



Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio

Aids in the elderly: reasons that lead to late diagnosis
Sida en personas seniles: motivos que llevan al diagnóstico tardío

Rúbia Aguiar Alencar^I, Suely Itsuko Ciosak^{II}

^I Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Alencar RA, Ciosak SI. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1076-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>

Submissão: 05-07-2016

Aprovação: 19-08-2016

RESUMO

Objetivo: investigar entre os idosos vivendo com HIV/Aids e os profissionais de saúde, quais são os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos. **Método:** estudo prospectivo, qualitativo, realizado em ambulatório especializado com idosos vivendo com HIV/aids, diagnosticados com idade igual ou superior a 60 anos e nas Unidades com Estratégia Saúde da Família com enfermeiros e médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e verificados por análise de conteúdo, utilizando o referencial teórico da vulnerabilidade. **Resultados:** participaram 11 idosos, 11 enfermeiros e 12 médicos. Emergiram três categorias empíricas: o diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde; invisibilidade da sexualidade do idoso; e fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos. **Conclusão:** há profissionais de saúde que percebem os idosos como assexuados, fazendo que o diagnóstico do HIV aconteça no serviço secundário e terciário e não na atenção primária.

Descritores: Idoso; Vírus da Imunodeficiência Humana; Diagnóstico Tardio; Vulnerabilidade; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate elderly living with HIV/Aids and health professionals, what are the reasons that lead to late diagnosis of HIV infection in the elderly. **Method:** prospective, qualitative study, conducted at a specialized outpatient clinic with elderly living with HIV/Aids, diagnosed age over 60 years and in the Family Health Strategy units with nurses and physicians. Data were collected through interviews and verified by content analysis, using the theoretical framework of vulnerability. **Results:** a total of 11 elderly, 11 nurses and 12 physicians participated in the study. Three empirical categories emerged: the late diagnosis of HIV happens against the health service; invisibility of the sexuality of the elderly; and weaknesses in the anti-HIV serology request for the elderly. **Conclusion:** there are health professionals who see the elderly as asexual, causing the diagnosis of HIV to happen in the secondary and tertiary service instead of primary care.

Descriptors: Aged; HIV; Delayed Diagnosis; Disaster Vulnerability; Health Personnel.

RESUMEN

Objetivo: realizar una investigación entre personas seniles que conviven con VIH/Sida y profesionales de la salud, para reconocer los motivos que llevan al diagnóstico tardío de la infección. **Método:** estudio prospectivo, cualitativo, realizado en un centro de salud especializado y en Unidades con Estrategia de Salud de la Familia, entre enfermeros, médicos y personas mayores diagnosticadas con VIH/Sida, de edad igual o superior a los 60 años. Los datos se recolectaron mediante entrevistas y se comprobaron a través del análisis de contenido utilizando el marco teórico de la vulnerabilidad. **Resultados:** participaron 11 personas mayores, 11 enfermeros y 12 médicos. Surgieron tres categorías empíricas: postergación del diagnóstico del VIH por el servicio de salud; invisibilidad de la sexualidad en la persona senil y fragilidad en la solicitud de la serología anti-VIH. **Conclusión:** muchos profesionales de la salud perciben a las personas mayores como asexuadas; por lo tanto, el diagnóstico del VIH ocurre en la atención secundaria y terciaria, y no en la primaria.

Descriptores: Persona Senil; Virus de Inmunodeficiencia Humana; Diagnóstico Tardío; Vulnerabilidad; Profesional de la Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rúbia Aguiar Alencar

E-mail: rubia@fmb.unesp.br

INTRODUÇÃO

A sexualidade na velhice ainda é um tema delicado para ser discutido no âmbito da pesquisa e no discurso acadêmico, o que tem refletido na assistência dessa parcela da população. O aumento do número de idosos vivendo com HIV/aids no Brasil e em outros países mostra a necessidade e importância dos profissionais de saúde “reolharem” para sua atuação, incluindo a abordagem da sexualidade do idoso.

