

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS  
CURSO DE MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Tuany Chiappa de Lacerda

**SEXUALIDADE SAUDÁVEL:**  
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Santa Maria, RS  
2023

Tuany Chiappa de Lacerda

**SEXUALIDADE SAUDÁVEL:**  
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo de Oliveira Duarte

Santa Maria, RS  
2023

de Lacerda, Tuany Chiappa

Sexualidade Saudável: Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Estratégias de Saúde da Família / Tuany Chiappa de Lacerda.- 2023.

117 p.; 30 cm

Orientador: Gustavo de Oliveira Duarte

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Geomática, RS, 2023

1. Envelhecimento 2. Infecções Sexualmente

Transmissíveis 3. Sexualidade 4. Testagens Rápidas 5. Saúde I. Duarte, Gustavo de Oliveira II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo

autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, TUANY CHIAPPA DE LACERDA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Tuany Chiappa de Lacerda**

**SEXUALIDADE SAUDÁVEL:  
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovado em 08 de maio de 2023.

---

**Gustavo de Oliveira Duarte, Prof. Dr. (UFSM)**

---

**Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> (UFSM)**

---

**Aniê Coutinho de Oliveira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> (UFPeL)**

Santa Maria, RS

2023

Filhos não roubam nossos sonhos. Eles nos ensinam da melhor forma como conquistá-los.  
Dedico esta monografia a meu filho Pietro!

## AGRADECIMENTO

*‘O ato de agradecer tem o poder de transformar as nossas vidas. Permitir que a gratidão preencha seu coração é a melhor maneira para alcançar a plenitude de uma vida feliz, independente das circunstâncias. Por isso, seja grato hoje, amanhã e sempre!’*

Por muitas vezes e momentos, pensei que este dia não chegaria, o momento de escrever os agradecimentos da minha dissertação de Mestrado em Gerontologia na Universidade Federal de Santa Maria. Foram tantos percalços, tantas barreiras até o último momento, mas cada dificuldade sempre me fez construir-me mais forte e persistir ainda mais, e neste momento não seria diferente.

Quero agradecer primeiramente a Deus, nosso Senhor Jesus Cristo, pois acreditem, eu uma pessoa que era muito cética, que tinha a fé abalada e até mesmo questionada em muitos momentos da minha vida, vi neste momento a minha fé se fortalecendo e me dando suporte para chegar aqui.

São tantas pessoas que eu quero agradecer, que talvez falte páginas nesta dissertação. Primeiro ao meu querido Orientador Prof. Dr. Gustavo Duarte, que me aceitou antes mesmo de me conhecer, que aceitou aquele e-mail despretensioso, querendo saber se a temática que eu pensava se enquadraria na sua linha de pesquisa. Ele literalmente me pegou pela mão em todo o processo, principalmente agora ao final, foi além de um orientador, professor, um amigo, me dando coragem e me fortalecendo nos momentos de desespero e cansaço.

A minha querida amiga (pois posso sim chamá-la assim) Prof<sup>o</sup> Kayla A X A Palma, que foi e é um anjo na minha vida, ela sem me conhecer, no meio de tantas pessoas que falaram coisas indevidas de mim, ela acreditou e me aceitou num projeto de extensão no tempo de graduação, e foi este projeto que me fez amar a Gerontologia, e querer seguir esta carreira. Obrigada por acreditar em mim, obrigada por me fortalecer com seu carinho e amizade, a senhora me salvou, salvou a minha carreira e meus dias mais turbulentos.

Queria também agradecer a todas as pessoas, que de alguma forma não acreditaram em mim, que me deixaram de lado, que me rotularam, são graças a estas pessoas que eu estou aqui, defendendo meu mestrado e que Deus quiser me tornando uma Mestre. Foi com estas pessoas que eu aprendi a ter mais empatia pelo

próximo, a julgar menos e a acreditar mais no potencial das pessoas. Meu muito obrigado!

Obrigada aos meus colegas da ESF Bela União, principalmente ao Médico Mateus Denardin, por ter me apoiado na escolha da temática do projeto de Mestrado, por ter me incentivado e me lembrado sempre que eu era capaz. Se eu me tornar metade do profissional que você é, eu serei muito feliz.

Obrigado ao meu esposo Luan Baptista, por todo apoio neste processo, muitas vezes contrariado, deixando de pensar nele mesmo, para que eu pudesse finalizar. Sei que nossa relação já teve muitos altos e baixos, mas saiba que sou muito grata por ter você na minha vida e nos meus dias.

Obrigado ao meu filho Pietro Baptista, você chegou de uma maneira bem assustadora, no meio do processo de Mestrado, sem planejamento da minha parte e de teu pai, mas tu és a melhor coisa que me aconteceu na vida, graças a ti meu filho eu quero me tornar uma pessoa melhor todos os dias, quero crescer, quero lhe dar os melhores exemplos e que você tenha muito orgulho da tua mãe. Cada palavra escrita aqui, é para você meu filho.

Obrigada a minha mãe, Rosane Chiappa, por todo apoio, por cuidar do meu filho muitas e muitas vezes para que eu pudesse terminar este projeto, por me incentivar nos momentos que eu pensei sim, em desistir, você é uma guerreira, você é a mulher que eu mais admiro nesta vida, obrigada por me dar o exemplo de luta e de não desistir jamais daquilo que eu quero.

Obrigada a minha vó, Cezarina Chiappa, mulher guerreira, a pessoa que mais vibra e torce por cada conquista minha, a menor que seja, ela está sempre ao meu lado, nossa conexão vem de outras vidas, metade de mim é a senhora, muito obrigada por ser essa pessoa maravilhosa comigo.

O meu agradecimento a minha amiga e irmã de coração Diuly Bortoluzzi, que sempre me apoiou, me sanou as dúvidas, sempre esteve ao meu lado, você é um presente na minha vida, como digo, nascemos de mães separadas, mas somos irmãs para vida toda!

Enfim, obrigado a todos que de alguma forma contribuíram para eu chegar até aqui, minhas conquistas jamais serão apenas minhas, sempre serão nossas!

*'Vivemos em uma cultura obcecada pela juventude que está constantemente tentando nos dizer que, se não somos jovens, e não estamos brilhando, e não somos gostosos, não importamos. Eu me recuso a deixar que um sistema ou uma cultura ou uma visão distorcida da realidade me digam que eu não sou importante. Eu sei que só sabendo quem é o que você é, você pode começar a aproveitar a plenitude da vida. Todos os anos devem nos ensinar uma lição valiosa. Se você entende a lição, realmente depende só de você'.*

*(Oprah Winfrey)*



## RESUMO

### **SEXUALIDADE SAUDÁVEL NO ENVELHECIMENTO: PREVISÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

AUTORA: Tuany Chiappa de Lacerda  
ORIENTADOR: Gustavo de Oliveira Duarte, Prof. Dr.

A sexualidade na terceira idade ainda se caracteriza como um assunto delicado e de complexa abordagem, acarretando na dificuldade da promoção de saúde de idosos no sentido de propiciar uma melhor qualidade de vida e bem-estar e uma questão de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). O objetivo do estudo foi analisar as testagens rápidas de infecções sexualmente transmissíveis em idosos nas estratégias de saúde da família de uma cidade do Rio Grande do Sul. O método utilizado foi uma análise documental dos relatórios mensais emitidos pela Estratégia de Saúde da Família com os dados das testagens rápidas de IST em idosos no período de 2020 a abril de 2023. Ao final foram analisadas 153 testagens rápidas de IST em pessoas acima de 60 anos. Percebeu-se com o estudo que o principal fator associado à transmissão de IST em idosos está na desinformação por parte deste público e dos profissionais de saúde, associado aos aspectos culturais e preconceitos estabelecidos pela sociedade brasileira, gaúcha. Conclui-se que os aspectos culturais e a desinformação sobre a sexualidade na terceira idade contribuem para práticas sexuais inseguras e para o aumento da transmissão de IST em idosos. Por este motivo, é necessário que as políticas públicas, principalmente da atenção primária em saúde, englobam o público idoso na criação de estratégias de saúde, prevenção e promoção de práticas sexuais seguras e saudáveis.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Sexualidade; Testagens Rápidas; Saúde.

## **ABSTRACT**

### **HEALTHY SEXUALITY IN AGING: PREDICTING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN A FAMILY HEALTH STRATEGY**

AUTHOR: Tuany Chiappa de Lacerda  
SUPERVISOR: Gustavo de Oliveira Duarte, Prof. Doctor.

Sexuality in old age is still characterized as a delicate subject with a complex approach, resulting in the difficulty of promoting the health of the elderly in order to provide a better quality of life and well-being and a matter of preventing sexually transmitted infections (STIs). ). The objective of the study was to analyze the rapid testing of sexually transmitted infections in the elderly in the family health strategies of a city in Rio Grande do Sul. The method used was a document analysis of the monthly reports issued by the Family Health Strategy with data from rapid STI testing in the elderly from 2020 to April 2023. In the end, 153 rapid STI tests were analyzed in people over 60 years. It was noticed with the study that the main factor associated with the transmission of STIs in the elderly is the lack of information on the part of this public and health professionals, associated with cultural aspects and prejudices established by Brazilian society, from Rio Grande do Sul. It is concluded that cultural aspects and misinformation about sexuality in old age contribute to unsafe sexual practices and to the increase in transmission of STIs in the elderly. For this reason, it is necessary that public policies, especially in primary health care, include the elderly public in the creation of health strategies, prevention and promotion of safe and healthy sexual practices.

**Keywords:** Aging; Sexually Transmitted Infections; Sexuality; Quick Tests; Health.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Pirâmide etária em um país desenvolvido.....	33
FIGURA 02: Distribuição dos 10 distritos da cidade de Santa Maria.....	49
FIGURA 03: Localização dos 41 bairros da cidade de Santa Maria/RS.....	49
FIGURA 04: Mapa das regiões urbanas da Cidade de Santa Maria/RS.....	50
FIGURA 5: História natural do HIV/AIDS. (Fonte: Brasil, 2018).....	67
FIGURA 06: Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil 2011 a 2021.....	69
FIGURA 07: Taxa de detecção HIV/AIDS (por 100.000 hab) segundo faixa etária e sexo. Brasil 2011 a 2021.....	69
FIGURA 08: Taxa de detecção de HIV/AIDS (por 100.000 hab) em homens, segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021.....	70
FIGURA 09: Taxa de detecção de HIV/AIDS por 100 mil habitantes em mulheres, segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021.....	70
FIGURA 10: Taxa de detecção de casos de Hepatite B (por 100.000 hab) por faixa etária de 2011 a 2021.....	74
FIGURA 11: Taxa de detecção de Hepatite B por 100.000hab, segundo faixa etária e sexo no Brasil do ano de 2011 a 2021.....	74
FIGURA 12: Taxa de detecção de casos com hepatite C, por 100 mil hab, segundo faixa etária no Brasil no ano de 2021.....	75
FIGURA 13: Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100 mil hab segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021.....	77
FIGURA 14: Mandala da prevenção combinada.....	77
FIGURA 15: Etapas operacionais de análise dos dados.....	85
FIGURA 16: Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025 do Município de Santa Maria/RS.....	93
FIGURA 17: Mapa com destaque do Município de Santa Maria/RS.....	96
FIGURA 18: Mapa da Divisão das Regiões Administrativas de Santa Maria/RS.....	97
FIGURA 19: População da área urbana e rural de Santa Maria/RS.....	97
FIGURA 20: População estimada por sexo na cidade de Santa Maria/RS.....	98

FIGURA 21: População Segundo Faixa etária no município de Santa Maria/RS.....98

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Estratégias de Saúde da Família que compõem o Município de Santa Maria/RS. Em destaque as ESF que a pesquisa será realizada.....	51
Tabela 02: Principais sinais e sintomas da infecção aguda do vírus da imunodeficiência humana.....	68
Tabela 03: Perfil sócio-bio-demográfico dos idosos atendidos.....	87
Tabela 04: Faixa etária de mulheres na análise documental.....	87
Tabela 05: Faixa etária de homens na análise documental.....	88
Tabela 06: Descritores de testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis dividido por ano de testagem em usuários acima de 60 anos.....	88
Tabela 07: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2020.....	88
Tabela 08: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2021.....	89
Tabela 09: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2022.....	89
Tabela 10: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos até abril do ano de 2023.....	89
Tabela 11: testagens rápidas para IST em homens acima dos 60 anos no ano de 2020.....	90
Tabela 12: testagens rápidas para IST em homens acima de 60 anos no ano de 2021.....	90
Tabela 13: testagens rápidas para IST em homens acima dos 60 anos no ano de 2022.....	90
Tabela 14: testagens rápidas para IST em homens acima de 60 anos até abril do ano de 2023.....	90
Tabela 15: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos no ano de 2020.....	91
Tabela 16: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos no ano de 2021.....	91

Tabela 17: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima dos 60 anos no ano de 2022.....	91
Tabela 18: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos até abril do ano de 2023.....	91
Tabela 19: Descritor de sexo pelos resultados de infecções sexualmente transmissíveis nos quatro anos analisados.....	92
Tabela 20: Relatório Mensal emitido pela Política de Saúde do Idoso, do ano de 2020.....	92

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	16
<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1 PESQUISAR GERONTOLOGIA, SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: SITUANDO A PESQUISA E A PESQUISADORA.....	17
CAPÍTULO 2.....	22
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
CAPÍTULO 3.....	27
<b>3. O ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>28</b>
3.1 O MUNDO ESTÁ ENVELHECENDO.....	32
3.2 TRANSIÇÕES EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL.....	35
3.3 ENVELHECER SAUDÁVEL NÃO SIGNIFICA NÃO TER DOENÇAS.....	36
3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENVELHECIMENTO.....	41
CAPÍTULO 4.....	44
<b>4. A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>44</b>
4.1 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SANTA MARIA/RS.....	47
CAPÍTULO 5.....	56
<b>5. SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>56</b>
5.1 HISTÓRIA DA SEXUALIDADE.....	56
5.2 IDOSOS TAMBÉM TRANSAM.....	57
5.3 TENHO QUALIDADE DE VIDA MESMO SEM TRANSAR?.....	62
CAPÍTULO 6.....	64
<b>6. AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....</b>	<b>64</b>
6.1 INFECÇÕES PELO HIV/AIDS NO BRASIL.....	66
6.2 HEPATITES VIRAIS.....	72
6.3 A SÍFILIS.....	75
6.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO ÀS IST.....	77
CAPÍTULO 7.....	80
<b>7. METODOLOGIA.....</b>	<b>80</b>

7.1 INSTRUMENTO.....	81
7.2 DELINEAMENTO.....	82
7.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM.....	82
7.4 LOCAL DE ESTUDO.....	82
7.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	83
7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	83
7.7 CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS.....	83
7.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	84
7.9 ANÁLISE DE DADOS.....	84
CAPÍTULO 8.....	86
<b>8. RESULTADOS.....</b>	<b>87</b>
8.1 PERFIL BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	87
CAPÍTULO 9.....	95
<b>9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
CAPÍTULO 10.....	103
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>





## **1. APRESENTAÇÃO**

### **1.1 PESQUISAR GERONTOLOGIA, SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: SITUANDO A PESQUISA E A PESQUISADORA**

Desde meu ingresso na Universidade Federal de Santa Maria, no curso de Terapia Ocupacional no ano de 2011, me deparei com diversas adversidades e questões da minha carreira. Por muito tempo, me questionei o motivo de estar escolhendo ser Terapeuta Ocupacional e por qual área iria me especializar.

Minha trajetória profissional está ligada diretamente às minhas origens, uma vez que minha mãe é Educadora Especial, me lembro de acompanhá-la muitas vezes no trabalho na APAE do município e de ficar em sala de aula observando o seu cuidado e dedicação com o próximo. Minha formação educacional se deu toda em escola pública, o que de certa forma me exigiu maior dedicação aos estudos e a superação de desafios. Desde muito pequena, minha mãe me incentivou a estudar, a apreciar a leitura e a escrita, ela conta orgulhosa que fui alfabetizada aos 4 anos de idade e que meus brinquedos favoritos eram os livrinhos de história infantil. Desta forma, ingressei aos estudos infantis com certa vantagem de meus colegas, o que também me proporcionou uma educação humanizadora, pelo qual ajudava e orientava meus colegas, como ajudante da professora na aula.

No ensino médio, realizei através da escola, o chamado 'teste vocacional', ao qual apontou algumas áreas, mas na sua grande maioria da saúde. Com a chegada do vestibular, realizei 3 provas para a graduação em Enfermagem, com a reprovação, realizei o vestibular EAD para Pedagogia da Universidade Federal de Santa Maria, pelo qual obtive aprovação e cursei quatro semestres, me dedicando a profissão, mas algo faltava, senti que por mais digna que fosse me tornar professora não se enquadrava na minha vocação profissional.

No ano de 2010, comecei a trabalhar numa empresa privada do ramo da saúde como auxiliar administrativo júnior, pelo qual em uma conversa com uma médica infectologista, a mesma me falou da profissão de Terapeuta Ocupacional. Em 2011 prestei meu último vestibular, pelo qual fui aprovada em 3º lugar na graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria, sendo que já havia percorrido um caminho na graduação anterior, com esta mudança muito do esforço ficou para trás, mas, no entanto, me impulsionou a seguir em frente.

Me deparei primeiramente com a reabilitação física, pelo qual eu me apaixonei, participei de diversos projetos de extensão nesta área, mas mesmo assim sentia que algo me faltava, para dizer que aquela seria a minha carreira a ser seguida.

No ano de 2014 fui convidada a trabalhar como Orientadora Social no Centro de Referência da Assistência Social de Santa Maria/RS, devido a questões me afastei da graduação para seguir as atividades laborais. Ressalto que estava com dúvidas dentre minha profissão, acreditando que a realização profissional viria através da Graduação em Fisioterapia, já que a mesma trabalha com reabilitação de uma forma direta e objetiva. Minha atuação como Orientadora Social do Município ocorreu por quase 2 anos, entre relatórios e visitas domiciliares para o Ministério Público, criei um grupo de idosos com o objetivo de estimulação cognitiva e física, chamado Dançaterapia. Manifesto-me dizendo que o Grupo se tornou meu 'ponto alto' da semana, entre fiscalizações, abusos e vulnerabilidade social.

Com o passar dos anos de graduação, tive a honra de participar de um projeto de extensão voltado à área da gerontologia, onde pude na vivência de campo me apaixonar pelos idosos, pelas suas experiências de vida e seu conhecimento. Foi a partir do estudo da Gerontologia que passei a criticar e refletir sobre o papel atual dos idosos na nossa sociedade, de como o envelhecimento saudável está além da inexistência de doenças crônicas existentes e que estão mais ativos sexualmente.

Dentro ou fora da educação, a partir de reflexões críticas da história da educação (LOURO, 1999), pude perceber a relação de conhecimento e interesse, que nos permite perceber a construção de regras e da história de vida através de normas sociais, assim como articulá-las aos modos de condução e controle da vida (DUARTE, 2013). Pude perceber de forma mais concreta algumas destas experiências e cobranças sociais no momento em que ingressei como servidora pública numa Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria/RS.

É importante ressaltar que durante todo o meu processo formativo, ou melhor, durante toda construção da minha história de vida, sempre questioneei a minha formação como Terapeuta Ocupacional, pois sou ciente de que meu curso de origem não me preparava para atuar especificamente numa área. Terapeutas Ocupacionais, precisamos aprender com o 'carro em movimento', que nós formamos enquanto formamos novos profissionais.

Em 2020, conquistei o tão sonhado diploma em Terapia Ocupacional, neste período fui convocada para tomar posse no Concurso da Prefeitura Municipal de

Santa Maria, que realizei no ano de 2016, para o Cargo de Agente Comunitário de Saúde da Família. Com esse novo cargo, os desafios voltaram a fazer parte do meu dia-a-dia. Comecei a atuar na Estratégia de Saúde da Família Bela União, que fica localizada no bairro Caturrita, região norte de Santa Maria. Um dos atributos do meu cargo é mapear minha microárea de atuação, através de uma busca ativa, para poder reconhecer o perfil sociodemográfico da população que ali reside, e com grande satisfação fui agraciada com uma população na sua maioria de idosos/as.

Através da vivência no território, atuando numa ESF, compartilhando de saberes da graduação e com a realidade socioeconômica e social inserida, pude questionar-me do porque os idosos eram diminuídos a ponto de sujeitos portadores de doenças crônicas e não de sujeitos ativos e questionados acerca da sua sexualidade, da sua Vicência com o próprio corpo e do conhecimento acerca do sexo em risco sem uso de métodos de barreira.

Diante disso resolvi conciliar o sonho em ingressar no Mestrado de Gerontologia com minha atual função laboral, e dentre os diversos achados que me instigaram, estava a baixa testagem de idosos para o HIV/AIDS, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais.

A temática desta pesquisa foi constituída a partir dos meus questionamentos acerca dos indicadores que devem ser atingidos pela Atenção Primária, pelo qual a Política do Idoso estabelece que apenas 1% da população total idosa no município seja testada para Infecções Sexualmente Transmissíveis e porque em alguns momentos estes indicadores não são cumpridos, assim como a Política de HIV/AIDS, IST e Hepatites Virais não cobram em seus relatórios mensais que as unidades de saúde quantifiquem o número de testagens rápidas em idosos.

Em primeiro momento a pesquisa seria realizada através de uma entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde de três estratégias de saúde da família de Santa Maria/RS, para poder entender por qual motivo os profissionais de saúde não incluíam nas consultas e acolhimentos a abordagem sobre a sexualidade do idoso e a oferta de testes rápidos especificamente para este público, assim como articular com os relatórios de testagens rápidas no período de 2020 a 2023.

Devido a alguns contratemplos que ocorreram no decorrer da pós-graduação, a pesquisa foi redefinida para apenas uma Estratégia de Saúde da Família e uma análise quantitativa dos relatórios de testagens rápidas no período de 2020 a 2023 articulada com bibliografias da temática escolhida.

A presente pesquisa se divide da seguinte forma, na primeira parte da dissertação apresento a minha trajetória e a relação com o tema proposto e a contextualização com a literatura. Na segunda parte apresento a metodologia utilizada e os dados obtidos através dos relatórios emitidos pela ESF no período de 2020 a 2023/1, com foco nas testagens rápidas em usuários acima dos 60 anos. E na parte final busco compreender e analisar os dados sobre as possibilidades de poucas testagens rápidas em idosos comparadas aos demais públicos problematizando os resultados.

Esta dissertação de Mestrado insere-se, através da sua temática, na linha de Pesquisa: Sociedade, Envelhecimento e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação do Professor Doutor Gustavo de Oliveira Duarte. A dissertação apresentada tem como tema de pesquisa: 'Sexualidade Saudável no Envelhecimento: Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis em Estratégias de Saúde da Família.

Escolhemos esta temática, por entendermos que precisamos identificar quais são os processos faltantes na Atenção Básica do Município de Santa Maria de testagem rápida de Infecções Sexualmente Transmissíveis por parte dos idosos nas Estratégias de Saúde da Família, quais fatores colaboram para a baixa testagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis e como estes articulam com os saberes específicos dos profissionais de saúde que são habilitados para a realização desta testagem nestas unidades. Consideramos importante este estudo, uma vez que a testagem rápida das Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos faz parte dos indicadores da Política do Idoso do Município, mas que anualmente apresentam-se numa percentagem insignificante perante a atual realidade da população idosa.

No ano de 2019 foram testados apenas 1% da população total de idosos na cidade de Santa Maria/RS e no ano de 2020 a estimativa era que fosse testado apenas 2% da população total e no ano de 2021 cerca de 3% da população total de idosos que soma cerca de 1080 idosos/as, o que nos leva a questionar a baixa testagem, visto que sabemos que os idosos se encontram ativos sexualmente e com uma sobrevida maior.

Somado a este entendimento, podemos compreender que quando falamos em Gerontologia, primeiramente podemos associar a doenças crônicas, fragilidade, doenças degenerativas e até mesmo quedas, mas pouco se discute sobre a

sexualidade do idoso. Uma vez que os cursos de Terapia Ocupacional voltados a Gerontologia, não preparam profissionais para atuarem na demanda da sexualidade, os cursos em sua maioria estão focados em atender à demanda existente no mercado de trabalho por mão de obra qualificada, mas precisamos levar em consideração a importância de uma visão ampliada e sem preconceito acerca da sexualidade dos idosos. Neste contexto, o tem proposto ganha um aspecto relevante na sua contribuição para a formação de Terapeutas Ocupacionais e profissionais que irão atuar na área de Gerontologia.

