 2018). Apesar da relevância, esses aspectos não são o foco desta pesquisa.

O Ministério da Saúde propõe a prevenção combinada para o enfrentamento à epidemia do HIV, sendo que cada pilar possui suas especificidades de atuação. As intervenções biomédicas representam as estratégias voltadas à redução do risco de exposição ou de transmissibilidade mediante o uso de antirretrovirais ou de tecnologias biomédicas. Nessa categoria, encontram-se as seguintes ações: uso de preservativo, TARV para todas as pessoas vivendo com o HIV (PVHIV), Profilaxia Pós-Exposição (PEP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), prevenção e tratamento de outras ISTs e imunização para a hepatite B e o HPV (BRASIL, 2017c).

As intervenções comportamentais são as estratégias que contribuem para o aumento da informação e do conhecimento do risco à exposição ao HIV, colaborando para sua redução, e apresentam as seguintes ações: adesão ao uso de preservativo, aconselhamento em HIV e outras ISTs, incentivo à testagem, adesão às intervenções biomédicas, vinculação com os serviços de atenção à saúde, redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas e estratégias de comunicação e educação de base comunitária (campanhas e grupos). Por último, as intervenções estruturais propostas são aquelas voltadas a enfrentar fatores e

condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos que sofrem preconceito, estigma, discriminação ou violência, como, por exemplo, promoção e defesa dos direitos humanos, políticas afirmativas de garantias de direitos, diminuição das desigualdades socioeconômicas, campanhas educativas de conscientização, além de ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, machismo, à homofobia, transfobia, lesbofobia, dentre outras formas de exclusão (BRASIL, 2017b).

Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b, p. 28) traz em seus protocolos as populações-chave e prioritárias para as ações de prevenção combinada, sendo elas:

[...] o Ministério da Saúde define como populações-chave, no endereçamento das ações de resposta ao HIV:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Pessoas que usam álcool e outras drogas;
- Trabalhadoras do sexo;
- Pessoas trans; e
- Pessoas privadas de liberdade.

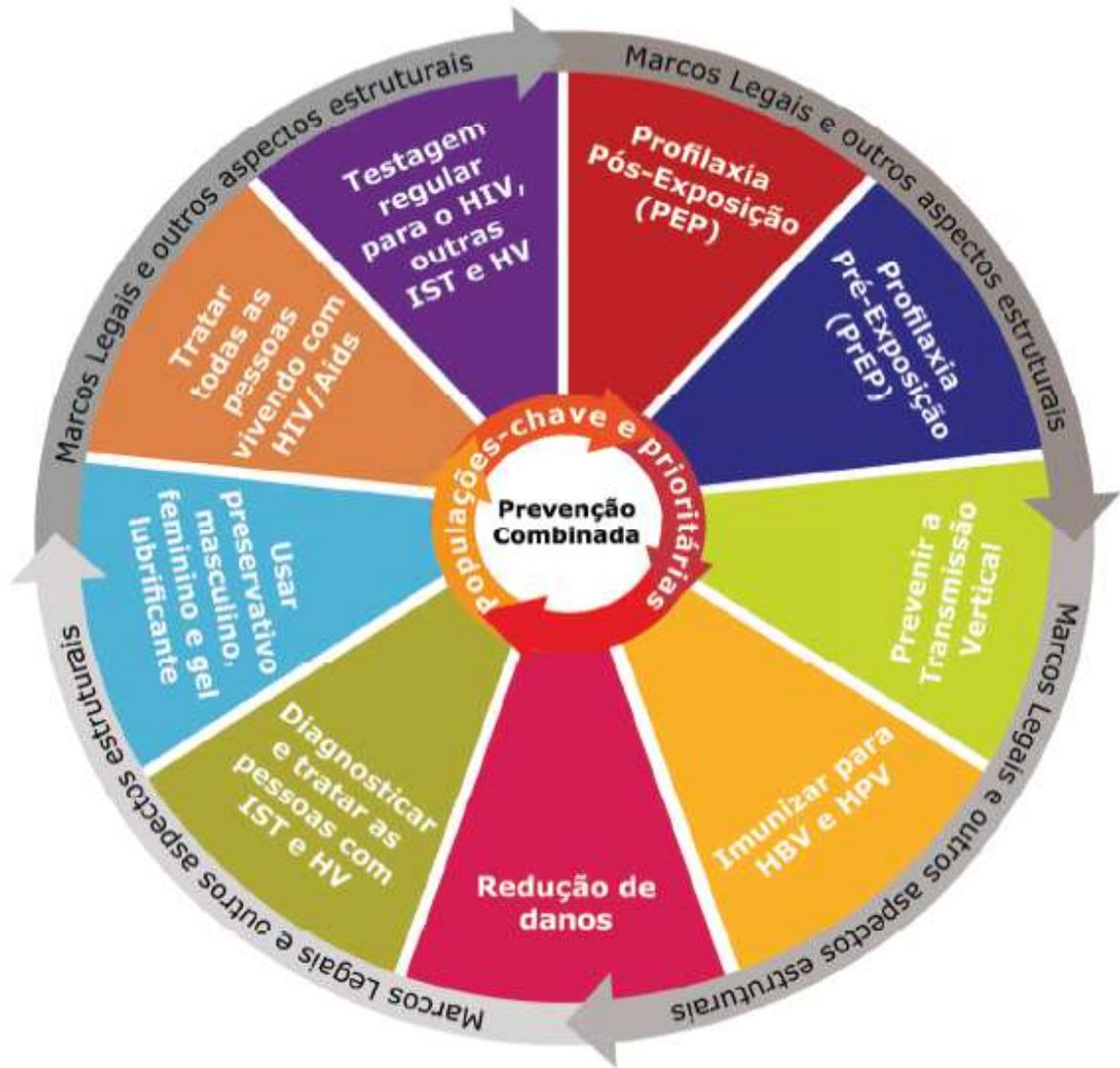
Além dessas populações-chave, é preciso observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/AIDS que a média da população e, portanto, também devem ser priorizados pelo Ministério da Saúde em ações específicas de prevenção. São populações prioritárias:

- População negra;
- População jovem;
- População em situação de rua; e
- População indígena.

Nota-se que, mesmo com grande aumento na prevalência e incidência do HIV/AIDS na população idosa, esta não aparece nas guias do Ministério da Saúde como prioritária, exceto se o idoso em questão for homossexual ou enquadrar-se em outras características supracitadas. Chama a atenção as populações prioritárias elencadas, porém o Ministério da Saúde justifica que:

[...] estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território. Suas fragilidades e vulnerabilidades devem-se a contextos históricos e sociais. A população em situação de rua está mais presente em grandes centros urbanos, pois é onde também se concentram as maiores desigualdades sociais. Quanto à população indígena, não se podem comparar análises epidemiológicas em relação à população não indígena e nem mesmo entre cada etnia, pois cada uma delas apresenta singularidades em seus aspectos culturais, sua relação com meio ambiente, o local em que estão inseridas e, com isso, apresentam vulnerabilidades diferenciadas em relação às IST, ao HIV/AIDS e às hepatites virais (BRASIL, 2017b, p. 29)

Figura 2 – Mandala da “prevenção combinada”



Fonte: Brasil (2017c).

Por questões socioculturais, os indígenas e os negros são incluídos na população prioritária, uma vez que as especificidades religiosas e culturais desses grupos podem influenciar em seu comportamento de risco para as ISTs. Na Figura 2, o símbolo da mandala representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção, apresentando a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base dessa conjugação. Destaca-se que a oferta não hierarquizada dos métodos reforça a singularidade do indivíduo e sua autonomia de direito à escolha (BRASIL, 2018b).

## 2.9 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

Em 1993, a notificação compulsória dos casos de AIDS no Brasil pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi gradualmente iniciada e, em 1998, foi regulamentada (BRASIL, 1998). Após alguns anos, outras ferramentas surgiram para auxiliar no controle epidemiológico da doença, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

A notificação compulsória, somente em 2014, tornou-se obrigatória pela determinação apresentada na Portaria GM/MS n. 1.271, de 6 de junho de 2014, em que os profissionais de saúde de serviços públicos e privados devem notificar todos os casos confirmados de infecção pelo HIV (BRASIL, 2014). Anteriormente, a notificação se restringia aos casos confirmados em gestantes, puérperas e crianças expostas (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

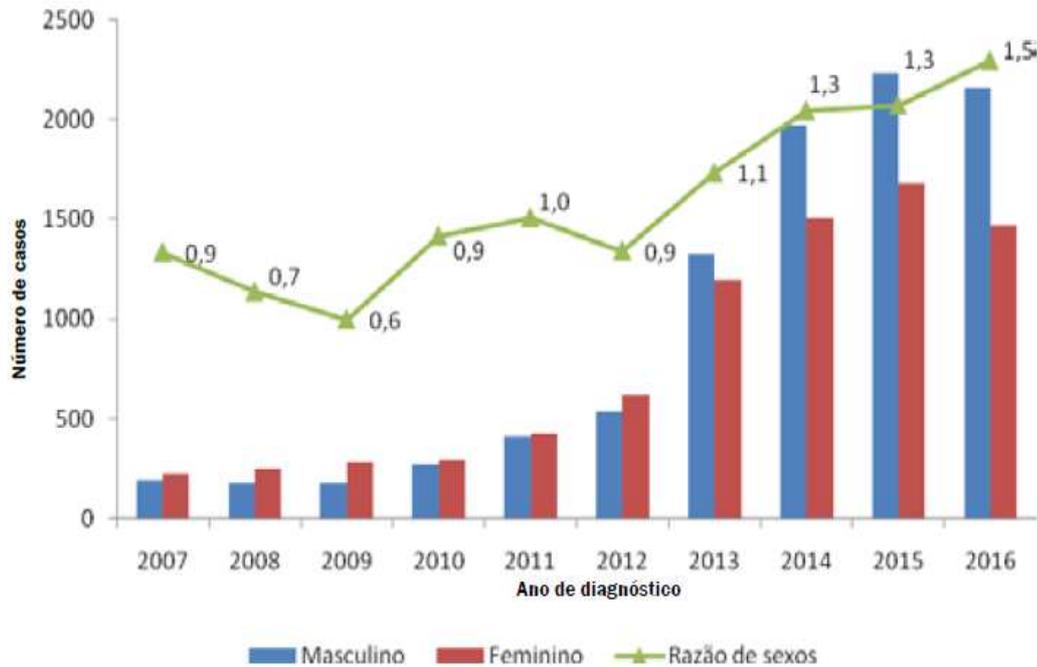
Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS-BRASIL, 2017) de 2016, 36,7 milhões de pessoas no mundo vivem com HIV e 890 mil adultos foram a óbito devido à infecção pelo HIV em 2016.

Em comparação ao *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS* de 2017, o Rio Grande do Sul teve uma queda de 9,4% na taxa de detecção de casos de AIDS, porém ocupa o 2º lugar no *ranking* dos estados brasileiros, com 31,8 casos para cada 100.000 habitantes. Mesmo com a diminuição de 17,2% na taxa de mortalidade nos últimos 10 anos, lidera o *ranking* por estados, com 9,6 casos de óbito para cada 100.000 habitantes. Porto Alegre lidera o *ranking* entre as capitais, com 22,4 óbitos/100.000 habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

No período de janeiro de 2007 a junho de 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, 40.275 na região Sul e 18.901 no Rio Grande do Sul. Os casos no estado gaúcho estão concentrados: 35,6% na Região de Saúde 10 – capital e Vale do Gravataí; 10,2% na Região 7 – Vale dos Sinos; 9,7% na Região 8 – Vale do Caí e Metropolitana; e 8% na Região 21 – Sul. Juntas, essas regiões concentram cerca de 60% do total de casos do Rio Grande do Sul.

Foram notificados no SINAN um total de 10.344 casos em homens e 8.557 casos em mulheres, passando a razão de sexos de 0,9 em 2007 para 1,5 em 2016 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de casos de HIV notificados no SINAN por sexo e razão de sexo por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2007 a 2016



Fonte: SINAN/CEVS/SES/Coordenação Estadual de IST/Aids/Núcleo de Vigilância.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Rio Grande do Sul (2018).

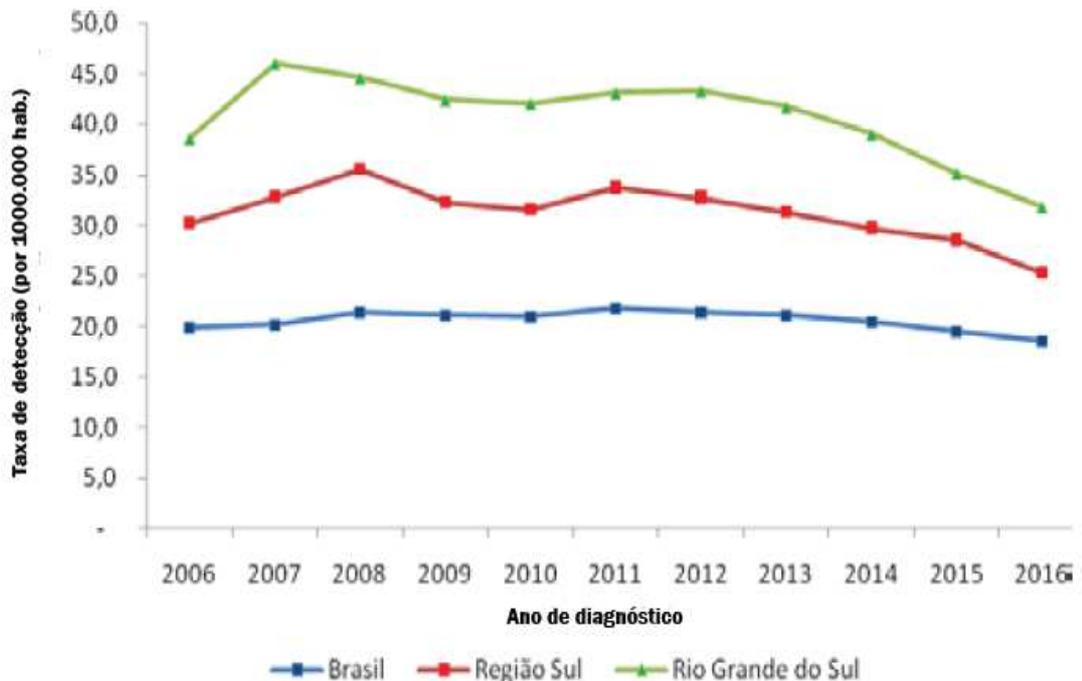
Ao analisar a distribuição dos casos notificados por faixa etária e escolaridade, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 25 a 29 anos (16,6%) e com nível de instrução entre a 5ª e a 8ª séries<sup>1</sup> do Ensino Fundamental (28,0%). Do total, 60% dos casos estão concentrados na faixa etária de 20 a 39 anos. Quanto à raça/cor autodeclarada, verificou-se entre os casos registrados no SINAN que 73,9% são brancos, 14,3%, pretos e 11,2%, pardos. Considerando a categoria de exposição dos casos de HIV registrados no SINAN, identifica-se que 78,2% deles tiveram exposição heterossexual. Contudo, ressalta-se um aumento da infecção pelo HIV na categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), que reúne homossexuais e bissexuais (passando de 12,2% em 2007 para 24,2% em 2016) (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

De janeiro de 1980 a junho de 2017, foram informados no SINAN um total de 882.810 casos de AIDS no Brasil. Na região Sul, foram 177.327, correspondendo a 20,1% do total, sendo essa uma das regiões com a maior concentração de casos do país. No mesmo período, o Rio Grande do Sul registrou um total de 88.568 casos de AIDS na população geral (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

<sup>1</sup> O que corresponde do 6º ao 9º anos atuais.