Pesquisas apontam que os idosos mantêm a vida sexual ativa e estão expostos às infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)⁽¹⁻²⁾.

No entanto, ressalta-se 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⁽³⁾.

Os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros que atendem a população idosa, não estão preparados para identificar a vulnerabilidade dessas pessoas em relação ao HIV/aids e não tem solicitado exames sorológicos^(1,4-5), o que pode estar relacionado à falta de investigação sobre a atividade sexual dos idosos⁽⁴⁻⁶⁾, remetendo, conseqüentemente, ao diagnóstico tardio do HIV/aids nessa população.

Além disso, muitos idosos procuram os serviços de saúde apresentando sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids e os mesmos são negligenciados pelos profissionais de saúde, que acabam por atribuir a sintomatologia a outras morbidades mais prevalentes na população idosa⁽⁷⁾.

Realizando semanalmente a consulta de enfermagem com idosos vivendo com HIV/aids em ambulatório especializado, foi possível identificar que o diagnóstico do HIV/aids acontece na oposição do serviço de saúde, pois na maioria das vezes, mesmo que tardio, é o serviço secundário o responsável pelo diagnóstico do HIV, em vez do serviço primário. Isso mostra que há fragilidade na rede de atenção à saúde do idoso.

Diante desses questionamentos, é importante conhecer os motivos que levam ao diagnóstico tardio do HIV/aids na população idosa. Contudo, o conceito de vulnerabilidade é o referencial teórico adotado para responder ao objetivo desse estudo, pois considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento⁽⁸⁾. Em tal contexto, surgem os conceitos de vulnerabilidade individual, social e programática, que são considerados como planos interdependentes de determinação e de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade⁽⁸⁾.

Assim, o presente estudo se propõe a investigar, entre os idosos vivendo com HIV/aids e os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), quais foram os motivos que levaram ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. O processo

de pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, sendo mantido o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma do sujeito da pesquisa e outra do pesquisador.

Tipo de estudo

Estudo prospectivo com abordagem qualitativa.

Cenário do estudo

Os cenários de estudo foram o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia (SAEI) e as Unidades com ESF em um município de aproximadamente 130.000 mil habitantes localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo.

Fonte de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os idosos vivendo com HIV/aids e médicos e enfermeiros que atendem na ESF.

Os critérios de inclusão para os idosos foram: pessoas com HIV/aids de ambos os sexos que são atendidos no SAEI, com idade igual ou superior a 60 anos que descobriram a infecção pelo HIV/aids quando já eram idosos e com ausência de déficit cognitivo, avaliados através do Minexame de Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾ aplicado após a aquiescência em participar da pesquisa e antes de iniciar a entrevista. Para a identificação do déficit cognitivo através do MEEM nos indivíduos analfabetos, considerou-se o escore total menor que 20 pontos e, entre os alfabetizados, escores totais inferiores a 25 pontos⁽⁹⁾.

Em janeiro de 2011, havia 527 usuários vivendo com HIV no SAEI, sendo que 30 pacientes tinham idade igual ou superior a 60 anos, e destes, 15 descobriram a infecção pelo HIV/aids quando já eram idosos e foram convidados a participar da pesquisa. A amostra foi composta de 11 idosos, pois quatro não atenderam aos critérios de inclusão, sendo que dois não tinham ciência da infecção e presença de déficit cognitivo, e dois se recusaram a participar.

Para os profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram: ser médico ou enfermeiro; estar atuando na ESF há pelo menos um ano; realizar atendimento à população idosa; e consentir em participar da pesquisa. Esses profissionais foram escolhidos por serem os responsáveis pela solicitação da sorologia para HIV aos idosos conforme protocolo estabelecido no município, respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da Resolução 358/2009⁽¹⁰⁾. Esta dispõe sobre o Processo de Enfermagem, que é privativo do enfermeiro, assim como o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem. O município, durante a pesquisa, tinha 13 unidades com ESF, compostas por um médico e um enfermeiro por equipe. Todos foram convidados a participar da pesquisa, totalizando 26 profissionais.