Afirmo, que esta dissertação de mestrado não vai responder apenas a uma questão de pesquisa, vai me possibilitar entender o processo formativo do profissional especializado em gerontologia, como ocorre o seu desenvolvimento profissional e a interlocução dos saberes da ciência da saúde com a ciência educacional. Permitindo-me também entender que continuo sendo uma Terapeuta Ocupacional, mas acima de tudo futura Mestre em Gerontologia.



## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os estudos sobre a sexualidade dos idosos e das Infecções Sexualmente Transmissíveis que podem acometer esta faixa etária são escassos e limitam-se muitas vezes a uma abordagem médico-terapêutica que aborda as questões a partir de percepções patológicas de doenças crônicas e distúrbios fisiológicos. De um modo geral, podemos dizer que ignoram os aspectos subjetivos, psicológicos, sociais e culturais que agem nas vivências sexuais dos idosos (MARTINS, 2012).

Mesmo na sociedade em que vivemos, existem muitos mitos e concepções erradas sobre a sexualidade no envelhecimento, que acarretam em prejuízos significativos para a sexualidade dos idosos e sua qualidade de vida. Um tabu que enfrentamos é que não existe sexualidade nesta faixa etária, como se os idosos fossem seres assexuados ao chegar na velhice, que se trata de algo anormal idosos terem interesse pelo sexo e normal que os homens procurem por mulheres mais jovens que eles (PERRY & POTTER, 2005). Apesar do foco desta dissertação não ser questão de gênero, entende-se que, principalmente para o sexo feminino idoso, a sexualidade é pouco abordada e até menos permissivo.

A sexualidade trata-se de um processo natural do corpo humano, fisiológico, emocional do sujeito e que se manifesta de forma subjetiva nas diferentes fases do desenvolvimento humano. Através da sexualidade pode-se obter prazer, o bem-estar, a valorização da autoestima, relações íntimas, pelo qual se compartilha não apenas desejos, mas carinhos com outras pessoas, criando laços de união (SOUTTO & ALMEIDA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007), através da sexualidade motivamos o amor, o contato, ternura e intimidade, podendo ser sensual e sexual. Através da sexualidade influenciemos nossos pensamentos, a saúde física e mental do sujeito. Por isso a sexualidade é tão importante para a qualidade de vida. Rodrigues (2008), reconhece a sexualidade como qualidade de vida, onde a primeira pode ser considerada o pilar da segunda, sendo um componente primordial para a manutenção da qualidade de vida e bem-estar.

Enquanto seres humanos estamos em processo constante de mudanças, crescemos, tornando-nos cada vez mais nós mesmos (MENDONÇA e INGOLD, 2006).

A expressão da sexualidade na terceira idade ocorre de forma subjetiva em cada sujeito, à medida que chega o envelhecimento acaba apresentando mudanças nas



suas vivências sexuais. Na terceira idade a sexualidade acaba focando mais na intimidade, admiração, companhia (ROUCO, GONZALES, CARVALHO & SANCHEZ, 2009).

Quando o envelhecimento se acentua, o sujeito não perde sua sexualidade, mas sim ela se transforma, podendo ser apreciada e vivenciada em sua totalidade (FÁVERO & BARBOSA, 2011). A sexualidade enriquece as relações humanas através da cumplicidade, do exercício da afetividade, das trocas, dos prazeres.

Quando refletimos acerca da sexualidade da pessoa idosa estamos falando tematizando sobre algo simples e ao mesmo tempo complexo, pois o corpo está envelhecendo assim como sua anatomia e fisiologia, mas a dimensão emocional, a capacidade de amar e de se relacionar pode continuar até o fim da vida. Por isso, na terceira idade, muitas vezes as carícias e o companheirismo podem ter mais valor que o ato sexual (MOURA, LEITE e HILDEBRANDT, 2008). Os autores ainda ressaltam que a sexualidade também pode significar, na terceira idade, a relação sexual, pois a pessoa idosa permanece com desejos semelhantes aos mais jovens, mas com algumas limitações pelas alterações fisiológicas do corpo humano. Mas conseguem desta forma, descobrir outros prazeres, se adaptando às condições de um novo modo de viver e de se relacionar.

A sociedade ainda possui uma visão bastante limitada com a sexualidade na terceira idade, pensando no idoso como um ser assexuado, cheio de renúncias, pela qual o idoso deve prestar seu tempo a desempenhar o papel de avô e avó, esquecendo seus desejos e vontades (ALMEIDA, L.A. e PATRIOTA, 2009).

Diante de tantos preconceitos por parte da sociedade, na dificuldade em lidar com as questões da sexualidade na terceira idade, os idosos são remetidos a normas e comportamentos dos séculos anteriores. E desta forma, por terem sofrido tanta repressão e vigilância, hoje manifestam dificuldades em falar sobre sexualidade e isso pode interferir em dúvidas, tabus e na disseminação das infecções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária.

Muitas vezes os idosos sentem vergonha e até mesmo culpa por sentirem desejo, diante da pressão sociocultural, sentindo-se muitas vezes 'anormais' pela vontade de expressar sua sexualidade (FÁVERO & BARBOSA, 2011). Pois ainda a sociedade vê a pessoa idosa como alguém sem atração, sem atrativos, frágil e no fim da vida. Isto está muito ligado ao culto dos corpos perfeitos, esculpidos de anabolizantes em academias e a eterna juventude (RODRIGUES, 2008).

Assim, ao cultivarmos na sociedade a busca pelo corpo eterno jovem e esculpido, cheio de estereótipos, auxilia ainda mais na construção de crenças, tabus sobre o envelhecimento, onde estabelecem de forma direta que os idosos são incapazes de vivenciar a sua sexualidade na velhice (BERNARDINO, 2011). Tudo isso acaba acarretando na manutenção dos preconceitos e estagnações das atividades sexuais dos idosos, acarretando prejuízos na qualidade de vida destas pessoas. Desta forma, é de extrema importância, desmistificar estes tabus, para que eles não desacreditem dos seus potenciais e suas capacidades.

Um estudo realizado no ano de 2005, apresentou que um dos aspectos mais relevantes para a negatividade da sexualidade dos idosos está na sua família. Uma vez que eles vivem muitas vezes em residências com mais pessoas, acabam por não ter a privacidade necessária para poderem expressar sua sexualidade (CATUSSO, 2005). Muitas vezes a família e os filhos são os primeiros a negar a sexualidade dos idosos, interpretando como algo errado, como se eles estivessem querendo ser jovens ou como um sinal de demência (RIBEIRO, 2002).

Nossa sociedade brasileira, conservadora, acaba por criar padrões limitantes da sexualidade humana, como se mesma só existisse no período da puberdade até o início da maturidade, e fosse extinguida no envelhecimento, de modo a acarretar em perda de qualidade de vida dos idosos por sofrerem com este preconceito (BERNARDINO, 2011).

Levando-se em consideração toda a complexidade da sexualidade no envelhecimento e das consequências que elas acarretam, principalmente pela falta de informações sobre os métodos de prevenção os quais se desdobram na disseminação das infecções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária. A abrangência e a escassez de estudos a respeito desta temática aqui abordada, justifica a necessidade de investigar sobre a sexualidade dos idosos e das infecções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, visto que representa um elemento fundamental para que se tenha uma melhor qualidade de vida dos sujeitos e da própria saúde coletiva.

Diante do exposto a presente dissertação foi desenvolvida, visando atender aos seguintes objetivos:

## 2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o percentual de testagens rápidas para Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos em uma Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria/RS e sua relação com o envelhecimento saudável.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qual sexo e faixa etária tem maior prevalência nas testagens rápidas.
- Investigar quais infecções sexualmente transmissíveis são mais detectadas.
- Investigar se os profissionais de saúde ofertam estas testagens rápidas assim como se a gestão em saúde está promovendo educação em saúde sobre sexualidade no envelhecimento.

Para alcançar os objetivos expostos se utilizou das seguintes questões norteadoras:

- Os idosos continuam exercendo sua sexualidade após os 60 anos?
- Os profissionais de saúde estão preparados para abordar sobre a temática de sexualidade com os idosos na atenção primária?
- As ofertas de testagens rápidas para as infecções sexualmente transmissíveis são devido ao conhecimento da sexualidade ativa dos idosos?
- Por qual motivo se tem um baixo indicador de testagens rápidas em idosos por parte da gestão municipal da cidade de Santa Maria/RS?

**3. O ENVELHECIMENTO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2017) apresentam a definição de idosos como aqueles que se encaixam na faixa etária

igual ou superior a 60 anos de idade em países em desenvolvimento, como o Brasil e igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos, assim como consideram o envelhecimento como um processo natural e individual de cada sujeito (PEDROZA, 2013). Estudos indicam que a população idosa sofrerá um aumento, continuamente, aproximando-se de 30% da população total brasileira no ano de 2050, pelo qual irá corresponder a cerca de 67 milhões de pessoas (IBGE, 2016).

No Brasil a população de idosos vem aumentando de maneira bastante significativa nos últimos anos, a qual se trata de um grande desafio a ser enfrentado, acredita-se que em 2025 o Brasil terá 15% da população total acima de 60 anos e será o 6º país em número maior de idosos (AREOSA, 2012).

Atualmente, no Brasil, aconteceu um aumento da expectativa de vida. No ano de 1990 a expectativa era de 66,5 anos de idade, em 2006 este valor passou a ser de 71,7 anos de idade, em ambos os sexos, apesar de se constarem diferenças regionais e de gênero para estes dados estatísticos serem fidedignos, em decorrência, das desigualdades sociais que são evidentes em países que se encontram em desenvolvimento. Segundo o IBGE, no ano de 2010, a população brasileira é de 11% de idosos (CUNHA, 2015).

O Brasil está passando por mudanças na sua dinâmica demográfica, com a queda da fecundidade e diminuição da mortalidade. Segundo IBGE (2010), existe uma diferença entre o número de homens e mulheres na terceira idade, sendo os de sexo masculino somando um total de 9.156.112 e do sexo feminino 11.434.487. Os valores absolutos desses números são de 5% e 6% da população total brasileira, respectivamente. No Rio Grande do Sul, temos cerca de 13,6% da população na faixa etária acima dos 60 anos, sendo Porto Alegre a capital com maior percentual de idosos, o que equivale a 15,04% (IBGE,2010).

Conseqüentemente percebemos o envelhecimento populacional, o qual está caracterizado pelo aumento da expectativa de vida da população e a diminuição da fecundidade, fatos estes que proporcionam uma transição demográfica que conseqüentemente ocasiona na transformação na vida cotidiana destes idosos em diferentes aspectos. Percebe-se várias mudanças de forma concreta nestas transformações, pela qual é necessária uma constante revisão das necessidades desta população. Entre elas as manifestações acerca da sexualidade dos idosos (BASTOS, 2012).

A sexualidade da população idosa configura-se um assunto bastante delicado e de difícil abordagem principalmente com os profissionais de saúde, por ser uma temática ainda pouco discutida na sociedade e, conseqüentemente, no âmbito acadêmico, quanto pela falta de preparação dos profissionais de saúde, dos familiares e dos próprios idosos. Tal comportamento, bastante restritivo, ocorre devido a atenção à saúde não ser realizada na integralidade do sujeito e no conceito ampliado de saúde, mas sim, atuando com enfoque principal na queixa ou na doença, principalmente as doenças crônicas, o que acaba não permitindo por uma prevenção de agravos comuns nessa faixa etária e não efetivam a promoção de saúde dos idosos, com o sentido de garantir uma melhor qualidade de vida e bem-estar (CUNHA, 2015).

Podemos destacar duas estudiosas com referência na área de gerontologia: Anita Liberalesso Neri, que atua com a contemporaneidade em Psicologia e Sociologia e Guita Grin Debert, que atua com a antropologia sobre as experiências do processo de envelhecimento. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa, até a década de sessenta do século XX, as pesquisas apontavam para que se mostrara comum na experiência do envelhecimento, uma certa homogeneidade no envelhecimento (DUARTE, 2013).

Qualidade de vida consiste no domínio dos recursos necessários à satisfação das necessidades e desejos individuais de cada sujeito, participando em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto realização pessoal e uma comparação satisfatória entre si e outros (JOHNSON, 1988), mas está diretamente relacionada à satisfação das necessidades, as carências e desejos de cada sujeito, inclusive da sexualidade (VIANA, MADRUGA, 2008).

Uma questão bastante importante é o fato da população idosa está cada dia mais ativa, participante da sociedade que vive, e descobrindo que mesmo acima dos 60 anos de idade é possível se aproveitar a vida e o corpo, com suas diferentes dimensões, precisa ser discutido, uma vez que praticam atividade física, realizam atividades culturais e de lazer. Com a mudança dos comportamentos sociais e da implementação do estilo de vida saudável, muitos idosos chegam a uma idade avançada com condições de vida excelentes, pelo qual permitem que a sua sexualidade continue ativa. Segundo Laurentino (2006), o envelhecimento pode provocar modificações físicas e emocionais importantes no sujeito, porém, seus sentimentos e as suas sensações não sofrem deterioração, assim como a parte biológica, podendo viver a sua sexualidade até o fim da vida.

Os avanços que percebemos na saúde e na qualidade de vida dos idosos, os medicamentos atuais que atuam no desempenho sexual, as inovações na área de reposição hormonal, proporcionaram um aumento da frequência das relações sexuais entre os idosos. O que tem contribuído para uma percepção do aumento da incidência e prevalência das infecções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária. As infecções sexualmente transmissíveis (IST), principalmente a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que antigamente havia uma maior incidência entre os homossexuais masculinos, mudou seu perfil, cometendo hoje heterossexuais, jovens e idosos.

Ao percebermos o processo de envelhecimento populacional como algo social e cultural que está diretamente associado a processos biológicos universais e quando ocorre um desequilíbrio de qualquer uma das partes acaba por resultar em doenças mentais e físicas para esta população. Entre elas podem citar as doenças infecto parasitárias (DIP), que têm tido um importante papel na transição epidemiológica brasileira.

Com base neste contexto, este trabalho abordará sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) na população idosa e sobre as testagens rápidas nesta faixa etária, visto que isso pode causar um impacto em saúde pública de extrema importância.

Os dados obtidos do ano de 2015 (BRASIL, 2017), apresentam que a cidade de Porto Alegre/RS estava em segundo lugar no ranking estadual, com maior taxa de detecção de AIDS, onde se detectava 74 casos a cada 100.000 habitantes, ficando atrás somente da cidade de Charqueadas, onde a taxa era de 83,6. Os casos notificados em pessoas maiores de 55 anos cresceram também significativamente, no ano de 2007 foram 19 casos, já no ano de 2015 este número subiu para 326 casos confirmados (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Os casos de infecção por HIV continuam crescendo, com 364 infectados com 55 anos ou mais no ano de 2016 e 132 casos detectados até o primeiro semestre de 2016.

Percebemos que por muitas vezes os médicos da atenção primária em saúde apresentam uma percepção errônea e defasada quanto a problemática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no cenário atual em que vivemos, principalmente quando se trata de idosos. A sexualidade do idoso passa por uma grande invisibilidade

o que potencializa as situações de risco, levando a um diagnóstico tardio (ALENCAR, 2017).

A descoberta da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ocorreu no ano de 1981, e no ano de 1983 pela primeira vez, o vírus foi isolado. Devido a fácil transmissão, se tornou rapidamente uma pandemia na saúde pública. Atualmente o assunto tem sido tema discutido na área de geriatria e gerontologia.

Os idosos muitas vezes passam a viver com uma IST após adotarem um comportamento de risco por falta de informações e conhecimento acerca dos modos de prevenção destas infecções. As mulheres desprezam o uso do preservativo feminino e masculino por estarem livres da possibilidade de engravidarem, devido a menopausa, e os homens, muitas vezes seduzidos pelo poder das drogas que atuam na disfunção erétil, acabam mantendo relações sexuais com garotas de programa, e não se previnem, pois muitos nem sabem como utilizar do preservativo, e acabam por transmitir infecções sexualmente transmissíveis para os seus parceiros fixos.

Vilela (2002), apresenta um estudo que descreve que o uso do preservativo varia de acordo com a idade e que o percentual de homens com idade acima dos 50 anos e que usam preservativo é quase nulo. Os idosos são extremamente resistentes ao uso da camisinha. Segundo BRASIL (2001), a resistência do uso de preservativo por parte dos idosos, têm contribuído significativamente para o aumento das infecções sexualmente transmissíveis, pelo qual, os coloca em vulnerabilidade não apenas ao aparecimento do HIV/AIDS mas também de outras patologias sexualmente transmissíveis como sífilis e as hepatites A e C.

O aumento das IST em idosos podem estar surgindo devido a um preconceito criado em torno do sexo após os 60 anos. Pois a sociedade ainda acredita que o sexo é exclusivamente realizado por jovens e adultos, por isso os grupos populacionais com idade acima de 60 anos ficam de fora das estratégias de prevenção contra as ISTs. Mas é sabido, que não são mais exclusivas dos sujeitos com idade reprodutiva, mas sim, percebe-se um aumento em pessoas acima dos 60 anos, devido ao aumento da expectativa de vida e do desejo dos idosos em terem uma vida sexualmente ativa.

Somando a todo exposto anterior, temos uma carência de investimentos em projetos e campanhas que busquem a orientação de desmistificar o campo da sexualidade na terceira idade, uma vez, que ainda devido a cultura ocidental é vista como uma população sinônima de incapacidade, de decadência, de perdas biológicas,



sociais e sexuais. Mas a sexualidade no envelhecimento trata-se de um direito e nem sempre é respeitado e/ou considerado (SILVA, 2018).

Ressaltamos novamente a importância da promoção de saúde, uma vez que o desrespeito de não perceber que os idosos estão sexualmente mais ativos, trata-se de um reflexo dos tabus e crenças culturalmente e socialmente produzidos ao longo da vida. Sabemos que a promoção a saúde, trata-se de um processo que oportuniza aos sujeitos os meios necessários para uma melhora e controle da saúde por motivação do autocuidado, onde os serviços de saúde devem identificar e realizar as medidas necessárias para suprirem os anseios da comunidade, mudando e adaptando o comportamento (BRASIL, 1997).

Na temática da sexualidade, a melhor maneira de se obter estas mudanças é por meio da educação sexual voltada a esta faixa etária mais avançada.

Ressalta-se que, atualmente, há dois grupos de usuários idosos com IST, aqueles com diagnóstico realizado após os 60 anos de idade e os que tiveram diagnóstico mais jovem e entraram nesta faixa etária convivendo com a infecção ou já à curando, independente da fase que ela se apresente. Com base nesta premissa, a presente pesquisa, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria, situada dentro da linha de Pesquisa: 'Problemáticas de Saúde e Contextos Educacionais', objetiva descrever sobre as testagens rápidas de ISTs em idosos e a atuação dos profissionais de saúde da atenção primária em saúde (APS) no município de Santa Maria/RS.

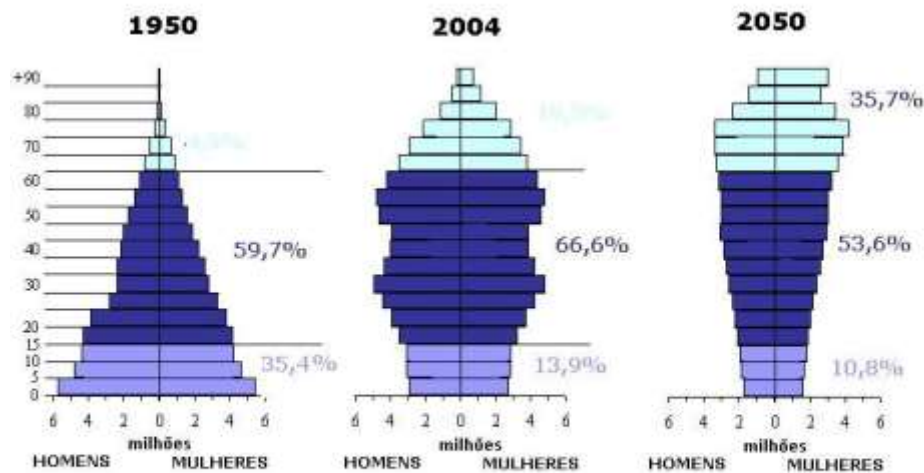
### 3.1 O MUNDO ESTÁ ENVELHECENDO

A partir do século XIX, o mundo tem passado por transformações, onde se apresenta um crescimento populacional acelerado, logo por consequência, alterações progressivas da dinâmica populacional, com redução significativa da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida.

Devido a estas mudanças demográficas, a pirâmide etária passou a apresentar alterações na sua conformação, chegando em alguns países desenvolvidos a uma pirâmide vista como 'envelhecida', com uma base pequena e com maior número de adultos e idosos (conforme figura 1).

Temos um aumento da expectativa de vida ao nascer, no ano de 2007 a expectativa de vida estava em 72,7 e passou para 73,48 no ano de 2010 (IBGE, 2018), chegando no ano de 2018 com 76,25 anos.

## EVOLUÇÃO DA PIRÂMIDE ETÁRIA JAPONESA



Fonte: Statistics Bureau, MIC, Ministry of Health, Labour and Welfare.

Figura 01: Pirâmide etária em um país desenvolvido (FONTE: Statistics Bureau, MIC).

Em contraponto ocorreu a redução da taxa de fecundidade, pelo qual no ano de 2007 se tinha 1,99 filho por mulher em idade fértil, e no ano de 2018 passou a 1,77 filho. As taxas de natalidade, ou seja, de nascidos vivos/mil habitantes, reduziram de 17,8 no ano de 2007 para 14,41 no ano de 2018. E de mortalidade, óbitos/mil habitantes, passou de 6,10 no ano de 2007 para 6,47 no ano de 2018 (IBGE, 2018).

Em nosso país, temos uma população estimada de 208.965.188 habitantes, conforme o IBGE 2018. E a situação não apresenta muita diferença na questão demográfica dos demais países desenvolvidos. Passamos a sofrer uma redução significativa da taxa de mortalidade e de fecundidade, onde temos hoje um envelhecimento populacional substancial.

Citando especificamente o estado do Rio Grande do Sul, que tem uma população estimada de 11.341.536 habitantes. No ano de 2018, a taxa de natalidade é de 12,61 e a de mortalidade 7,11 e apresenta uma expectativa de vida de 78,29 anos sendo que no sexo masculino apresenta 74,91 anos e no sexo feminino 81,58 anos e a taxa de fecundidade para mulheres de idade fértil de 1,68 filho/mulher.

O censo brasileiro apresenta um aumento da população idosa, que chega a quase 20 milhões de brasileiros na terceira idade, o que percebemos que o Brasil não se trata mais de um país jovem, onde temos uma faixa etária acima dos 64 anos em crescimento de 49,2% e na faixa etária acima dos 90 anos de 65% (AREOSA, 2012).

Segundo o IBGE (2010), o estado com maior crescimento populacional de idosos é o Rio Grande do Sul, com uma taxa de 13,6% acima dos 60 anos e a cidade de Porto Alegre como o município com maior número de idosos, cerca de 15,04%.

Hoje em dia, o envelhecimento não se limita somente na idade cronológica, mas sim nas condições físicas, mentais, espirituais e intelectuais. A história de vida do sujeito trata-se de um somatório das experiências, das vivências, dos valores e do conhecimento adquirido sobre o mundo e das pessoas em que se convive. Logo, podemos dizer que a premissa do envelhecer, está ligada diretamente ao subjetivo do sujeito.

Segundo Matheus Papaléo (1996):

‘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-los à morte’.

Podemos ainda dizer que o crescente aumento de pessoas na terceira idade tem se apresentado como grande desafio para as políticas públicas, principalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Onde temos o envelhecimento populacional como um problema de saúde pública, que desafiam não apenas o sistema de saúde, mas também previdenciário. Quando refletimos sobre envelhecimento não destacamos apenas a ênfase nas doenças, ou sua presença somática, mas sim de um bom nível de saúde. Com o avanço cada vez mais progressivo das tecnologias e do campo da saúde, faz com que a população idosa tenha um acesso mais fácil aos serviços públicos e privados de saúde, o que proporciona uma melhor qualidade de vida (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

Quando compreendemos que a chegada da terceira idade trata-se de algo subjetivo de cada indivíduo, estamos dizendo que cada velhice é única, pois depende do gênero, da classe social, raça/etnia, grau intelectual e cultural, logo as estratégias adotadas sobre a saúde não podem ser generalizadas, mas sim distintas. É necessária constante educação em saúde e acesso a informações que resultem em modificações comportamentais, com maior conscientização por parte dos profissionais de saúde sobre o atual quadro do envelhecimento, entre elas a

pertinência temática sobre a sexualidade, sua desmistificação e devendo ser um tema constantemente abordado e discutido.