Por meio da verificação dos casos de AIDS nos bancos do SINAN, SIM, SISCEL/SICLOM, observou-se, no período de janeiro de 2000 a junho de 2017, um total de 73.911 casos de AIDS, sendo 56.382 (76,3%) identificados no SINAN, 5.414 (7,3%) no SIM e 12.115 (16,4%) no SISCEL/SICLOM. As taxas de detecção do Brasil, região Sul e Rio Grande do Sul, nos anos de 2006 a 2016, demonstraram uma redução nas três esferas (Gráfico 2). Sendo assim, o estado gaúcho vem apresentando um progressivo declínio na taxa, que passou de 43,3 em 2012 para 31,8/100.000 habitantes em 2016 (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Gráfico 2 – Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 habitantes) segundo local de residência e ano de diagnóstico. Brasil, região Sul e Rio Grande do Sul, 2006 a 2016



Fonte: MS/SVS/DIAHV.

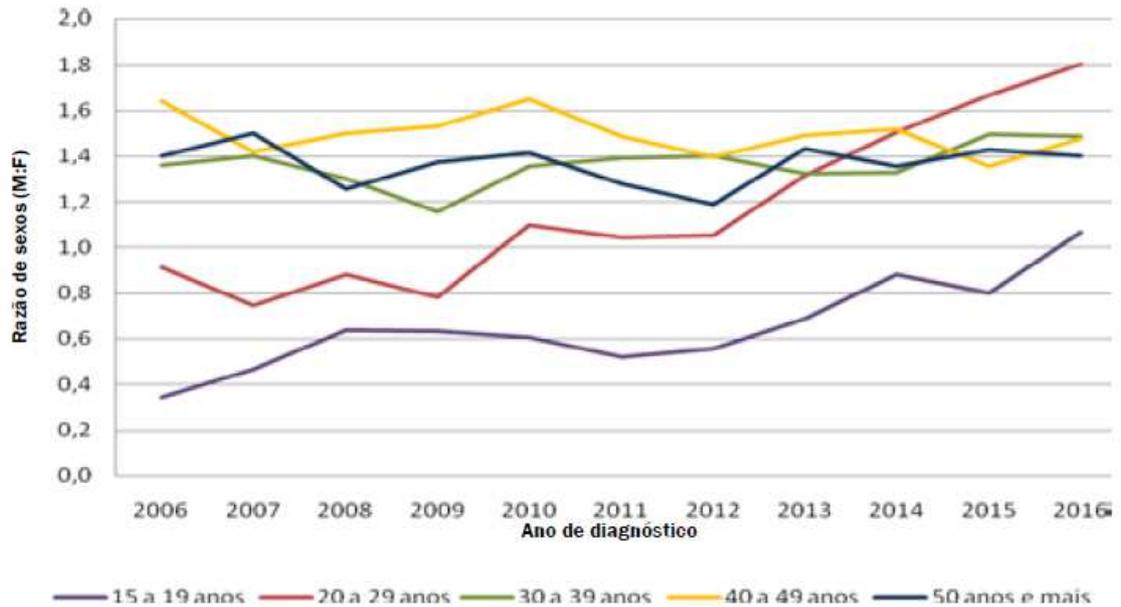
Notas: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Rio Grande do Sul (2018).

O Gráfico 3, a seguir, mostra a razão de sexo conforme a faixa etária. Em jovens de 15 a 29 anos, observou-se uma tendência de aumento da participação dos homens, enquanto que na população com mais de 50 anos, após variações, a razão se manteve em 1,4 em 2016, o mesmo valor de 2006.

Gráfico 3 – Razão de sexos segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2006 a 2016



Fonte: MS/SVS/DIAHV.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Rio Grande do Sul (2018).

Em 2013, o Brasil implementou novas estratégias para frear a epidemia da AIDS, oferecendo tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico (contagem de CD4+) e CV. Além disso, o país vem simplificando e descentralizando o tratamento antirretroviral, aumentando a cobertura de testagem para HIV em populações-chave e prioritárias, consideradas grupos de risco. No entanto, não foi implementada nenhuma estratégia que alcance a população idosa, ainda distante dessas ações propostas (BRASIL, 2018a).

Vislumbrando essa epidemia, diversos estudos vêm sendo elaborados para avaliar as políticas públicas utilizadas atualmente para assim aprimorá-las. Ressalta-se a elaboração de um questionário para avaliação das ações de controle do HIV/AIDS na atenção básica (SILVA *et al.*, 2017). Após diversas análises e revisões por especialistas no assunto, eles chegaram à validação de 31 questões aplicáveis aos profissionais das equipes de saúde de todo o Brasil com a finalidade de desenvolver um diagnóstico situacional referente aos saberes e às práticas voltadas à prevenção e ao manejo do HIV/AIDS sem especificação de faixa etária. O Brasil hoje tem uma das maiores coberturas de TARV entre os países de baixa e média renda, com mais da metade (64%) das pessoas vivendo com HIV recebendo TARV (UNAIDS-BRASIL, 2017).

## 2.10 OS IDOSOS E A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS

Em março de 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em seu boletim um artigo (SCHMID *et al.*, 2009) sobre a inexplorada história do HIV em idosos, demonstrando que faltam dados para avaliar o real número de casos. Mesmo que a atividade sexual seja o modo de transmissão mais provável, faltam investigações para determinar a contribuição relativa dos diferentes fatores de risco e aperfeiçoar as políticas públicas para o enfrentamento às ISTs nessa faixa etária.

Segundo dados da Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2018), o número de casos de AIDS em pessoas idosas vem crescendo desde os anos 1980, visto que no período de 1980-2005 foram notificados 862 casos em pacientes entre 55 e 59 anos e 869 naqueles com mais de 60 anos. A partir de 2006, os casos notificados começaram a ter sua análise anual, sendo que nesse mesmo ano foram notificados 156 casos de AIDS em pessoas entre 55 e 59 anos e 148 casos em idosos. Em 2016, foram registrados 258 casos em indivíduos entre 55 e 59 anos e 293 em idosos com 60 anos ou mais. Até 30 de junho de 2017, foram notificados 93 e 116 casos de AIDS, respectivamente (Anexo II) (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Diversos autores questionam o fato de a problemática do HIV na população idosa ser pouco trabalhada devido a questões culturais e sociais sobre a sexualidade na terceira idade, como evidenciam Santos e Assis (2011, p. 151):

A problemática do envelhecimento e AIDS no Brasil relaciona-se também à questão cultural e de exclusão, sobretudo o preconceito social relacionado ao sexo nessa idade. Estudos comportamentais revelam que o desejo sexual permanece nas pessoas mais idosas e que a concepção, arraigada na sociedade, de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter fora das prioridades de prevenção das DSTs e AIDS os grupos populacionais com idade superior aos 50 anos. O aumento da expectativa da população desperta questionamentos sobre o modo como se percebe o processo de envelhecer, buscando trazer transformações nos valores éticos, culturais e estéticos – uma delas é a crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão diretamente ligados, o que é responsável pela desatenção com a sexualidade pelos profissionais de saúde.

Os dados apresentados pela Secretaria de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2018) demonstram que, em 2007, foram notificados 132 casos de HIV em pacientes acima de 55 anos e somente 71 deles eram idosos. Em 2016, foram 374 casos, e destes, 178 eram em pacientes de 60 anos ou mais; em 2015 foram 326 e 153 casos respectivamente (Anexo I). Esses dados são alarmantes, pois evidenciam o crescimento desenfreado da infecção pelo HIV

em idosos e justificam ainda mais a importância do estudo dessa doença nessa população específica.

Ainda, a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de AIDS notificados no SINAN no Rio Grande do Sul destaca aumento representativo: em 2006, a taxa foi de 41,6 (50 a 54 anos), 30,4 (55 a 59 anos) e 11,8 (60 anos ou mais); em 2015, foram 50,6, 38,3 e 15,1; e em 2016, foram de 42,2, 38,2 e 16,6, respectivamente, demonstrando sobretudo o aumento na taxa dos pacientes com 60 anos ou mais (Anexo III).

As políticas públicas de HIV/AIDS, infelizmente, não aportam o destaque necessário a essa população, e os pacientes não são informados sobre as maneiras de prevenção da doença e as vias de transmissão. Diversos trabalhos utilizaram o questionário de HIV na terceira idade (QHIV31) (MONTEIRO *et al.*, 2016), inclusive alguns deles realizados na região Sul (MADEIRA *et al.*, 2014). O estudo feito no Vale dos Sinos (Canoas, Novo Hamburgo e São Leopoldo) – Rio Grande do Sul –, com 510 idosos, obteve os seguintes resultados:

Na amostra estudada, 20,6% (105) julgavam a AIDS como um castigo divino para aqueles que cometeram pecados, 31% (158) conheciam alguma pessoa infectada pelo HIV, 86,3% (440) não usavam preservativo e apenas 11% (56) já tinham realizado o teste anti-HIV. No domínio “conceito”, quase a metade dos participantes considerou que a pessoa infectada pelo HIV sempre apresentará os sintomas da AIDS (LAZZAROTO *et al.*, 2008, p. 1.836).

Os dados apresentados demonstram que além da falta de conhecimento sobre a doença, somente 11% dos entrevistados fizeram alguns exames para detecção do HIV, ou seja, os profissionais da saúde nunca lhe solicitaram antes. Na pesquisa realizada em Criciúma/SC com 578 idosos (MADEIRA *et al.*, 2014), 76% deles referiram que nunca realizaram teste para o diagnóstico de AIDS. Resultado semelhante é o do trabalho realizado em Montes Claros/MG com 216 idosos (CERQUEIRA, 2016), que revela que 26,6% dos participantes fizeram teste para AIDS, assim reforçando que o público idoso não realiza de forma rotineira exames para a detecção da infecção pelo HIV.

A prevenção primária tem como foco a educação do paciente referente aos meios de transmissão da doença, principalmente via sexual, e suas possíveis consequências. Ressalta-se que encarar a sexualidade idosa como algo natural está longe de ser compreendido e aceito pela sociedade, porém é primordial a sua abordagem.

Uma pesquisa realizada com idosos em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de um município no norte do estado do Rio Grande do Sul (ARAUJO, *et al.*, 2018) evidenciou, em sua abordagem qualitativa diretamente com os idosos infectados, que o

diálogo sobre sexualidade entre profissionais e idosos parece ter ocorrido somente após o diagnóstico da infecção, demonstrando novamente o estigma por parte dos próprios profissionais. Ao questionar os participantes sobre como é conviver com o vírus, eles relataram a dificuldade em conviver com os efeitos adversos da TARV (todos aderiram corretamente ao tratamento apesar dos efeitos adversos) e o fato de terem se isolado muito do contexto social antes inserido, tanto por vergonha como por medo que outras pessoas descubram sua doença. Além disso, os autores evidenciaram que:

As manifestações dos idosos entrevistados expressaram que o relacionamento sexual estava presente na vida deles. Porém, o uso de medidas protetivas era negligenciado, uma vez que a forma de contaminação em sua totalidade foi a via sexual. A despreocupação com a possibilidade de uma gravidez após a menopausa e a dificuldade dos homens em manter ereção são fatores que contribuem para a não adoção de medidas preventivas relativas ao HIV (ARAUJO *et al.*, 2018, p. 851).

O preconceito e a falta de informação reforçam o estereótipo da velhice assexuada, gerando atitudes e comportamentos que podem elevar a vulnerabilidade do idoso diante das ISTs (GOMES; SILVA, 2008). É importante esclarecer que a prática sexual deve ser orientada para todas as faixas etárias, uma vez que a “[...] prática sexual não aumenta a vulnerabilidade dos idosos em relação à infecção pelo HIV, e sim a prática sexual desprotegida, fato que é atribuído a todas as idades e não apenas aos idosos” (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Atualmente, com os medicamentos que inibem a impotência sexual e com a reposição hormonal, os idosos acabam por ter uma vida sexual muito ativa. Esses fatores somados à deficiência de informações sobre o HIV/AIDS elevam ainda mais a transmissão do vírus. Ao serem orientados a usar preservativo, alguns autores referem encontrar resistência ao uso por parte dos idosos devido ao desconhecimento de como usá-lo e pelo medo de perder a ereção (BRITO *et al.*, 2016).

A pesquisa de Alencar e Ciosak (2016) realizada em um município do interior de São Paulo, com 11 idosos, 11 enfermeiros e 12 médicos, traz dados alarmantes que fomentam ainda mais a necessidade de novos estudos e, possivelmente, a implementação de políticas públicas. Os autores analisam a prevenção secundária nesse município e revelam, ao entrevistar médicos e enfermeiros, que a solicitação da sorologia do anti-HIV não era uma rotina adotada no serviço primário de saúde. Os idosos que participaram do estudo tiveram seu diagnóstico entre 42 dias a um ano após o início dos sintomas realizado em níveis secundário e terciário. Segundo os relatos dos profissionais desta pesquisa, a grande maioria

não se sente preparado para abordar essa temática durante as consultas, e muitos ainda percebem os idosos como “assexuados”. O diálogo sobre saúde sexual ocorreu somente após o diagnóstico, levando ao início do tratamento tardiamente no que se refere à evolução da infecção do HIV.

Sabe-se que a imunossenescência fisiológica do idoso acaba por acelerar a chegada da fase avançada da doença (AIDS). De acordo com estudos recentes publicados nas *Guidelines Americanas* (AIDSINFO, 2018; DEEKS; PHILLIPS, 2009; LEVY *et al.*, 2007), foi observado uma maior taxa de supressão da carga viral em pacientes com idade superior a 55 anos em uso de TARV quando comparados a pacientes mais jovens. Ademais, a recuperação de células CD4 é mais lenta e de menor magnitude em idosos.

As informações apresentadas indicam ainda mais a necessidade de pesquisas que levem a formulações de novas estratégias de saúde para essa faixa etária na APS.

## 2.11 A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO IDOSO

Após o diagnóstico da infecção pelo HIV, o paciente é defrontado pelo medo do tratamento e das mudanças de estilo de vida que sofrerá. Sempre é relevante reforçar a importância da dieta equilibrada e do exercício regular, visto que o estado inflamatório crônico dessa infecção aumenta o risco cardiovascular do indivíduo. É importante abordar que o paciente deve utilizar as medidas preventivas apesar de estar com o HIV, visto que o vírus apresenta diferentes cepas com patogenicidades distintas, portanto continua vulnerável à reinfeção ou superinfecção. Além disso, há o risco de contrair novas ISTs, que podem “complicar” o tratamento do próprio HIV, como é o caso das hepatites virais, e as interações nas terapêuticas utilizadas.

Antes do início da TARV, deve ser realizada uma anamnese extensa, focada nas comorbidades do idoso, em suas limitações fisiológicas (função renal, função hepática e nível de albumina) e nos medicamentos em uso. Em seguida, realiza-se um exame físico exaustivo, buscando qualquer sinal de infecções oportunistas e outras manifestações. Por fim, solicitam-se os exames pós-testagem (hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma, hepatograma, VDRL, FTA-abs, anti-HCV, anti-HAV, HbsAg, anti-Hbs, anti-Hbc total, sorologia para toxoplasmose, para o HTLV I/II e para Chagas, além da Prova Tuberculínica – PPD ou reação de Mantoux – e uma Radiografia de Tórax).

O início imediato da TARV está recomendado para o PVHIV, independentemente da sua condição clínica e/ou imunológica, devido aos seus claros benefícios relacionados à

redução da morbimortalidade, diminuição da transmissão da infecção e ao impacto na redução da tuberculose (que é a principal causa de morte em PVHIV) (BRASIL, 2018a; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

No Brasil, pessoas sem comorbidades de maior risco, que vivem com HIV e apresentam imunodeficiência leve, podem ser acompanhadas e tratadas na atenção primária sem prejuízo ao seu cuidado. Essas situações são identificadas no momento do diagnóstico ou em pessoas que recebem alta ambulatorial do Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

Critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas em uso de TARV com esquema de 1º linha, após alta ambulatorial do SAE:

- Morbidades possíveis de serem acompanhadas na APS; e
- 2 cargas virais indetectáveis consecutivas com intervalo de 6 meses; e
- $CD4 \geq 350$  cels/mm<sup>3</sup>.