A amostra de profissionais foi composta por 23 profissionais (11 enfermeiros e 12 médicos), pois duas enfermeiras estavam em licença-maternidade, e um médico foi transferido para unidade de emergência hospitalar no decorrer do estudo.

Coleta e organização dos dados

Após contato via telefone e agendamento prévio, as entrevistas para as duas populações (idosos e profissionais de saúde) eram individualizadas e foram realizadas em ambiente privativo por profissional treinado e habilitado, com duração aproximada de 45 minutos. Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2011.

Foram utilizados dois instrumentos, sendo um para os idosos e outro para os profissionais de saúde. Ambos foram constituídos de duas partes. A primeira, com questões relacionadas a aspectos sociodemográficos. A segunda, questões norteadoras: 1) Aos idosos — “Conte-me como você descobriu que estava com infecção pelo HIV”; e 2) Aos profissionais de saúde — No atendimento à população idosa, existe algum momento que você conversa sobre a saúde sexual do idoso?”, “Em que circunstâncias você solicita a sorologia anti-HIV para os idosos?”. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Análise dos dados

As entrevistas foram analisadas segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, na vertente representacional e temática de Bardin, conforme as fases propostas: pré-análise, análise e exploração do material⁽¹¹⁾.

As categorias empíricas que emergiram para analisar a problemática do diagnóstico tardio do HIV/aids entre os idosos estão pautadas no referencial teórico da vulnerabilidade, preconizado por Ayres⁽⁸⁾, utilizando como categorias de análise as dimensões individual, social e programática, as quais possibilitam identificar que, além dos aspectos individuais, os aspectos coletivos e contextuais são responsáveis por ocasionarem maior suscetibilidade à infecção, ao adoecimento e, por fim, à disponibilidade ou não de diversos recursos para a proteção do indivíduo ou coletivo.

Na intenção de preservar o anonimato de cada participante, optou-se por identificá-los pelas palavras: “Idoso”, “Idosa”, “Enfermeiro” e “Médico”, seguindo a ordem numérica de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Entre os 11 idosos que participaram do estudo, encontraram-se oito homens e três mulheres, numa relação de 2,7 homens para cada mulher na faixa etária de 60 a 75 anos e com a média de 68 anos. Tinham baixa escolaridade, sendo um analfabeto, seis com ensino fundamental, dois com ensino médio incompleto e dois com ensino médio completo. Seis eram casados, e as profissões predominantes foram a de caminhoneiro e trabalhador rural (lavoura/tratorista). Havia muitos indivíduos que não estavam trabalhando no momento da entrevista e aposentados. Contabilizaram-se sete idosos com renda de um a dois salários mínimos e sete vivendo com esposas e filhos.

Entre os profissionais de saúde, a faixa etária foi de 24 a 57 anos, com média de 32 anos. Havia 17 mulheres e seis homens. Grande parte iniciou a carreira na atenção básica há menos de cinco anos, com atuação na ESF.

Do processo de análise dos discursos dos participantes, segundo a Análise de Conteúdo, com a vertente da vulnerabilidade,

emergiram três categorias: o diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde; invisibilidade da sexualidade do idoso e fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos.