O envelhecimento não está fadado a ser apenas caracterizado pelas doenças crônicas que são evidentes nesta faixa etária, mas junto a estas doenças, hoje temos o crescimento da incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o que nos mostra a constante necessidade de uma abordagem especializada.

### 3.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

A transição epidemiológica começou há 30 anos, onde o estudioso epidemiologista Abdel Omran, citou as modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica (CHAIMOWICZ, 2013).

Atualmente estas mudanças englobam três questões específicas no mundo, a substituição das doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas como as principais causas de óbitos, a morbimortalidade que passa dos mais jovens para os mais idosos a transformação da prevalência de mortalidade para outra em que a morbidade predomine.

Primeiramente temos a queda da taxa de mortalidade que se concentra em doenças infecciosas e parasitárias – DIP, para doenças transmissíveis que são causadas por um agente patogênico, ou seja, por vírus, fungos, parasitas e tende a atingir mais a população jovem, logo esta população chega a envelhecer em maior proporção conseguindo viver com doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2010).

À medida que a população envelhece, começa a enfrentar as complicações da presença das doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus (DM), que podem ocasionar óbitos devido ao infarto agudo do miocárdio, como exemplo.

No Brasil percebemos grande destaque para estas prevalências, uma vez que no ano de 1930, as doenças infecciosas compunham 46% dos óbitos e atualmente fazem parte de menos de 5% do total. Já os óbitos por doenças cardiovasculares e causas externas tiveram um aumento relevante (LUNA, SILVA, 2013).

Percebe-se uma redução bastante significativa das doenças imunopreveníveis, por exemplo, se prevê um declínio de 153 mil casos em 1980 para menos de 1 mil casos em 2020 das doenças como sarampo, pólio e tétano. Outras doenças, podemos dizer que foram reintroduzidas, como a dengue e outras persistiram como as hepatites B e C e outras como a AIDS/HIV emergiram (CHAIMOWICZ, 2013).

Pesquisas recentes como de Araújo (2015) e Ikuta (2017), ao estudarem as DIPs com alvo no público idoso no ano de 2020, acreditam que algumas doenças sofrerão certo declínio, como a malária, outra serão mantidas, como a tuberculose, mas se tem a tendência de um aumento das taxas de incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis, como AIDS/HIV, Hepatites e Sífilis.

### 3.3 ENVELHECER SAUDÁVEL NÃO SIGNIFICA TER DOENÇAS

Primeiramente, antes de enumerarmos os procedimentos atualmente reconhecidos como formas eficazes para a manutenção ou a promoção de um envelhecimento saudável, iniciaremos com uma identificação sobre os fundamentos desta intervenção, o envelhecimento e o que é ser saudável.

Quando falamos em envelhecer, trata-se de um processo comum de todos os seres vivos, pelo qual provocam modificações somáticas e psíquicas através de alterações do sujeito com o meio que está inserido (FILHO, 2009). O envelhecimento é conceituado como o processo de redução dos mecanismos de manutenção da homeostasia em condição de sobrecarga funcional (COMFORT, 1979).

O processo de envelhecimento trata-se de uma redução da capacidade funcional do indivíduo, sem comprometer as funções para as atividades diárias do sujeito. O envelhecimento pertence a uma limitação funcional evidente, através de um processo fisiológico, podendo estar ou não associado a uma doença, mas sim um processo natural de envelhecimento.

No entanto, ao que se refere a ser saudável, trata-se de uma atribuição a quem tem saúde, ou entendido como 'ausência de doenças'. Mas este conceito está incorreto, ou incompleto, diante das tecnologias atuais e com o aumento da expectativa de vida do ser humano, todos estaríamos predestinados a não ter saúde, onde seríamos considerados pessoas não saudáveis (FILHO, 2009).

Sabemos que ao longo dos anos, com a chegada principalmente do envelhecimento, o ser humano tende a acumular doenças crônicas que farão parte da sua história de vida. Em exemplo disso, podemos observar que há uma diferença entre o portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tratada da forma correta e daqueles indivíduos que não realizam o tratamento adequado e mantêm seus níveis de hipertensão elevados. Ao discorrermos neste exemplo, queremos exemplificar que saúde se trata de um estado pelo de bem-estar físico, psíquico e social e não ausência

de doenças (OMS, 1947). Em relação aos idosos, a relação de saúde, ou seja, de ser saudável, deve ser conceituada com a presença de uma ou mais doenças crônicas. Sendo através da minimização dos sintomas e das incapacidades resultantes da presença de doenças, a forma de viver de maneira saudável.

A mudança deste conceito proporciona maior autonomia e independência para o sujeito. O que também proporciona às Instituições de Saúde, a manutenção da saúde de uma população crescente com índices de comodidades elevados e com manutenção da economia e do desenvolvimento político social (JÚNIOR, 2009). Resumindo estas recomendações colaboram para o conceito de Senecultura, um termo que foi proposto no ano de 1985, pelo qual se trata do conjunto de ações interdisciplinares que contribuem para a promoção da saúde do idoso (FILHO, 1998).

Quando falamos em envelhecer de forma saudável, muitas vezes nos confundimos com o falso conceito que se trata de envelhecer sem nenhum declínio cognitivo, funcional ou presença de doença crônica. Neste sentido, o envelhecimento é definido como um processo multidimensional, onde apresenta-se através de três indicadores: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento mental e físico e envolvimento ativo com a vida (ROWE & KAHN, 1998).

Atualmente a pirâmide etária apresenta alterações em relação a idade da população mundial, estas mudanças se dão em consequência a baixa taxa de natalidade e de mortalidade ao redor do mundo. Discussões sobre as modificações no perfil etário da população mundial resultaram em reformulações e ampliações teóricas e empíricas no campo do desenvolvimento e do envelhecimento (CUPERTINO & RIBEIRO, 2007).

Até meados do início do século XX, eram priorizados estudos baseados nas faixas etárias da infância e adolescência, havia uma predominância e mitos estereotipados sobre o idoso ser influenciado sobre a sociedade e a comunidade que está inserido, o que acabava por vincular o envelhecimento à perdas e involuções no seu desenvolvimento (CUPERTINO & RIBEIRO, 2007).

Ressaltando um pouco da história literária apresentada sobre a temática, no ano de 1903, a autora Elie Metchnikoff apresentou a importância da Gerontologia no campo da saúde. Em 1922, Stanley Hall, um psicólogo renomado, defendeu a diferença entre sentir e pensar dos idosos e as variações entre os indivíduos de uma mesma faixa etária. No ano de 1935, Charlotte Buhler, através do estudo de 300

autobiografias de homens adultos, chegou à conclusão que o desenvolvimento psicológico se trata de um processo baseado em metas e objetivos e caracterizado pela extensão, desde a infância até a maturidade e do envelhecimento (NERI, 1997). Finalmente em meados do século XX, em consequência dos estudos longitudinais e de coorte sequencial, houve o fim da normatização do processo de envelhecimento e o início do estudo dos determinantes de um envelhecimento saudável (CUPERTINO & RIBEIRO, 2007).

Segundo Baltes (1980), apresentam que a perdas provocadas pelo processo de envelhecimento podem ser compensadas por meio dos níveis de reservas fisiológicas e através da capacidade de resiliência dos sujeitos, pelo qual os ganhos podem ser obtidos com a seleção e otimização dos domínios provocados pelo envelhecimento.

Ainda sobre o desenvolvimento humano, os autores Rowe e Kahn (1998), apresentam três meios para o envelhecimento humano: o normal, o patológico e o saudável. Pelo qual, o envelhecimento saudável, possui como prioridade o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais que são resultantes de doenças, funcionamento mental e físico excelente, envolvimento ativo com a vida e qualidade de vida.

Os idosos frente aos eventos de perda de suas capacidades funcionais, apresentam-se lidando muito bem com o estresse, geralmente são mais resilientes do que adultos com idade mais jovem em resposta ao enfrentamento de situações estressantes (ALDWIN, 1994). Segundo a autora, tal capacidade está relacionada a eventos considerados marcantes que foram vividos ao longo da vida, pelo qual proporciona que no envelhecimento os idosos possuam maior chances de estratégias de enfrentamento de problemas e incapacidades.

Outro fator importante presente no processo de envelhecimento saudável é a sabedoria (BALTES & SMITH, 1995). A sabedoria é acrescida ao longo do processo da vida, resultante da revisão do processo da vida e é alcançada, na velhice, sendo considerada como um dos maiores ganhos nesta fase da vida, pelo qual proporciona que o indivíduo ter uma perspectiva além das perdas vividas no processo de envelhecimento (MAUAD, 1999).

Segundo expectativas propostas pela OPAS como forma de redução da morbimortalidade para tornar o envelhecimento uma fase inclusa na evolução do ser humano saudável é necessária a adequação e manutenção de alguns aspectos, como

a implementação de uma Avaliação Global do Idoso (AGI), que apesar de uma técnica puramente mecânica, mas trata-se de uma ferramenta importante na prevenção dos diferentes riscos da saúde do idoso. Através da sua aplicação pode ser detectado particularidades que determinarão má evolução fisiológica e funcional futuramente.

Quando a limitação é detectada, é mais fácil determinar medidas convenientes para eliminação do fator de risco ou a forma de redução da sua progressão. Através da AGI todos os parâmetros são avaliados, como visão, audição, equilíbrio, cognição, humor, autonomia, independência, continência, rede de suporte familiar e social, que são determinantes para o bem-estar físico, psíquico ou social, ou seja, para uma vida saudável.

Há também a necessidade do estímulo à atividade física regular, apesar de já ser comprovado que as práticas regulares de atividades físicas favorecem efeitos preventivos à saúde, após o envelhecimento, há a presença de um progressivo sedentarismo. O que se apresenta como fator preocupante nesta faixa etária, pois com o avanço da idade há uma redução progressiva da mobilidade do indivíduo, o que se torna um dos principais motivos do aumento da sarcopenia e das limitações funcionais. Sabemos que é difícil aos idosos encontrar locais adequados para a prática de exercícios físicos, mas há necessidade de adequações e adaptações para que haja um importante passo para a mobilização do indivíduo e manutenção da sua saúde (FILHO, 2003).

Outra necessidade apresentada para a promoção da vida saudável na terceira idade, é da aplicação de mudanças de hábitos deletérios de vida, como exemplo o tabagismo e o alcoolismo. Estes hábitos podem ser entendidos como aqueles que ocupam demasiado tempo do cotidiano dos indivíduos. Ou seja, são hábitos não saudáveis que estão inseridos na rotina do indivíduo e que quando interrompidos, seja por causa de saúde ou escolha, causam importantes transtornos no estado de saúde.

A adequação nutricional também se trata de uma necessidade para manutenção ou promoção de um envelhecimento saudável. Estudos mostram que há necessidade de uma alimentação nutricional específica para cada fase da vida e condição funcional. E não seria diferente na fase do envelhecimento. Diante das doenças crônicas que geralmente se apresentam nesta faixa etária, há necessidade de adaptação nutricional, com objetivo de promoção à saúde e melhora da qualidade de vida.



A manifestação de mudanças estruturais corporais como osteoporose, sarcopenia e atrofia e mudanças funcionais como imunidade, locomoção e controle da temperatura corporal além de estarem relacionadas com o avanço da sobrevida do indivíduo também pode ser prevenida ou pelo menos retardada sua manifestação com um planejamento não apenas terapêutico, mas também nutricional. Lembrando que tais adequações devem atender a subjetividade de cada indivíduo, respeitando seus valores culturais, hábitos, preferências e condições econômicas (FILHO, 2003).

A postergação do início da presença de doenças trata-se de uma das adequações mais importantes e interessantes diante da promoção de um envelhecimento saudável. Se a realidade da portabilidade de aparecimento e acometimento de doenças crônicas trata-se de uma realidade do indivíduo, não há nexo de esperarmos por suas manifestações para após tratá-las. Quem apresentou esta possibilidade de postergação da manifestação das doenças foi Fries (1980), pelo qual apresenta que o aumento da expectativa de vida de um indivíduo com alguma enfermidade, também tem como consequência o aumento de vida com a doença, o que contribui para uma má qualidade de vida. Por isso, temos a necessidade da história de vida e aplicação de anamnese pelos profissionais de saúde que acompanham os idosos, pelo qual, valem das informações advindas dos antecedentes familiares e sobre a predisposição de aparecimento de cada enfermidade, podendo desta forma prevenir o aparecimento precoce de uma doença crônica (FRIES, 1980).

Temos a necessidade de um maior critério sobre o uso de fármacos, pois sabemos que é normatizado tanto pela população quanto por alguns profissionais de saúde o uso exacerbado de medicamentos por parte dos idosos (FILHO, 2003), ou ainda a crença errada que quanto maior a ingestão medicamentosa, maior a manutenção e promoção da saúde, este hábito é conhecido como polifarmácia (uso de 3 ou mais medicamentos de forma concomitante).

Um dos maiores agravantes da saúde dos idosos está a presença das reações adversas dos medicamentos (RAM), o que pode resultar em internações prolongadas e mortalidade destes indivíduos. É necessário um olhar sensibilizado para os possíveis efeitos medicamentosos e desta forma controlá-los levando em consideração a prescrição mais reduzida de fármacos e objetivando a retirada de seus excessos, que pode resultar em benefícios farmacodinâmicos, financeiros e bem-estar do sujeito.

Uma das maiores causas de procura por profissionais de saúde por parte dos idosos está relacionada à compensação das limitações apresentadas pelo avanço da idade, que geralmente são complicações evoluídas e agravadas. Através da atuação multidisciplinar há a possibilidade de atuação com o indivíduo e o meio em que está inserido, através da adaptação do ambiente e readequação da rotina pelo qual possibilita ao idoso maior independência e autonomia e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

A promoção e prevenção de um envelhecimento saudável não está relacionado apenas em aspectos de saúde e doença em si, mas também diante dos papéis sociais e da sua manutenção. Com o envelhecimento é comum percebermos que os indivíduos acabam por perder seus papéis na sociedade que estão inseridos e isto resulta em uma redução significativa da autoestima, o que sim trata-se de um grande agravante do pleno estado de bem-estar físico, psíquico e social, que como podemos verificar anteriormente trata-se do conceito de envelhecimento saudável.

Através da intervenção multidisciplinar e a adaptação da rotina do indivíduo podem promover uma nova perspectiva de vida através da busca por novas identidades funcionais. A atuação para que o exercício da cidadania e da autonomia seja mantido pelo sujeito, ajuda para a manutenção da qualidade de vida, pelo qual não apenas os profissionais, mas a sociedade deve trabalhar para que se crie espaços para o empoderamento desta população e ser incluída cada vez mais na sociedade em que pertence.

Diante do tema, podemos ter o conhecimento que a promoção do envelhecimento saudável, seja uma das maiores prioridades para as instituições de saúde, resultando em um cuidado ampliado das condições de saúde, não apenas do momento da concepção mas também do envelhecimento (GENEBRA, 2002).

### 3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENVELHECIMENTO

Como já discorremos anteriormente, o envelhecimento não está caracterizado apenas como algo subjetivo e biológico, mas sim social e político. À medida que estamos percebendo o aumento gradativo da população idosa, surgem as necessidades de adequações sobre as políticas públicas e sociais para esta população.

É necessário que se criem suportes de educação em saúde para esta faixa etária, assim como uma legislação específica que suporte a demanda que os idosos apresentam, que são exigências cada vez mais diversificadas e específicas (ALDEIDA, L.A. e PATRIOTA, 2009).

Podemos citar hoje a Política Nacional do Idoso (PNI), pelo qual a Lei 8.842 de 1994 em seu art. 1º, tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, pelo qual deve criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Tais direitos devem ser concretizados pelas políticas públicas, tanto na área da saúde, social, educacional, trabalho, previdenciária e cultural (BORGES, 2006). A PNI é regida por cinco princípios:

- A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida.
- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e deve ser objeto de conhecimento e informação para todos.
- O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.
- O idoso é o destinatário e o principal agente das mudanças sociais propostas pela PNI.
- Diferenças econômicas, sociais e regionais, bem como contradições entre os meios rurais e urbanos, serão levadas em conta na execução das transformações que a PNI propõe.

A Lei 10.741 que estabelece o Estatuto do Idoso, foi sancionada pelo presidente da república, Luís Inácio Lula da Silva em 1º de Outubro de 2003, com objetivo de garantir os direitos e promover a inclusão social da população idosa. Pelo qual considera as pessoas na terceira idade como prioridade absoluta e aplica penas a quem desrespeitar ou abandonar essas pessoas. Defendendo o atendimento preferencial para pessoas acima dos 60 anos, imediato e individualizado, em locais públicos e privados, preferência na formulação e execução das políticas sociais e específicas, destinação de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção da pessoa idosa, priorização no atendimento da família.

Outra questão que é priorizada pelo Estatuto do Idoso, está na capacitação de recursos humanos e divulgação de informações em educação da saúde sobre os aspectos de envelhecimento para que estes tenham um atendimento de qualidade.



**4. A ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A atenção Primária à Saúde (APS), passou por diversas denominações até chegar a está, sempre baseada nas vivências adquiridas em outros países (GASTÃO, 2017). No ano de 1978, através da Declaração de Alma-Ata, tivemos os princípios que

hoje fazem parte da base da APS, como a equidade, acesso universal à saúde, participação ativa da comunidade e a intersetorialização (MENDES, 2009). No ano de 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um conjunto de ações para construir a base da atenção primária em saúde, pelo qual se chama de Carta de Carta de Lubliana, pelo qual os Europeus se utilizaram para orientar a reforma em saúde pública dos seus países membros (MACINKO, 2007).

Temos como definição de APS a compreensão do conjunto de fatores e funções, que combinadas, organizam e racionalizam os recursos necessários, tanto os básicos como os especializados, direcionando para uma promoção, manutenção e preservação da saúde de cada sujeito e da população (STARFIELD, 2008).

Atenção Básica (AB) em saúde, é o termo usado pelo governo brasileiro para definir a APS, pelo qual não se tem dados que expressem por qual motivo o SUS assumiu esta definição (GIOVANELLA, 2008). No ano de 1994, o Brasil criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que diferente do modelo adotado tradicional, que era centrado na doença e nos hospitais de referência ao cuidado, apresenta um modelo que prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos sujeitos e de suas famílias, independente de apresentarem doenças ou não, tendo assim como objetivo o cuidado integrado à saúde (BRASIL, 1994).

Com o passar dos anos, o PSF passou a ser aprimorado, e se transformou na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é composta por diversos profissionais da AB. No ano de 2017, foi publicado a mais recente norma que rege as ESF no Brasil, que se chama a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que segue os três princípios básicos do SUS, da universalidade, da equidade e da integralidade, detalhando as novas organizações e os tipos de equipe que devem atender nesse programa (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), trata-se da estratégia prioritária da AB, de acordo com os objetivos do SUS. Cada equipe deve ser composta por uma equipe chamada de mínima, pelo qual deve ser composta por um médico (que de preferência deve ser especialista em medicina da família), uma/um enfermeira/o (de preferência com especialidade em saúde da família), um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também podem compor a equipe o Agente de Combate a Endemias (ACE) e os profissionais de Saúde Bucal. Todos devem cumprir uma carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2017).

A Equipe de Atenção Básica (EAB), tratam-se de equipes que seguem os princípios e as diretrizes da AB, todavia não são o modelo prioritário, mas podem posteriormente se organizarem como a ESF. São compostas de forma mínima por médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem e podem ser agregados a outros profissionais como ACS, ACE, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. A carga horária mínima de cada profissional é de 10 horas semanais, com máximo de três profissionais por categoria e devendo somar no mínimo 40 horas semanais. Estas equipes geralmente compõem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em unidades mistas de transição (BRASIL, 2017).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB), trata-se de uma modalidade que compõe as equipes que atuam na AB, sendo composta por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Já o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar pelo qual complementam o atendimento dos profissionais que atuam na EAB e na ESF. Conforme a PNAB, podem ser compostos por médicos acupunturistas, homeopatas, ginecologista/obstetra, pediatra, geriatra, internista, médico do trabalho, médico veterinário, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, farmacêutico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional de artes e educação e profissional sanitaria. O objetivo do NASF-AB está em categorizar a autonomia do gestor local, e deve ser escolhida conforme a necessidade de cada território que será inserido (BRASIL, 2017).

As Estratégias de Agentes Comunitário de Saúde (EACS), é composta por ACS e ACE e deve estar vinculada a uma UBS, com finalidade de reorganizar a AB com objetivo de implementação gradual da ESF ou para agregar esses profissionais na AB (BRASIL, 2017).

E as Equipes de Atenção Básica para as populações Específicas, são equipes responsáveis pela atenção às populações específicas, como por exemplo em unidades prisionais, consultórios de rua, saúde indígena e atendimento às famílias ribeirinhas (BRASIL, 2017).

As políticas que atuam no SUS e discutem a formação do profissional que atua na AB, que possuem especialização em saúde da família e afins, tendo em vista que o atendimento deve ter como foco preventivo e sanitaria, tanto nos atendimentos ambulatoriais como nas visitas domiciliares (MAHMUD, 2018).

Percebemos que os sistemas de saúde se tornam mais eficientes e potentes, quando há uma potência e investimento na atenção primária. Há evidências comprobatórias que quando há presença de médico da família e comunidade na APS, a ESF cumpre seu objetivo, de forma completa (MACINKO, 2007).

#### 4.1 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SANTA MARIA/RS

Ao decorrer dos anos, o governo federal atuou a partir de diferentes tentativas de normas nacionais de adequação a política de Atenção Básica, com parâmetros que se adequem à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta finalidade o Ministério da Saúde no ano de 1994 criou o Programa de Saúde da Família (PSF) com objetivo de ações de promoção e proteção à saúde dos sujeitos, das famílias e da comunidade, através de equipes que serão responsáveis pelo atendimento nas unidades locais de saúde (BRASIL, 1996). Devem seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, levando em consideração as especificidades locais regionais.

Desde o ano de 2004 atuam com uma equipe básica de saúde, ou seja, são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. Sua atuação se dá em áreas geográficas definidas e com uma população adjunta, atendendo até 4.000 pessoas para cada equipe, sendo a média recomendada pelo Ministério da Saúde de 3.000 pessoas, podendo ser menor conforme a vulnerabilidade social da população coberta (BRASIL, 2011).

Através da Portaria nº 648/06 em 2006, o Ministério da Saúde renomeou o PSF pelo qual passou a se chamar Estratégias de Saúde da Família (ESF). Tal alteração ocorreu a fim de fortalecer a ideia de saúde da família como eixo principal da atenção básica e não apenas como mais um programa implementado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

As Estratégias de Saúde da Família possuem como objetivo a humanização das práticas de saúde através do estreitamento dos profissionais com a comunidade onde estas estratégias estão inseridas. Buscando uma assistência integrada e o desenvolvimento de vínculos de comprometimento e de responsabilidade entre o serviço de saúde e sua população (SOUSA, 2000).

Segundo Paim (2003), que discorre sobre os modelos assistenciais ou aos modelos de atenção, trata-se de combinações tecnológicas utilizadas para



organização dos serviços de saúde em determinadas populações. Onde são definidas e incluídas ações sobre o ambiente, grupo populacional, equipamentos comunitários e diferentes prestadoras de serviços de saúde com sua devida complexidade.

Estes locais são considerados popularmente como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como papel fundamental o primeiro contato com o usuário, através de uma atenção longitudinal e com coordenação do cuidado, através de uma atuação com base na estruturação com a rede de atenção, com serviços de apoio de diagnóstico, atenção especializada e hospitalar (BRASIL. 2011)

Segundo a reunião realizada em 1979, pela Assembleia Mundial de Saúde pelo qual define a Atenção Primária em saúde como:

‘A Atenção essencial da saúde, baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e familiares na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação (...) parte integral do sistema de saúde do país, do qual a função central sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. O primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção da saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada em saúde’ (OMS, 2002).

A cidade de Santa Maria, fica localizada da região central do estado do Rio Grande do Sul, pelo qual é composto de 10 distritos e 41 bairros, sendo o maior o bairro de Camobi com cerca de 20.3463 km<sup>2</sup> de área e o menor o bairro Carolina com 0,4821 km<sup>2</sup> de área de abrangência (Figura 02).