Critérios para acompanhamento e tratamento na APS de pessoas com diagnóstico recente de infecção pelo HIV e:

- Pessoas com  $CD4 \geq 350$  cels/mm<sup>3</sup> e  $< 500$  cels/mm<sup>3</sup>; ou
- Pessoas assintomáticas com  $CD4 \geq 500$  cels/mm<sup>3</sup> e:
  - doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular pelo escore de risco de Framingham maior que 20% em 10 anos; ou
  - carga viral acima de 100.000 cópias/ml; ou
- Pessoas assintomáticas com  $CD4 \geq 500$  cels/mm<sup>3</sup> sem as morbidades acima listadas que desejam iniciar tratamento com TARV (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O esquema terapêutico proposto sofreu uma mudança em 2017, com a troca do “3 em 1” (Tenofovir/Lamivudina/Efavirenz) para o “2 em 1” (Tenofovir/Lamivudina) + Dolutegravir no início da TARV. O paciente idoso que não apresentar contraindicações aos fármacos de primeira linha deve iniciar com o esquema clássico de TARV. No momento da avaliação das interações medicamentosas e suas substituições, deve-se ter em conta a prioridade da TARV para o sucesso do tratamento do paciente (BRASIL, 2018a; 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016; SANDKOSKY *et al.*, 2017).

A TARV inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos (ITRN/ITRNt) associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI). No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação da lamivudina (3TC) e o tenofovir (TDF) + o inibidor de integrase (INI), dolutegravir (DTG), esquema conhecido como “2 em 1” + Dolutegravir. Aqueles que seguem em tratamento com “3 em 1” devem manter a mesma TARV caso esta não possua falha (mantém CV indetectável) (BRASIL, 2018a).

Os fármacos utilizados para a TARV dividem-se em grupos de medicamentos, sendo eles: inibidores nucleósidos da transcriptase reversa (ITRN), inibidores não nucleósidos da transcriptase reversa (ITRNN), inibidores da protease (IP), inibidores da fusão (IF), inibidores da integrase (INI) e inibidores da entrada (IE).

A seguir, apresentam-se três quadros elaborados com base nas guias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018a; 2018b), da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2016), do *Tratado de geriatria e gerontologia* (FREITAS; PY; 2018) e das *guidelines* americanas (AIDSINFO, 2018) e europeias (EACS, 2017), descrevendo a TARV e as contra-indicações/precauções, os efeitos adversos e as interações medicamentosas.

O Quadro 3, a seguir, apresenta as contra-indicações dos principais fármacos envolvidos na TARV de acordo com o perfil de comorbidades do idoso, sendo que, antes de iniciar a TARV, o médico deve solicitar exames para avaliação da função renal, visto que a terapia de primeira linha inclui o uso de 3TC. Quanto aos medicamentos de segunda linha mais usados, o AZT causa alterações hematológicas que devem ser controladas, e LPV/r deve ser sempre avaliado no que se refere às alterações eletrocardiográficas, que no idoso podem estar instaladas.

Quadro 3 – Principais contra-indicações da TARV em idosos

Continua

<b>Fármacos</b>	<b>Contra-indicações/Precauções</b>
<b>Lamivudina (3TC)</b>	É contra-indicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal preexistente, TFG<60mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas, idosos, negros e pessoas com baixo peso corporal. Se usado, ajuste de dose deve ser feita quando TFG<50mL/min.
<b>Tenofovir (TDF)</b>	Parece estar entre os ITRN mais seguros.
<b>Dolutegravir (DTG)</b>	O DTG diminui a secreção tubular de creatinina sem afetar a função glomerular, com possível aumento na creatinina sérica observado nas primeiras quatro semanas de tratamento. A elevação da creatinina e a redução da TFG (10%-15%) ocorrem devido à inibição não patológica do transportador de cátions orgânicos tipo 2 (OCT2) nos túbulos renais proximais. Entretanto, não há redução do clearance medido por iomalato ou inulina (padrão-ouro para avaliar filtração glomerular). Não há dados que contra-indiquem uso de DTG em casos de insuficiência renal, nem tampouco que o DTG a cause, não havendo necessidade de ajuste de dose do medicamento.
<b>Efavirenz (EFV)</b>	Orientar tomada da medicação ao dormir. Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário abordar sobre o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando o paciente para que o uso do medicamento não seja interrompido Se hepatotoxicidade grave, reações de hipersensibilidade ou intolerância/toxicidade, avaliar substituição. Não deve ser ingerido com alimentos.

Conclusão

<b>Fármacos</b>	<b>Contraindicações/Precauções</b>
<b>Zidovudina (AZT)</b>	Recomenda-se evitar o uso desse medicamento em casos de anemia (Hb abaixo de 10g/dL) e/ou neutropenia (neutrófilos abaixo de 1.000 céls/mm <sup>3</sup> ).
<b>Lopinavir/r (LPV/r)</b>	Usar com precaução em pessoas com doença preexistente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes que possam prolongar os intervalos PR ou QRS.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018a; 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016; FREITAS; PY, 2018; AIDSINFO, 2018; EACS, 2017.

O Quadro 4, na sequência, expõe as principais interações da TARV. Leva-se em conta que muitos dos medicamentos citados no Quadro 4 encontram-se de forma frequente nas prescrições dos pacientes idosos, promovendo assim novas interações medicamentosas, que são fatores agravantes da situação de saúde do doente.

Quadro 4 – Principais interações da TARV

Continua

<b>Fármacos</b>	<b>Interações</b>
<b>Lamivudina (3TC)</b>	Sulfametoxazol/Trimetoprima potencializa o efeito do 3TC, porém não necessita de ajuste de dose.
<b>Tenofovir (TDF)</b>	Ciclosporina, Micofenolato e AINEs (precaução – monitorar função renal). Verapamil, claritromicina, itraconazol (contraindicados). Furosemida (potencializa o efeito do TDF).
<b>Dolutegravir (DTG)</b>	Fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina e carbamazepina (contraindicados). # Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. # Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. # O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário.
<b>Efavirenz (EFV)</b>	Micofenolato, ciclosporina, clindamicina, doxiciclina (contraindicados). Os corticoides orais e inalatórios devem ser ajustados, visto que ocorre diminuição do seu efeito. Diminui o efeito da apixabana, acenocumarol, fenprocumona, rivaroxabana, varfarina, clopidogrel, ticagrelor, bisoprolol, dos bloqueantes cálcicos, mirtazapina, lamotrigina, bupropiona, imipramina, clomipramina, venlafaxina, sertralina, escitalopram, citalopram, diltiazem, sinvastatina, anlodipina, pravastatina, atorvastatina, benzodiazepínicos e claritromicina. Aumenta o risco de efeitos adversos gastrointestinais e cardiovasculares dos AINEs, exceto o paracetamol e AAS. Opioides: potencializa o efeito da morfina e diminui o efeito do tramadol, fentanil e buprenorfina (em 50%). Aumenta o efeito da losartana, carvedilol, fluvastatina.
<b>Zidovudina (AZT)</b>	Aumenta o risco de efeitos adversos hematológicos: ganciclovir, anfotericina B, sulfametoxazol-trimetoprima, dapsona, citostáticos, sulfadiazina, interferona. Aumentam a concentração do AZT: probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, e ácido valproico.

<b>Fármacos</b>	<b>Interações</b>
<b>Lopinavir/r (LPV/r)</b>	<p>Aumenta o efeito mielossupressor dos imunossupressores.</p> <p>Sildenafil, fluticasona, budesonida, triamcinolona, mometasona, apixabana, rivaroxabana e ticagrelor, sinvastatina, midazolam e rifampicina (contraindicados).</p> <p>Aumenta o efeito dos corticosteroides, aumentando seus efeitos adversos.</p> <p>Orienta monitorização ECG com o uso do salbutamol, ISRS, tricíclicos, além de aumentar seus efeitos.</p> <p>Diminui o efeito do clopidogrel, fenprocumona, warfarina, acenocumarol e losartana.</p> <p>Aumenta o efeito do dabigatran, endoxabana, valsartana, betabloqueadores e bloqueantes cálcicos, indapamida, doxazosina e antifúngicos.</p> <p>Opioides: aumenta o efeito do fentanil e oxicodona, os outros apresentam pequena diminuição.</p>

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018a; 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016; FREITAS; PY, 2018; AIDSINFO, 2018; EACS, 2017.

No Quadro 5, a seguir, elencam-se os principais efeitos adversos atribuídos à TARV. Nota-se que vários medicamentos podem alterar ainda mais a função renal e hepática e, além disso, trazem disfunções metabólicas, causando dislipidemia de difícil controle.

Quadro 5 – Principais efeitos adversos da TARV

<b>Fármacos</b>	<b>Efeitos adversos</b>
<b>Lamivudina (3TC)</b>	Raramente associado a efeitos adversos, porém, como todos os ITRNs, potencialmente pode causar acidose láctica, com esteatose hepática, além de neuropatia periférica e pancreatite.
<b>Tenofovir (TDF)</b>	Risco de toxicidade renal. Lesão renal aguda e síndrome de Fanconi. Diminuição da densidade mineral óssea. Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose.
<b>Dolutegravir (DTG)</b>	As reações adversas mais frequentes de intensidade moderada a grave foram insônia (<3%), cefaleia (<2%), náuseas e vômitos (<1%). Aos pacientes com insônia em uso de DTG, recomenda-se utilizá-lo pela manhã.
<b>Efavirenz (EFV)</b>	Seus efeitos adversos mais comuns – tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações – costumam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. Mais raros: convulsões, hepatotoxicidade, ginecomastia e reações de hipersensibilidade cutânea graves.
<b>Zidovudina (AZT)</b>	Lipoatrofia. Anemia e neutropenia grave. Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose. Lipodistrofia. Miopatia.
<b>Lopinavir/r (LPV/r)</b>	Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QRS e PR, torsades de pointes). Hepatotoxicidade, pancreatite, dislipidemia e diarreia.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018a; 2018b; RIO GRANDE DO SUL, 2016; FREITAS; PY, 2018; AIDSINFO, 2018; EACS, 2017.

Conforme discutido anteriormente, o risco cardiovascular do idoso com HIV é importante e deve ser abordado de forma agressiva, pois é uma importante causa de óbitos. O

uso das estatinas faz um alerta quanto ao perfil de segurança, visto que muitos fármacos da TARV causam interações graves. Para a abordagem da dislipidemia, os mecanismos farmacológicos devem ser utilizados, e as estatinas com menos perfil de interação são a atorvastatina e a pravastatina.

## 2.12 IMUNOSSENESCÊNCIA, IMUNOSSUPRESSÃO E IMUNODEPRESSÃO

Em consonância com o aumento da expectativa de vida do indivíduo, os sistemas biológicos do organismo envelhecem e, conseqüentemente, sofrem limitações. A imunidade responde a princípios biológicos fundamentais, como a herança genética de cada um, e aos fatores externos (influência do meio). O envelhecimento fisiológico do sistema imune é conhecido como imunossenescência e provoca limitações durante a resposta imune que se agravarão em condições de estresse imunológico, situações na qual, muitas vezes, as reservas foram esgotadas. À vista disso, o indivíduo terá uma capacidade de resposta menor e mais lenta a quadros infecciosos, maior vulnerabilidade ao surgimento de doenças oncológicas e autoimunes, além de menor resposta às vacinas (BAUER, 2016).

O sistema imune é um aparato complexo que interage com outros sistemas e reage e se adapta ao mundo externo, “fazendo frente” a vírus, fungos, bactérias, protozoários, parasitas, macromoléculas e agentes estranhos ao meio interno. As células pluripotentes (células-tronco) dão origem a duas linhagens: linfoide (linfócitos B e T, células natural killer) e mieloide (neutrófilos, eosinófilos, basófilos e monócitos). A capacidade funcional do sistema imune é diretamente relacionada com a capacidade de formar células precursoras, o que diminui com a idade (BAUER, 2016).

De forma didática, o sistema imunológico pode ser dividido em dois tipos: a imunidade inata e a adquirida. A imunidade inata atua basicamente de forma inespecífica, formando barreiras físicas e químicas nas mucosas e pele, além de atuar com células com alta capacidade fagocitária (linha mieloide e células NK) e papel importante em respostas agudas, antitumoral e infecções virais (antes da adaptativa). A imunidade adquirida ou adaptativa é proveniente da exposição a patógenos ao longo da vida, apresentando especificidade e memória. É representada basicamente pelos linfócitos B e T, sendo os primeiros responsáveis pela produção de anticorpos, e os últimos, pelo “ataque” célula a célula (REZENDE, 2011).

O envelhecimento imune acarreta inúmeras mudanças, as principais delas elencadas na sequência (FREITAS; PY; 2018):

- *Imunidade inata:*

- Neutrófilos reduzem seu potencial microbicida e capacidade quimiotática.
- Células dendríticas diminuem sua capacidade de apresentação de antígenos (relacionar o inato com o adquirido).
- Os monócitos/macrófagos aumentam em número, entretanto reduzem a sua função e diferenciação.
- Células NK aumentam em número, porém à custa de células menos eficientes na produção de citocinas (killer de menor competência).
- *Imunidade adquirida/adaptativa:*
  - Células T: aumento em proporção de células de memória (expostas a antígenos) em relação a células virgens (naïve), que ainda não entraram em contato com antígenos, com diminuição do potencial de reatividade de novos antígenos.
  - Com a involução do timo, ocorre uma diminuição do repertório de células T.
  - Aumenta a proporção de células T disfuncionais e assim de doenças autoimunes.
  - Células B: não demonstram alterações quantitativas importantes, porém a qualidade dos anticorpos é prejudicada, o que se reflete na resposta mais baixa às vacinas. Além disso, ocorre uma inversão da quantidade de células de memória e virgens.

Nesse contexto, cabe esclarecer as diferenças nos conceitos de imunodepressão e imunossupressão e sua relação com a imunossenescência, visto que é um fator de confusão entre a maioria dos profissionais.

Rezende (2011, p. 200) define a imunodepressão como “[...] estado de deficiência do sistema imunitário para, normalmente, responder aos agentes agressores. A imunodepressão pode ser primária e secundária ou adquirida [...]”. 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 reumatoide, 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 (REZENDE, 2011, p. 199).

Conforme discutido neste trabalho, a senescência leva à 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.

Os mecanismos de imunodepressão do HIV são distintos dos aqui expostos sobre a imunossenescência. O HIV infecta, principalmente, os linfócitos CD4+, porém é capaz de invadir outras células, entre elas: macrófagos, monócitos, células de Langerhans, células dendríticas, células mesangiais, linfócitos B, endotélio, células da micróglia e da mucosa intestinal.

Estudos recentes demonstram que, desde o início da infecção pelo vírus, são produzidas diariamente cerca de 1 bilhão de partículas virais, sendo que a maior parte delas é destruída pelo sistema imune. A infecção, a destruição e a recomposição diária dos linfócitos T alcançam números semelhantes. O HIV, devido a sua grande capacidade de mutação, acaba por desenvolver variantes mais patogênicas que o sistema imune não é capaz de controlar, levando a uma maior destruição dos LTCD4. Logo, a replicação viral vem a ser realmente o principal problema (FREITAS; PY, 2018).

Dessa forma, entende-se o porquê da importância do diagnóstico precoce, principalmente no idoso, que tem seu sistema imune “envelhecido”. No último *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3* (RIO GRANDE DO SUL, 2018), evidenciou-se que em 2016, dentre os pacientes que realizaram o diagnóstico da infecção pelo HIV, 42% (1.793) deles apresentavam uma contagem de LTCD4 menor que 350, em 23,6% era menor que 200, demonstrando novamente a quantidade de pacientes com diagnóstico tardio e que seriam encaminhados diretamente para o tratamento em serviço especializado, comparados aos 58% (2.491) que seguiriam com a implementação da TARV na própria unidade de saúde do paciente (tratamento descentralizado).

### **3 JUSTIFICATIVA**

O progressivo crescimento da infecção pelo HIV na população idosa pode ser justificado por diversos fatores que potencializam essa problemática, tais como a deficiência na prevenção primária e secundária nessa faixa etária e o aumento da expectativa de vida acompanhada do prolongamento de sua vida sexual ativa. Assim, pretende-se investigar o quanto as prevenções primária e secundária são realizadas na APS.