Diagnóstico tardio do HIV acontece na contramão do serviço de saúde

Os profissionais de saúde relataram que no atendimento ao idoso a solicitação da sorologia anti-HIV não era uma rotina adotada no serviço primário de saúde. Esse fato foi evidenciado quando os idosos procuravam o serviço de saúde apresentando sinais e sintomas, muitas vezes sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids, e mesmo assim os profissionais de saúde, primeiramente, investigaram outras patologias e não solicitaram a sorologia anti-HIV. Ressalta-se que os idosos que vivem com HIV/aids demoraram de 42 dias a um ano, para obterem a confirmação diagnóstica, que só ocorreu no serviço secundário e/ou terciário, via pronto-socorro ou durante a internação. Os depoimentos dos profissionais de saúde e do idoso traduzem essa situação:

[...] falar que é rotina oferecer o exame HIV pro idoso, a gente não oferece [...] e falar que é uma coisa que eu chego espontaneamente e ofereço de rotina vou estar mentindo, até deveria, mas não faço. (Médico 5)

[...] o paciente era bem idosinho, vinha apresentando perda de peso e ia piorando a cada dia. Ele vinha na unidade de saúde da família e parece que ninguém pensava na possibilidade do HIV [...] e depois de um tempo de investigação a gente acabou solicitando HIV pra esse idoso e deu positivo, mas quando chegou o exame esse idoso já tinha ido a óbito. (Enfermeiro 9)

[...] o que aconteceu é que eu viajava muito [paciente era caminhoneiro], a minha alimentação era muita escassa [...] até que um dia eu fiquei muito doente e no posto de saúde ninguém achava nada. Demorou 6 meses, e aí minha mulher me levou no hospital em São Paulo e lá acusou que eu tinha esse vírus no sangue. (Idoso 2)

Invisibilidade da sexualidade do idoso

Questões relativas a vida sexual do idoso permanecem veiculadas durante o atendimento dos profissionais de saúde. O fato de acreditarem que os idosos não têm vida sexual ativa faz que médicos e enfermeiros não dialoguem ou questionem sobre questões relacionadas à vida sexual. Perguntas sobre a saúde sexual do idoso apareceram somente após o diagnóstico do HIV/aids, com o propósito de informar apenas sobre as medidas de prevenção e de que o idoso não transmita a infecção aos seus pares.

Contudo, entre as barreiras existentes na discussão da saúde sexual dos idosos, está a diferença de idade entre o profissional de saúde e os idosos e, também, a questão de gênero, conforme as falas abaixo.

[...] a gente imagina que a sexualidade do idoso é zero. A gente coloca isso como uma realidade do idoso ... então a gente não pergunta nada sobre a sua vida sexual. (Médico 8)

[...] eu não me sinto 100% à vontade pra falar com o idoso sobre a sexualidade [...] eu me sinto muito mais à vontade pra falar com uma adolescente, com uma mulher do que falar com um homem idoso. (Enfermeiro 7)

[...] não, não chegava a perguntar nada sobre a vida sexual [...] nenhum profissional falou nada a respeito disso. Só depois que eu estava doente é que falaram que tinha que usar preservativo. (Idoso 5)

Fragilidades na solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos

Como visto anteriormente, a solicitação da sorologia anti-HIV não é rotina no serviço primário de saúde. Houve profissionais de saúde que não ofereciam a sorologia anti-HIV para os idosos rotineiramente. Como estratégia para solicitar esse exame, aproveitaram a campanha do “Fique Sabendo”, que — desde 2003, com apoio do Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/aids e da Secretaria de Vigilância em Saúde — tem por objetivo conscientizar a população brasileira sobre a importância da realização da sorologia anti-HIV. Essa campanha ocorre uma vez no ano, próximo ao dia 1º de dezembro – Dia Mundial de Combate a aids.

A solicitação da sorologia anti-HIV ocorreu apenas aos idosos viúvos, com várias parcerias sexuais ou usuários de drogas, excluindo os idosos casados ou com relação estável. Outra fragilidade encontrada foi a falta de formação dos profissionais de saúde tanto na graduação e/ou pós-graduação. Segundo os depoentes, o aprendizado sobre a saúde do idoso foi direcionado para o cuidado e tratamento de doenças crônico-degenerativas, não enfocando a sexualidade do idoso.