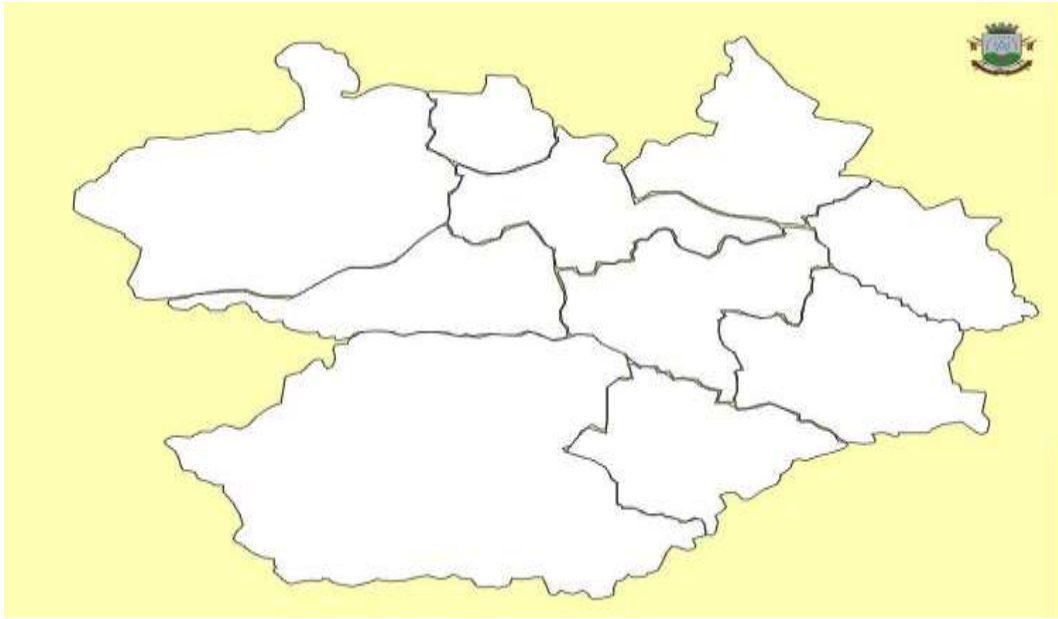


Figura 02: Distribuição dos 10 distritos da cidade de Santa Maria. Fonte: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/>>



Figura 03: Localização dos 41 bairros da cidade de Santa Maria/RS. Fonte: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/>>

Santa Maria é um município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, pelo qual fica localizado na região centro-sul do estado. Possui uma população estimada em 296.081 habitantes (IBGE, 2022), e esta como a 5º (quinta) cidade mais populosa do Rio Grande do Sul. Possui 25 unidades básicas de saúde (UBS), 15

Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 06 Centros de Atenção Especializada (Figura 03).

O município de Santa Maria, por ser de grande extensão, apresenta gerências distritais, que funcionam como gestores locais, responsáveis pela administração das unidades de saúde em seu território. O município é dividido em 8 centros, sendo eles: Centro-leste, centro-oeste, leste, nordeste, norte, oeste, sul e centro urbano (conforme Figura 04).

### Regiões Administrativas da Área Urbana de Santa Maria-RS

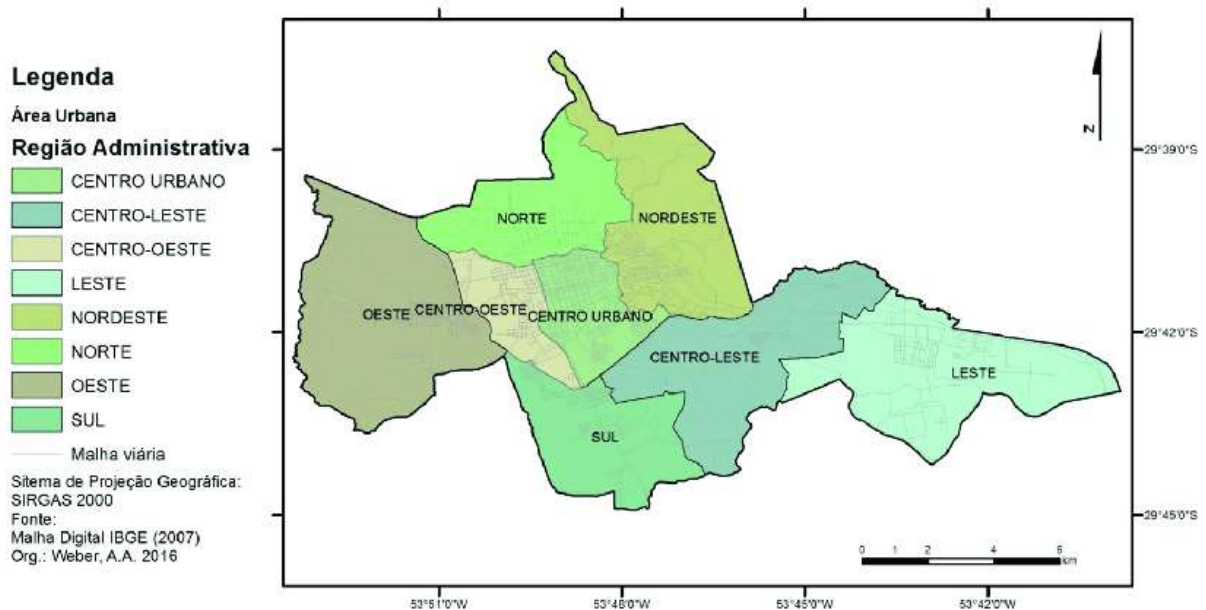


Figura 04: Mapa das regiões urbanas da Cidade de Santa Maria/RS Fonte: <https://www.santamaria.rs.gov.br/>

As Estratégias de Saúde da Família no Brasil, trata-se de uma disputa dos projetos de modelos assistenciais. Tratando-se de uma substituição do modelo hegemônico da medicina científica. Uma vez que o modelo da medicina científica está baseado no fortalecimento das ciências biológicas, tendo como principal destaque a doença e a fisiopatologia da mesma (FLEXNER, 1970).

Atualmente o município de Santa Maria/RS conta com 15 estratégias de saúde da família, que possuem como horário de funcionamento das 8h às 12h e das 13h às 17h, de segunda a sexta-feira e são dispostas da seguinte forma:

Estratégia de Saúde da Família	Localidade
<b>ESF Alto da Boa Vista</b>	Alto da Boa Vista
<b>ESF Arroio do Só</b>	Distrito de Arroio do Só
ESF Bela União	<b>Caturrita</b>
<b>ESF Pains</b>	Distrito de Pains
<b>ESF Parque Pinheiro Machado</b>	Parque Pinheiro Machado
<b>ESF Roberto Binato</b>	Vila Caramelo
<b>ESF Santo Antônio</b>	Distrito de Santo Antônio
<b>ESF São João</b>	Vila São João
<b>ESF São José</b>	Bairro São José
<b>ESF Lídia</b>	Vila Lídia
<b>ESF Maringa</b>	Bairro Diácono João Luiz Pozzobon
<b>ESF Santos</b>	Vila Santos
<b>ESF Vitor Hoffmann</b>	Vila Rossi
<b>ESF Urlândia</b>	Vila Urlândia
<b>ESF Itararé</b>	Bairro Itararé

Tabela 01: Estratégias de Saúde da Família que compõem o Município de Santa Maria/RS. Em destaque as ESF que a pesquisa será realizada. Fonte: Elaboração da autora.

A localização geográfica e os horários de funcionamento das ESF em cada município, são elementos essenciais para que a atenção primária de saúde seja definitivamente a porta de entrada do SUS (STARFIELD, 2001).

A atenção primária em saúde deve ampliar o acesso às demandas dos usuários que a procuram, pelo qual devem incluir, horários adequados de funcionamento, oferta de acolhimento e atendimento às demandas espontâneas e resolutividade das questões apresentadas pelos usuários e integração da atenção básica com os outros níveis de saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009).

A implementação da atenção básica no Brasil e em diversos lugares do mundo, trouxeram resultados positivos ao longo dos anos, como a diminuição da taxa de mortalidade infantil, menores índices de internações hospitalares que seriam

potencialmente evitáveis, mais acesso e continuidade do cuidado em saúde, menor custo aos cofres públicos, aumento da promoção e produção de saúde, entre outros (MACINKO & STARFIELD, 2003).

As ESF atuam através de uma equipe básica em saúde, ofertando a seus usuários, atendimento médico da saúde da família, atendimento de enfermagem, acolhimentos de demanda espontânea, atendimento de Pré-Natal, atendimento de Puericultura, Acompanhamento do Crescimento Infantil, Sala de Vacinação, Sala de Curativos, encaminhamento para atenção especializada quando necessário, coletas ginecológicas de preventivos e Citopatológicos, visitas domiciliares acompanhadas por médicos e enfermeiros, equipe de residência em saúde da família, Grupos de promoção em saúde, acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde através de Visitas domiciliares diárias, testagens rápidas de Infecções Sexualmente Transmissíveis, coleta de exames laboratoriais, Campanhas de prevenção em saúde, entre outras ações.

Através da implementação da Política de Saúde da Família (PSF), possui como objetivo central o estabelecimento de vínculos, compromissos e co responsabilidade entre os profissionais de saúde e seus usuários, através dos objetivos em saúde, formas de atuação e organização geral dos serviços e reorganização das práticas assistenciais com novas bases e critérios.

A base central da atenção à saúde, está centrada na família, sendo entendida através do ambiente que está inserida, pelo qual o espaço geográfico que estão inseridos irão construir relações intra e extrafamiliares e melhorias das condições de vida, pelo qual possibilitam a compreensão ampliada do processo de saúde e da doença (BRASÍLIA, 1997).

A criação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) foge das concepções usuais dos demais programas que foram implementados pelo Ministério da Saúde, diante que não estamos lidando com uma implementação vertical e paralela aos serviços de saúde, mas sim de uma intervenção longitudinal, pelo qual possibilita a integração e promoção das organizações das atividades em um território pré-definido, com a finalidade de proporcionar o enfrentamento e resolução dos problemas apresentados.

Trata-se de uma unidade pública de saúde com destinação a realização de uma atenção contínua na atenção especializada, através da atuação de uma equipe

multidisciplinar que possui o objetivo do desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação em saúde (BRASÍLIA, 1996), caracterizadas como nível primário de atenção à saúde. Através da ESF o usuário tem o primeiro contato com o serviço de saúde, ou como popularmente é caracterizada, como a porta de entrada do SUS, assegurando a referência e contra referência para os demais níveis de saúde especializada, desde que haja uma identificação da necessidade de encaminhamento para complexidades tecnológicas maiores com o objetivo da resolução dos problemas apresentados.

As Estratégias de Saúde da Família possuem um público pré-definido, onde são identificados através do cadastramento das famílias que residem no território de abrangência geográfica das ESF, que ocorrem através das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, onde o presente território de abrangência e de implementação da ESF é pré-estabelecido e inserido nas áreas de maior vulnerabilidade sócio municipal.

Através do cadastramento também são mensurados os componentes familiares, sua morbidade, condições econômicas, saneamento e condições ambientais da área que aquela população está inserida. Nesta etapa, inicia-se o vínculo da unidade de saúde e da equipe da ESF com a comunidade, pelo qual são informadas as ofertas dos serviços disponíveis e dos locais que são sua referência em serviços de saúde. A partir da análise destes dados e seus determinantes, tanto os profissionais quanto os gestores possuirão os dados iniciais para que haja o planejamento das ações a serem desenvolvidas para promoção e prevenção em saúde, como forma de contribuição para melhor qualidade de vida da população (BRASÍLIA, 1996).

Em relação às equipes de Saúde da Família, estas devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, através de uma avaliação permanente e através do acompanhamento dos indicadores de saúde estabelecidos por cada município. Desta forma, é necessário conhecer a realidade das famílias que estão inseridas em seu território de abrangência, tendo como objetivo as características sociais, demográficas e epidemiológicas, com a identificação dos problemas de saúde e situações de risco que a população está exposta, elaborando, através da participação da comunidade, o plano de enfrentamento destes determinantes do processo de saúde e doença, com objetivo do autocuidado dos usuários (BRASÍLIA, 1996).

A partir de um exemplo de atuação da ESF na cidade de Santa Maria/RS, podemos contextualizar a ESF Bela União, localizada no bairro Caturrita na região norte da cidade. A mesma atua com uma equipe mínima de saúde, ou seja, Médico de Saúde da Família, Enfermeiro de Saúde da Família, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Recepcionista e Auxiliar de Limpeza. Sua área de abrangência é caracterizada por 05 micro áreas, onde são cadastrados e atendidos cerca de 4.000 usuários.

A atuação da ESF conta com a participação de serviços complementares de saúde, como o NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), pelo qual ofertam apoio através de atendimentos com profissionais de Psicologia, Assistência Social, Educador Físico, Terapeuta Ocupacional e Nutricionista. Também há uma parceria com a Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde atuam anualmente fazendo parte direta da equipe da ESF profissionais de Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem, com ênfase em Saúde da Família. Através destas parcerias é possível a aplicação dos objetivos de promoção e prevenção de saúde, ou seja, um atendimento ampliado de forma longitudinal, atuando desde o pré-natal até o idoso dentro de um grupo familiar, suprimindo as demandas apresentadas ao longo dos atendimentos.

Para que ocorra o planejamento e a organização adequada das ações de saúde, a equipe da ESF realiza o cadastramento das famílias de sua área de abrangência através dos ACS e assim há um levantamento dos indicadores de saúde do município, além de serem levantadas as considerações de fontes qualitativas e de informações da própria comunidade.

É necessário levar em consideração tanto quem planeja as ações como para quem é para quem se planeja estas ações, através do conhecimento das necessidades da população, identificadas através do acompanhamento das famílias adscritas. O planejamento deve ser analisado como um todo e com objetivo da resolução dos problemas identificados no território com objetivo da melhor qualidade de vida e das condições de saúde da população assistida.





## 5. SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO

### 5.1 HISTÓRIA DA SEXUALIDADE

A obra *Três ensaios sobre a sexualidade* de Freud (1905), afirma que a sexualidade humana ocorre no sujeito desde seu nascimento e que a prática sexual entre adultos pode ser mais livre que vivenciamos de forma moralista desde o começo do século. Segundo o autor, o desenvolvimento da sexualidade é longo e complexo até chegar à fase adulta, onde a obtenção de prazer e de reprodução está associada ao homem e a mulher. O que contraria a ideia que o sexo está associado apenas a reprodução humana.

Quando se inicia o desenvolvimento psicosssexual no sujeito, nos primeiros anos de vida, a sua função sexual está diretamente ligada à sobrevivência, o prazer está no próprio corpo. O corpo é muito erotizado, segundo Bock, Furtado e Teixeira (2008) e as excitações estão localizadas em suas partes.

Para Freud, as fases do desenvolvimento sexual, desde seu nascimento passa por cinco fases:

- Fase oral, onde a zona de erotização trata-se da boca.
- Fase anal, em que a zona de erotização é o ânus.
- Fase Fálica, que a zona de erotização é o órgão sexual.
- Fase latente, diminuição da atividade sexual, onde ocorre um intervalo na evolução da sexualidade.
- Fase Genital, onde o desejo não se encontra mais apenas no próprio corpo, mas no objeto externo, no outro sujeito.

Souza (2008) reafirma a concepção de Freud, que a saúde sexual está ligada diretamente na importância do bem-estar dos indivíduos durante toda sua vida, não estando ligada apenas a um período ou exclusivamente à sexualidade.

Pesquisas realizadas pelos autores Masters e Johnson (1988), são consideradas um marco no estudo da sexualidade. Eles afirmavam que para entender a sexualidade humana era necessário o conhecimento da anatomia do ser humano e a fisiologia sexual e com os dados psicológicos e sociológicos. Segundo os mesmos, existem tabus diante da temática da sexualidade, principalmente em relação a crianças, idosos e portadores de alguma patologia, estas pessoas são vistas como assexuadas.

Segundo estudos de Foucault (1985), apresenta o sexo como um objeto da sexualidade, buscando a verdade em relação ao prazer sexual. Abordando a sexualidade no âmbito do discurso científico, que nunca havia sido pensado até o

momento. Desta forma, analisando o passado, pode-se entender o presente e se ter uma perspectiva do futuro.

Quando levamos em conta os estudos de Michel Foucault e analisamos o atual cenário da sexualidade e o comportamento da sociedade em relação principalmente à sexualidade dos idosos, viemos a pensar se os idosos não estão vivendo experiências de opressão e/ou vigilância por parte de suas famílias, talvez até negligenciando outras formas de afeto que compõem a sexualidade e seus usos, isto é, seus desejos subjetivos.

Quando pensamos que um casal acima dos 60 anos de idade possui uma vida sexual ativa, não é algo frequente e muitas vezes causa constrangimento até mesmo para os idosos. Quando pensamos que um casal está junto após a velhice, pensamos muitas vezes que ou se amam para a 'eternidade' ou que estão acomodados na vida, nunca que se relacionam pelo ato sexual (SILVA, 2006). Mas precisamos ter consciência que biologicamente falando e não apenas psicologicamente, a intimidade, excitação e prazer não desaparecem apenas porque a pessoa envelhece.

A sexualidade dialoga e está em constante relação com a sociedade. Na atualidade constata-se uma supervalorização do consumo, da quantidade e do desempenho sexual. Também há um imaginário de que pessoas sexualmente ativas se concentram apenas nos mais jovens ou adultos, negligenciando os idosos. Segundo Foucault (1992), é necessário que a sociedade reflita e ressignifique sobre os valores e atitudes em relação aos diferentes modos de se viver a sexualidade, desprendendo-se de tabus, das relações de poder assimétricas, de relações hierárquicas e/ou de assujeitamentos.

## 5.2 IDOSOS TAMBÉM TRANSAM

O envelhecimento configura-se como um processo de várias modificações, entre elas, biológicas, psicossociais, culturais e espirituais, que ocorrem de maneira subjetiva a cada indivíduo, universal e não patológico de deterioração de um organismo maduro. Envelhecer não significa incapacidade funcional, dependência ou ausência de vida social e sexual. Diante disso, percebemos o desafio de definir os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, que anteriormente eram vistos como antagônicos, necessitando de uma atenção especial personalizada (CUNHA, 2015).

Com a chegada do envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas no organismo humano, pelo qual ocorre a diminuição gradativa das suas funções.

Senescência trata-se do processo natural da perda de reserva funcional do corpo humano. Senilidade trata-se das sobrecargas desse sujeito senescente, que se encontra com sobrecarga emocional ou acidental, ou em condições de doença, que por algum motivo requer assistência especializada. Ambos conceitos precisam ser compreendidos plenamente pelos profissionais de saúde, para que desta forma, possam prestar um atendimento adequado e satisfatório para o sujeito (GARCIA, 2018).

O aumento da população brasileira na terceira idade, caracteriza-se como um reflexo do aumento da expectativa de vida, que se dá devido aos avanços na saúde pública, transformações demográficas e epidemiológicas que ocorreram nos últimos anos, e a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. Tais mudanças ocasionaram em mudanças estruturais etárias, que apresentam como resultado a diminuição da população jovem e o aumento da população de idosos (ALVES, 2012).

A mudança da pirâmide demográfica, que hoje apresenta-se com um alargamento das faixas etárias compreendidas como a população idosa, resultou em mudanças sociais, econômicas e de cuidados com a saúde pública, pelo qual esta população passou a ser o foco de interesse e de responsabilidade das políticas de saúde e sociais, o que promoveu a proposição da Política Nacional de Saúde do Idoso. A presente política preconiza que o cuidado com a pessoa idosa deve ser responsabilidade da família e na atenção primária à saúde, pelo qual o idoso deve possuir um vínculo com o sistema de saúde (SILVA, 2012).

O objetivo da Política Nacional do Idoso está em assegurar os direitos sociais dos idosos, criar condições para que estes promovam sua própria autonomia, integração e participação efetiva na sociedade em que vivem, além de promover um envelhecimento saudável e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, com prevenção de doenças e recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional comprometida, garantindo a estes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (IBGE, 1998).

Devemos conhecer as características desta população, para que desta forma, se possa implementar as medidas necessárias, seja no âmbito pessoal ou coletivo, uma vez que possuem características psicológicas e fisiológicas diferentes da demais população, partilhando o que é próprio do envelhecimento, através da degeneração natural e irreversível e com maior prevalência de doenças, pelo qual deve-se trabalhar

principalmente para a melhor qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece (MURAKAMI, 2014).

Com o passar dos anos, o corpo envelhece, e por consequência a forma da expressão da sexualidade também se transforma. A vida sexual feminina não se encerra na menopausa, como muitos acreditam, apesar da diminuição da produção hormonal, o desejo se mantém o mesmo, pois ele é algo linear e subjetivo de cada sujeito. Nos homens, a produção de testosterona se mantém até em média os 70 anos de idade, mas ocorrem alterações na ereção peniana, que passa a ter menos frequência e duração, além da ejaculação ser menor (RAMOS, 2017).

As resultâncias sociais dos fenômenos do processo de envelhecimento são profundas, havendo a necessidade de uma visão mais abrangente e transformadora para as novas relações sociais e devemos considerar os sujeitos em sua plenitude, incluindo sua história de vida e suas representações (MURAKAMI, 2014).

Mesmo a população mundial idosa ter crescido consideravelmente e do surgimento das condições favoráveis ao envelhecimento de qualidade e ativos, como as inovações na saúde, que proporcional a alteração do comportamento sexual dos idosos, a sociedade ainda apresenta o processo de envelhecimento como algo negativo, entre eles a abolição da sexualidade (ALVES, 2015).

A sexualidade trata-se de um processo natural do sujeito, presente no indivíduo desde o nascimento até a velhice, pelo qual, obedece às necessidades fisiológicas e emocionais a qual se manifesta de forma diferente nas diversas fases do desenvolvimento humano, correspondente a função vital do ser humano (MACEDO, 2013).

Por muito tempo se compreendia as relações sexuais como algo exclusivo para reprodução, porém atualmente deixou de ser uma necessidade biológica para se tornar, uma necessidade psicológica, que está diretamente influenciada pelos padrões culturais e sociais (LEAL, 2016). Tanto os fatores biológicos, psicológicos, econômicos, religiosos, o estilo de vida e as experiências de vida influenciam no modo como a sexualidade é vivenciada, sendo está presente, em fantasias, desejos, crenças e valores (MARQUÊS, 2016).

O envelhecimento está diretamente ligado à saúde da pessoa idosa, onde o idoso considerado saudável não está ligado a ausência de doença, mas sim a sensação de liberdade, ativo e com autonomia. Desta forma, as expressões sexuais e afetivas exercem um papel de grande importância na vida dos idosos.

Com o avanço da medicina e da indústria farmacêutica, o sexual se tornou algo possível e atraente para a população idosa, com o surgimento dos lubrificantes vaginais e medicamentos para disfunção erétil.

Ressaltamos que o aumento das práticas sexuais na população idosa está ligada à promoção de uma qualidade de vida mais saudável, com prevenção das ISTs (MAHMUD, 2018).

Quando refletimos acerca da sexualidade na terceira idade, a mesma varia tanto quanto os demais comportamentos, mas isso não significa que ela desapareça da vida dos idosos, uma vez que ela depende das atitudes de cada sujeito diante da sua vida, dos seus autoconhecimentos, algo extremamente subjetivo. A literatura atual apresenta que não se tem razões fisiológicas que impeçam os idosos, que se encontram em condições de saúde satisfatórias, de terem uma vida sexual ativa, que o ato sexual se trata de uma prática emocional e afetivamente enriquecedora, fortalecendo o carinho, apego, comunicação e cuidado mútuo (BRASIL, 2010).

A sexualidade se torna algo muito maior com a chegada do envelhecimento, de modo que formas simples de afeto tenham uma grande proporção na dimensão da sexualidade, que se torna muitas vezes muito mais importante que o ato sexual em si. Trata-se de uma necessidade humana, do próprio sujeito, o contato físico, a intimidade, a expressão das emoções e o amor, e por isso não devem ser reprimidos socialmente (GARCIA, 2018).

Com a chegada do envelhecimento, o corpo passa por mudanças que são inevitáveis, logo, a frequência e a intensidade das relações sexuais mudam, porém, não inevitavelmente afetam a satisfação sexual, ou seja, não é a idade que determina a presença ou a ausência de desejo e de relações sexuais. Pois a sexualidade da pessoa idosa não está atrelada apenas ao sexo, mas sim, pode encontrar outros caminhos para a obtenção do desejo, tendo o carinho e o afeto como aliados (ALVES, 2015).