Com as informações levantadas neste estudo, espera-se obter subsídios para contribuir com a formulação e implementação de políticas públicas que englobem essa população, para assim trazer novas contribuições para a área da geriatria e da gerontologia, sugerir o que pode ser melhorado na APS e indicar possíveis capacitações aos profissionais.

#### **4 HIPÓTESES**

1. Os médicos que atendem à população idosa na rede de Atenção Primária à Saúde no município de Porto Alegre/RS não realizam as prevenções primária e secundária do HIV/AIDS.
2. Os médicos que atendem à população idosa na rede de Atenção Primária à Saúde no município de Porto Alegre/RS realizam as prevenções primária e secundária do HIV/AIDS.

## 5 OBJETIVOS

A seguir, são apresentados os objetivos geral e específicos desta pesquisa.

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Descrever como os MFCs e generalistas realizam as prevenções primária e secundária do HIV/AIDS na população idosa na APS no município de Porto Alegre/RS.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o tempo de atuação na APS, idade, religião, nacionalidade e tipo de unidade em que estão lotados os profissionais.
- Verificar se os médicos da APS perguntam sobre a vida sexual dos pacientes idosos e abordam a temática do uso do preservativo, se a unidade de saúde realiza ações educativas coletivas e individuais para a prevenção da doença com esse público.
- Averiguar se os médicos da APS solicitam teste rápido ou sorologia para o HIV durante consultas de rotina e se orientam seus pacientes sobre como a doença é transmitida e suas consequências.
- Avaliar o grau de concordância dos médicos da APS quanto à importância dessa temática, capacitação da equipe onde atua, necessidade de encaminhamento para início de tratamento, além de acesso a materiais específicos e capacitações nos últimos 5 anos.
- Comparar os resultados encontrados entre a formação do profissional (médico de família e comunidade e os generalistas) e seu tempo de atuação na Atenção Básica.

## 6 MÉTODOS

Esta seção apresenta a metodologia detalhada desta pesquisa.

### 6.1 DELINEAMENTO

Este 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. O mesmo é um estudo misto, submetido a análise quantitativa, onde foram utilizados os testes t-student, ANOVA e Regressão logística e, qualitativa, onde os dados elencados foram submetidos a uma análise de conteúdo, em que a categorização foi executada de forma isolada em cada uma das três respostas abertas do questionário. 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 (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005; GIL, 1999).

### 6.2 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Segundo dados da Prefeitura de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2017), dos 515 médicos atuantes em APS no momento, 213 são médicos de família e comunidade e generalistas.

Estimou-se uma amostra utilizando o *software* BioEstat versão 5.3. Para esse cálculo, utilizaram-se os seguintes parâmetros: a) proporção de expostos: 50% nessa população; b) erro tipo 1 ( $\alpha$ ): 5%; c) erro tipo II ( $\beta$ ): 20% (poder do teste: 80%) e d) uma margem de erro de 10%. Com esses parâmetros, chegou-se a uma amostra inicial de 194 indivíduos, que com posterior correção amostral, chegou-se a um tamanho amostral de 102 médicos. Foi utilizada a amostragem por conveniência.

### 6.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em todas as UBSs e ESFs do município de Porto Alegre/RS.

### 6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo médicos de família e comunidade e generalistas que atuam em UBSs ou ESFs e que realizam atendimentos de pacientes idosos em ambulatório. Foram excluídos do estudo os médicos especialistas e outros profissionais de saúde (não médicos).

## 6.5 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

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 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 (PERRIEN, 1986), 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).
- Tipo da unidade em que encontra-se 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 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. Nesta, 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 este deveria dar sua opinião e dissertar sobre a conduta questionada.

Ressalta-se a importância de uma correta e balanceada elaboração de um questionário para uma operacionalização eficaz de uma pesquisa (FERBER, 1974).

## 6.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O questionário elaborado compõe-se de duas seções: caracterização sociodemográfica dos participantes e parte específica com perguntas relacionadas à temática do HIV/AIDS nos idosos, a qual se divide em mais quatro tópicos.

- Desfecho (variável dependente):
  - Variáveis relacionadas à prática de prevenção primária e secundária no atendimento ao paciente idoso: questões das partes específicas I, II e III.
  - Variáveis independentes (fatores em estudo).
  - Características sociodemográficas dos profissionais: idade, gênero, nacionalidade, religião, especialidade médica e tempo de atuação na rede básica de saúde.
- Perguntas qualitativas:
  - Questão secundária caso o paciente responda “Não” na pergunta n. 3 da parte específica I.
  - Questões relacionadas ao atendimento do paciente idoso: perguntas da parte específica IV.

- As variáveis estão descritas no questionário desenvolvido para coleta deste estudo (Apêndice I).

## 6.7 COLETA DE DADOS

Após a assinatura dos termos de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) pelo profissional médico selecionado para este estudo, os dados foram coletados por meio do questionário *on-line* (Apêndice I), 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).

## 6.8 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em uma base de dados no programa Excel. O controle de qualidade dos dados coletados foi realizado pela dupla entrada destes e posterior conferência dos dados registrados. As incongruências (os erros) foram corrigidas, e a base foi preparada para posterior análise estatística.

## 6.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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. Na tabulação dos dados no Excel, estes foram testados utilizando a ferramenta Epi Info 7.0 pelos testes T student ou ANOVA, Qui-quadrado ou Fischer e regressão logística. Foram considerados significativos testes com  $p < 0,05$  e indicativos de significância  $p$  entre 0,1 e 0,05 (BÓS, 2012).

Quanto às perguntas abertas, foi realizada uma análise de conteúdo, que, segundo Olabuenaga e Ispizúa (1989), é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente 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 (MINAYO, 1994).

## 6.10 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) (Anexo VI), da aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, foi iniciada a coleta de dados. Realizou-se a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao profissional participante (Apêndice II).

A pesquisa encontra-se em acordo com a Resolução n. 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 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 (Anexo IV).

## 7 RESULTADOS

Esta seção apresenta de forma detalhada os resultados da pesquisa conforme a metodologia utilizada.

### 7.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

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, tendo sido 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  $42 \pm 10$  anos, apresentando entre 1 a 30 anos de atuação na atenção básica, com média de  $11,5 \pm 9$  anos. Verifica-se, na Tabela 1, a seguir, 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. Quanto à nacionalidade dos participantes, 81,7% (31) é brasileira, 7,9% (3) venezuelana e os outros 10,4% (4), argentina, cubana, guatemalteca e uruguaia. No que diz respeito à religião, 52,6% (20) declararam ser católicos, 13,2% (5), espíritas, e 34,2% (13) referiram não ter religião.

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

Continua

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)	p=0,44
MISTA	2 (40)	3 (60)	5 (13,2)	
UBS	3 (25)	9 (75)	12 (31,6)	
Nacionalidade:				
Brasileira	8 (25,8)	23 (74,2)	31 (81,7)	p=0,002
Venezuelana	3 (100)	0	3 (7,9)	
Outros*	4 (100)	0	4 (10,4)	

Variáveis	Generalista (%)	MFC (%)	Total (%)	Conclusão
				p
Religião:				
Católica	8 (40)	12 (60)	20 (52,6)	p=0,59
Espírita	1 (20)	4 (80)	5 (13,2)	
Nenhuma	6 (46,1)	7 (53,9)	13 (34,2)	

\*Argentina (1), cubana (1), guatemalteca (1) e uruguaia (1).  
Fonte: O autor (2019).

## 7.2 RELAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS COM A ESPECIALIDADE MÉDICA E O TEMPO DE ATUAÇÃO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Quando comparada a idade dos participantes com a especialidade médica, verifica-se na Tabela 2, na sequência, que a diferença das médias foi de apenas 3 anos, enquanto que ao comparar-se o tempo de atuação, demonstra-se que os médicos de família e comunidade apresentam quase o dobro de 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	D. P.	p
<b>Idade x especialidade médica</b>			
Generalista	40,5 anos	±12,7	p=0,21
Médico de Família e Comunidade	43,0 anos	±9,4	
<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde x especialidade médica</b>			
Generalista	7,7 anos	±8,5	p=0,01
Médico de Família e Comunidade	14,0 anos	±9,2	
<b>Idade x sexo</b>			
Feminino	42,3 anos	±10,2	p=0,45
Masculino	41,4 anos	±12,4	
<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde x sexo</b>			
Feminino	13,0 anos	±9,5	p=0,19
Masculino	7,8 anos	±8,2	

Fonte: O autor (2019).

Os resultados alcançados na parte específica I do questionário demonstram o perfil de atendimento ambulatorial dos médicos participantes (Tabela 3), em que 100% deles referiram

atender ao público idoso em seus consultórios, 71% (27) 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 MFCs e 53,3% dos generalistas referiram não realizar o seguimento desse paciente na unidade.

Tabela 3 – Comparação entre as questões n. 1 a 3 com a especialidade médica

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

Fonte: O autor (2019).

Ainda na parte I, os resultados alcançados demonstram o perfil de atendimento ambulatorial dos médicos participantes (Tabela 4), em que 44,7% (11) dos 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 n. 1 a 3 com o tempo de atuação na rede básica de saúde

Continua

<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde</b>				
	<b>1 a 7 anos</b>	<b>8 anos ou mais</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>1. Você realiza atendimento médico ambulatorial à população idosa?</b>				
Sim	18 (100%)	20 (100%)	38 (100%)	p=1,00
Não	0	0	0	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
<b>2. Você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem diagnóstico de HIV/AIDS?</b>				
Sim	13 (72,2%)	14 (70%)	27 (71%)	p=0,44
Não	5 (27,8%)	6 (30%)	11 (29%)	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

				Conclusão
<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde</b>				
	<b>1 a 7 anos</b>	<b>8 anos ou mais</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>3. Você realiza seguimento/tratamento, pela unidade de saúde, dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?</b>				
Sim	9 (50%)	8 (40%)	17 (44,7%)	p=0,27
Não	9 (50%)	12 (60%)	21 (55,3%)	
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	

Fonte: O autor (2019).

Na parte específica II, agruparam-se as seções da escala de Likert por afinidade em dois grupos para melhor aplicação dos testes estatísticos (Qui-quadrado, Fisher exact e Mind-p exact): “Nunca, raramente ou às vezes” e “Muitas vezes ou sempre”, para assim relacionar os resultados com a especialidade médica.

Com os resultados expostos na Tabela 5, a seguir, foi possível verificar que 65% dos entrevistados questionam pouco o paciente idoso sobre a vida sexual atual e progressa; 73,3% dos generalistas e 60,9% dos MFCs fazem parte desse grupo. Quando questionados sobre a realização de atividades de prevenção primária das ISTs nos idosos, coletiva e individualmente, 89,5% não realizam atividades preventivas coletivas (91,3% dos MFCs e 86,7% dos generalistas) e 60,5% não realizam de forma individual (60,9% dos MFCs e 60% dos generalistas). Ainda, 73,7% relataram não orientar/ensinar com frequência os idosos sobre os métodos de barreira (78,2% dos MFCs e 66,7% dos generalistas). Quanto a orientar sobre as complicações e vias de transmissão do HIV/AIDS, 63,2% dos profissionais relataram não realizar essa atividade com frequência, sendo 56,5% dos MFCs e 73,3% dos generalistas. Ao abordar a questão da prevenção secundária do HIV, ou seja, o diagnóstico precoce, 52,6% dos entrevistados referiram não solicitar sorologia/TR do HIV para idosos assintomáticos, sendo que 66,7% dos médicos generalistas e 43,5% dos MFCs referiram não solicitar esse exame com frequência.

Tabela 5 – Relação entre as questões n. 4 a 9 com a especialidade médica

Continua

<b>Especialidade médica</b>				
	<b>Generalista</b>	<b>MFC</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>4. Com que frequência você questiona o paciente idoso sobre sua vida sexual progressa e atual durante as consultas ambulatoriais?</b>				
Muitas vezes ou sempre	4 (26,6%)	9 (39,1%)	13 (34,2%)	p=0,22
Nunca, raramente ou às vezes	11 (73,3%)	14 (60,9%)	25 (65,8%)	
Total	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)	
<b>5. Com que frequência você realiza ações educativas coletivas voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?</b>				

Conclusão

	Especialidade médica			p
	Generalista	MFC	Total	
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%)	
<b>6. Com que frequência você realiza ações educativas individuais voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?</b>				
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%)	
<b>7. Com que frequência você orienta e ensina o paciente idoso sobre os “métodos de barreira” (preservativo feminino e masculino) e seu uso?</b>				
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%)	
<b>8. Com que frequência você orienta o paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?</b>				
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%)	
<b>9. Com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?</b>				
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%)	

Fonte: O autor (2019).

Com os resultados expostos na Tabela 6, a seguir, foi possível verificar que, os 65% dos entrevistados que questionam pouco o paciente idoso sobre a vida sexual atual e pregressa, representam 83,3% dos médicos com até 7 anos de atuação e 50% daqueles com maior tempo na AB. Quanto à prevenção primária das ISTs nos idosos, coletiva e individual, os 89,5% que não realizam atividades preventivas coletivas representam 88,9% daqueles com até 7 anos de atuação e 90% dos mais experientes; e os 60,5% que não realizam prevenção de forma individual representam 61,1% daqueles com até 7 anos de experiência e 60% dos mais experientes. Os 73,7% dos médicos que relataram não orientar/ensinar com frequência os idosos sobre os métodos de barreira representam 77,8% dos que possuem menor tempo na AB e 70% dos mais experientes; e quanto a orientar sobre as complicações e vias de transmissão do HIV/AIDS, os 63,2% dos profissionais que relataram não realizar essa atividade com frequência representam 72,2% daqueles com menor tempo na AB comparados aos 55% dos que possuem mais anos nesse local. Ao abordar a questão da prevenção secundária do HIV,

ou seja, o diagnóstico precoce, dos 52,6% dos entrevistados que referiram não solicitar sorologia/TR do HIV para idosos assintomáticos representam 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 6 – Relação entre as questões n. 4 a 9 com o tempo de atuação na rede básica de saúde

<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde</b>				
	<b>1 a 7 anos</b>	<b>8 anos ou mais</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>4. Com que frequência você questiona o paciente idoso sobre sua vida sexual pregressa e atual durante as consultas ambulatoriais?</b>				
Muitas vezes ou sempre	3 (16,7%)	10 (50%)	13 (34,2%)	
Nunca, raramente ou às vezes	15 (83,3%)	10 (50%)	25 (65,8%)	p=0,01
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
<b>5. Com que frequência você realiza ações educativas coletivas voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?</b>				
Muitas vezes ou sempre	2 (11,1%)	2 (10%)	4 (10,5%)	
Nunca, raramente ou às vezes	16 (88,9%)	18 (90%)	34 (89,5%)	p=0,45
Total	18 (47,4%)	20 (%)	38 (100%)	
<b>6. Com que frequência você realiza ações educativas individuais voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?</b>				
Muitas vezes ou sempre	7 (38,9%)	8 (40%)	15 (39,5%)	
Nunca, raramente ou às vezes	11 (61,1%)	12 (60%)	23 (60,5%)	p=0,47
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
<b>7. Com que frequência você orienta e ensina ao paciente idoso sobre os “métodos de barreira” (preservativo feminino e masculino) e seu uso?</b>				
Muitas vezes ou sempre	4 (22,2%)	6 (30%)	10 (26,3%)	
Nunca, raramente ou às vezes	14 (77,8%)	14 (70%)	28 (73,7%)	p=0,30
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
<b>8. Com que frequência você orienta ao paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?</b>				
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%)	
<b>9. Com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?</b>				
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%)	

Fonte: O autor (2019).

Na parte específica III, foi solicitado que o participante atribuísse um grau de concordância à frase proposta, em que se agruparam as seções da escala de Likert por afinidade em dois grupos para melhor aplicação dos testes estatísticos (qui-quadrado, Fisher

exact e Mind-p exact): “Discordo totalmente ou parcialmente; Nem discordo, nem concordo” e “Concordo totalmente ou parcialmente”, para assim relacionar os resultados com a especialidade médica (Tabela 7).