[...] nunca ofereci exame de HIV para idoso, a gente só oferece na Campanha do Fique Sabendo, daí a gente pega todo mundo de qualquer idade. (Enfermeiro 5)

[...] eu não peço para os idosos casados, porque os casados não têm muita história para falar, porque só tem um parceiro [...] eu peço exame quando o idoso tem relacionamentos múltiplos e também usa drogas. (Médico 9)

[...] a gente não tem muita formação e facilidade de abordar o tema de sexualidade, pensando tanto no HIV quanto nas DSTs a gente pensa muito na parte do jovem, na população idosa a gente pensa mais em doenças crônicas [...]. (Enfermeiro 3)

DISCUSSÃO

Com base no referencial teórico da vulnerabilidade, que norteia a análise dos dados, tornou-se clara a interdependência das dimensões entre si (vulnerabilidade individual, social e programática), que são determinadas pela compreensão da vida das pessoas e da comunidade, do individual e do coletivo que levam ao diagnóstico tardio do HIV entre os idosos.

É evidente o aumento do número de casos de aids no Brasil entre as pessoas com 60 anos ou mais. Em 2002, esses idosos correspondiam a 2,5% da epidemia; em 2013, o número passou para 5%⁽¹²⁾. Entre a população infectada pelo HIV, os adultos mais velhos estão sendo reconhecidos como uma proporção

substancial da epidemia em todo o mundo⁽¹³⁻¹⁵⁾. Só nos Estados Unidos da América, em 2011, as pessoas com 50 anos ou mais correspondiam a 17% dos novos diagnósticos de HIV e 25% de todos os diagnósticos de aids⁽¹⁶⁾. No entanto, pesquisas médicas sobre HIV em adultos mais velhos se concentram no envelhecimento da população que já vive com o HIV, em vez de indivíduos que são recém-diagnosticados em idades mais avançadas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Pessoas com baixa escolaridade tendem a assimilar as informações de forma inadequada, tornando deficiente a apreensão do conhecimento sobre a doença e expondo os indivíduos com menor escolaridade a serem mais vulneráveis ao HIV⁽²⁰⁾. A baixa escolaridade também está relacionada à ocupação profissional, visto que baixos salários e uma condição socioeconômica precária influenciam no acesso a um melhor serviço de saúde em busca de qualidade na prevenção e assistência aos idosos com HIV/aids⁽²⁰⁾. Essas circunstâncias evidenciam a dimensão individual da vulnerabilidade, que traz aspectos do modo de vida das pessoas que contribuem para a exposição ao risco. Relaciona-se ao acesso às informações, entendimento e promoção de práticas transformadoras que objetivam a prevenção⁽⁸⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) determina que toda a população tem direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Esse mesmo sistema determina que a porta de entrada nos serviços de saúde deve ser o serviço primário de saúde, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, em caso de necessidade⁽²¹⁾.

No Brasil, a solicitação da sorologia anti-HIV é encorajada para grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, que são os usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo⁽¹²⁾, mas não faz referências à população idosa, deixando a critério do profissional de saúde solicitar ou não a sorologia anti-HIV. Isso também é observado nos Estados Unidos, onde as diretrizes para solicitação da sorologia anti-HIV correspondem à triagem de HIV de rotina para aqueles com idade entre 13–64 anos, excluindo os indivíduos com 65 anos de idade ou mais⁽²²⁾.

Contudo, a falta de diretrizes específicas para a solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos, tem colaborado para as falhas durante o atendimento desta população nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, considerada a porta de entrada para o sistema de saúde.

No nosso estudo, verificamos que mesmo o idoso apresentando sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas evidenciados na aids, os profissionais de saúde não solicitaram a sorologia anti-HIV, e o diagnóstico da infecção aconteceu tardiamente, como também pode ser observado em estudo nos EUA⁽²²⁾.