Devido às mudanças fisiológicas, que são inevitáveis com a chegada da idade avançada, os sintomas de disfunção sexual surgem, assim como podem se agravar quando associados a modelos de vida errôneos, como tabagismo, polifarmácia, doenças crônicas e o sedentarismo. Tais sintomas, acabam por contribuir para o avanço da diminuição da libido, da capacidade e frequência sexual, da ereção matinal e da sensação de bem-estar em geral, o que gera o aumento da probabilidade de desenvolvimento de depressão, insônia, distúrbios de ordem psicológica e sexual.

Assim, é necessário que se identifique prematuramente os sintomas sexuais do envelhecimento, podendo assim contribuir para um diagnóstico e tratamento clínico proporcionando uma melhor qualidade de vida ao sujeito (CORREA, SILVA, ROMBALDI, 2013).

No sexo masculino a necessidade de maior tempo para se ter a excitação sexual, finalização a relação sexual e para se iniciar uma nova excitação aumenta com a chegada do envelhecimento. Também ocorre a diminuição da tumescência peniana, da quantidade de sêmen ejaculado e da força da ejaculação (BRASIL, 2010). Os homens relatam nesta fase, a maior dificuldade na disfunção erétil, segundo a definição proposta pelo National Institutes of Health Consensus Development Panel (1993), ocorre 'A incapacidade recorrente de obter e manter uma ereção que permita atividade sexual satisfatória'.

Também pode ocorrer nos homens, a partir dos 40 anos, a hiperplasia benigna da próstata (HBP), que se trata do aumento benigno, mas não cancerígenas, da próstata, que é o órgão responsável pela produção do fluido que protege e nutre os espermatozoides no sêmen, o que o torna mais líquido (AVERBECK, 2010), o que acaba provocando alguns sintomas do trato urinário inferior, podendo não apresentar nenhum impacto em sua qualidade de vida (SBU, 2006).

Já no sexo feminino, após a menopausa, que se trata da sessão espontânea da menstruação, que ocorre em média após os 45 anos, ocasiona alterações funcionais, morfológicas e hormonais, desencadeando sintomas psicológicos e urogenitais, o que conseqüentemente pode diminuir a libido, devido a diminuição da produção dos hormônios sexuais, principalmente do estrogênio (LOUREIRO, 2016).

Todas estas alterações mencionadas anteriormente, levam a disfunção sexual nas mulheres, chamada de dispareunia, que tem como sintomas a dor e a dificuldade na atividade sexual, principalmente pela diminuição da lubrificação dos tecidos urogenitais (LORENZI, SACILOTO, 2006). A menopausa, muitas vezes, faz com que as mulheres tenham uma sensação de perda da feminilidade e da capacidade de reprodução, afinal, se tem o fim do período menstrual e o risco de uma gestação indesejada (BRASIL, 2010).

O uso exacerbado de fármacos, presença de doenças crônicas, percepção negativa do próprio corpo, transtornos mentais, interferência do ambiente que está inserido. Ainda devemos lembrar outras questões como a aceitação da aparência física, sedentarismo, estado civil, estes aspectos também sofrem influência sobre a

satisfação da pessoa idosa com a sua sexualidade e na sua qualidade de vida (MACEDO, 2013).

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (BÓS, 2015), percebeu que cerca de 7.315 idosos que foram entrevistados, destes 35% estar sexualmente ativos e destes apenas 3,9% se referiram usar preservativos, cerca de 3% usavam preservativo esporadicamente e 25,5% não usam nenhum método de prevenção. Estes idosos que não utilizavam métodos de barreira contra as ISTs, referiram-se achar prejudicial, desnecessário ou que o/a parceiro/a não gostava do uso. Destes idosos entrevistados, 0,2% eram homossexuais, 19,3% simpatizantes (sujeitos que sentem interesse, afinidade ou simpatia) com a homossexualidade. Muitos idosos se reconhecem como homossexuais na terceira idade (SILVA, 2018).

### 5.3 TENHO QUALIDADE DE VIDA MESMO SEM TRANSAR?

A função vital do sujeito pode ser compreendida de diversas maneiras, entre elas, a da sexualidade como elemento de grande sentido e significado (LEAL, VIEIRA, 2016). Por ser uma temática bastante subjetiva e vários significados entrelaçados a vários fatores, a sexualidade trata-se de uma temática que exige cuidado ao ser abordada (MARQUES, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992), traz a seguinte definição sobre sexualidade:

“Faz parte da personalidade de cada um, sendo uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida, influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto, a saúde física e mental”.

Atualmente já se sabe os benefícios das práticas sexuais, pois a sexualidade contribui positivamente para uma melhor qualidade de vida dos idosos, já que jovens e adultos que são potencialmente ativos, realizam qualquer prática sexual, quando idosos tendem a manter este comportamento (ALBUQUERQUE & SARAIVA, 2016).

A qualidade de vida da pessoa idosa possui uma grande contribuição com a sexualidade ativa (LOURENÇO, 2008), pelo qual não se tem idade específica para que a sexualidade termine, nem que se pensem as alterações fisiológicas do envelhecimento e os aspectos culturais (PEREZ, 1994). Desta forma é necessário que os mitos e paradigmas sejam quebrados, para que o envelhecer seja sinônimo de qualidade de vida (ALMEIDA, LOURENÇO, 2008).

Para os idosos, o ato sexual não se trata da questão mais importante neste momento da vida, mas sim o companheirismo, a cumplicidade e demonstrações de afeto e carinho (ALVES, 2003). Segundo Celich (2008), os inter-relacionamentos das pessoas idosas têm papel fundamental na sua qualidade de vida, e a sexualidade está ligada diretamente às necessidades afetivas, de autoestima e autoimagem que estão ligadas a diversos fatores, principalmente sociais e culturais.

Quando se nega a sexualidade, ou a restringe, acaba sendo afetado não apenas a qualidade de vida do sujeito idoso, mas também as suas relações interpessoais, autoconhecimento e sendo de integridade (BAUER, 2007). Vasconcellos (2004) apresenta um estudo realizado em um clube de convivência para pessoas aposentadas no Brasil e em Portugal, onde 24% das mulheres brasileiras, 38% das mulheres portuguesas e de 75% dos homens portugueses com vida sexual ativa pelo menos uma vez por mês e que aproximadamente 20% das mulheres e 46% dos homens possuíam relações sexuais pelo menos uma vez na semana. Ainda apresentava que cerca de mais do dobro deles, homens e mulheres, gostariam de ter relações mais de uma vez na semana.

Outro estudo que ocorreu na cidade de João Pessoa/PB, pelo qual participaram cerca de idosos, apresentou que 12,1% dos idosos descreviam a sexualidade como algo prazeroso, 16,1% dos idosos descreviam a sexualidade pelo ato sexual em si e 13,2% dos idosos descreveram como o ato de carinho em casal (VIEIRA, 2016). Ainda no mesmo estudo, os idosos foram questionados sobre as relações sexuais após a chegada do envelhecimento, onde relataram que 54,8% tinham alterações positivas, 28,6% negativas e 16,6% inexistentes e 78,6% dos idosos relataram que a prática da sexualidade era algo necessário, mas que a sociedade rejeitava esta temática.



## CAPÍTULO 6

---

**AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS****6. AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Quando verificamos a pirâmide etária, nos países ocidentais, percebemos que há um progressivo envelhecimento da população. Mas não apenas nesta camada populacional, mas sim um fenômeno cada vez mais presente em todos os países, que conseguem aumentar a expectativa de vida, através dos progressos da medicina e do meio ambiente.

Diante destes dados, há a necessidade de discussões cada vez mais presentes no processo de envelhecimento e sobre a sexualidade desta população, que percebemos que estão contaminados por tabus e preconceitos, não apenas dos idosos, como dos profissionais de saúde e da população em geral.

Do ano de 2007 a 2017, foram notificados pelo Ministério da Saúde (MS) cerca de 230.547 casos de infecções por HIV, no ano de 2017 tiveram cerca de 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de AIDS. No Brasil, registrou nos últimos 5 anos, média de 40 mil novos casos de AIDS, onde destes 67% são do sexo masculino e 33% do sexo feminino. Se estima-se que no Brasil vivam cerca de 866 mil sujeitos com HIV e cerca de 135 mil não conhecem seu status sorológico (GENEVA, 2018).

As ISTs devem ser priorizadas enquanto um agravo de saúde pública, uma vez que possui grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade de controle. A sua assistência deve ser realizada de forma integrada pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. As ESF possuem papel fundamental, uma vez que facilitam o acesso ao cuidado dos sujeitos, como sendo a porta de entrada do SUS, e desta forma podem fazer busca dos parceiros sexuais, enquanto as UBS e os serviços de referência regionalizados devem ser o último local no tratamento adequado e no seguimento clínico das ISTs (BRASÍLIA, 2006).

Os serviços devem se organizar em relação às ISTs, se adequando aos acessos da população, aquisição de medicamentos, disposição de insumos e disponibilidade de preservativos. Além dos processos necessários às ISTs, causam grande impacto social e custos indiretos para a economia do País (BRASÍLIA, 2006).

As ISTs são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. Sua transmissão acontece principalmente por meio sexual, seja oral, vaginal ou anal, sem o uso de método contraceptivo de barreira, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão ainda pode ocorrer de forma vertical, ou seja, da mãe para o feto durante a gestação, parto ou amamentação. Quando tratada, as pessoas que vivem com IST melhora consideravelmente sua qualidade de vida e interrompem a cadeia de transmissão. Tanto os atendimentos, como diagnóstico e tratamento são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Antigamente se utilizava a terminologia de Doença Sexualmente Transmissível (DST), pela terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), uma vez que a

pessoa tem a possibilidade de ter a infecção e transmitir mesmo sem sintomas e sinais de infecção.

Ao prolongarmos a vida dos idosos acima de 60 anos, e junto com os avanços na medicina acabamos por favorecer a um envelhecimento saudável e com melhor qualidade de vida, que por consequência, uma prolongação das atividades sexuais dos idosos, que são potencializados com os avanços medicinais que proporcionam facilitadores da vida moderna, como através de reposições hormonais e utilização de fármacos para impotência sexual (TAVARES & ZIMMERMANN, 2019). Ao nos depararmos com estas mudanças e avanços, diante da sexualidade, os idosos acabam por se tornar sujeitos mais vulneráveis, onde percebemos a necessidade de investimentos através das gestões públicas, para que se criem campanhas e prevenções contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/AIDS (LAROQUE & SANTANA, 2011).

Quando estudamos sobre o envelhecimento discorremos predominantemente sobre doenças crônicas degenerativas, mas tem-se observado um aumento na taxa de detecção de HIV/AIDS, IST e Hepatites Virais, configurando uma nova epidemia no Brasil (BRASIL, 2018).

A inserção dos idosos nesta temática, apresenta novos desafios, tanto relacionado ao diagnóstico quanto à adesão dos idosos a tratamentos e a testes de prevenção. Mesmo com o envelhecimento populacional, temos o aumento da prevalência do HIV/AIDS por parte dos mais idosos, estando relacionado diretamente ao sexo desprotegido, aumento da expectativa de vida de pessoas com HIV acima dos 60 anos, falta de informações e preconceito (BRASIL, 2017).

## 6.1 INFECÇÕES PELO HIV/AIDS NO BRASIL

Os retrovírus humanos são classificados em 3 subgrupos, os oncovírus (HTLV), o Lentivírus (HIV) e o spumavirus. O HIV que iremos citar neste trabalho, apresenta um genoma de RNA contido dentro de um capsídeo e um envelope lipídico (CHINEN, 2002). Nos sujeitos que vivem com o HIV, podem apresentar subtipos de genomas tanto de HIV como HIV-2.

O HIV-1 sofreu grande mudança de sua genética desde o início da epidemia no ano de 1981, hoje temos 9 subtipos – A, B, C, F, G, H, J e K. o HIV-2 temos cinco subtipos – A, B, C, D e E (BRASIL, 2018). No Brasil temos a prevalência do HIV-1.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em pessoas adultas (BRASIL, 2018), pode ser transmitido pelas vias sexual, parental e vertical. Ou seja, a transmissão pelo HIV ocorre pelas relações sexuais tanto vaginais, orais ou anais, por transfusão de sangue ou hemoderivados e compartilhados perfurantes, como em usuários de drogas e transmissão vertical, (gestação/parto).

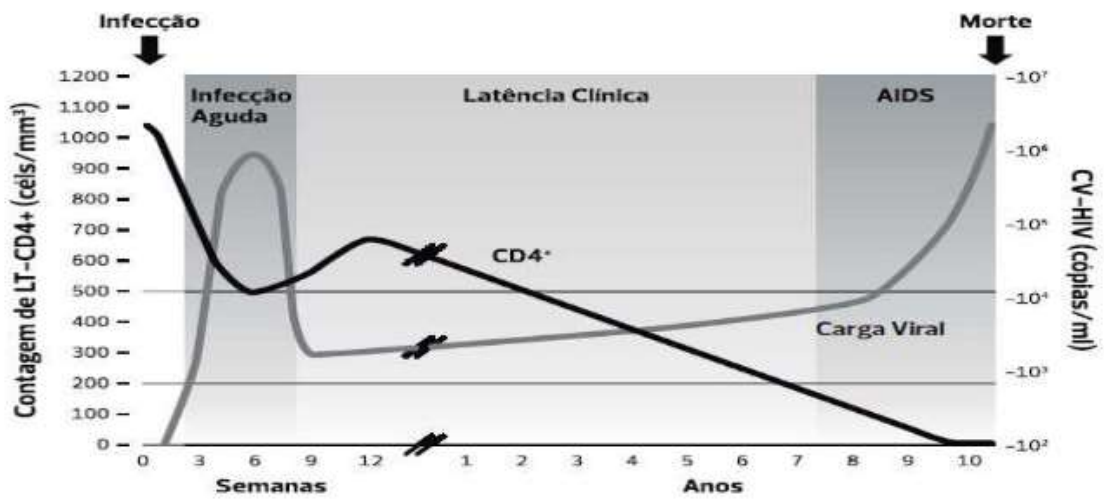


Figura 05: História natural do HIV/AIDS. (Fonte: Brasil, 2018).

A progressão da pessoa que vive com HIV/AIDS com a infecção, se divide em três fases distintas. Passa pela fase primária/aguda, que o vírus alcança níveis elevados e o sujeito se torna altamente infectante, pelo qual os linfócitos sofrem uma queda brusca (curta duração), após temos a fase de latência clínica ou assintomática, pelo qual a Carga Viral (CV) começa baixa e após há um progresso lento, se mantendo em valores acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, e o sujeito será imunocompetentes e a última fase, que a doença está avançada, em média, em 8 anos, surgem os sintomas clínicos e infecções oportunistas (Figura 05).

Na fase inicial o sujeito pode apresentar sintomas inespecíficos, podendo apresentar um quadro de infecção viral aguda (conforme Tabela 02), ou ainda pode ser assintomático.

Sinais/Sintomas	Porcentagem
<b>Febre</b>	96

<b>Adenopatia</b>	74
<b>Faringite</b>	70
<b>Exantema</b>	70
<b>Mialgia</b>	54
<b>Diarreia</b>	32
<b>Cefaleia</b>	32
<b>Náuseas e Vômitos</b>	27
<b>Candidíase oral</b>	12

Tabela 02: Principais sinais e sintomas da infecção aguda do vírus da imunodeficiência humana. (Fonte: Freitas, 2018, p.950).

Difícilmente o sujeito será diagnosticado na fase inicial e conseqüentemente acaba ingressando na segunda fase, que se tem a ausência de sintomas, mas não afasta a possibilidade de transmissão do vírus. A grande maioria dos sujeitos chegam na terceira fase, na população idosa, devido à senescência imunológica, a doença acaba encurtando alguns anos de vida caso não se tenha o tratamento logo após o diagnóstico.

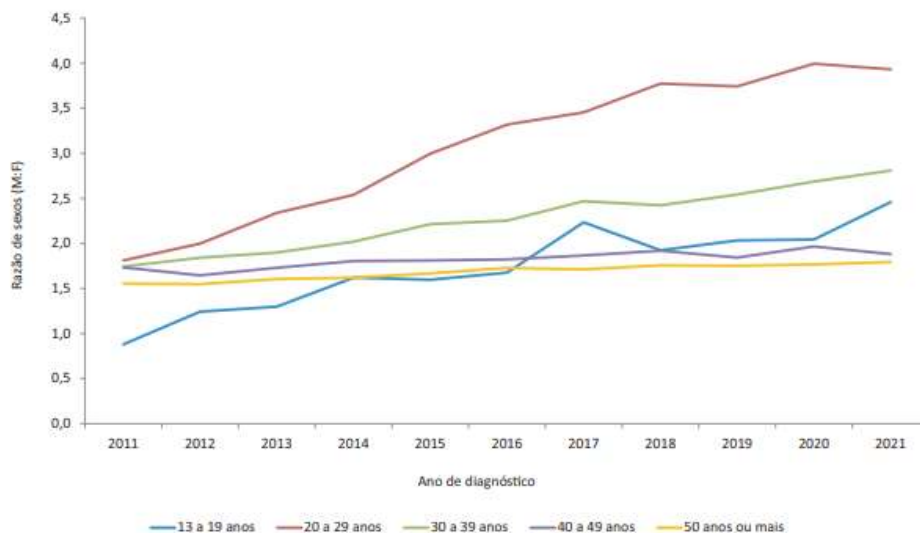


Figura 06: Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil 2011 a 2021. (Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS ano de 2022).

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids emitido no ano de 2022 (Figura 06), no ano de 2021, a faixa etária com a menor razão foi a de 50 anos ou mais,

apresentando uma razão de 1,8 e a que apresentou aumento na razão foi a faixa etária de 20 a 29 anos, com razão de 3,9. Nos últimos 10 anos houve pouca variação na razão de sexos nos grupos de faixa etária de 40 a 49 anos (cerca de 8,6%) e de 50 anos ou mais (cerca de 15,4%) em comparação com os demais grupos.

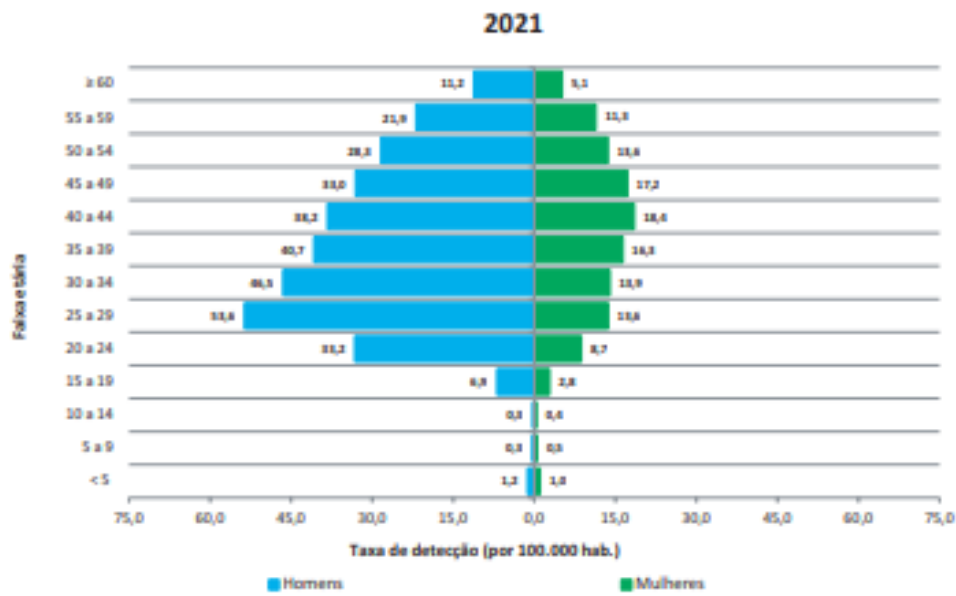


Figura 07: Taxa de detecção HIV/AIDS (por 100.000 hab) segundo faixa etária e sexo. Brasil 2011 a 2021. (Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS ano de 2022).

Segundo a Figura 07 e 08, apresentamos a detecção de HIV/AIDS por sexo no ano de 2021, houve um aumento do sexo masculino na faixa etária de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos, um aumento respectivo de 45,9%, 26,2% e 16,0%. A maior taxa de detecção foi de 53,6 casos por 100 mil hab, que superou as faixas etárias, entre homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos.

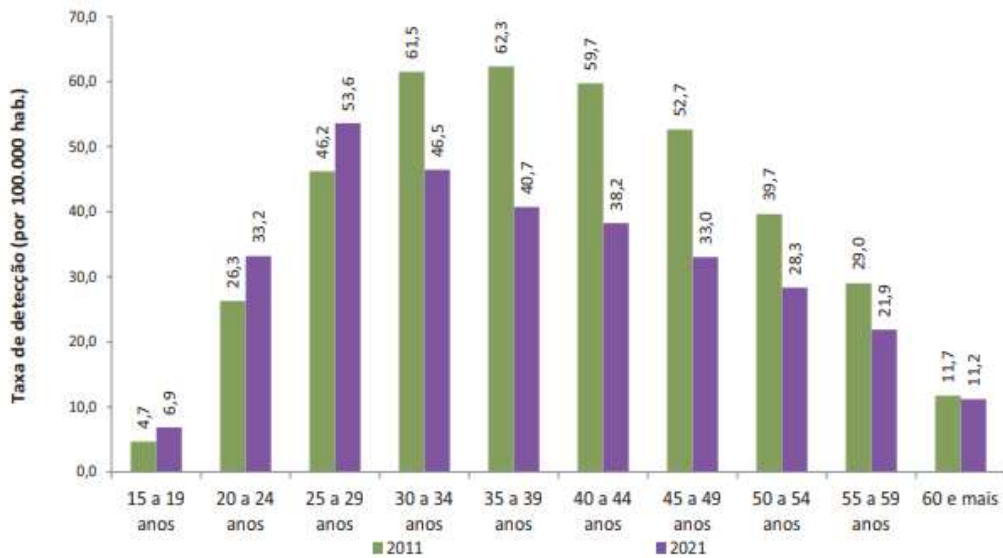


Figura 08: Taxa de detecção de HIV/AIDS (por 100.000 hab) em homens, segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021. (Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS ano de 2022).

Quando falamos no sexo feminino, verificamos que nos últimos 10 anos, a taxa de detecção teve um aumento em todas as faixas etárias, sendo a faixa dos 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos que tiveram as maiores quedas, respectivamente com 57,5% e 53,7% (Figura 9). No ano de 2021 a maior taxa de detecção se deu na faixa etária dos 40 a 44 anos, com uma razão de 18,4 casos por 100 mil habitantes.

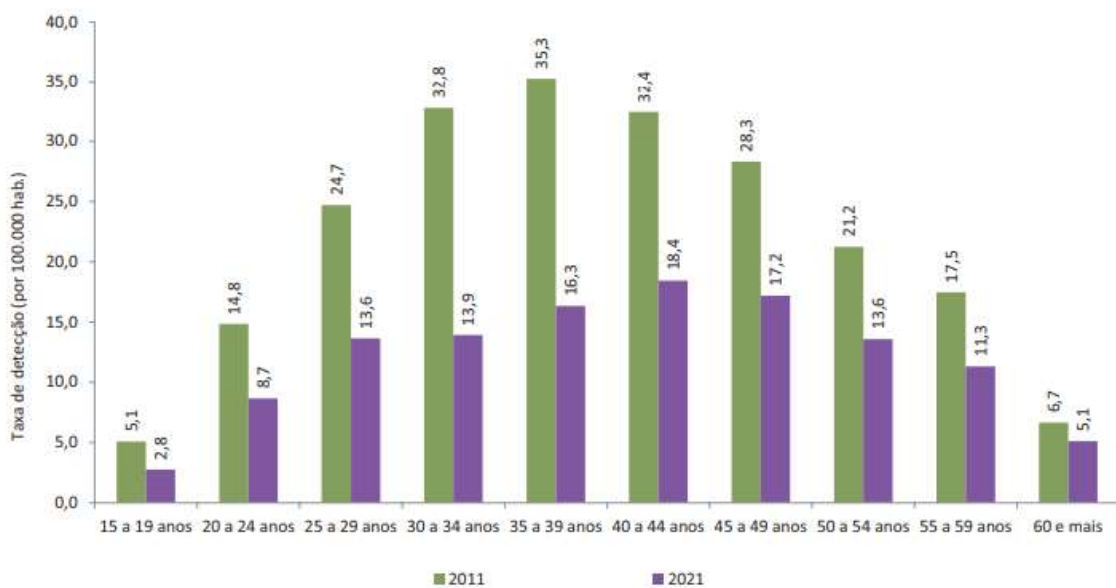


Figura 09: Taxa de detecção de HIV/AIDS por 100 mil habitantes em mulheres, segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021. (Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS ano de 2022).