Ao atribuírem um grau de concordância a cada afirmativa, evidenciou-se que 92,1% dos médicos concordam que a temática do HIV em idosos deve ser mais investigada. Quanto à capacidade de toda sua equipe de saúde fornecer orientações de cunho preventivo aos idosos, 71% dos profissionais concordaram que ela é capaz (69,5% dos MFCs e 73,3% dos generalistas).

As questões de 12 a 15 referem-se a situações individuais de cada profissional. Ao questioná-los sobre se sentirem capacitados para iniciar a 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 MFCs e 53,3% dos generalistas sentem-se capazes para iniciar essa terapêutica na unidade. 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 MFCs e 46,7% dos generalistas).

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 MFCs e 33,3% dos generalistas. Quanto a participarem de cursos e eventos sobre a temática nos últimos 5 anos, 73,6% discordaram, representando 69,5% dos MFCs e 86,7% dos generalistas.

Tabela 7 – Relação entre as questões n. 10 a 15 com a especialidade médica

Continua

	Especialidade médica			p
	Generalista	MFC	Total	
<b>10. A temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada.</b>				
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
<b>Total</b>	<b>15 (39,5%)</b>	<b>23 (60,5%)</b>	<b>38 (100%)</b>	
<b>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.</b>				
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
<b>Total</b>	<b>15 (39,5%)</b>	<b>23 (60,5%)</b>	<b>38 (100%)</b>	

Especialidade médica				Conclusão
	Generalista	MFC	Total	p
<b>12. Sinto-me capacitado para iniciar o tratamento do paciente idoso com HIV na unidade de saúde sem necessidade de referenciá-lo imediatamente.</b>				
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%)	
<b>13. Posso conhecimentos específicos referentes ao manejo do idoso com HIV/AIDS e das interações medicamentosas (TARV) mais frequentes nessa faixa etária.</b>				
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%)	
<b>14. Posso acesso a materiais específicos sobre a temática do HIV/AIDS em idosos.</b>				
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%)	
<b>15. Frequentei capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos e seu manejo nos últimos cinco anos.</b>				
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%)	

Fonte: O autor (2019).

Ainda na parte III, ao comparar o tempo de atuação na rede básica de saúde, evidenciou-se que dos 92,1% dos médicos que concordam que a temática do HIV em idosos deve ser mais investigada, 83,3% dos menos experientes e 100% dos mais experientes na AB estão neste grupo. Quanto à capacidade de toda sua equipe de saúde fornecer orientações de cunho preventivo aos idosos, dos 71% que acreditaram na capacidade da sua equipe representam 61,1% daqueles com até 7 anos de experiência e 80% daqueles com mais de 7 anos.

Quanto a sentir-se capacitados para iniciar a TARV no paciente idoso sem a necessidade de encaminhamento imediato, 68,4% que concordaram parcialmente ou totalmente com a afirmativa possuem uma representação de 61,1% daqueles com menor tempo de atuação e 75% daqueles com maior tempo de atuação na AB. No questionamento sobre conhecimento referente ao manejo do HIV/AIDS em idosos e às principais interações medicamentosas com a TARV nessa faixa etária, dos 52,6% que concordaram, 38,9%

representam os médicos com menor experiência e 65% os que possuem maior experiência na AB. Dos 57,8% que não concordaram em possuir acesso a materiais com a temática específica representam 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 representam 83,3% dos menos experientes e 70% dos mais experientes.

Tabela 8 – Relação entre as questões n. 10 a 15 com o tempo de atuação na rede básica de saúde Continua

<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde</b>				
	<b>1 a 7 anos</b>	<b>8 anos ou mais</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>10. A temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada.</b>				
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%)	
<b>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.</b>				
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%)	
<b>12. Sinto-me capacitado para iniciar o tratamento do paciente idoso com HIV na unidade de saúde sem necessidade de referenciá-lo imediatamente.</b>				
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%)	
<b>13. Posso conhecimentos específicos referentes ao manejo do idoso com HIV/AIDS e das interações medicamentosas (TARV) mais frequentes nesta faixa etária.</b>				
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%)	
<b>14. Posso acesso a materiais específicos sobre a temática do HIV/AIDS em idosos.</b>				
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%)	
<b>15. Frequentei capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos e seu manejo nos últimos cinco anos.</b>				
Concordo totalmente ou parcialmente	3 (16,7%)	6 (30%)	9 (23,6%)	
Discordo totalmente ou parcialmente;	15 (83,3%)	14 (70%)	29 (76,3%)	p=0,18

Conclusão			
<b>Tempo de atuação na rede básica de saúde</b>			
	<b>1 a 7 anos</b>	<b>8 anos ou mais</b>	<b>Total</b>
	<b>p</b>		
Nem discordo e nem concordo			
Total	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)

Fonte: O autor (2019).

### 7.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A regressão logística é um teste estatístico capaz de fornecer o Odds Ratio (Razão de Chance) que irá permitir analisar a associação de causa e efeito das variáveis em estudo. Conforme explicam Aguiar e Nunes (2013), na “regressão logística múltipla devem ser usados em qualquer estudo caso-controle e em estudos exploratórios prospectivos transversais de múltiplos determinantes ou fatores associados à doença ou resultado de saúde em estudo”.

Tabela 9 – Associação entre a pergunta 2 (você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem o diagnóstico de HIV/AIDS?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica

<b>Variáveis</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>Intervalo de Confiança (95%)</b>	<b>p</b>
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,2393	0,04 – 1,32	0,1008
8 anos ou mais/1 a 7 anos	0,8976	0,21 – 3,66	0,8803
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,1875	0,02 – 1,23	0,0818
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,7094	0,33 – 8,69	0,5183

Fonte: O autor (2019).

Quanto à formação, os generalistas possuem 76% mais chance de possuir pacientes com o diagnóstico de HIV/AIDS quando comparados aos MFCs, e ao analisarmos pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com até 7 anos de experiência possuem uma chance maior de 10%. Quando correlacionados de forma conjunta, a formação acaba sendo mais significativa ( $p= 0,08$ ), em que o generalista possui 81% mais chances de possuir pacientes com esse diagnóstico.

Tabela 10 – Associação entre a pergunta 3 (você realiza o seguimento/tratamento pela unidade de saúde dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

<b>Variáveis</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>Intervalo de Confiança (95%)</b>	<b>p</b>
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,8790	0,23 – 3,24	0,8467

Continua

Conclusão			
Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
8 anos ou mais/1 a 7 anos	0,6667	0,18 – 2,41	0,5366
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	1,0560	0,24 – 4,49	0,9412
8 anos ou mais/1 a 7 anos	0,6519	0,15 – 2,69	0,5543

Fonte: O autor (2019).

Quando analisada a formação separadamente, os generalistas possuem 12% mais chances de tratar o paciente idoso com HIV na unidade de saúde do que os MFCs, e quanto ao tempo de atuação na rede básica, aqueles com até 7 anos de experiência possuem uma chance maior de 33% de realizar esse seguimento. Ao serem correlacionados de forma conjunta, os MFCs apresentam 5% mais chances de realizar esse tratamento, aqueles com até 7 anos de experiência possuem 35%, porém o tempo de atuação apresenta uma significância maior do que a formação ( $p=0,55$ ).

Tabela 11 – Associação entre a pergunta 4 (com que frequência você questiona o paciente idoso sobre sua vida sexual pregressa e atual durante as consultas?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	1,7677	0,42 – 7,29	0,43
8 anos ou mais/1 a 7 anos	4,9999	1,09 – 22,81	0,0377
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,8869	0,16 – 4,70	0,8878
8 anos ou mais/1 a 7 anos	5,2589	0,98 – 28,20	0,0528

Fonte: O autor (2019).

Em relação à formação, os MFCs possuem 76% mais chances de questionar o paciente sobre sua vida sexual quando comparados aos generalistas, e quando analisados pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance maior de 400% de realizar esses questionamentos. Ao serem correlacionados de forma conjunta, o tempo de atuação acaba sendo mais significativo ( $p=0,05$ ), com 425% de chances de o profissional realizar essa ação com frequência.

Tabela 12 – Associação entre a pergunta 5 (com que frequência você realiza ações educativas coletivas voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,6189	0,07 – 4,94	0,6509
8 anos ou mais/1 a 7 anos	0,8887	0,11 – 7,05	0,9111
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,5918	0,05 – 5,92	0,6555
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,1095	0,11 – 11,10	0,9295

Fonte: O autor (2019).

No que se refere à formação, os generalistas possuem 38% mais chances de realizar ações educativas coletivas quando comparados aos MFCs, e quanto ao tempo de atuação na rede básica, aqueles com até 7 anos de experiência possuem uma chance maior de 11% de realizá-las. Quando correlacionados de forma conjunta, a formação médica acaba sendo mais significativa ( $p= 0,65$ ), sendo que os profissionais generalistas passam a ter uma chance de 41%, e aqueles com 8 anos ou mais de experiência chegam a 10%.

Tabela 13 – Associação entre a pergunta 6 (com que frequência você realiza ações educativas individuais voltadas para a população idosa relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,9643	0,25 – 3,64	0,9572
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,0476	0,28 – 3,85	0,9442
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,9339	0,21 – 4,04	0,9271
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,0775	0,25 – 4,53	0,9189

Fonte: O autor (2019).

No que diz respeito à formação, os generalistas possuem 4% mais chances de realizar ações educativas individuais quando comparados aos MFCs, e quanto ao tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance maior de 4% de realizá-las do que aqueles com experiência menor. Ao serem correlacionados de forma conjunta, a formação médica e o tempo de atuação apresentaram nível de significância muito próximos, em que os profissionais generalistas passam a ter uma chance de 7%, e aqueles com 8 anos ou mais de experiência chegam a 8%.

Tabela 14 – Associação entre a pergunta 7 (com que frequência você orienta e ensina o paciente idoso sobre os “métodos de barreira” (preservativo feminino e masculino) e seu uso?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,5555	0,12 – 2,39	0,4303
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,5000	0,34 – 6,49	0,5878
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,3792	0,06 – 2,06	0,2627
8 anos ou mais/1 a 7 anos	2,3155	0,41 – 12,78	0,3355

Fonte: O autor (2019).

Quanto à formação, os generalistas possuem 45% mais chances de realizar orientações referentes ao uso dos métodos de barreira quando comparados aos MFCs, e em relação ao tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance 50% maior de realizá-las do que aqueles com experiência menor. Quando correlacionados de forma conjunta, aqueles com mais de 8 anos de experiência apresentam 131% mais chances de realizar essas orientações com frequência.

Tabela 15 – Associação entre a pergunta 8 (com que frequência você orienta o paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes.

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	2,1148	0,51 – 8,66	0,2980
8 anos ou mais/1 a 7 anos	2,1270	0,54 – 8,25	0,2755
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	1,6824	0,36 – 7,84	0,5079
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,7357	0,39 – 7,62	0,4652

Fonte: O autor (2019).

No que se refere à formação, os MFCs possuem 111% de possibilidades de realizar orientações referente às vias de transmissão do HIV e suas consequências quando comparados aos generalistas, e quanto ao tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance maior de 112% de realizá-las do que aqueles com experiência menor. Quando correlacionados de forma conjunta, aqueles com mais de 8 anos de experiência apresentam 73% mais chances de realizar essas orientações com frequência, e os MFCs apresentam uma chance maior de 68%.

Tabela 16 – Associação entre a pergunta 9 (com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	2,5957	0,67 – 10,06	0,1665
8 anos ou mais/1 a 7 anos	4,8241	1,21 – 19,19	0,0255
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	1,4971	0,32 – 6,90	0,6047
8 anos ou mais/1 a 7 anos	4,1338	0,93 – 18,29	0,0615

Fonte: O autor (2019).

Em relação à formação, os MFCs possuem 160% mais chances de solicitar sorologia ou TR para o HIV nos pacientes idosos assintomáticos quando comparados aos generalistas, e ao serem analisados pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance 382% maior do que aqueles com experiência menor na atenção básica. Quando correlacionados de forma conjunta, o tempo de atuação na rede básica acaba sendo mais significativo ( $p= 0,06$ ), visto que aqueles com mais experiência possuem uma chance 313% maior, e os MFCs passam a ter uma chance de 50% quando comparados aos generalistas, ainda assim sendo representativa.

Tabela 17 – Associação entre a afirmativa 10 (a temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,7501	0,06 – 9,08	0,8212
8 anos ou mais/1 a 7 anos	Erro	0,00 – >1.0E12	0,9685
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,2500	0,01 – 3,46	0,3015
8 anos ou mais/1 a 7 anos	Erro	0,00 – >1.0E12	0,9655

Fonte: O autor (2019).

Quanto à formação, os generalistas possuem 25% mais chances de concordância com a afirmativa quando comparados aos MFCs. Ao serem correlacionados de forma conjunta, a formação médica acaba sendo mais significativa ( $p= 0,30$ ), uma vez que os generalistas passam a ter uma chance de 75% quando comparados aos MFCs. No que se refere ao tempo

de atuação na AB, 100% dos mais experientes concordaram com a afirmativa, logo não foi possível uma realização da associação.

Tabela 18 – Associação entre a afirmativa 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) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	0,8312	0,19 – 3,53	0,8024
8 anos ou mais/1 a 7 anos	2,5437	0,59 – 10,82	0,2065
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,4786	0,09 – 2,54	0,3874
8 anos ou mais/1 a 7 anos	3,4847	0,67 – 17,97	0,1359

Fonte: O autor (2019).

Em relação à formação, os generalistas possuem 17% mais chances de concordância com a afirmativa referente à capacitação da equipe no que diz respeito às orientações de cunho preventivo da infecção do HIV em idosos quando comparados aos MFCs. Na análise do tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem 154% mais chances de concordância do que aqueles com experiência menor na atenção básica.

Tabela 19 – Associação entre a afirmativa 12 (sinto-me capacitado para iniciar o tratamento do paciente idoso com HIV na unidade de saúde sem necessidade de referenciá-lo imediatamente) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	3,1479	0,76 – 12,99	0,1129
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,9089	0,47 – 7,63	0,3607
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	2,8727	0,60 – 13,59	0,1832
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,2446	0,26 – 5,90	0,7829

Fonte: O autor (2019).

No que se refere à formação analisada de forma isolada, os MFCs possuem 214% mais chances de concordância com a afirmação de que se sentem capacitados para iniciar o tratamento do paciente idoso na unidade de saúde quando comparados aos generalistas. Ao serem analisados pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance 90% maior de concordância do que aqueles com

experiência menor na atenção básica. Quando correlacionados de forma conjunta, a formação acadêmica acaba sendo mais significativa ( $p= 0,18$ ), em que os MFCs possuem 187% mais chances. Ainda nesse contexto, aqueles mais experientes possuem 24% mais chances.

Tabela 20 – Associação entre a afirmativa 13 (posso conhecimentos específicos referentes ao manejo do idoso com HIV/AIDS e das interações medicamentosas (TARV) mais frequentes nessa faixa etária) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	1,4848	0,40 – 5,48	0,5534
8 anos ou mais/1 a 7 anos	2,9182	0,77 – 10,92	0,1118
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,9321	0,21 – 4,13	0,9263
8 anos ou mais/1 a 7 anos	3,0046	0,69 – 12,93	0,1397

Fonte: O autor (2019).

Quando a formação é analisada de forma isolada, os MFCs possuem 48% mais chances de concordância com a afirmação de que possuem os conhecimentos específicos referentes ao manejo dos idosos com HIV/AIDS e das interações medicamentosas com a TARV quando comparados aos generalistas. Na análise pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem 191% mais chances de concordância do que aqueles com experiência menor na atenção básica. Ao serem correlacionados de forma conjunta, o tempo de atuação na rede básica acaba sendo mais significativo ( $p= 0,1397$ ), em que aqueles com mais experiência possuem uma chance maior de 200%. Ainda nesse contexto, os generalistas passam a ter uma chance de 7% quando comparados aos MFCs.