Vale ressaltar que a sintomatologia das doenças mais prevalentes nos idosos e nos indivíduos com HIV são semelhantes, e o diagnóstico diferencial passa a ser um processo complexo. Dessa maneira, a falta de especificidade dos sintomas pode retardar o diagnóstico em até 10 meses, resultando no atraso do tratamento antirretroviral^(7,22) e prejudicando o controle e evolução da doença.

A falha na solicitação da sorologia anti-HIV durante o atendimento ao idoso, encontrada neste estudo, também foi corroborada em outros trabalhos^(5,22).

Estudos mostraram que os indivíduos com 50 anos ou mais foram diagnosticados em um estágio mais avançado da doença, em comparação à população mais jovem⁽²²⁻²³⁾.

Contudo fica evidente que o diagnóstico tardio interfere no prognóstico da doença entre os idosos, pois, além da infecção pelo HIV, acelera-se a progressão de comorbidades entre os idosos^(2,22).

No estudo, a invisibilidade da sexualidade do idoso ficou aparente quando os profissionais de saúde relataram que não dialogavam com seus pacientes sobre questões da sexualidade durante os seus atendimentos, apontando como as principais barreiras a diferença entre as idades e a questão de gênero.

Tal fato foi demonstrado em estudo realizado no Reino Unido⁽⁴⁾ com médicos e enfermeiros, que revelou a existência de barreiras para a discussão da saúde sexual com os idosos que frequentavam os serviços primários de saúde, especificamente em relação ao sexo, etnia, orientação sexual e a diferença de idade. Entretanto, como forma de superação, os autores sugeriram a capacitação dos profissionais, o fornecimento de folhetos com informações para os pacientes e também a utilização de mais enfermeiros, os quais, segundo os autores, passam mais tempo com os pacientes.

Por outro lado, um estudo realizado com 163 mulheres, nos Estados Unidos, com 65 anos de idade, revelou que as mesmas não gostariam de dar início a uma discussão sobre saúde sexual, mas referiram que gostariam que o médico iniciasse essa discussão⁽⁶⁾.

No presente estudo, o diálogo do profissional de saúde com o idoso sobre saúde sexual ocorreu apenas após o diagnóstico do HIV/aids e este se restringia à informação sobre importância do uso do preservativo, deixando de abordar questões que poderiam evidenciar a vulnerabilidade desses idosos, como o desejo sexual, o envelhecimento e as parcerias sexuais.

Dessa maneira, observa-se que a invisibilidade da sexualidade do idoso faz que os profissionais de saúde não avaliem a vulnerabilidade dessa parcela da população às DSTs, especialmente HIV/aids, não perguntem sobre a saúde sexual e percam a oportunidade de solicitar sorologias⁽⁵⁾. Essa situação foi observada quando os profissionais relataram que a sorologia anti-HIV era apenas oferecida aos idosos viúvos, com parcerias diversas e usuários de drogas. Deixando de solicitar a sorologia para os casados e/ou com relacionamento estável.

Quanto à deficiência na formação dos profissionais de saúde na graduação e pós-graduação sobre a sexualidade do idoso, esse fato também foi observado em outros estudos^(5,24-25). Nas faculdades públicas de enfermagem do Estado de São Paulo, o currículo não apresenta disciplina específica para o ensino da sexualidade humana⁽²⁴⁾. Já nas faculdades médicas americanas e canadenses, durante todo o curso são dedicados ao ensino da sexualidade humana apenas 3 a 10 horas⁽²⁵⁾.

Nesse contexto, verifica-se, através da dimensão social da vulnerabilidade, que o processo saúde-doença é social e permeia aspectos educacionais, culturais, de políticas sociais, de gênero, traduzindo-se em fenômenos comportamentais. Já na dimensão programática, observamos o frágil acesso ao recurso e à rede de

proteção que levem os idosos a diminuição de exposição aos riscos, ou seja, constatamos como as instituições de saúde se portam diante das condições socialmente dadas de vulnerabilidade^(8,26).