É de grande relevância citarmos que o vírus do HIV/AIDS se comporta com maior agressividade nos idosos, pois a latência entre o estado de portador do vírus e de fase de AIDS faz com que a sobrevida diminua (FREITAS, 2018), e a própria infecção faz com que surjam comorbidades não infecciosas, com alterações cognitivas, alterações cardiovasculares e metabólicas (BRASIL, 2018).

Outros sintomas que os idosos podem apresentar é emagrecimento e anorexia, quando os sujeitos idosos apresentam estas queixas é difícil elaborar um diagnóstico preciso (FREITAS, 2018). Por isso a importância da realização das testagens rápidas de IST no público idoso como rotina nas consultas.

Os sintomas de perda cognitiva podem estar presentes em 9 a 12% dos casos de HIV/AIDS em idosos, podendo sim, ser um dos primeiros sinais da doença, mais uma vez, por isso a importância de uma boa anamnese clínica e das testagens rápidas assim como a solicitação de sorologia do HIV e também de sífilis em idosos (BRASIL, 2017).

‘Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população idosa, 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 parceiras’ (BRASIL. 2018, p.61).

O diagnóstico pode ser por exames laboratoriais ou por testagens rápidas, que podem ser solicitadas por médicos e enfermeiros. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (BRASIL. 2018), orienta fielmente a testagem rápida de IST a todos os usuários sexualmente ativos independentes de sexo, idade, sintomas e queixas.

O IgM apresenta grandes picos, durante a infecção pelo HIV, desta forma não é possível realizar uma análise dos anticorpos de forma separada. O Ministério da Saúde disponibiliza as testagens rápidas (TRs) para as IST nas unidades de saúde, pelo qual se tratam de imunoensaios (IE) simples, com resultados em até 20 minutos, que devem ser realizados preferencialmente de forma presencial em ambiente não laboratorial com amostra de sangue através de punção digital. Nas ESFs estes testes podem ser feitos tanto por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no âmbito



da APS e em campanhas em regiões e períodos específicos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Primeiramente deve-se iniciar com um teste com alta sensibilidade, que deverá ser repetido (duas amostras), e um teste confirmatório que possui alta especificidade, assim, descartando os falso-reagentes na primeira parte (BRASIL, 2018).

Partindo da ESF, o médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem poderá solicitar a realização de um TR, que poderá ser realizado na própria unidade, ou o médico e enfermeiro poderá solicitar a sorologia anti-HIV, que será realizada em laboratório. Caso o resultado seja positivo, o usuário será encaminhado para a quantificação da CV do HIV e a contagem de LTCD4 (BRASIL, 2018).

Ainda podemos nos deparar com um TR negativo, por isso é importante a orientação do usuário sobre a janela imunológica, caso o idoso ou sujeito tenha realizado sexo de modo desprotegido, e deve repetir a testagem rápida quinzenalmente até fechar 45 dias (BRASIL, 2018).

## 6.2 HEPATITES VIRAIS

As relações sexuais entre idosos tem aumentado significativamente, uma vez, que a partir do ano de 1998 foi lançado o medicamento para disfunção erétil. E a população idosa, tiveram pouco ou nenhum contato com os métodos preventivos de IST tanto na juventude quanto na vida adulta, desta forma, acabam estando mais expostos a contrair infecções relacionadas a prática sexual desprotegida.

Assim, se tem a necessidade de avaliação sistemática deste público, levando em consideração que estão mais ativos sexualmente, assim como o objetivo de investigar as ISTs, entre elas as hepatites.

As hepatites virais, tem tropismo primário pelo tecido hepático e são provocadas por diversos agentes etiológicos. Suas características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais são bastante semelhantes, sua importância ocorre pelo número de pessoas infectadas e pela possibilidade de complicações (BRASIL, 2008). Elas podem ser agrupadas de acordo com a maneira de transmissão: oral (A e E), parental (B, C, D) e sexual (FERREIRA, 2004).

Diante da diversidade de agentes virais causadores de hepatites, é necessário definir claramente os marcadores de diagnóstico das infecções. O diagnóstico certo de forma racional, possibilita a vigilância eficiente, necessária para detectar os casos

precocemente, evitando assim a evolução para formas mais graves da doença hepática e direcionando para ações de prevenção e tratamento (BRASIL, 2015).

As hepatites são um problema bastante grave de saúde pública no Brasil, causa alterações leves, moderadas ou graves no fígado, muitas vezes silenciosa, ou seja, assintomática. Mas quando ocorrem sintomas, podem ser através de fadiga, febre, mal-estar, vertigem, enjôo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No Brasil a prevalência de pessoas infectadas se dá pelos vírus A, B e C, as infecções pelo vírus B e C geralmente se tornam crônicas. Por não apresentarem sintomas, na grande maioria dos casos, grande parte dos sujeitos desconhecem viver com a doença, fazendo com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico.

Quando a infecção se agrava e avança, pode comprometer o fígado, sendo causa de fibrose avançada ou de cirrose, podendo levar ao desenvolvimento de câncer e à necessidade de transplante de fígado.

Estima-se que o impacto desta infecção acarreta em aproximadamente 1,4 milhões de mortes anualmente no mundo por Hepatites Virais, seja pela infecção aguda, pelo câncer hepático ou pela cirrose associada à doença. A taxa de mortalidade de pessoas que vivem com Hepatite C, pode ser comparada às do HIV, por exemplo.

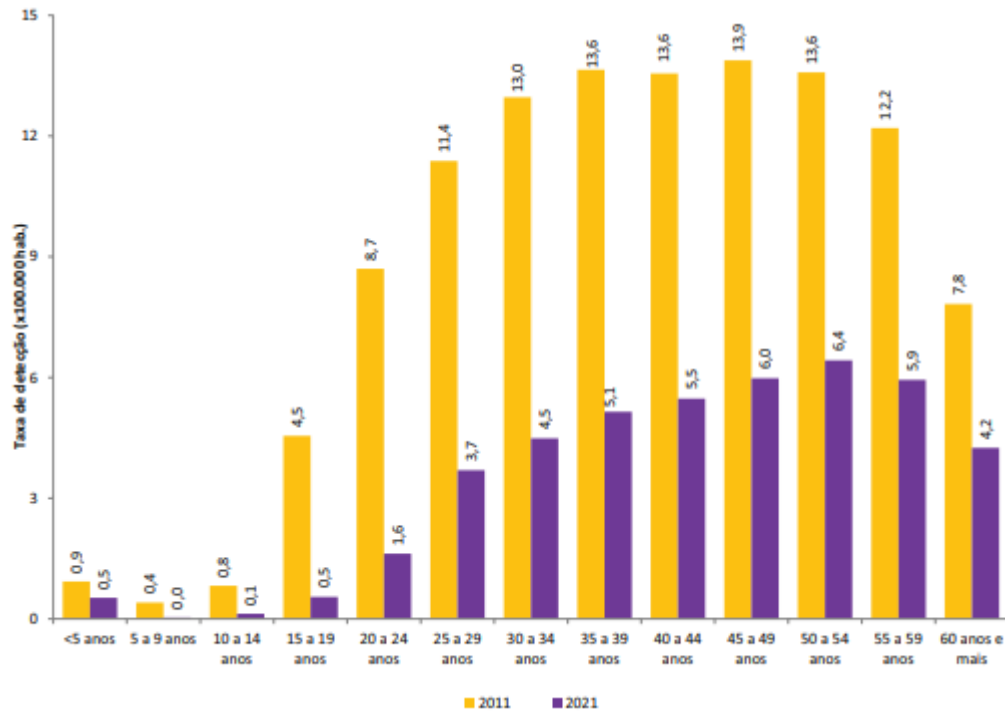


Figura 10: Taxa de detecção de casos de Hepatite B (por 100.000 hab.) por faixa etária de 2011 a 2021. (Fonte: SINAN/SVS/MS).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais do ano de 2022, os casos detectados por Hepatite B segundo a faixa etária e sexo, mostra que se concentrou em sujeitos com 25 a 44 anos (48,8%), no ano de 2021 o maior percentual de casos notificados ocorreu entre idosos com 60 anos ou mais (17,8%). A maior taxa de detecção se deu em sujeitos de 45 a 49 anos e de 50 a 54 anos (6,0 e 6,4%) (Figura 10).

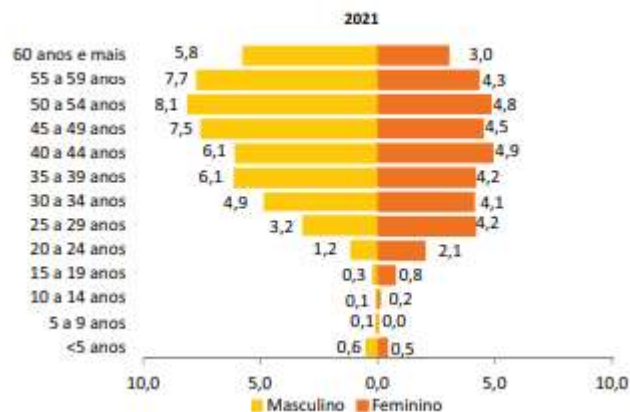


Figura 11: Taxa de detecção de Hepatite B por 100.000 hab, segundo faixa etária e sexo no Brasil do ano de 2011 a 2021. (Fonte: Sinan/SVS/MS)

Quando analisamos a estratificação segundo sexo, os casos acumulados de hepatite B entre homens foram cerca de 59,9% entre a faixa etária de 25 a 49 anos. Entre mulheres, se acumulam na faixa etária de 20 a 39 anos, significando 52,3% dos casos. No ano de 2021 os casos se concentraram na faixa etária de 60 anos ou mais (19,0%), entre as mulheres a faixa etária que se concentrou também foi na de 60 anos ou mais (16,4%) (Figura 11) (BRASIL, 2022).

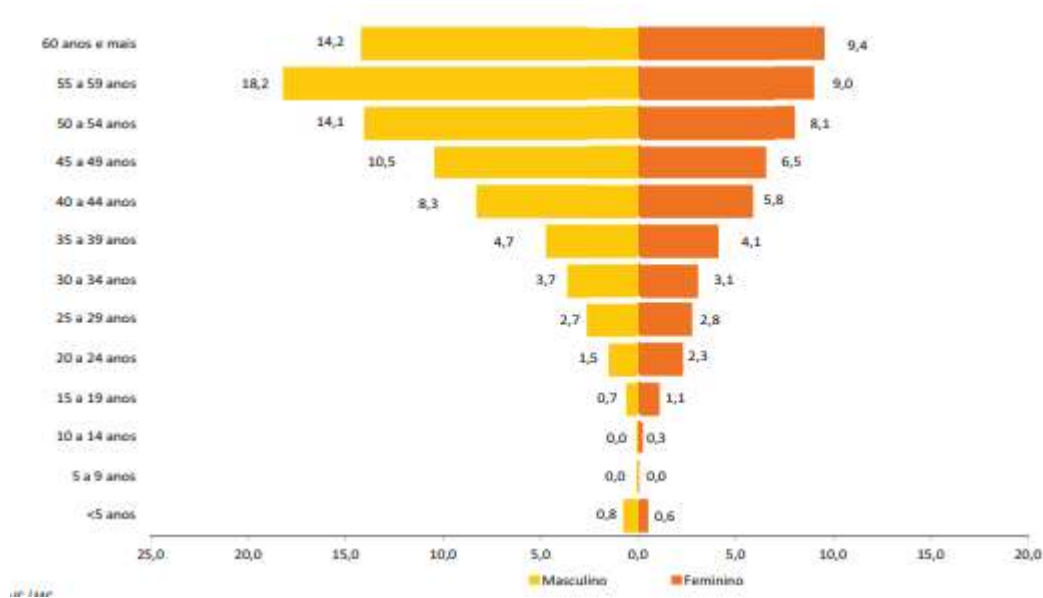


Figura 12: Taxa de detecção de casos com hepatite C, por 100 mil hab, segundo faixa etária no Brasil no ano de 2021. (FONTE: Sinan/SVS/MS)

Quando analisamos os casos notificados no ano de 2021 de hepatites C, considerando a faixas de idade de todo o período, observamos que o maior percentual dos casos ocorreu na faixa etária acima dos 60 anos (22,7%), sendo 27,2% dos casos em mulheres e 19,3% dos casos em homens (Figura 12) (BRASIL, 2022).

Atualmente temos disponível as testagens rápidas das infecções pelos vírus B e C, que são disponibilizados pelo SUS para toda a população. Todas as pessoas devem ser testadas pelo menos uma vez na vida para esses tipos de hepatites. A população em vulnerabilidade deve ser testada periodicamente.

### 6.3 A SÍFILIS

Segundo a OMS, entre os anos de 2009 a 2016, foram diagnosticados 376,4 milhões de casos de IST curáveis no mundo (WHO, 2019), sendo que destes 6,3 milhões de casos foram de sífilis, com a prevalência de homens e mulheres de 0,5%.

A infecção por sífilis é transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, e ocorre pela prática sexual desprotegida, ou de forma vertical, de mãe para filho na fase gestacional.

Sua epidemiologia se dá por diversos fatores, entre eles o nível socioeconômico, uso de drogas, gravidez na adolescência, relação sexual de risco, dificuldade e vergonha de acesso aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro que vive com sífilis (MAGALHÃES, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2016), a Sífilis pode apresentar três fases, a primeira com os sintomas que aparecem em até 12 semanas após seu contágio, pela presença de diversas lesões nos órgãos genitais e linfadenopatia regional, que pode ser tratada em até 3 semanas. Na segunda fase, os sintomas são cefaléia, febre e manifestações maculopapulares generalizadas entre 6 a 8 semanas após a primeira fase. Quando não diagnosticada ou tratada de forma correta, a doença pode permanecer no organismo por muitos anos, levando a terceira fase, com a aparecimento de lesões cardíacas, neurológicas, viscerais e ósseas (MAUCH, 2012).

O diagnóstico ocorre pela Testagem Rápida de Sífilis ou pelo exame de laboratório VDRL.

A infecção por Sífilis pode acometer todas as faixas etárias que estão sexualmente ativas, e merecem ser investigadas independentemente da idade. Apesar de pensarmos que podem ter maior prevalência nas pessoas mais jovens, também afetam os idosos acima de 60 anos, visto que, com o avanço da saúde, sociais e da longevidade, os idosos estão sexualmente mais ativos (LAROQUE, 2011). Os boletins epidemiológicos a partir do ano de 2010, que são emitidos pelo Ministério da Saúde, apresentam um aumento significativo nos casos de sífilis na faixa etária acima de 50 anos.

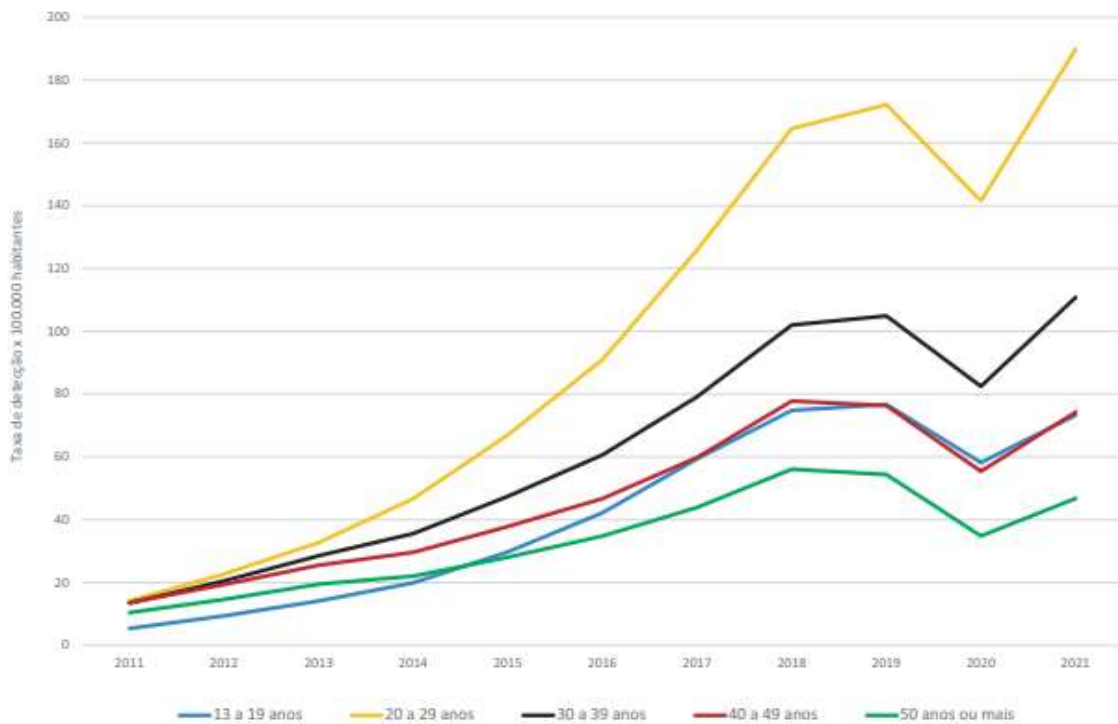


Figura 13: Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100 mil hab segundo faixa etária. Brasil 2011 a 2021. (Fonte: SINAN 30/06/2022).

Relacionamos este aumento principalmente à falta de informação desta faixa etária sobre a saúde sexual e aos possíveis riscos do contágio da sífilis, que podem levar a um quadro de demência e óbito em pessoas na terceira idade (SILVA, 2020).

Sífilis está entre as infecções sexualmente transmissíveis que mais acometem os idosos, considerando um problema de saúde pública (Figura 13). Segundo Santos Nonato (2020), que os idosos se trata da população menos informada e orientada pelos profissionais de saúde, logo estão entre os grupos de aumento dos índices por sífilis nos últimos anos. É necessário que os profissionais de saúde saibam informar e levar em consideração a sífilis como uma doença sistêmica nesta população, assim como, orientar os usuários, em relação às medidas de prevenção e tratamento adequado (MAHMUD, 2019).

#### 6.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO ÀS IST

Quando falamos em estratégias combinadas de prevenção, estamos nos referindo às ações de prevenção, tanto diretamente ao combate das IST, quanto aos fatores associados às infecções. Pressupomos que devem agir de diferentes ações,

conciliando estratégias, mediante três principais eixos: biomédicos, comportamentais e estruturais (BRASIL, 2018) (FIGURA 14).

Segundo Moriguchi (2013) a prevenção na saúde coletiva, não deve se limitar apenas para evitar o surgimento das doenças ou em retardar seu aparecimento, ela deve ser em diversos níveis e com objetivos específicos.

A prevenção primária, trata-se do conjunto de ações que visam remover a exposição do indivíduo a um fator de risco antes que o mecanismo se desenvolva e assim a infecção se instale. Quando falamos em IST, temos o uso de métodos de barreira durante as relações sexuais, o não compartilhamento de seringas em casis de usuários de drogas, o cuidado com o uso de objetos perfurocortantes durante os procedimentos de saúde e o uso de medicamentos específicos, a PEP e a PrEP (BRASIL, 2018).

Quando falamos na prevenção secundária, está na detecção da infecção no sujeito de forma precoce, para desta forma, iniciar o tratamento imediatamente após seu diagnóstico. Nestes níveis se enquadram os rastreios, para detectar sujeitos assintomáticos. Assim os profissionais de saúde devem atuar de forma ampla, solicitando sorologias do HIV e as TR para pessoas sexualmente ativas ou em situação de risco, independente de sintomas ou não (TERRA, PRINTES, NEVES, 2018).

A prevenção terciária, acontece com a finalidade de reduzir os custos sociais e econômicos da doença na população, através da reabilitação e da reintegração precoce, levando em consideração a potencialidade funcional do sujeito (ALMEIDA, 2005). Na prevenção quaternária, temos como principal fator, evitar a iatrogenia por parte dos profissionais de saúde e a última fase de prevenção, está na promoção de saúde (TERRA, PRINTES, NEVES, 2018).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), apresenta em seus protocolos as populações consideradas 'chaves' e prioritárias para ações de prevenções combinadas de IST, estão são:

'(...) O Ministério da Saúde define como população-chave, no endereçamento das ações de resposta às IST:

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

Além dessas populações-chaves, é preciso observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidade que os tornam mais vulneráveis a IST, portanto devem ser priorizados pelo Ministério da Saúde em ações específicas de prevenção. São populações prioritárias:

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

Ao observarmos os grupos prioritários consideradas 'chaves' pelo Ministério da Saúde para a prevenção combinada, e mesmo com o grande aumento na prevalência e incidência de IST na População idosa, ela não está incluída como grupo prioritário, exceto se este idoso for homossexual ou se enquadre em outra característica supracitadas.

O Ministério da Saúde Justifica que a escolha das populações a serem priorizadas, estão relacionadas às dinâmicas sociais locais, e variam de acordo com o território que está inserido (BRASIL, 2017, p.29).



Figura 14: Mandala da prevenção combinada (Fonte: Brasil, 2017).





**METODOLOGIA****7. METODOLOGIA**

Esta seção apresenta o caminho metodológico construído da presente pesquisa.

**7.1 INSTRUMENTO**

A coleta de dados para a realização de uma pesquisa se trata de um processo de apuração de informações para que se comprove uma problemática levantada. Para que isso ocorra, são desenvolvidas técnicas de averiguação. O instrumento escolhido para a coleta de dados de uma pesquisa, trata-se da ferramenta que fará parte do processo de coleta de dados, e por fim, o tratamento das informações e divulgação dos resultados. O instrumento utilizado nesta pesquisa é a Análise documental, pelo qual trata-se de um instrumento com conteúdo já existentes, disponíveis, pelo qual a partir deles, pode-se comparar a diferença entre dados de diferentes épocas ou contatar semelhanças de informações ao decorrer do tempo.

A análise documental é escolhida com frequência nos estudos, principalmente nas Ciências Humanas e Sociais, conforme cita Sá Silva, Almeida e Guindani (2009, p 05):

(...) um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos de

vários tipos. Pode ser desenvolvida a partir de várias fontes, de diferentes documentos, não somente o texto escrito, uma vez que excluído livros e materiais já com tratamento analítico, é ampla a definição do que se entende por documentos incluindo-se dentre eles, leis, fotos, vídeos, jornais, etc.(...)”

A pesquisa científica pode ser dividida por dois métodos, sejam eles quantitativos ou qualitativos, os pesquisadores sinalizam suas pesquisas para conduzir o leitor sobre o plano de estudo (CRESWELL, 2007). A análise documental utilizada como metodologia, pode ser grande aliada na abordagem qualitativa, seja contemplando informações obtidas, novos aspectos de um tema ou problema (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p.38).

Através da análise documental, analisamos diversos materiais, que podem não terem sido analisados antes para algum tipo de trabalho ou estão sendo analisados, como forma de obter outras interpretações e informações complementares (GUBA e LINCOLN, 1981).

A pesquisa documental não pode ser confundida com a pesquisa bibliográfica, apesar da utilização de documentos nestes dois tipos de pesquisa, não se trata da mesma abordagem, pois a pesquisa bibliográfica tem foco nos documentos já publicados, como livros e artigos. Já a análise documental trata-se de uma documentação ainda não analisada, de fonte primária.

## 7.2 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo quanti quali, tipo Análise documental, com abordagem predominante quantitativa, na medida em que utiliza majoritariamente a medição numérica e a análise estatística no processo de colheita e análise de dados (SAMPIERI, COLLADO & LUCIO, 2006).

O levantamento de dados e informações foi realizado através da análise de dados emitidos pelos relatórios anuais da Estratégia de Saúde da Família das testagens rápidas realizada na Estratégia de Saúde da Família – Bela União, do bairro Caturrita, município de Santa Maria/RS. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise de conteúdo.

## 7.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Quando são solicitados pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria/RS, testagens rápidas em qualquer público, estas testagens são registradas em um relatório, que é emitido mensalmente e anualmente para a Política de HIV/AIDS, IST e Hepatites Virais, com o quantitativo de testes realizados e os resultados obtidos.

Estimou-se a amostra através de uma análise estatística descritiva, através de tabulação na planilha do programa Microsoft Office Excel e apresentado através de tabelas e gráficos no programa Microsoft Office.

Nossa amostra se dá diretamente nestes relatórios, no período de 2020 a 2023/1.

#### 7.4 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria/RS, chamada de Bela União, localizada na região norte da cidade, no bairro Caturrita.

A presente ESF atende cerca de 4500 pessoas, conta com uma equipe mínima de atendimento, ou seja, um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (equipe efetiva), uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza (equipe terceirizada).