Tabela 21 – Associação entre a afirmativa 14 (posso acesso a materiais específicos sobre a temática do HIV/AIDS em idosos) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	1,8333	0,47 – 7,06	0,3788
8 anos ou mais/1 a 7 anos	5,2500	1,26 – 21,86	0,0227
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	0,9013	0,18 – 4,49	0,8992
8 anos ou mais/1 a 7 anos	5,4840	1,12 – 26,74	0,0353

Fonte: O autor (2019).

Em relação à formação analisada de forma isolada, os MFCs possuem 83% mais chances de concordância com a afirmação do acesso a materiais quando comparados aos generalistas. Na análise pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance maior de 425% de concordância do que aqueles com experiência menor na atenção básica ( $p= 0,02$ ). Quando correlacionados de forma conjunta, o tempo de atuação na rede básica acaba sendo mais significativo ( $p= 0,03$ ), em que aqueles com mais experiência possuem uma chance maior de 448%. Ainda nesse contexto, os generalistas passam a ter uma chance de 10% quando comparados aos MFCs.

Tabela 22 – Associação entre a afirmativa 15 (frequentei capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das infecções sexualmente transmissíveis em idosos nos últimos cinco anos) e as variáveis especialidade médica, tempo de atuação na atenção básica, idade e sexo dos participantes

Variáveis	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p
<i>Modelo simples</i>			
MFC/Generalista	2,8437	0,50 – 16,09	0,2374
8 anos ou mais/1 a 7 anos	2,1413	0,44 – 10,24	0,3404
<i>Modelo ajustado</i>			
MFC/Generalista	2,3670	0,36 – 15,33	0,3661
8 anos ou mais/1 a 7 anos	1,5553	0,28 – 8,53	0,6112

Fonte: O autor (2019).

Quanto à formação analisada de forma isolada, os MFCs possuem 184% mais chances de concordância com a afirmação de que participaram nos últimos 5 anos em capacitações/atualizações quando comparados aos generalistas. Ao serem analisados pelo tempo de atuação na rede básica, aqueles com 8 anos ou mais de experiência possuem uma chance maior de 114% de concordância do que aqueles com experiência menor na atenção básica. Quando correlacionados de forma conjunta, a formação acadêmica acaba sendo mais significativa ( $p= 0,36$ ), sendo que os MFCs possuem 136% mais chances. Nesse contexto, aqueles mais experientes possuem 55% mais chances.

#### 7.4 ANÁLISE QUALITATIVA

Os dados elencados a seguir foram submetidos a uma análise de conteúdo, em que 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, 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 serem 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, 4 (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, 3 (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 1 (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 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 têm 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 3 pessoas referiram que o problema vem das políticas públicas nacionais que são deficitárias, outros 2 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 porque 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 (8 – 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 ‘rango’ onde o HIV é mais frequente! Associar os sintomas a outras patologias crônicas existentes 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), usuários de drogas (8), morador de rua (4), alcoólatras (2), relações sexuais com o mesmo sexo (1), relações com companheiro soropositivo (1), indígenas (1) e presidiários (1).

*“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 7 médicos, justificando a solicitação do exame imediatamente. Outros sintomas foram referenciados (9 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 4 profissionais, demonstrando que seguem o fluxo para início da terapêutica do paciente.

Outros 3 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 (5 – 13%) referiu que atualmente solicita a sorologia para todos os pacientes, independentemente das queixas que o levam à consulta; e 3 (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. Os quadros de “alterações na imunidade” foram referidos por 8% dos médicos como sendo um fator para que eles solicitem os exames de forma imediata, porém, nesse 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.

Como discutido neste trabalho, a senescência é apenas o envelhecimento fisiológico do sistema imunitário do paciente idoso, por isso uma imunidade funcionalmente menor é característica dessa faixa etária, logo não deve ser interpretada como um estado de imunodepressão (causado por agentes agressores como a AIDS) ou imunossupressão (causada por medicamentos).

## 8 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi descrever como os médicos de família e comunidade e generalistas realizam as prevenções primária e secundária do HIV/AIDS na população idosa na APS no município de Porto Alegre/RS. Os médicos atuantes na AB que participaram desta pesquisa apresentaram idade média de 42 anos, 60,5% deles eram MFCs e 39,5% generalistas, 27 eram mulheres e 11 homens, totalizando 38 participantes. Evidenciou-se que houve pouca adesão dos médicos da AB em participar da pesquisa, visto que somente 38 médicos optaram por completar o questionário. Acredita-se que a pouca adesão deve-se à falta de interesse na temática ou à falta de tempo.

Não foram encontrados estudos que abordassem a descrição das ações de prevenção primária e secundária para o HIV em idosos com médicos da AB, portanto a discussão baseia-se em estudos que se aproximavam dessa premissa e que tinham como foco pacientes idosos com HIV.

Na presente pesquisa, verificou-se que os médicos de família e comunidade representaram a maioria dos participantes da pesquisa (60,5%). Quando comparados com os generalistas, demonstraram ter o dobro da média do tempo de atuação na atenção básica – 14 anos ( $p= 0,01$ ).

### 8.1 A PRÁTICA DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA NAS UNIDADES DE SAÚDE

As estratégias de prevenção primária são extremamente importantes na AB, e o papel da orientação sobre saúde sexual para os pacientes idosos é de responsabilidade de toda a equipe, portanto cabe também ao médico realizar essas ações de forma individual, durante as consultas ambulatoriais e de forma coletiva em grupos de convivência e eventos de saúde (BRASIL, 2017b; 2017c). A pesquisa traz resultados um pouco espantosos, visto que a maioria dos médicos (65%) referiram não questionar com frequência sobre a vida sexual atual e pregressa do paciente idoso durante a anamnese. Outro dado relevante é que médicos com mais experiência apresentaram uma chance muito maior de realizar esse questionamento e com alta significância ( $p= 0,05$ ), demonstrando que quanto mais anos de atuação na AB mais o médico questiona os pacientes sobre sua prática sexual.

A grande maioria (89,5%) dos médicos refere que não realiza ações coletivas de cunho preventivo, uma vez que, cabe esclarecer, 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 conta com grupos de convivência para idosos e/ou realiza eventos em dias específicos com essa finalidade.

Ainda abordando a prevenção primária, 60,5% dos médicos referiram não realizar ações individuais visando essa problemática, 73,7% não orientam/ensinam de forma frequente seus pacientes idosos sobre o uso dos métodos de barreira, e 63,2% relataram que não orientam sobre as complicações e vias de transmissão do HIV/AIDS. Apesar disso, ficou evidente que os especialistas e aqueles com maior tempo de atuação na AB realizam essas orientações com mais frequência quando comparados aos outros participantes.

Os resultados apresentados se assemelham àqueles que utilizaram o questionário QHIV31 no Brasil com pacientes idosos que possuíam ou não diagnóstico da infecção pelo HIV (LAZZAROTO *et al.*, 2008; MADEIRA *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2018), reforçando que há uma falta de orientação sobre as vias de transmissão do HIV e suas complicações, além é claro de nunca terem sido orientados sobre o uso dos métodos de barreira.

Gomes e Silva (2008) concluíram que o preconceito e a falta de informação referentes à sexualidade entre idosos aumentam o risco para as ISTs, logo a prática sexual não é o problema, e sim a prática sexual desprotegida (ALENCAR; CIOSEK, 2016).

## 8.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O DIAGNÓSTICO PRECOCE E O ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE IDOSO VIVENDO COM HIV

Quanto à prevenção secundária, busca-se o diagnóstico precoce da pessoa com HIV. Nesse contexto, médico e enfermeiro têm um papel muito importante na solicitação do exame, uma vez que na pesquisa verificou-se que 52,6% dos médicos não solicitam com frequência o teste rápido para o HIV ou sorologia em laboratório para pacientes idosos assintomáticos. A experiência profissional também demonstrou-se relevante, visto que os profissionais especialistas em MFC e os mais experientes têm maiores chances de solicitar esses exames, contudo o tempo de atuação na rede básica foi mais significativo ( $p=0,06$ ) que a formação médica nesse ponto.

Os dados encontrados confirmam pesquisas realizadas com pacientes idosos vivendo com HIV (ARAÚJO *et al.*, 2018), que demonstraram que a oferta para a realização do TR em idosos é muito baixa. Em uma pesquisa realizada em Minas Gerais, evidenciou-se que somente 26,6% de uma população total de 216 idosos tinha realizado exame diagnóstico para

infecção pelo HIV (CERQUEIRA, 2016). Em um estudo realizado em São Paulo, Alencar e Ciosak (2016) 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.

Os médicos foram convidados a responder o que justificaria o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos atualmente, e a maioria referiu-se ao preconceito/tabu da sexualidade nos idosos, trazendo a insegurança na abordagem dessa prática durante as consultas ambulatoriais. Muitos alegaram questões pessoais como razão para não questionar o paciente. Os pesquisadores Santos e Assis (2011) afirmam que a questão cultural representa uma verdadeira exclusão da sexualidade dos idosos na sociedade atual e, por conseguinte, contribui para manter a saúde sexual nessa faixa etária fora das políticas públicas da atualidade.

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

Durante as perguntas abertas, 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 as sintomatologias relacionadas com ISTs, tuberculose, AIDS e demências; em terceiro lugar, com apenas 13% dos médicos, foi relatado que solicitam de forma rotineira o teste; e 8% dos participantes referiram que somente solicitam diante da suspeita de imunodepressão ou imunidade baixa, o que representa talvez um fator de confusão no momento da interpretação (BRASIL, 2017b).

A maioria dos participantes relatou ter pacientes idosos com infecção pelo HIV, porém somente 44,7% deles referem que fazem o seguimento destes pela unidade de saúde. Na análise qualitativa da justificativa de por que não realizar esse tratamento, evidenciou-se que dos 21 participantes que não fazem esse tratamento, 7,9% (3) referiram que não sentem-se capacitados, 10,5% (4) ainda não encontraram esse perfil de pacientes na sua comunidade, e os outros médicos encaminharam seus pacientes para o SAE, conforme protocolos (RIO GRANDE DO SUL, 2016), porém estes mantêm o seguimento na unidade para as outras morbidades que apresentam.

A maioria (68,4%) dos participantes refere que se sente capaz para iniciar a TARV na AB sem necessidade de encaminhamento imediato ao infectologista. Nesse contexto, a formação médica tem uma associação relevante, pois os MFCs apresentaram valores mais

significativos que o tempo de atuação na AB, porém um pouco mais da metade (52,6%) dos participantes referiu que tem conhecimento sobre as interações medicamentosas mais frequentes e o manejo desse paciente. Diferentemente do demonstrado antes, essa afirmativa propõe que o tempo de atuação básica foi mais importante, visto que os médicos com mais experiência apresentaram uma chance maior em possuir esses conhecimentos.

Menos da metade (42,1%) dos participantes confirmou ter acesso a materiais específicos sobre a temática durante sua rotina de atendimentos, mas o número diminuiu (26,4%) quando foram questionados se participaram de capacitações referentes à temática nos últimos cinco anos. Esclarece-se que os MFCs referiram frequentar mais capacitações, confirmando que a rede de AB é mais eficiente com a presença desse profissional devido às especificidades da sua formação (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2007; GULLIFORD, 2002; SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018).

## 9 CONCLUSÕES

Por meio dos resultados encontrados, é possível expor as seguintes considerações:

- a. Os participantes possuíam entre 26 e 67 anos de idade, com uma média de  $42 \pm 10$  anos, apresentando entre 1 a 30 anos de atuação na atenção básica, com média de  $11,5 \pm 9$  anos. Ainda, 55,2% deles estavam lotados em ESF, 31,6% em UBS e 13,2% em unidades mistas. Quanto à nacionalidade dos participantes, 81,7% é brasileira, 7,9% venezuelana e os outros 10,4%, argentina, cubana, guatemalteca e uruguaia. No que diz respeito à religião, 52,6% declararam ser católicos, 13,2%, espíritas, e 34,2% referiram não ter religião.
- b. Dos participantes, 60,5% eram Médicos de Família e Comunidade e 39,5% eram generalistas; os MFCs possuem o dobro de tempo médio de atuação na AB (14 anos) em comparação aos generalistas.
- c. Dos médicos participantes, 71% referiram possuir pacientes idosos vivendo com HIV.
- d. Dos entrevistados, 14% referiram que não se sentem capacitados para iniciar a TARV em idosos.
- e. Ficou evidente que não é uma rotina para os médicos da AB realizarem ações de prevenção referentes à infecção pelo HIV em idosos.
- f. Dos médicos participantes, 52,6% não solicitam/ofertam TR ou sorologia para diagnóstico de HIV em idosos assintomáticos.
- g. Dos médicos pesquisados, 29% justificaram a ocorrência do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em idosos devido a preconceitos ou tabus ligados à sexualidade do idoso; além disso, outros 29% trouxeram em sua fala a falta de solicitação da sorologia do HIV como causa desse diagnóstico tardio. Mais da metade dos participantes referiu que solicitaria de forma imediata o exame diante de pacientes assintomáticos que se enquadrem em grupos com situações de risco.
- h. 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.
- i. Concluiu-se que a formação em MFC, quando comparada aos não especialistas, foi associada com mais ações de prevenção primária, maior chance de iniciar a TARV quando indicada e frequência em capacitações médicas.

- j. Evidenciou-se que o tempo de atuação maior de 7 anos completos na AB foi associado com maiores ações de prevenção secundária, maior chance de questionar os pacientes idosos sobre 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 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 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 ISTs. Ressalta-se a importância de novas pesquisas na área de infectologia geriátrica, principalmente quanto às ISTs, tendo em vista que essas patologias encontram-se em aumento.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P.; NUNES, B. Odds Ratio: Reflexão sobre a validade de uma medida de referência em epidemiologia. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 5, p. 505-10, 2013.
- AIDSINFO. **Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infecteds Adults and Adolescents**. 2018. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ALENCAR, R. A.; CIOSEK, S. I. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 6, n. 69, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>.
- ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod\\_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf). Acesso em: 20 set. 2018.
- ARAÚJO, G. M.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M. *et. al.* Self-care of elderly people after the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 793-800, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248>.
- ARAÚJO, P. R. **Evolução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias**. 2015. Dissertação (Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
- AREOSA, S. V. C. **Envelhecimento humano: realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- BAUER, M. E. Desvendando a imunossenescência humana: implicações para o envelhecimento de sucesso. *In*: TERRA, N. L.; SCHWANKE, C. H. A.; CRIPPA, A. **O desafio da gerontologia biomédica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016. p. 29-56.
- BIOESTAT 5.3. **Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá**. 2011. Disponível em: <http://www.mamiraua.org.br/download/>. Acesso em: 5 out. 2017.
- BÓS, A. J. G. **Epi Info® sem mistérios: um manual prático**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- BÓS, A. J. G.; MIRANDOLA, A. R.; LEWANDOWSKI, A.; SCHIRMER, C. L. **Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública – ESP/RS, 2015.
- BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 4 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 4 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>. Acesso em: 27 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>. Acesso em: 4 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Prevenção combinada do HIV: sumário executivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo>. Acesso em: 4 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Doença de Alzheimer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 4 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 4 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Guia de bolso: doenças infecciosas e parasitárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 18 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria n. 73, de 9 de março de 1998.** Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e o novo software do Sinan.

\_\_\_\_\_. **Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRITO, N. M. I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepções de risco. **ABCS Health Sciences**, v. 3, n. 43, p. 140-145, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.902>.

CERQUEIRA, M. B. R. O binômio idosos e HIV/aids: subsídios para pesquisas e políticas públicas. **Revista Espaço Acadêmico**, UFMG, v. 12, n. 187, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/31904>. Acesso em: 4 jan. 2018.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

CHINEN, J.; SHEARER, W. T. Molecular virology and immunology of HIV infection. **The Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 110, n. 2, p. 189-198, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2.149/2016**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149_2016.pdf). Acesso em: 10 fev. 2019.

DEEKS, S. G.; PHILLIPS, A. N. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. **BMJ**, v. 338, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a3172>.

EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY (EACS). **Guidelines**. Version 9.0. 2017. Disponível em: [http://www.eacsociety.org/files/guidelines\\_9.0-english.pdf](http://www.eacsociety.org/files/guidelines_9.0-english.pdf). Acesso em: 4 jan. 2018.