Por ser um estudo qualitativo, há limitações com impossibilidade de inferências causais. Dessa forma, não se pode fazer generalização dos resultados para outros serviços de saúde, onde há profissionais que atendem os idosos.

Como contribuição às práticas de saúde, os resultados desse estudo oferecem subsídios para que enfermeiros e médicos, além de outros profissionais de saúde, repensem a sua abordagem durante os atendimentos à população idosa e desperte o interesse em incluir questões relacionadas à sexualidade humana, oferecendo abertura para o diálogo, sem julgamento, e possibilitando evidenciar as vulnerabilidades desse grupo de pessoas.

Acredita-se que a elaboração de um instrumento que seja capaz de evidenciar aspectos da vulnerabilidade individual, social e programática, que poderia ser aplicado pelo enfermeiro ou pelo médico durante a consulta com o idoso, facilitaria a avaliação das vulnerabilidades dos idosos em relação ao HIV/aids e também a possibilidade de levantar as necessidades individuais desses indivíduos e quando necessário solicitar a sorologia anti-HIV. Com isso, é possível colocar em prática o conceito de vulnerabilidade no cenário da atenção primária em saúde.

Apesar da existência de políticas públicas sedimentadas no cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids, observa-se que ainda há fragilidade no que diz respeito à saúde da população idosa. Há necessidade, através do Departamento de DST, aids e hepatites virais do Ministério da Saúde, que sejam elaboradas políticas públicas que incorporem a solicitação da sorologia anti-HIV no atendimento à pessoa idosa. No entanto, vale enfatizar que, enquanto as instituições de ensino não incorporarem a temática da sexualidade humana nos seus currículos, pouco avançaremos, pois os profissionais de saúde perdem a oportunidade de conhecer a vulnerabilidade ao HIV/aids da população idosa, quando deixam de perguntar questões referentes a sexualidade humana.

CONCLUSÃO

Foram encontrados motivos que podem levar ao diagnóstico tardio do HIV na população idosa. Entre eles, temos que o diagnóstico do HIV não acontece na atenção primária, pois os profissionais de saúde que nela atuam solicitam a sorologia anti-HIV apenas durante a Campanha "Fique Sabendo", ou para idosos viúvos, usuários de drogas e que relatam ter muitas parcerias; deixando de solicitar a sorologia para os idosos com relação estável. Outro motivo é que há profissionais de saúde que percebem os idosos como assexuados e não levantam questionamentos sobre a sexualidade humana. Além disso, os profissionais enfatizam que a diferença de idade e as questões de gênero dificultam ainda mais o diálogo entre eles e a população idosa.

Portanto, os mitos e preconceitos presentes no comportamento e nas ações cotidianas dos profissionais de saúde, que interferem no pensar e no agir, são refletidos no atendimento e resoluções de problemas da saúde dos idosos, tornando-os mais vulneráveis nesse processo. Na população idosa, essa situação se agrava, pois a lacuna entre gerações inibe

um diálogo mais amplo dos profissionais com essa população sobre questões relacionadas à sexualidade.

A superação de estereótipos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde em relação à sexualidade do idoso está

diretamente relacionada à melhoria da assistência prestada a essa parcela da população, que refletirá na elaboração de novas políticas públicas em busca da redução da vulnerabilidade, nesse caso, especificamente, em relação à infecção pelo HIV.