Os atendimentos ocorrem de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. São realizados acolhimentos, ou seja, demanda espontânea, onde os usuários podem chegar para atendimento sem horário marcado em agenda, com queixas agudas e do momento. Também são agendadas consultas com idosos, gestantes, puérperas e puericultura (até os 5 anos de idade).

A unidade conta com parcerias com as instituições de ensino do município, onde recebe a Residência de Medicina e Saúde na Comunidade da Universidade Franciscana (UFN), estagiários do último ano de Medicina da mesma universidade e residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pelo qual recebem as especialidades em Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem.

Os procedimentos ofertados pela ESF, por ser Atenção Primária, está no acompanhamento de doenças crônicas como HAS e DM, Testagem rápida de Gravidez, Testagem Rápida de IST, vacinação de rotina, realização de curativos e verificação de pressão arterial e de glicemia.

## 7.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo dados obtidos nos relatórios emitidos no período de 2020 a 2023/1, com usuários acima de 60 anos de idade, independente do sexo. Usuários abaixo desta faixa etária, foram excluídos do estudo.

## 7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo foram seguidas as considerações éticas, tais como a solicitação de autorização à unidade de saúde onde decorreu o estudo.

## 7.7 CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em uma base de dados do Programa Microsoft Excel. Através de uma dupla entrada destes e posterior conferência dos dados registrados. As incongruências (erros) foram corrigidas, e a base foi preparada para posterior análise estatística.

## 7.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado contato com o coordenador na Estratégia de Saúde da Família – Bela União, onde foi realizada a apresentação do projeto e solicitação da autorização para a realização da pesquisa. A equipe da unidade foi informada previamente dos objetivos da pesquisa e procedimentos a serem realizados, bem como, a confiabilidade dos dados e do anonimato dos dados dos relatórios (nomes de usuários).

A coleta de dados foi realizada de forma individual pela pesquisadora, no local da Unidade de saúde, foram verificados três cadernos de relatórios de testagens rápidas em usuários do ano de 2020 a 2023/1.

## 7.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados advindos da coleta de documentos foram analisados de forma individual, registados em tabela no Microsoft Excel, separados por ano, sexo, faixa etária e resultado da Testagem Rápida para IST.

A análise dos dados seguiu a ordem das etapas a seguir, a primeira sobre a construção do *corpus da pesquisa*, pelo qual se analisou publicações acerca da temática escolhida, como forma de contextualização com a análise documental. Após

foi realizado a leitura flutuante, pelo qual analisou-se os documentos disponíveis sobre as testagens rápidas, com a finalidade de entender o que estava registrado e assim realizar a separação conforme o objetivo da pesquisa. Após se realizou a codificação e os recortes da pesquisa, pelo qual analisou-se os documentos e categorizamos o que seria válido para a pesquisa e por fim entendimento da mensagem através dos resultados da análise documental.

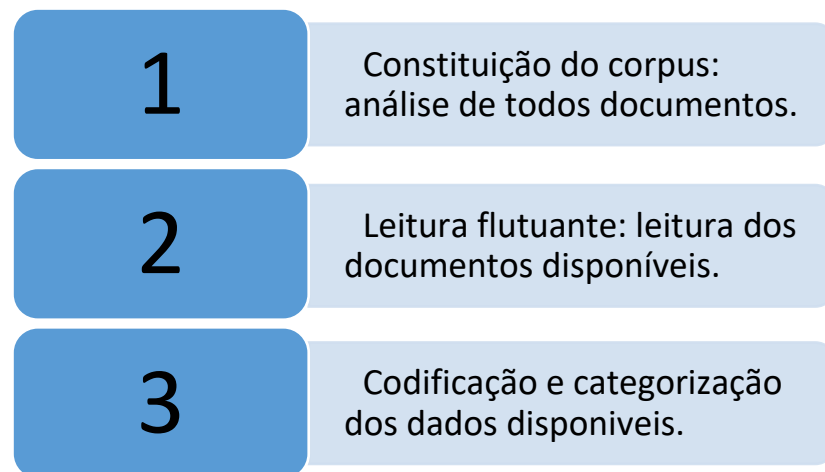


Figura 15: Etapas operacionais de análise dos dados. (Fonte: realizado pela própria pesquisadora.)



## CAPÍTULO 8

**RESULTADOS****8. RESULTADOS**

Neste tópico serão apresentados os resultados obtidos através da análise documental, sendo primeiramente descrito os dados bio-sócio-demográficos das análises, possibilitando assim o perfil da amostra. Em seguida serão apresentados os dados obtidos com a análise de quantitativo de testagens rápidas por ano de realização e por mim os resultados obtidos nas testagens de infecções sexualmente transmissíveis.

**8.1 PERFIL BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

<b><i>Variável</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>%</i></b>
<b><i>Sexo</i></b>		
<i>Feminino</i>	94	60,64%
<i>Masculino</i>	61	39,35%
<b><i>Faixa etária</i></b>		
<i>60 a 69 anos</i>	84	54,19%
<i>70 a 79 anos</i>	62	40%
<i>Acima de 80 anos</i>	09	5,80%

Tabela 03: Perfil sócio-bio-demográfico dos idosos atendidos.



Foram analisados neste estudo 155 descritores de testagens rápidas de infecções sexualmente transmissíveis em usuários acima de 60 anos. Sendo a maioria do sexo feminino, num total de 94 testagens (60,64%). Observou-se que 54,19% dos idosos apresentavam-se na faixa etária de 60 a 69 anos. 40% na faixa etária de 70 a 79 anos e apenas 5,80% na faixa etária acima de 80 anos.

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	51	32,90%
<i>70 a 79 anos</i>	37	29,87%
<i>Acima de 80 anos</i>	06	3,87%

Tabela 04: Faixa etária de mulheres na análise documental.

Quando analisamos a amostra total de forma analítica, temos um total de 94 mulheres que foram testadas para IST nos três anos (60,64%), entre estas mulheres 32,90% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 23,87% na faixa etária de 70 a 79 anos e 3,87% na faixa etária acima dos 80 anos.

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	33	21,59%
<i>70 a 79 anos</i>	25	16,12%
<i>Acima de 80 anos</i>	03	1,93%

Tabela 03

Tabela 05: Faixa etária de homens na análise documental.

Em relação ao sexo masculino temos uma amostra de 61 testagens rápidas de IST em homens, sendo desses 21,59% na faixa etária dos 60 a 69 anos, 16,12% de 70 a 79 anos e 1,93% acima dos 80 anos.

<b><i>Ano</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>2020</i>	6	3,87%
<i>2021</i>	17	10,96%
<i>2022</i>	82	52,90%

2023	50	32,25%
------	----	--------

Tabela 06: Descritores de testagens rápidas para infecções sexualmente transmissíveis dividido por ano de testagem em usuários acima de 60 anos.

Quando analisamos o número de testagens rápidas por ano de realização, temos um total de 155 testagens rápidas em usuários acima de 60 anos nos quatro anos de análise documental. Sendo 06 testagens rápidas no ano de 2020 (3,87%), 17 testagens rápidas no ano de 2021 (10,96%), 82 testagens rápidas no ano de 2020 (52,90%) e 50 testagens rápidas até abril do ano de 2023 (32,25%).

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
60 a 69 anos	01	33,33%
70 a 79 anos	01	33,33%
Acima de 80 anos	01	33,33%

Tabela 07: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2020

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
60 a 69 anos	09	64,28%
70 a 79 anos	04	28,57%
Acima de 80 anos	01	7,14%

Tabela 08: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2021.

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
60 a 69 anos	24	50%
70 a 79 anos	20	41,66%
Acima de 80 anos	4	8,33%

Tabela 09: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos no ano de 2022.

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
60 a 69 anos	17	58,62%
70 a 79 anos	12	41,37%
Acima de 80 anos	00	0%

Tabela 10: testagens rápidas para IST em mulheres acima de 60 anos até abril do ano de 2023.

Analisando separadamente o sexo feminino temos um total de 94 testagens rápidas para IST nos quatro anos analisados. Sendo que no ano de 2020 houve o menor número de testagens, com um total de 3 testagens rápidas em mulheres, sendo 01 testagem rápida na faixa etária de 60 a 69 anos, 01 testagem rápida na idade de 70 a 79 anos e 01 testagem rápida acima dos 80 anos.

No ano de 2021, houve quase quatro vezes mais testes rápidos que no ano anterior. Tiveram um total de 14 testagens rápidas para IST em mulheres, sendo que foram 09 testagens em mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos (64,28%), 04 testagens rápidas em mulheres com idade de 70 a 79 anos (28,57%) e 01 testagens rápida acima dos 80 anos (7,14%).

No ano de 2022 triplicou o número de testagens rápidas para IST em mulheres, com um total de 48 mulheres testadas neste ano. Sendo que destas 24 mulheres estavam na faixa etária de 60 a 69 anos (50%), 20 mulheres com idade de 70 a 79 anos (41,66%) e 04 mulheres acima dos 80 anos (8,33%).

Até abril do ano de 2023 foram testadas para infecções sexualmente transmissíveis 29 mulheres, onde 17 estão na faixa etária dos 60 a 69 anos (58,62%) e 12 estão na faixa etária dos 70 a 79 anos (41,37%).

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	1	33,3%
<i>70 a 79 anos</i>	2	66,6%
<i>Acima de 80 anos</i>	0	0%

Tabela 11: testagens rápidas para IST em homens acima dos 60 anos no ano de 2020.

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	02	66,66%
<i>70 a 79 anos</i>	00	0%
<i>Acima de 80 anos</i>	01	33,33%

Tabela 12: testagens rápidas para IST em homens acima de 60 anos no ano de 2021.

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	20	58,82%
<i>70 a 79 anos</i>	13	38,23%

<i>Acima de 80 anos</i>	01	2,94%
-------------------------	----	-------

Tabela 13: testagens rápidas para IST em homens acima dos 60 anos no ano de 2022.

<b><i>Faixa etária</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>60 a 69 anos</i>	10	47,61%
<i>70 a 79 anos</i>	10	47,61%
<i>Acima de 80 anos</i>	01	4,76%

Tabela 14: testagens rápidas para IST em homens acima de 60 anos até abril do ano de 2023.

Quando analisamos separadamente o sexo masculino temos um total de 61 homens testados para infecções sexualmente transmissíveis nos quatro anos de análise documental. No ano de 2020 temos um total de 03 testagens, sendo 01 testagem rápida na faixa etária de 60 a 69 anos (33,3%) e 02 testagens rápidas na idade de 70 a 79 anos (66,6%).

No ano de 2021 este número não teve um aumento considerável como no sexo feminino. Tivemos um total de 03 testagens rápidas em homens, sendo 02 testagens na faixa etária de 60 a 69 anos (66,66%) e 01 testagem rápida na faixa etária acima dos 80 anos (33,33%).

Em 2022 houve um aumento considerável em testagens rápidas para IST em homens, com um total de 34 testagens rápidas. Sendo 58,82% na faixa etária de 60 a 69 anos, 38,23% na faixa etária de 70 a 79 anos e 2,94% acima dos 80 anos.

Até abril do ano de 2023 temos 21 testagens rápidas em homens, onde destes 47,61% estão na faixa etária de 60 a 69 anos, 47,61% na idade de 70 a 79 anos e 4,76% com idade acima dos 80 anos.

<b><i>IST</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
<i>HIV/AIDS</i>	0	0%
<i>Sífilis</i>	0	0%
<i>Hepatite B</i>	0	0%
<i>Hepatite C</i>	0	0%

Tabela 15: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos no ano de 2020.

<b><i>IST</i></b>	<b><i>Número</i></b>	<b><i>Porcentagem</i></b>
-------------------	----------------------	---------------------------

<i>HIV/AIDS</i>	0	0%
<i>Sífilis</i>	2	11,11%
<i>Hepatite B</i>	0	0%
<i>Hepatite C</i>	0	0%

Tabela 16: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos no ano de 2021.

<b>IST</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
<i>HIV/AIDS</i>	0	0%
<i>Sífilis</i>	07	8,53%
<i>Hepatite B</i>	0	0%
<i>Hepatite C</i>	0	0%

Tabela 17: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima dos 60 anos no ano de 2022.

<b>IST</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
<i>HIV/AIDS</i>	0	0%
<i>Sífilis</i>	04	8%
<i>Hepatite B</i>	0	0%
<i>Hepatite C</i>	01	2%

Tabela 18: Resultado das testagens rápidas para IST em usuários acima de 60 anos até abril do ano de 2023.

<b>IST</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Ano de 2021</b>		
<i>Sífilis</i>	1	1
<b>Ano de 2022</b>		
<i>Sífilis</i>	4	3
<b>Ano de 2023</b>		
<i>Sífilis</i>	2	2
<i>Hepatite C</i>	0	1

Tabela 19: Descritor de sexo pelos resultados de infecções sexualmente transmissíveis nos quatro anos analisados.

Analisando propriamente as Infecções Sexualmente Transmissíveis e os resultados obtidos através das testagens rápidas, não temos nenhum caso positivo no ano de 2020. No ano de 2021 temos 02 casos positivos de sífilis, sendo 01 do sexo feminino e 01 do sexo masculino. No ano de 2022 temos 07 casos positivos de sífilis, sendo 3 do sexo feminino e 04 do sexo masculino. E até abril do ano de 2023 temos 04 casos positivos de sífilis, sendo 2 em mulheres e 2 em homens e um caso de hepatite C na mesma mulher que positivou para sífilis neste ano.

<b>Mês</b>	<b>Teste de HIV</b>	<b>Teste de Sífilis</b>	<b>Teste de Hepatite B</b>	<b>Teste de Hepatite C</b>
<i>Abril</i>	07	08	08	08
<i>Mai</i>	22	22	22	22
<i>Junho</i>	42	40	40	40

Tabela 20: Relatório Mensal emitido pela Política de Saúde do Idoso, do ano de 2020.

Ao analisarmos os três únicos relatórios emitidos pela Política de Saúde do Idoso do Município de Santa Maria/RS do ano de 2020, após não foram mais emitidos relatórios para as unidades com os quantitativos de Testagens Rápidas em Idosos para IST, temos o mês de junho com o maior número de testagens, chegando a 42 testes de HIV.

Em abril/ 2020 tiveram um quantitativo de 07 testes de HIV, 08 Testes de sífilis, Hepatite B e Hepatite C, sendo que das 40 unidades de saúde participantes apenas 04 unidades quantificaram em testagens rápidas para IST (Casa Treze, Policlínica Rubem Noal, ESF Lídia e ESF Kennedy) as demais se mantiveram zeradas.

Em maio/2020 tiveram o total de 22 testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Das 40 unidades de saúde participantes apenas 08 unidades quantificaram (Casa Treze, UBS Centro Social Urbano, ESF Itararé, UBS Joy Betts, UBS Kennedy, UBS Ruben Noal, ESF/EACS Santa Marta e ESF Urlândia).

Em junho/2020, onde foi registrado o maior número de quantitativo de testagens rápidas em idosos, tiveram um total de 42 testes de HIV e 40 testes de Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Pelo qual, das 40 unidades de saúde, 16 unidades quantificaram em testagens rápidas (ESF Alto da Boa Vista, ESF Bela União, UBS Centro Social Urbano, UBS Crossetti, UBS Itararé, ESF Itararé, UBS Kennedy, ESF Kennedy, ESF

Lídia, ESF Parque Pinheiro, UBS Passo das Tropas, ESF Roberto Binato, UNS Ruben Noal, ESF Santos, ESF Vitor Hoffman e ESF Wilson Paulo Noal).

**Objetivo 08:** Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	VALOR DA META (2022 A 2025)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
					2022	2023	2024	2025
1	Ampliar e monitorar a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa durante a consulta.	Percentual de unidades de saúde que preenchem e utilizam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	100%	Percentual	50	100	100	100
2	Fomentar e monitorar o atendimento domiciliar pelas equipes de ESF e EAP.	Número de atendimentos domiciliares ofertados à população idosa na APS/equipe/ano	60	Número	30	40	50	60
3	Implementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, para o acompanhamento de saúde da população idosa no âmbito da Atenção Primária em Saúde	Percentual de idosos com registro do procedimento "Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. (INDICADOR-13/RS 2022-2023)	≥ 3%	Percentual	≥ 2%	≥ 3%	-	-
4	Monitorar as equipes de ESF e EAP que utilizam os marcadores de consumo alimentar na pessoa idosa.	Número de unidades de saúde que utilizam os marcadores de consumo alimentar.	33	Número	10	15	20	33
5	Monitorar o percentual de consultas médicas e reconsultas na pessoa idosa em relação ao número da população geral atendida.	Percentual de consultas e reconsultas na pessoa idosa	30%	Percentual	27%	28%	29%	30%
6	Ampliar a oferta de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C para pessoas idosas.	Número mínimo de testagens rápidas em pessoas idosas/ano	4000	Número	1000	1000	1000	1000

Figura 16: Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025 do Município de Santa Maria/RS. (Fonte: <https://www.santamaria.rs.gov.br/arquivos/baixar-arquivo/conteudo/D21-1988.pdf>).

Ao analisarmos o Plano Municipal de Saúde do ano de 2022 a 2025 do Município de Santa Maria/RS temos como meta a ampliação de testagens rápidas de IST em idosos com um indicador de 4000 testagens rápidas/ano divididas nos quatro anos de vigência do plano municipal, ou seja, 1000 testagens rápidas por ano em idosos.





## CAPÍTULO 09

---

**DISCUSSÃO DOS RESULTADOS****9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O município de Santa Maria/RS faz limite com a parte norte do Estado com os municípios de São Martinho da Serra, Itaara, Júlio de Castilhos e Silveira Martins, em leste com os municípios de Restinga Seca e Formigueiro, ao sul com os municípios de São Gabriel, Formigueiro e São Sepé e a Oeste com os municípios de Dilermando de Aguiar e São Pedro do Sul.

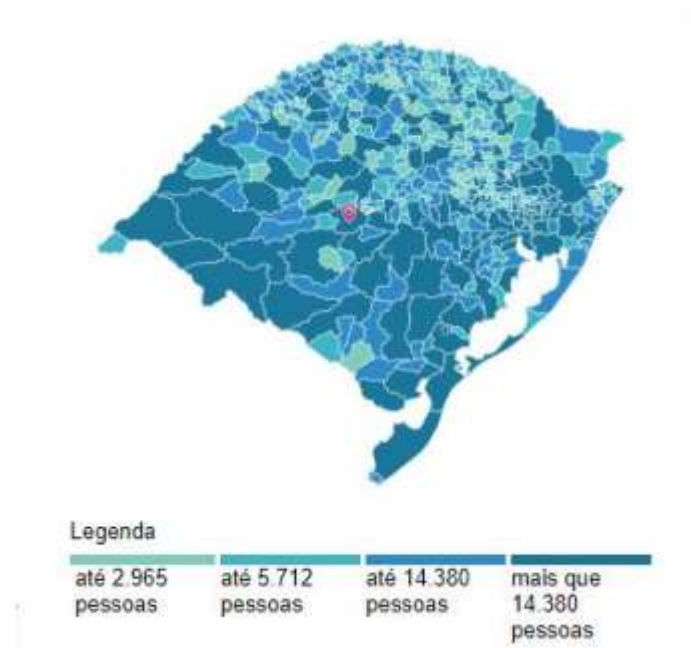


Figura 17: Mapa com destaque do Município de Santa Maria/RS. (Fonte: IBGE, 2021)

Santa Maria é dividida em um distrito sede e em nove demais distritos, pelo qual p distrito sede possui 8 regiões administrativas e é composto por um total de 42 bairros. Possui uma população estimada no ano de 2020 de 283.676 habitantes, ocupando a posição de 5º lugar entre os 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma área geográfica total de 1.780.194 Km<sup>2</sup> e só de área urbana 121 km<sup>2</sup> e de área rural de 1.653km<sup>2</sup>.

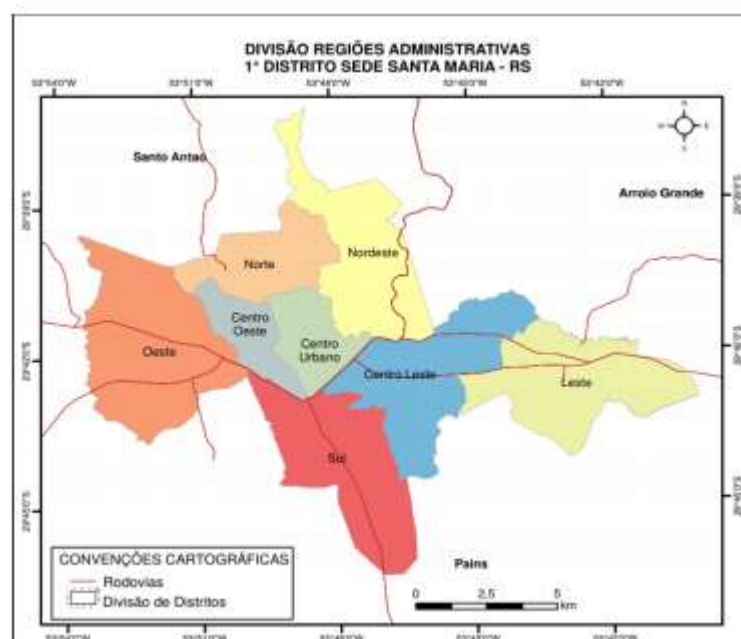


Figura 18: Mapa da Divisão das Regiões Administrativas de Santa Maria/RS. (Fonte: Instituto do Planejamento (Fonte: <https://www.santamaria.rs.gov.br/arquivos/baixar-arquivo/conteudo/D12-1719.pdf> )

População total segundo último censo (2010)	261.031 pessoas	População estimada total segundo último censo	283.676 pessoas
População área urbana (2010)	248.347 pessoas	População estimada área urbana (2020)	269.892 pessoas
População área rural (2010)	12.684 pessoas	População estimada área rural (2020)	13.784 pessoas
Densidade demográfica	145,98 hab/km <sup>2</sup>	Densidade demográfica estimada (2020)	159,35 hab/km <sup>2</sup>

Figura 19: População da área urbana e rural de Santa Maria/RS. (Fonte: IBGE 2021)

Devido à industrialização e modernização da agricultura familiar no Brasil a partir da década de 1960, a população passou de predominante rural para urbana. Segundo o censo de 2010, o município de Santa Maria possuía 95,1% de seus habitantes na área urbana e 4,9% na área rural, pelo qual equivale a 12.684 habitantes.

População sexo masculino	47,4% ou 134.463 homens
População sexo feminino	52,6% ou 149.214 mulheres

Figura 20: População estimada por sexo na cidade de Santa Maria/RS. (Fonte: IBGE 2021).

Segundo o Censo do ano de 2010, a cidade de Santa Maria/RS possui 52,6% da sua população feminina (137.302 mulheres). No Brasil, temos cerca de 4 milhões a mais de mulheres que homens nos últimos dez anos, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, divulgados pelo IBGE. Quando pensamos em relação ao gênero, temos 96 homens para cada 100 mulheres. Esta diferença pode ser explicada devido a maior taxa de mortalidade ser masculina, pois apesar de nascerem mais homens, a mortalidade masculina também é maior.

Os homens vivem no Brasil em média 7,1 anos a menos que as mulheres, segundo o IBGE. Temos um registro de 361.577 óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos

no Brasil no ano de 2014, sendo destas 68% masculinas. E a maior proporção na faixa etária de 50 a 59 anos (38%).

O que podemos relacionar a nossa pesquisa, uma vez que percebemos que as testagens rápidas são realizadas predominantemente por mulheres, uma vez que os homens procuram menos os serviços de saúde como caráter preventivo, e estão mais suscetíveis a não execução de práticas de autocuidado como alimentação adequada, exercícios físicos regulares e exames de rotina. Ao contrário das mulheres que mantêm um maior cuidado com a saúde, realizando exames e consultas com maior frequência.

0 a 5 anos de idade	7,1% ou 20.141 pessoas
6 a 14 anos de idade	12,6% ou 35.743 pessoas
15 a 24 anos de idade	17,7% ou 50.211 pessoas
25 a 39 anos de idade	23,1% ou 65.529 pessoas
40 a 59 anos de idade	25,8% ou 73.189 pessoas
60 anos ou mais	13,8% ou 39.147 pessoas

Figura 21: População Segundo Faixa etária no município de Santa Maria/RS (Fonte: IBGE 2021).

Segundo o IBGE 2010, mais de um quarto da população de Santa Maria/RS estava na faixa etária dos 40 a 59 anos (cerca de 73.189 pessoas). No ano de 1940, a expectativa de vida ao nascer no Brasil era de 45,5 anos, mas está subindo desde então, e chegou a 76,3 anos em 2018, onde em homens é de 72,8 anos e de mulheres de 79,9 anos.