FERBER, R. **Handbook of Marketing Research**. New York, McGraw-Hill, 1974.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GARCIA, E. *et al.* **Essências em geriatria clínica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018.

GASTÃO, W. D. S. C. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, S. F.; SILVA, C. M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/aids: uma revisão. **Vitalle: Revista de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 20, p. 107-122, 2008. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/vitalle/article/view/954/398>. Acesso em: 4 jan. 2018.

GULLIFORD, M. C. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? **Journal of Public Health**, v. 24, n. 4, p. 252-4, 2002. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/24.4.252>.

IKUTA, I. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças infecciosas em idosos no estado do Pará**. 2017. Tese (Doutorado em Doenças Tropicais) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 14 out. de 2018.

\_\_\_\_\_. **Sinopse de Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KAMAL, S.; LOCATELLI, I.; WANDELER, G. *et al.* The presence of human immunodeficiency virus-associated neurocognitive disorders is associated with a lower adherence to combined antiretroviral treatment. **Open Forum Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, 2017.

LAZZAROTTO, A. R. *et al.* O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 6, p. 1833-1840, 2008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600018>.

LEVY, B. R. *et al.* Older persons' exclusion from sexually transmitted disease risk-reduction clinical trials. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 34, n. 8, p. 541-544, 2007. Doi: [10.1097/01.olq.0000253342.75908.05](http://dx.doi.org/10.1097/01.olq.0000253342.75908.05).

LONGO, D. L. *et al.* **Medicina interna de Harrison**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

LUNA, E. J. A.; SILVA JR., J. B. 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. v. 2. p. 123-176.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. **International Journal of Health Services**, v. 37, n. 1, p. 111-26, 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>.

MADEIRA, K. *et al.* Conhecimento de HIV/AIDS em um grupo de idosos na cidade de Criciúma-SC/Brasil. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 8, n. 1, p. 43-49, 2014.

MAHMUD, I. C.; KOWALSKI, C. V.; LAVAGNINI, B. T.; SCHUTZ, K. L.; STOBAUS, C. D.; TERRA, N. L. The multidisciplinary on the home visit with elderly: the look of Nursing, Medicine and Psychology. **Pan American Journal of Aging Research**, v. 6, n. 2, p. 72-84, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.31630>.

MAHMUD, I. C.; TERRA, N. L. O desafio do HIV/AIDS em idosos e o uso de fármacos para disfunção sexual: um olhar da geriatria preventiva. *In: TERRA, N. L.; MAHMUD, I. C.; IANISKI, V. B. Temas de geriatria e gerontologia para a comunidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018. p. 133-150.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
- MONTEIRO, T. J. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV31. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 1, p. 29-33, 2016. Doi: 10.5327/Z2447-2115201600010006.
- MORIGUCHI, Y. *et al.* **Entendendo as síndromes geriátricas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.
- OLABUENAGA, J. I. R.; ISPIZÚA, M. A. **La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.
- PAPALÉO NETTO, M. P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- PERRIEN, J. **Recherche en Marketing: méthodes et décisions**. Canada: Gaetan Morin, 1986.
- PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão: 2º quadrimestre 2018**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/rg\\_2quadrimestre2018\\_sitesms\\_03out18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg_2quadrimestre2018_sitesms_03out18.pdf). Acesso em: 20 jun. 2019.
- \_\_\_\_\_. **Relatório de gestão: 1º quadrimestre 2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_gestao1quadrimestre\\_2017.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao1quadrimestre_2017.pdf). Acesso em: 26 ago. 2017.
- RAMOS, A. P. M. C. **Geriatria: manual de rotinas do ambulatório de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2017.
- REZENDE, J. M. Linguagem médica: imunodepressão; imunossupressão. **Revista de Patologia Tropical**, v. 40, n. 2, p. 199-201, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/14946/9299>. Acesso em: 11 out. 2017.
- RIEDEL, M.; RIBAS, J. L. C. Prevalência de subtipos de HIV-1 no Brasil: uma revisão. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 91-103, 2015. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/430>. Acesso em: 11 out. 2018.
- RIO GRANDE DO SUL. Coleções ações em saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3**. Porto Alegre: SSRS, 2018.
- \_\_\_\_\_. Coleções ações em saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2**. Porto Alegre: SSRS, 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2016.

Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolos\\_clinico\\_hiv\\_TSRs.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_clinico_hiv_TSRs.pdf). Acesso em: 4 out. 2018.

SANDKOVSKY, U.; PODANY, A. T.; FLETCHER, C. V. *et al.* Impact of efavirenz pharmacokinetics and pharmacogenomics on neuropsychological performance in older HIV-infected patients. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v 72, n. 1, p. 200-202, 2017.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011. Doi: 10.1590/S1809-98232011000100015.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 40, n. 13, p. 1-5, 2018.

SCHMID, G. P. *et al.* The unexplored story of HIV and ageing. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, 2009. Doi: 10.2471/BLT.09.064030.

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. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 325-32, 2018. Doi: 10.4034/RBCS.2018.22.04.05.

SILVA, A. G.; CAVALCANTI, V. S.; SANTOS, T. S. *et al.* Integrative review of literature: nursing care to aged people with HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 884-92, 2018. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0264.

SILVA, R. A. R. *et al.* Questionário para avaliação das ações de controle do HIV/Aids na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 271-279, 2017. Doi: 10.1590/1982-0194201700041.

STARFIELD, B. The future of primary care: refocusing the system. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 20, p. 2087-2091, 2008.

TERRA, N. L.; PRINTES, C. B.; NEVES, B. B. Geriatria Preventiva. *In:* TERRA, N. L.; MAHMUD, I. C.; IANISKI, V. B. **Temas de geriatria e gerontologia para a comunidade.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018. p. 15-80.

UNAIDS-BRASIL. **Relatórios mais recentes do UNAIDS 2017.** Disponível em: <http://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 26 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. **5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection.** Geneva: WHO Press, 2015.

## APÊNDICE I – Questionário

Este questionário destina-se a médicos que trabalham na Atenção Primária, em Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família e que atendem à população idosa de forma ambulatorial.

A pesquisa se intitula “O desafio do HIV em idosos: conscientização dos profissionais da rede de atenção primária da saúde em Porto Alegre/RS”.

Agradeço, inicialmente, pela sua participação e pelas respostas, que são muito importantes para o andamento da pesquisa e sua futura divulgação.

### Caracterização sociodemográfica

Sexo:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Especialidade médica:

Generalista  Médico de Família e Comunidade (residência ou prova de título)

Outros: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na rede básica de saúde (anos completos): \_\_\_\_\_

Você está lotado em que tipo de unidade de saúde:  UBS  ESF  MISTA

### Parte específica

#### *Parte I*

As perguntas abaixo referem-se ao atendimento da **população idosa** durante as consultas médicas na unidade de saúde em que você atua.

1 Você realiza atendimento médico à população idosa?

Sim  Não

2 Você possui pacientes com 60 anos ou mais que possuem diagnóstico de HIV/AIDS?

Sim  Não

3 Você realiza seguimento/tratamento pela unidade de saúde dos pacientes idosos com diagnóstico de HIV/AIDS?

Sim  Não

Se sua resposta anterior foi não, justifique o porquê.

---



---

## *Parte II*

Quanto às medidas de prevenção primária e secundária na população idosa, atribua um grau entre 1 a 5 a cada resposta conforme a seguinte escala:

1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – muitas vezes e 5 – sempre

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

1  2  3  4  5

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

1  2  3  4  5

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

1  2  3  4  5

7 Com que frequência você orienta e ensina o paciente idoso sobre os “métodos de barreira” (preservativo feminino e masculino) e seu uso?

1  2  3  4  5

8 Com que frequência você orienta o paciente idoso sobre as vias de transmissão do HIV/AIDS e suas consequências?

1  2  3  4  5

9 Com que frequência você solicita o teste rápido ou sorologia para o HIV em pacientes idosos quando assintomáticos?

1  2  3  4  5

### *Parte III*

Para responder à seguinte parte do questionário, atribua um grau entre 1 e 5 a cada resposta, conforme a seguinte escala:

1 – discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – nem discordo, nem concordo, 4 – concordo parcialmente, 5 – concordo totalmente

10 A temática da infecção pelo HIV em idosos deve ser mais investigada.

1  2  3  4  5

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.

1  2  3  4  5

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

1  2  3  4  5

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

1  2  3  4  5

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

1  2  3  4  5

15 Frequentei capacitações/atualizações sobre os temas relacionados ao controle das infecções sexualmente transmissíveis em idosos e seu manejo nos últimos cinco anos.

1  2  3  4  5

*Parte IV*

16 Como profissional médico, qual a sua opinião referente às justificativas do diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na população idosa?

---

---

17 Qual o perfil de paciente idoso que você solicitaria a sorologia do HIV de forma imediata?

---

---

Novamente, agradeço a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,  
Ibrahim Clós Mahmud

## APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título do projeto:** O desafio do HIV em idosos: conscientização dos profissionais da atenção primária da saúde em Porto Alegre/RS

**Pesquisador responsável:** Dr. Newton Luiz Terra (orientador)

**Pesquisador participante:** Dr. Paulo Renato Petersen Behar (coorientador)

**Mestrando:** Ibrahim Clós Mahmud. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

O motivo que nos leva a estudar a prevenção primária e secundária do HIV na população idosa é para discutirmos como a mesma é abordada pelos profissionais e seu nível de conhecimento sobre a temática, além de fornecer subsídios para criação de políticas públicas e capacitações futuras. O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: serão convidados médicos da atenção básica do município de Porto Alegre/RS a preencher um questionário elaborado especificamente para este trabalho, o mesmo tem duração de cerca de 10 minutos. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Os riscos na participação são mínimos, aqui considerados um possível desconforto frente a alguma questão relacionada ao tema. Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre/RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h, ou diretamente com o Pesquisadores Newton Luiz Terra e Ibrahim Clós Mahmud no telefones (51) 33536031 ou pelo e-mail: ibrahim\_mahmud@hotmail.com. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

**Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo**

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto ao mestrando e a via original.

Se ao final da leitura você concordar com o termo e clicar em “Aceito”, será disponibilizado o questionário da pesquisa “O desafio do HIV em idosos: conscientização dos profissionais da atenção primária da saúde em Porto Alegre/RS” para que você possa participar.

Aceito

Não aceito

## ANEXO I – Tabela 4

**Tabela 4 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no SINAN segundo faixa etária, escolaridade e raça/cor por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2007-2017.<sup>(1,2)</sup>**

Variáveis	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%										
<b>Faixa etária</b>																										
< 5 anos	9	2,1	5	1,1	3	0,6	8	1,4	6	0,7	9	0,8	10	0,4	18	0,5	15	0,4	18	0,5	10	0,7	111	0,6		
5 a 9 anos	2	0,5	6	1,4	1	0,2	3	0,5	2	0,2	0	0,0	3	0,1	3	0,1	2	0,1	4	0,1	4	0,3	30	0,2		
10 a 14 anos	3	0,7	3	0,7	3	0,6	5	0,9	6	0,7	7	0,6	15	0,6	15	0,4	9	0,2	10	0,3	1	0,1	77	0,4		
15 a 19 anos	28	6,7	32	7,3	41	8,9	41	7,2	57	6,8	73	6,3	142	5,6	206	5,9	206	5,3	190	5,2	91	6,1	1.107	5,9		
20 a 24 anos	56	13,3	60	13,7	79	17,1	89	15,6	133	15,8	193	16,7	335	13,3	497	14,3	587	15,0	515	14,2	189	12,7	2.733	14,5		
25 a 29 anos	78	18,5	74	16,9	81	17,5	102	17,8	147	17,4	202	17,4	425	16,9	572	16,5	643	16,5	539	14,9	267	18,0	3.130	16,6		
30 a 34 anos	67	15,9	92	21,1	77	16,7	80	14,0	126	14,9	192	16,6	433	17,2	613	17,6	605	15,5	542	14,9	222	14,9	3.049	16,1		
35 a 39 anos	55	13,1	60	13,7	60	13,0	75	13,1	102	12,1	146	12,6	315	12,5	420	12,1	533	13,6	497	13,7	175	11,8	2.438	12,9		
40 a 44 anos	45	10,7	40	9,2	50	10,8	60	10,5	88	10,4	120	10,4	250	9,9	354	10,2	386	9,9	400	11,0	168	11,3	1.961	10,4		
45 a 49 anos	35	8,3	29	6,6	30	6,5	38	6,6	70	8,3	82	7,1	232	9,2	259	7,5	352	9,0	298	8,2	135	9,1	1.560	8,3		
50 a 54 anos	20	4,8	22	5,0	24	5,2	33	5,8	54	6,4	64	5,5	152	6,0	226	6,5	241	6,2	249	6,9	91	6,1	1.176	6,2		
55 a 59 anos	15	3,6	3	0,7	7	1,5	23	4,0	26	3,1	39	3,4	111	4,4	147	4,2	173	4,4	186	5,1	61	4,1	791	4,2		
60 e mais	8	1,9	11	2,5	6	1,3	15	2,6	26	3,1	31	2,7	94	3,7	145	4,2	153	3,9	178	4,9	71	4,8	738	3,9		
Total	421	100,0	437	100,0	462	100,0	572	100,0	843	100,0	1.158	100,0	2.517	100,0	3.475	100,0	3.905	100,0	3.626	100,0	1.485	100,0	18.901	100,0		
<b>Escolaridade</b>																										
Analfabeto	2	0,7	5	1,6	6	1,7	6	1,4	13	2,1	15	1,7	20	1,1	25	1,0	43	1,5	37	1,4	13	1,2	185	1,4		
1ª a 4ª série incompleta	24	8,2	33	10,6	38	11,0	44	10,6	66	10,7	62	7,2	147	8,1	222	9,2	242	8,6	205	7,9	76	7,2	1.159	8,6		
4ª série completa	37	12,6	19	6,1	29	8,4	27	6,5	32	5,2	53	6,1	125	6,9	145	6,0	175	6,2	147	5,7	52	4,9	841	6,2		
5ª a 8ª série incompleta	87	29,7	110	35,5	118	34,0	137	33,1	197	32,0	292	33,8	496	27,4	637	26,3	781	27,7	698	27,0	233	22,1	3.786	28,0		
Fundamental completo	42	14,3	43	13,9	42	12,1	54	13,0	84	13,6	122	14,1	281	15,5	319	13,1	354	12,6	336	13,0	122	11,6	1.799	13,3		
Médio incompleto	27	9,2	21	6,8	40	11,5	33	8,0	62	10,1	85	9,8	187	10,3	275	11,3	285	10,1	266	10,3	134	12,7	1.415	10,5		
Médio completo	49	16,7	55	17,7	55	15,9	71	17,1	105	17,0	146	16,9	315	17,4	470	19,4	548	19,5	543	21,0	251	23,8	2.608	19,3		
Superior incompleto	9	3,1	12	3,9	6	1,7	20	4,8	22	3,6	37	4,3	104	5,7	164	6,8	192	6,8	185	7,1	93	8,8	844	6,2		
Superior completo	16	5,5	12	3,9	13	3,7	22	5,3	35	5,7	53	6,1	137	7,6	169	7,0	195	6,9	171	6,6	79	7,5	902	6,7		
Subtotal	293	69,6	310	70,9	347	75,1	414	72,4	616	73,1	865	74,7	1.812	72,0	2.426	69,8	2.815	72,1	2.588	71,4	1.053	70,9	13.539	71,6		
Não se aplica	10	2,4	9	2,1	3	0,6	9	1,6	7	0,8	9	0,8	12	0,5	19	0,5	16	0,4	21	0,6	13	0,9	128	0,7		
Ignorado	118	28,0	118	27,0	112	24,2	149	26,0	220	26,1	284	24,5	693	27,5	1.030	29,6	1.074	27,5	1.017	28,0	419	28,2	5.234	27,7		
Total	421	100,0	437	100,0	462	100,0	572	100,0	843	100,0	1.158	100,0	2.517	100,0	3.475	100,0	3.905	100,0	3.626	100,0	1.485	100,0	18.901	100,0		
<b>Raça/Cor</b>																										
Branca	315	78,0	310	76,4	325	75,1	404	75,8	596	77,3	792	73,5	1.594	71,6	2.272	74,6	2.603	73,0	2.469	74,3	1.014	73,1	12.694	73,9		
Preta	52	12,9	56	13,8	60	13,9	69	12,9	97	12,6	163	15,1	370	16,6	395	13,0	534	15,0	462	13,9	191	13,8	2.449	14,3		
Parda	34	8,4	38	9,4	42	9,7	54	10,1	73	9,5	118	11,0	254	11,4	363	11,9	398	11,2	377	11,3	171	12,3	1.922	11,2		
Indígena	2	0,5	1	0,2	3	0,7	3	0,6	3	0,4	2	0,2	5	0,2	7	0,2	17	0,5	4	0,1	7	0,5	54	0,3		
Amarela	1	0,2	1	0,2	3	0,7	3	0,6	2	0,3	2	0,2	4	0,2	7	0,2	15	0,4	12	0,4	4	0,3	54	0,3		
Subtotal	404	96,0	406	92,9	433	93,7	533	93,2	771	91,5	1.077	93,0	2.227	88,5	3.044	87,6	3.567	91,3	3.324	91,7	1.387	93,4	17.173	90,9		
Ignorado	17	4,0	31	7,1	29	6,3	39	6,8	72	8,5	81	7,0	290	11,5	431	12,4	338	8,7	302	8,3	98	6,6	1.728	9,1		
Total	421	100,0	437	100,0	462	100,0	572	100,0	843	100,0	1.158	100,0	2.517	100,0	3.475	100,0	3.905	100,0	3.626	100,0	1.485	100,0	18.901	100,0		

FONTE: SINAN/CEVS/SES/Coordenação Estadual de IST/Aids/Núcleo de Vigilância.