REFERÊNCIAS

- Lindau ST, Schumm P, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2007[cited 2016 Apr 24];357:762-74. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa067423>
- Nguyen N, Holodniy M. HIV infection in the elderly. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2008[cited 2016 Apr 24];3(3):453-72. Available from: <https://www.dovepress.com/hiv-infection-in-the-elderly-peer-reviewed-article-CIA>
- Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. [Aids in elderly: reports of patients]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010[cited 2015 Dec 14];14(4):712-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a09.pdf> Portuguese
- Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* [Internet]. 2004[cited 2016 May 14];21:528-36. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/21/5/528.full.pdf+html>
- Slinkard MS, Kazer MW. Older adults and HIV and STI screening: the patient perspective. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2011[cited 2016 Feb 02];32(5):341-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21839545>
- Nusbaum M, Singh A, Pyles A. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2004 [cited 2016 Feb 02];52:117-22. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2004.52020.x/pdf>
- Brañas F, Serra JA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009[cited 2016 Jan 22];44(3):149-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19443084>
- Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba (PR): Juruá; 2012. p.71-94.
- Santos CS, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Assessment of the reliability of the minimal state examination of the elderly and the association with socio-demographic variables. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2010[cited 2015 Jan 19];15(3):406-12. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v15n3/a02v15n3.pdf>
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília, 15 de outubro de 2009[cited 2016 Apr 29]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST-Aids. *Boletim Epidemiológico Aids – DST*. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2015 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>
- Mills EJ, Rammohan A, Awofeso N. Ageing faster with AIDS in Africa. *Lancet* [Internet]. 2011[cited 2015 May 16];377(9772):1131-3. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62180-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62180-0/abstract)
- Rabkin M, Kruk ME, El-Sadr WM. HIV, aging and continuity care: strengthening health systems to support services for non-communicable diseases in low-income countries. *AIDS* [Internet]. 2012[cited 2015 Aug 18];26:S77–S83. Available from: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2012/07311/HIV_aging_and_continuity_care__strengthening.9.aspx
- Liu H, Lin X, Xu Y, Chen S, Shi J, Morisky D. Emerging HIV epidemic among older adults in Nanning, China. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2012[cited 2016 Feb 02];26:565-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22984779>
- Centers for Disease Control and Prevention. *HIV Surveillance Report. Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas* [Internet]. 2014[cited 2015 Sep 20];26. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-us.pdf>
- Rodriguez-Penney AT, Iudicello JE, Riggs PK, Doyle K, Ellis RJ, Letendre SL, et al. Comorbidities in persons infected with HIV: increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2013[cited 2015 Feb 02];27:5-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305257>
- Holtzman C, Armon C, Tedaldi E, Chmiel JS, Buchacz K, Wood K, et al. Polypharmacy and risk of antiretroviral drug interactions among the aging HIV-infected population. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 15];28:1302–10. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2449-6>
- Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 18];309:1397–405. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1674212>
- Silva HR, Marreiros MOC, Figueiredo TS, Figueiredo MLF.

- Clinical and epidemiological characteristics of elderly patients with aids in a reference hospital, Teresina-PI, 1996 to 2009. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011[cited 2015 Nov 15];20(4):499-507. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a09.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 22. Ellman TM, Sexton ME, Warshafsky D, Sobieszczyk ME, Morrison EAB. A forgotten population: older adults with newly diagnosed hiv. *AIDS Patient Care and STDs* [Internet]. 2014[cited 2015 May 18];28(10):1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211596>
 23. Linley L, Prejean J, An Q, Chen M, Hall HI. Racial/ethnic disparities in HIV diagnoses among persons aged 50 years and older in 37 US States, 2005–2008. *Am J Public Health* [Internet]. 2012[cited 2015 May 18];102:1527–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22698035>
 24. Alencar RA, Ciosak SI, Bueno SMV. Training of academic nurses: the need to place in the curriculum of the subject of human sexuality. *Online Braz J Nursing* [Internet]. 2010[cited 2015 Aug 15];9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2991>.
 25. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res* [Internet]. 2003[cited 2016 Mar 15];15(Suppl5):S41-5. Available from: <http://www.nature.com/ijir/journal/v15/n5s/full/3901071a.html>
 26. Nichiata LYI, Bertilozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2008[cited 2015 Mar 18];16(5):1326-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/20.pdf>
-