Isto nos leva a analisar, que a população idosa está predominante cada vez mais na população brasileira, na cidade de Santa Maria/RS, a estimativa é de 13,8% de pessoas acima dos 60 anos (39.147 habitantes). Quando comparamos com os dados emitidos pelo Plano Anual de Saúde, que estabelece que apenas 4000 idosos sejam testados para IST em quatro anos de gestão, nos leva a questionar por qual motivo este indicador é tão abaixo da média, sendo 9 vezes menor que o número de pessoas idosas ao total no município.

A Atenção Primária em Saúde possui o modelo de financiamento chamado de Previner Brasil, pelo qual ele foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, pelo qual o financiamento para o repasse de algumas transferências para os municípios passar a ter quatro critérios, eles são: capacitação ponderada, pagamento

por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critérios populacional.

Este novo modelo, foca em aumentar o acesso das pessoas à atenção primária de saúde e o aumento do vínculo da população com as equipes de saúde, pelo qual responsabiliza os gestores e os profissionais pelas pessoas que assistem.

Com este modelo do Previne Brasil, as unidades da atenção primária de saúde passaram a priorizar alguns aspectos específicos no atendimento, negligenciando outros, os aspectos específicos são: pelo menos um exame citopatológico para mulheres de 24 a 64 anos de idade, 06 consultas de pré-natal até 12 semanas de gestação, Testagem rápida de HIV e Sífilis para gestantes e parceiros, verificação de pelo menos uma aferição de pressão arterial em hipertensos semestralmente, um exame de hemoglobina glicada para diabético semestralmente, consulta odontológica para gestante e vacinação contra poliomielite. Ou seja, o previne brasil não incentiva as testagens rápidas em idosos, onde o indicador que se enquadraria as pessoas acima dos 60 anos seria no acompanhamento de doenças crônicas (diabetes e hipertensão), mantendo assim a premissa que os idosos se resumem apenas a doenças crônicas ou demenciais.

As Estratégias de Saúde da Família (ESF), foram consolidadas com o intuito objetivo de transformar a política de saúde dos antigos modelos médicos assistenciais, priorizando assim outras questões como humanização do atendimento aos usuários em todas as fases da vida, inclusive na terceira idade, com ações diretas às famílias.

Desta forma, foi implementado unidades de saúde ou 'postos' num número crescente de bairros em regiões de vulnerabilidade social, atuando equipes de profissionais multidisciplinares e cada equipe fica responsável pela atenção básica de sua população delimitada e cadastrada. Desta forma, as ESF dividem seus indivíduos em programas específicos, classificando e principalmente por sexo, condições de saúde e idade.

Quando pensamos na ESF Bela União, a mesma atende uma população total cadastrada de 3.337 pessoas, tendo em 2022 um total de 1.784 consultas com o público idoso. Se analisarmos o total de testagens rápidas no público idoso, no ano de 2022, foram de 34 testagens rápidas de IST, um número muito pequeno comparado com as consultas realizadas.

Quando se tem as testagens rápidas realizadas no público idoso na ESF, percebemos que não são ofertadas nas consultas ou nos acolhimentos, como forma de prevenção e promoção de saúde com os idosos, mas sim ofertadas como rastreio, ou seja, testagem pela testagem, oferecidas nos dias de coleta de exames laboratoriais conforme interesse do usuário.

Os profissionais de saúde não ofertam as testagens rápidas em suas consultas, assim como, negligenciam a sexualidade no público idoso, reduzindo os mesmos ao rastreio de doenças crônicas e demenciais. Uma questão exposta pela gerontologia brasileira nos últimos anos, é a de incluir a velhice no curso da vida sexual (DEBERT, 2012). A sexualidade deve ser vista como composição do envelhecimento ativo, onde os gerontólogos e sexólogos expõem que as pessoas podem praticar sexo até o final da vida e o mesmo proporciona uma melhor qualidade de vida, passando assim, a necessidade de pensar em novos parâmetros do que significa ser velho atualmente.

Quando os profissionais da saúde, a gestão municipal e própria política de saúde do idoso negligenciam a sexualidade dos mesmos, não proporcionam educação em saúde para que os profissionais possam abordar esta temática, evidencia o despreparo da saúde para um tema atual e para uma população que está em constante crescimento e ativa não apenas com sua saúde, mas sua sexualidade.

Atualmente a área da Gerontologia centra-se no enfoque do processo de envelhecimento e não nas patologias existentes, apresenta a necessidade de ampliação do olhar dos idosos sobre suas relações com as demais gerações, onde devem surgir a partir de orientações psicológicas, sociológicas e antropológicas, contrariando significados ultrapassados e das mudanças evolutivas (NERI, 2001).

Segundo Louro (1999) a compreensão da sexualidade envolve não apenas o ato sexual, mas rituais, linguagens, fantasias, símbolos, ou seja, está envolvida em processos culturais e plurais. Ou seja, se os profissionais de saúde não estão preparados para abordar sobre o tema nas consultas e acolhimentos, se os idosos não estão abertos para expressarem para estes profissionais e para a própria sociedade sobre sua sexualidade, os preconceitos e tabus continuam permanecendo instalados e conseqüentemente veremos os aumentos de IST por parte deste público.

Pois sabemos que os idosos atuais, ainda sofrem o preconceito da sexualidade vista como algo promíscuo e reprodutivo, conforme mencionado nesta dissertação, o que leva aos mesmos não terem o conhecimento necessário para a busca de orientações de promoção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Quando pensamos no sexo masculino, predominante em dados positivos de IST no presente estudo, percebemos que os mesmos além de não procurarem atendimento preventivo em saúde, buscam suprir seus desejos muitas vezes de forma escondida, procurando profissionais do sexo, não se prevenindo com métodos de barreira contra IST e se contagiando com Infecções sexualmente transmissíveis pelo fato de esconderem seus desejos.

Louro (1999), expõe que a sexualidade passa por uma história, cheia de significados, linguagens e sentidos atribuídos ao sexo, então a construção acerca da sexualidade, deve estar moldada de forma subjetiva e não em relações de poder como a sociedade estabelece. Elas devem ser definidas e construídas através de relações sociais, e não pelas redes de poder e tabus impostas pela sociedade.

As mulheres por serem predominantes nas testagens rápidas de IST, assim como o público predominante em atendimento em consultas e acolhimentos como prevenção de saúde, acabam realizando as testagens rápidas com mais frequência, principalmente como forma de rastreio durante os exames citopatológicos que fazem parte dos indicadores do previne brasil na atenção primária de saúde.

Infelizmente por muito tempo a sociedade construiu uma visão de que o idoso era um ser dotado de limitações, sejam físicas, patológicas ou psicológicas. Surgindo assim diversos tabus relacionados à possibilidade de se manter uma vida sexual ativa no envelhecimento, fazendo com que cada vez mais os idosos se exponham a riscos no que se refere às infecções sexualmente transmissíveis.

Quando percebemos o resultado desta pesquisa, pelo na qual há uma baixa porcentagem de testagens rápidas em idosos, e as que são realizadas são em forma de rastreio e não ofertadas em consultas e acolhimentos como forma de prevenção e promoção de saúde da sexualidade da pessoa idosa, percebemos que os profissionais de saúde possuem uma ideia enraizada, e acabam por negligenciar o atendimento aos idosos vulneráveis a este tipo de situação, que estão expostos a IST sem as orientações adequadas de prevenção em saúde sexual.

Percebemos que tanto os profissionais de saúde, quanto os próprios idosos e a população em geral, não percebem os idosos como seres vulneráveis a IST, e acabam por influenciar nas medidas de prevenção que deveriam ser realizadas na atenção primária à saúde, uma vez que se trata da porta de entrada do SUS e as ESF possuem vínculo profissional e usuário, diferente da atenção especializada. O uso de

preservativo em idosos é seis vezes menor que o uso na população jovem, por exemplo (SANTOS, 2017).

Desta forma, como percebemos nos relatórios anuais de IST emitidos e destacados nesta dissertação, a mudança no curso epidemiológico de doenças como a AIDS e Sífilis, dado que o número de casos entre os idosos continua aumentando significativamente e continua sendo negligenciado pelas gestões e profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde possuem papel fundamental no processo de prevenção e orientação, principalmente na atenção primária à saúde, mas devem estar isentos de preconceitos, sem enxergar os idosos apenas como pessoas patológicas e em degeneração. As abordagens em consultas e acolhimentos devem ultrapassar as barreiras apenas das doenças crônicas ou das renovações de receitas, mas sim, da qualidade de vida vista pelo paradigma da sexualidade e do prazer seja ele individual ou não.

Mesmo sendo evidente o aumento do envelhecimento populacional e toda vulnerabilidade dos idosos nas questões das IST, ainda percebemos poucos estudos sobre esta problemática no Brasil (ANDRADE, 2017), o que enfatiza a demora das políticas públicas em adotar medidas de prevenção e ausência de ações educativas em saúde da sexualidade da pessoa idosa prevenção de IST nesta faixa etária. O que colabora para que este público fique cada vez mais desinformado sobre as testagens e diagnóstico precoce de IST.

---



**10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mundialmente estamos vivendo o envelhecimento populacional, pelo qual demanda diversos desafios aos profissionais das mais diversas áreas do conhecimento. É necessária uma redefinição dos conceitos e valores, sejam de ordem biológica, psicológica ou social, para que se garantam um envelhecimento ativo e de qualidade.

Por muitos anos os idosos foram vistos como pessoas em declínio biológico, pessoas com patologias limitantes e ao final da vida, pelo qual acabou contribuindo para a existência de estereótipos e preconceitos em relação a esta população. Quando compreendemos o processo de envelhecimento, levando em consideração apenas os processos de perdas fisiológicas e anatômicas, impossibilita a percepção de fatores importantes que são específicos desta etapa da vida, como a experiência

de vida destas pessoas, sua história de vida e sua visão mais ampla da existência humana.

A Gerontologia de forma especial, ao longo dos anos, tem modificado o modo de atuação junto à população idosa, não atuando apenas em pesquisas e intervindo em aspectos negativos do envelhecimento, mas ressaltando os aspectos positivos desta faixa etária, fortalecendo as competências e não apenas corrigindo as deficiências.

É necessário que sejam enfatizados e reforçados os aspectos positivos da pessoa idosa, que possam atuar de forma preventiva junto aos aspectos patológicos. Dentre os aspectos positivos destacamos as vivências sexuais, que são capazes de proporcionar um bem-estar físico, psicológico e melhor qualidade de vida independente da idade do sujeito.

Na presente dissertação de mestrado, adentrou-se no universo das vivências sexuais e das Infecções Sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, obtendo dados sobre esta temática que evidenciam o desafio para a pesquisadora, que percebe o enfrentamento da resistência dos valores morais e culturais.

Tanto a sexualidade dos idosos quando as Infecções Sexualmente Transmissíveis no envelhecimento é uma temática bastante carente de pesquisa, pois a maioria dos estudos existentes adentram sobre os aspectos fisiológicos e patológicos, como doenças crônicas e demenciais nesta população, ou se detém, nas disfunções sexuais, pouco se percebe sobre os aspectos subjetivos da sexualidade da pessoa idosa, com a necessidade de compreensão de sentimentos e emoções existentes na vida cotidiana dos idosos.

No caso específico desta pesquisa constatou-se que os profissionais de saúde e a gestão da atenção primária ainda estão enraizados nas doenças crônicas como norteadores de qualidade de vida dos idosos, negligenciando a dimensão da sexualidade.

Diante do aumento da longevidade populacional, acabam por surgir a necessidade de proporcionar aos idosos não apenas sobrevida maior, mas também melhor qualidade de vida, e a mensuração desta qualidade além da ausência ou da manutenção das doenças, mas sim com a sua sexualidade de forma ativa e sem preconceitos e tabus mostra-se de extrema relevância, possibilitando ao profissional atuante na área da gerontologia uma maior compreensão acerca dos fatores que compõem esta sexualidade.

Diante da análise de dados obtidos, a prática sexual de forma insegura e sem conhecimento dos métodos de prevenção estão entre os fatores que influenciam na transmissão de IST na população idosa. Mesmo que estes idosos possuam parceiros fixos, ainda percebemos que os usos de preservativos acabam sendo reduzidos a não contracepção e não a prevenção de IST.

Outro fator está nos aspectos culturais, com falsas crenças, que a pessoa idosa está impossibilitada de infectar-se sexualmente ou de ser sexualmente ativa, acabam por mascarar a vulnerabilidade sofrida por essa população.

Os profissionais de saúde acabam por ter dificuldade de questionar sobre a temática da sexualidade com os usuários idosos, por terem vergonha, o que demonstra a falta de informação e de proporcionar educação sem saúde sobre esta temática da sexualidade para os profissionais de saúde.

A desinformação por parte dos idosos e dos profissionais de saúde são fatores que compõem a problemática exposta neste estudo,

E por fim, a ausência de políticas públicas suficientes que abordem o tema da sexualidade na atenção primária de saúde, e a criação de campanhas de ações educativas sobre a importância da prevenção de IST em idosos e do conhecimento sobre a sexualidade no envelhecimento no Brasil. Dado o exposto, é de extrema importância a criação de pesquisas e estudos de políticas públicas que englobam o público idoso nas campanhas de prevenção de IST, assim evitando a disseminação das IST em idosos e ao diagnóstico precoce através das testagens rápidas de IST na população idosa,

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDWIN, CM (1994). Estresse, Coping e Desenvolvimento. Nova York: Guilford Press

ALENCAR, D. L. Fatores associados ao exercício da sexualidade de pessoas idosas. Recife, 2013. 104 f. Dissertação (mestrado) - UFPE, Centro de Ciências Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2013.

ALENCAR, R. A. DUARTE, M. T. C. & PARADA, C. M. G. L. (2017). Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. Acta Paul Enferm.30(1): 8-15.

ALMEIDA, L.A., & PATRIOTA, L.M. (2009). Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades – Campina Grande

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 57, n.2-B, 1999. p. 421-426.

ALMEIDA, T; LOURENÇO, M.L. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v 5, n 1, 2009. P. 130-140. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/104/187.33>

ALVES, M. & MELO, M. (2012). Educação e campanhas em saúde: informar, conscientizar ou mudar comportamentos? PPGCOM ESPM – Escola Superior de Propaganda e Marketing – São Paulo – 15 e 16 outubro de 2012.

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

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.

AVERBECK, M. A.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. D.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 54, n. 4, 2010. p. 471-477

Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.

BALTES, P.B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v.17, n.36, p.7-31, 2006.

BASTOS, C. C.; CLOSS, V. E.; PEREIRA, A. M. V. B.; BATISTA, C.; IDALÊNCIO, F. A.; DE CARLI, G. A.; SCHNEIDER, R. H. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 1, p. 87-95, 2012.

BAUER, M.; MCAULIFFE, L.; NAY, R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, v. 2, n. 1, p. 63-68, 2007.

BERNARDINO, E. (2011). A sexualidade na terceira idade: o discurso social do suposto corpo assexuado. (Monografia de conclusão de graduação). Retirada de <http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/459/1/TCC II-Edjane.pdf>.

BOCK, A.M.B., FURTADO, O., & TEIXEIRA, M.L.T. (2008). Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Saraiva.

Borges, M.C.M (2006). O idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. Em O.R.M.Simson, A.L. Neri, & M. Cachioni (Eds.), As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil (pp. 79-104). Campinas: Alínea

Brasil (2008). "Clube dos ENTA": campanha para o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS 2008 [vídeo]. Ministério da saúde. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=IHUeEEs-gvQ>

Brasil (2008). Brasil: Um século de mudanças na estrutura etária da população - 1950-2050.

Brasil (2009). "Bloco da mulher madura": campanha de prevenção de HIV e AIDS, do Carnaval de 2009 [vídeo]. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria Especial de Política para as Mulheres/Programa Nacional de DST/AIDS. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=EqiL54zKkzY>

Brasil (2010). HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Brasil (2014). Portal da Saúde: AIDS: O que é HIV? Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>

Brasil (2017). O que são IST. Brasília: Ministério da saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Brasil (2017). PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV). Brasília: Ministério da saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL .Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, v. XX, 2017c.

BRASIL, 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>.

BRASIL. [Caderneta de saúde da pessoa idosa (2006)] Ministério da Saúde. Caderneta de saúde das pessoas idosas. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 61

BRASIL. 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>.

BRASIL. Guia de bolso: doenças infecciosas e parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.,

BRASIL. 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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatites virais: o Brasil está atento. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. 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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html).

BRASIL. 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>.

BRASIL. 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>.

BRASIL. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas

BRASIL. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

CHAIMOWICZ, F. Saúde do idoso. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013  
Ciências da Saúde, v. 24, n. 4, p. 325-32, 2018. Doi: 10.4034/RBCS.2018.22.04.05

CORRÊA, L. Q.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J. Sintomas de disfunção sexual em homens com 40 ou mais anos de idade: prevalência e fatores associados. Rev. bras. epidemiol, v. 16, n. 2, p. 444-453, 2013.

CUNHA, L. M.; MOTA, W. S.; GOMES, S. C.; BEZERRA, Í. M. P. MACHADO, M. D. F. A. S.; QUIRINO, G. D. S. Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 894-906, 2015.

CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cadernos de Saúde Pública. 2000, v.16, pp. S103-S112 .

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>.

DA SILVA ROZENDO, A.; ALVES, J. M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. v. 18, n. 3, p. 95-107, 2015.

DUARTE, G.O. O “Bloco das Irenes”: articulações entre Amizade, Homossexualidade(s) e o processo de Envelhecimento. Porto Alegre, 2013

DUARTE. G.O. O ‘Bloco das Irenes’: articulações entre amizade, homossexualidade (s), e o processo de envelhecimento. UFRGS. Porto Alegre, 2013.

FÁVERO, M.F., & BARBOSA, S.C.S. (2011). Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde. Terapia Sexual, 14(2), 11-39.

FERREIRA, C.T, SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, 2004; 7 (4).



Figueiredo, & T. Torrini (Eds.), Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis.

FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FOUCAULT, M. (1985). História da sexualidade III: o cuidado de si (M. T. C. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal.

FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1987.

FRIES, JF (1980) Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. The New England Journal of Medicine, 303, 130-135.

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

GENEBRA, Organização Mundial de Saúde (2002). Informe Mundial sobre a violência e a saúde sexual.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO I. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008  
IBGE e IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro, IBGE, 1998. ISSN 0034-723X

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.

JOHNSON, B. Older adult's suggestions for health care providers regarding discussions of sex. Geriatr Nurs. n. 18, v. 2, 1997. p. 65-6.

LEAL VIEIRA, K. F.; DA NÓBREGA, R. P. M. ARRUDA, M. V. S.; DE MELO VEIGA, P. M. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 36, n. 2, 2016.

LOURO, G. L. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte. Autêntica. 1999.

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.

MACEDO, P. R. M. Auto-avaliação da sexualidade em mulheres idosas frequentadoras de um ambulatório de geriatria e instituição de longa permanência. 2013. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

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>

MAHMUD, I. C.; KOWALSKI, C. V.; LAVAGNINI, B. T.; SCHUTZ, K. L.; STOBAUS, C.. 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.

MARQUES, A. D. B.; DA SILVA, R. P.; DOS SANTOS SOUSA, S.; DA SILVA SANTANA, R.; DE DEUS, S. R. M.; DE AMORIM, R. F. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 5, n. 3, 2016.

MARQUES, A.D.B, SILVA, R.P, SANTOS S R, DE DEUS, S.R.M, DE AMORIM, R.F. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de 45 convivência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2016 set/dez; 5(3): 1768-83.

MARTINS, L. F. A.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids diante da percepção da infecção. *Nursing*, v. 100, n. 8, Set. 2006. Disponível em: . Acessado em: 11 Out. 2012.

MARTINS, M.B. (2012). Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosas no contexto familiar (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Amazonas, Manaus

MASTERS, W., & Johnson, V. (1988). O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

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

MENDONÇA, A.M.L., & INGOLD, M. (2006). A sexualidade da mulher na terceira idade. *Ensaio e Ciência*, 10(3), 201-213

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> .

MOURA, I. LEITE, M.T., HILDEBRANDT, L.M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *RBCEH*, 5(2), 132-140.

MURAKAMI, E.; ARANHA, V. C. FRANÇA, C. C.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S. D. JACOB FILHO, W. Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. *Psicologia Hospitalar*, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2014.

NERI, Anita L. Paradigmas Contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e em Sociologia. In.: *Desenvolvimento e Envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* / Anita Liberalesso Neri (org.). – Campinas, SP: Papirus, 2001.

O.M.S. Growing in Confidence: Programming for Adolescent Health and Development – Lessons from eight countries. Department of Child and Adolescent Health and Development. 1992.

PEDROZA, A. P. Envelhecendo com HIV/Aids e enfrentamentos nas relações afetivo-sexuais. 2013. 63 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

PEREZ, E. A. Sexualidad en los ancianos. In: Pérez, E. A. et al (Org) *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.

PERRY, A.G. POTTER, P.A. Fundamentos da Enfermagem. 7<sup>o</sup> edição. 2005.

RAMPELOTTO, M. V.; MARQUES, A. Y. C.; LOUREIRO, M. Climatério e Menopausa: efeitos sobre comportamento alimentar, estado nutricional, imagem corporal e doenças associadas. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 8, n. 2, 2016.

RIBEIRO, A. (2002) Sexualidade na Terceira Idade. Em M. Papaléo Netto (Ed.), Gerontologia. A velhice e envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu.  
Ribeiro, C.G. (2011). Representações sociais da violência doméstica: qualidade de vida e resiliência entre mulheres vítimas e não vítimas (Tese de Doutorado).

RIO GRANDE DO SUL. Coleções ações em saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 3. Porto Alegre: SSRS, 2018

RODRIGUES, L.C.B. (2008). Vivência da sexualidade de idosos (as) (Dissertação de Mestrado). Retirada de <http://www.socialgest.pt/dlds/vivenciasdasesexualidadenosidoso>

RODRIGUES, L.C.B. Vivência da sexualidade de idosos (as). Dissertação (mestrado). Rio Grande/RS, Brasil: Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2008. Disponível em: <http://www.socialgest.pt/dlds/vivenciasdasesexualidadenosidosos.pdf>

ROUCO, N.F. GONZALES, R.J.C. CARVALHO, V.A.M.L. & SÁNCHEZ, F.L. (2009). Mito o realidade? A sexualidade na velhice. Em L.F. Araújo., C.M.R.G. Carvalho, & Carvalho, V.A.M.L (Eds) As diversidades do envelhecer: uma abordagem multidisciplinar (pp 87-99). Curitiba.

SHIN, D. C.; JOHNSON, D. M. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research v. 5, p. 475-92, 1978, In: Bowling, A. Measuring health - A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1997, p. 6.

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, J. (2006). Estar e ser idoso: aspectos geriátricos e gerontológicos. Em N.M.A

SILVA, V. X. D. L. MARQUES, A. P. D. O.; LYRA, J.; MEDRADO, B.; LEAL, M. C. C. RAPOSO, M. C. F. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2012.

SOUSA, J.L. (2008). Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 20(1), 59-64.

SOUTO, A. ANTUNES, E.S.D.C, & ALMEIDA, T (2009, novembro). O “devir” do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. *Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadras Grupais: a pesquisa e a clínica* (pp. 286-293). Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, São Paulo – SP. Retirado de [http://www.thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/anais\\_vii\\_jornada\\_apoiar.pdf](http://www.thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/anais_vii_jornada_apoiar.pdf)

STARFIELD, B. The future of primary care: refocusing the system. *The New England Journal of Medicine*, 357(1), 26-32. VASCONCELLOS, D.; NOVO, R.; CASTRO, O. P. D.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, Â.; COUTO, M. C. P. D. P.; GIAMI, A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas-comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, n. 9, v. 3, 2004. p. 413-419.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. *Conexões*, 2008

VIEIRA, K. F. L. Sexualidade e qualidade de vida do idoso: Desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. 2012. 234 f. Tese [Doutorado Psicologia Social]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

VIEIRA, K. F. L.; DE LIMA COUTINHO, M. P.; DE ALBUQUERQUE SARAIVA, E. R. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 36, n. 1, p. 196-209, 2016.

.

VIEIRA, K.F.L, COUTINHO, M.P.L, SARAIVA, E.R.A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2016; 36(1):196-209. DOI: 101590/1982-3703002392013

VILELA, L. Aids na terceira idade: resistência ao uso da camisinha é um dos fatores para novos casos de contaminação, 2002. Disponível em: . Acesso em 6 jun. 2009.