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017.

(2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

## ANEXO II – Tabela 17

**Tabela 17** - Número de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 1980-2017.<sup>(1,2,3)</sup>

Faixa etária	1980- 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
<b>Masculino</b>														
< 5 anos	704	38	51	31	39	22	20	21	18	22	15	16	9	1.006
5 a 9 anos	175	22	33	15	12	10	8	7	8	8	4	4	2	308
10 a 14 anos	83	11	23	9	14	8	9	9	12	11	7	5	0	201
15 a 19 anos	481	22	29	44	33	34	36	34	42	45	36	48	11	895
20 a 24 anos	2.192	130	142	132	131	142	181	183	191	189	189	155	62	4.019
25 a 29 anos	4.244	347	359	337	303	320	338	293	322	332	272	245	99	7.811
30 a 34 anos	5.029	453	511	451	415	435	428	423	413	359	338	316	116	9.687
35 a 39 anos	4.234	393	525	441	409	425	404	445	415	386	385	331	137	8.930
40 a 44 anos	3.002	348	392	413	379	427	357	383	358	338	302	299	89	7.087
45 a 49 anos	1.763	253	294	326	287	264	305	308	342	313	249	212	102	5.018
50 a 54 anos	1.015	151	175	240	216	230	208	203	258	221	233	190	71	3.411
55 a 59 anos	562	98	126	82	109	126	128	121	147	155	168	147	65	2.034
60 e mais	556	82	100	114	124	126	143	153	155	165	135	173	64	2.090
Total	24.040	2.348	2.760	2.635	2.471	2.569	2.565	2.583	2.681	2.544	2.333	2.141	827	52.497
<b>Feminino</b>														
< 5 anos	682	51	50	47	40	31	46	35	23	28	20	21	7	1.081
5 a 9 anos	160	13	37	18	20	16	8	11	4	6	4	3	0	300
10 a 14 anos	59	15	21	17	16	12	22	12	10	13	3	7	3	210
15 a 19 anos	640	64	62	69	52	56	69	61	61	51	45	45	11	1.286
20 a 24 anos	2.073	198	281	191	210	166	194	168	142	122	110	96	31	3.982
25 a 29 anos	2.641	325	392	341	346	256	304	284	248	225	167	126	63	5.718
30 a 34 anos	2.351	356	391	394	392	343	323	344	319	288	247	204	59	6.011
35 a 39 anos	1.946	265	349	292	321	292	274	275	307	272	236	231	82	5.142
40 a 44 anos	1.358	213	286	284	243	254	247	272	261	228	213	200	71	4.130
45 a 49 anos	927	153	197	208	192	165	198	222	208	200	193	146	67	3.076
50 a 54 anos	544	112	114	166	143	148	166	172	140	160	154	133	74	2.226
55 a 59 anos	300	58	88	96	86	98	96	114	118	131	91	111	28	1.415
60 e mais	313	66	65	85	98	95	113	116	133	108	130	120	52	1.494
Total	13.994	1.889	2.333	2.208	2.159	1.932	2.060	2.086	1.974	1.832	1.613	1.443	548	36.071
<b>Total<sup>1)</sup></b>														
< 5 anos	1.386	89	101	78	79	53	66	56	41	50	35	37	16	2.087
5 a 9 anos	335	35	70	33	32	26	16	18	12	14	8	7	2	608
10 a 14 anos	142	26	44	26	30	20	31	21	22	24	10	12	3	411
15 a 19 anos	1.121	86	91	113	85	90	105	95	103	96	81	93	22	2.181
20 a 24 anos	4.265	328	423	323	341	308	375	353	333	311	299	251	93	8.003
25 a 29 anos	6.885	672	751	673	649	576	642	577	570	557	439	371	162	13.524
30 a 34 anos	7.380	809	902	845	807	778	751	767	732	647	585	520	175	15.698
35 a 39 anos	6.180	658	874	733	745	717	678	720	722	658	621	562	219	14.087
40 a 44 anos	4.360	561	678	702	623	681	604	655	619	566	515	499	160	11.223
45 a 49 anos	2.690	406	491	534	452	429	503	530	550	513	442	358	169	8.067
50 a 54 anos	1.559	263	289	406	359	378	374	375	398	381	387	323	145	5.637
55 a 59 anos	862	156	214	178	195	224	224	235	265	286	259	258	93	3.449
60 e mais	869	148	165	199	233	221	256	267	288	273	265	293	116	3.593
Total	38.034	4.237	5.093	4.843	4.630	4.501	4.625	4.669	4.655	4.376	3.946	3.584	1.375	88.568

FONTE: MS/ SVS/ DIAHV.

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(2) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte: Rio Grande do Sul (2018, p. 55).

## ANEXO III – Tabela 18

**Tabela 18** - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2006-2016.<sup>(1,2,3)</sup>

Faixa etária	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
<b>Masculino</b>											
< 5 anos	9,2	12,7	7,9	10,1	5,8	5,4	5,8	5,0	6,2	4,3	4,6
5 a 9 anos	5,0	7,5	3,5	2,8	2,4	2,0	1,8	2,1	2,1	1,1	1,1
10 a 14 anos	2,4	5,1	2,0	3,1	1,8	2,1	2,1	2,8	2,6	1,7	1,2
15 a 19 anos	4,8	6,4	9,7	7,3	7,5	8,0	7,6	9,4	10,2	8,3	11,0
20 a 24 anos	26,8	29,7	28,1	28,5	31,3	40,4	41,0	42,9	42,6	42,7	35,0
25 a 29 anos	79,5	79,9	73,0	64,4	67,5	71,5	62,8	70,4	74,1	61,6	55,5
30 a 34 anos	116,8	130,2	113,1	102,1	104,7	100,4	96,5	91,7	78,1	73,0	68,2
35 a 39 anos	102,9	138,7	117,3	109,0	113,0	106,6	116,0	106,5	97,1	94,7	81,4
40 a 44 anos	88,3	100,2	106,9	99,4	113,4	95,8	103,7	97,6	92,3	82,2	81,4
45 a 49 anos	70,1	79,7	86,7	75,4	69,0	79,8	81,1	91,2	84,6	68,0	57,9
50 a 54 anos	49,4	55,6	74,3	65,2	67,8	59,9	57,2	71,3	60,2	63,1	51,5
55 a 59 anos	40,0	49,6	31,2	40,1	44,9	44,2	40,6	47,9	49,2	52,0	45,5
60 e mais	15,4	18,1	19,8	20,7	20,2	22,0	22,6	22,0	22,4	17,6	22,6
<b>Feminino</b>											
< 5 anos	13,0	13,0	12,5	10,9	8,6	13,0	10,3	6,8	8,3	6,0	6,3
5 a 9 anos	3,1	8,8	4,4	4,9	4,0	2,1	3,0	1,1	1,7	1,1	0,8
10 a 14 anos	3,4	4,8	3,9	3,7	2,8	5,2	2,9	2,5	3,2	0,8	1,8
15 a 19 anos	14,5	14,1	15,7	11,9	12,8	15,9	14,2	14,4	12,0	10,7	10,7
20 a 24 anos	42,2	60,8	42,2	47,3	37,9	44,8	39,0	33,0	28,4	25,6	22,4
25 a 29 anos	75,6	88,9	75,5	75,4	55,4	66,1	63,9	57,0	51,7	38,9	29,4
30 a 34 anos	91,8	99,8	99,0	96,7	82,8	76,3	77,3	70,5	63,6	54,2	44,8
35 a 39 anos	67,6	90,2	76,2	84,3	76,7	71,6	69,9	76,6	67,9	57,7	56,5
40 a 44 anos	51,8	70,1	70,5	61,2	64,9	63,9	72,0	69,5	60,7	56,7	53,2
45 a 49 anos	40,3	50,8	52,5	47,8	40,8	49,0	56,1	53,3	51,3	50,1	37,9
50 a 54 anos	34,3	33,9	48,1	40,4	39,9	44,7	44,3	35,6	40,7	38,9	33,6
55 a 59 anos	21,6	31,6	33,3	28,8	30,9	30,3	34,0	34,3	38,1	25,8	31,5
60 e mais	9,2	8,8	11,0	12,3	11,5	13,2	13,0	14,4	11,1	13,1	12,1
<b>Total</b>											
< 5 anos	11,0	12,8	10,2	10,5	7,2	9,1	7,9	5,9	7,3	5,1	5,4
5 a 9 anos	4,0	8,2	3,9	3,8	3,2	2,0	2,3	1,6	1,9	1,1	1,0
10 a 14 anos	2,9	4,9	2,9	3,4	2,3	3,6	2,5	2,6	2,9	1,2	1,5
15 a 19 anos	9,6	10,2	12,7	9,5	10,1	11,9	10,8	11,8	11,1	9,5	10,9
20 a 24 anos	34,4	45,0	35,0	37,7	34,6	42,5	40,2	38,0	35,6	34,3	28,8
25 a 29 anos	77,6	84,4	73,7	69,8	61,5	68,8	62,7	63,2	63,0	50,4	42,6
30 a 34 anos	104,3	115,0	106,1	99,4	93,8	88,4	87,9	81,7	70,9	63,7	56,6
35 a 39 anos	85,0	114,2	96,6	98,5	94,7	89,0	93,4	92,2	82,4	76,1	68,9
40 a 44 anos	69,7	84,8	89,0	80,1	88,7	79,6	87,2	83,1	76,3	69,3	67,2
45 a 49 anos	54,8	64,9	69,2	57,8	54,5	64,0	67,9	71,4	67,5	58,9	47,7
50 a 54 anos	41,6	44,4	60,8	52,4	53,9	52,1	51,0	53,1	50,1	50,6	42,2
55 a 59 anos	30,4	40,2	32,3	34,2	38,1	36,9	37,6	41,3	43,4	38,3	38,2
60 e mais	11,8	12,7	14,8	16,7	15,2	17,0	17,0	17,7	16,1	15,1	16,6

FONTE: MS/ SVS/ DIAHV.

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(2) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

(4) Taxa de detecção de 2016 calculada sobre a população de 2015.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br no menu Informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 24/11/2017.

Fonte: Rio Grande do Sul (2018, p. 56).

## ANEXO IV – Parecer consubstanciado do CEP – PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O DESAFIO DO HIV EM IDOSOS: CONSCIENTIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE/RS

**Pesquisador:** Newton Luiz Terra

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 87793918.0.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.773.821

#### Apresentação do Projeto:

O envelhecimento da população brasileira vem incrementando-se nos últimos anos, se estima que em 2025 o Brasil terá aproximadamente 30 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dados de 2015, do Departamento de HIV/AIDS da Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, trazem Porto Alegre como segunda cidade no Ranking do estado com uma taxa de detecção para AIDS de 74 casos para cada 100.000 habitantes e demonstrou-se que os casos notificados de infecção pelo HIV em maiores de 55 anos cresceu muito, quando em 2007 foram somente 19 e no ano de 2015 foram 295 casos confirmados. Os médicos da atenção primária, em diversas situações, apresentam uma percepção defasada quanto a problemática do HIV/AIDS no cenário atual, pois a invisibilidade da sexualidade do idoso potencializa situações de risco durante o

manejo dos mesmos levando a um diagnóstico tardio. Objetivo: descrever como os médicos de família e generalistas realizam a prevenção primária e secundária para a infecção pelo HIV na população idosa na APS no município de Porto Alegre/RS. Métodos: será um estudo transversal no qual se aplicará um questionário online com os médicos que atuam em UBS ou ESF na APS em Porto Alegre/RS. O desfecho será saber se o profissional tem o hábito de realizar prevenção primária e secundária em pacientes idosos relacionadas a vida sexual do mesmo. Os fatores em estudo serão as características demográficas dos entrevistados e variáveis ligadas à prática de prevenção primária e secundária no atendimento de

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

**Bairro:** Partenon

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3320-3345

**Fax:** (51)3320-3345

**E-mail:** oep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.773.821

Brochura Pesquisa	DISSETACAO_REVISADA_PMPA.pdf	06/04/2018 16:06:57	Newton Luiz Terra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	06/04/2018 16:06:42	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_SUBMISSAO_PMP A_PAG2.pdf	06/04/2018 16:03:41	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_SUBMISSAO_PMP A_PAG1.pdf	06/04/2018 16:03:15	Newton Luiz Terra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTI LIZACAO_DE_DADOS.pdf	06/04/2018 16:00:47	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DO_COORDENADOR. pdf	06/04/2018 15:59:40	Newton Luiz Terra	Aceito
Outros	APRESENTACAO_CEP.pdf	06/04/2018 15:56:24	Newton Luiz Terra	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CEP.pdf	06/04/2018 15:55:27	Newton Luiz Terra	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/04/2018 15:44:41	Newton Luiz Terra	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Julho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Paulo Vinicius Sporleder de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

**ANEXO V – Aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia  
da PUCRS**



**SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 8417

Porto Alegre, 28 de março de 2018.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "O DESAFIO DO HIV EM IDOSOS: CONSCIENTIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE/RS". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

## ANEXO VI – Autorização da SMS PMPA



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO  
 ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, **Thiago Frank**, matrícula 592629.2.

- Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial (CGAEA)
- Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- Outra área/secretaria: \_\_\_\_\_

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado: '**O desafio do HIV em idosos: conscientização dos profissionais da Atenção Primária da Saúde em Porto Alegre-RS**'. Tendo como Pesquisador Responsável **Dr. Newton Luiz Terra**. Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 04/ 06/2018.

Assinatura e carimbo

*Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realiza do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.*

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA  
 Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040  
 ☎ 3289.5517 ✉ cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep\_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

**ANEXO VII – Comprovante de submissão do artigo – Qualis B1**

**O HIV EM IDOSOS: ATUAÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE/RS**

Journal:	<i>Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research
DeCS Keywords </b>At the bottom of this page, you will be required to confirm that the words you provide here conform to the DeCS standards outlined at DeCS (<a href=http://decs.bvs.br target=_new>http://decs.bvs.br</a>):	Saúde de Idoso, HIV, Infectologia, Geriatria, Saúde Pública
Language:	Portuguese
Subject List:	Health care/Atención de salud, Epidemiology/Epidemiología

SCHOLARONE™  
Manuscripts



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)