



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DIONÍZIO CARVALHO DA SILVA

ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

BELÉM-PA

2014

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DIONÍZIO CARVALHO DA SILVA

ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como parte do requisito ao título de Mestre em Enfermagem. **Área de Concentração:** Enfermagem no contexto amazônico

Orientadora: Dra. Antonia Benedita Rodrigues Vieira.
Coorientador: Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Linha de pesquisa: educação, formação e gestão para a práxis do cuidado em saúde e enfermagem no contexto amazônico.

BELÉM-PA

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Silva, Maria do Perpétuo Socorro D. C. da, 1969-

Aspectos socioepidemiológicos das infecções sexualmente transmissíveis em idosos / Maria do Perpétuo Socorro D. C. da Silva. - 2014.

Orientadora: Antonia Benedita Rodrigues Vieira;

Coorientador: Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2014.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Idosos - Comportamento sexual. 3. Envelhecimento. 4. Sexualidade. 5. Conhecimento. I. Título.

CDD 22. ed. 616.951

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DIONÍZIO CARVALHO DA SILVA

**ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS.**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada excelente com louvor em 04 de junho 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Antonia Benedita. R. Vieira
Presidente

Prof. Dr. Edson Marcos L. S. Ramos
Membro

Profa. Dra. Jacira N. Carvalho
Membro

BELÉM-PA

2014

*“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”*

Mahatma Ghandi

Dedico este estudo a meu Pai Francisco Carvalho pela educação, amor, carinho e
por respeitar minhas escolhas.
Aos meus irmãos que, mesmo distantes, estão sempre presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me confiar a responsabilidade de cuidar do meu próximo e me conceder força para vencer as adversidades.

À Universidade Federal do Pará, por me possibilitar a realização desta pesquisa.

A meus **familiares** pelo apoio incondicional, pela força, pela confiança e pelo amor a mim dedicado, mesmo que a distância física nos separe em breves momentos.

À **Maria e Hedirley**, meus queridos e amados irmãos, que nos momentos mais difíceis sempre estiveram ao meu lado.

Às amigas **Isa de Lemos, Marcilene, Marilene e Cilene**, pela força, dedicação e amizade, por serem meu refugio nos momentos difíceis.

A **Eliezer Castro**, pela amizade, companheirismo, paciência e pelos momentos divertidos.

Às amigas **Elizabeth Gomes Rossi e Shirley Aviz**, pelo incentivo, pelo apoio e por acreditar que eu poderia ir mais longe.

À amiga **Fabianne Sousa**, pela parceria, amizade e aprendizado, pelos momentos difíceis e pelos bons momentos que vivemos no decorrer do mestrado.

À minha orientadora **Dra. Antonia Vieira**, pelo apoio, pela paciência, pelas orientações e por me conduzir na realização desta pesquisa.

Ao meu coorientador **Dr. Edson Ramos**, pela dedicação, pelos momentos de aprendizagem, pela paciência e por me conduzir no mundo da pesquisa quantitativa pois, sem ele, seria impossível a realização deste estudo.

À equipe do **LASIG**, em especial à **Fran**, pela ajuda, pelo carinho, pela dedicação, empenho e pelo aprendizado.

À **Juliane Rodrigues**, pelos bons momentos vividos no PPGENF/UFPA, que me fez muita falta.

A **todos os professores** do mestrado, pela contribuição para meu crescimento intelectual e profissional.

À professora **Dra. Jacira Nunes Carvalho**, pelas contribuições no processo de construção deste estudo.

À Secretária de Saúde de Benevides, **Dra. Ivete Vaz**, pelo apoio para a realização desta pesquisa.

À **Dra. Margareth Braun**, pelo apoio dado para a realização desta pesquisa no município de Benevides.

Às **enfermeiras** responsáveis pelas unidades de saúde da família de Benevides, pelo apoio.

Aos **agentes de saúde** do município que foram parceiros nesta caminhada ao longo dos dias que ocorreram as entrevistas, me conduzindo à residência dos idosos. Meus sinceros agradecimentos pelo tempo dispensado.

E meu agradecimento mais que especial aos **idosos** de Benevides uma vez que, sem sua participação este estudo não seria possível.

Meu muito obrigada a todos que contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

A sociedade atual vem sendo marcada por um processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes, e este aumento do número de idosos vem impondo, às sociedades, mudanças profundas no modo de pensar e viver a velhice. O aumento populacional de idosos, aliado aos avanços tecnológicos e à melhoria da qualidade de vida, vem estimulando mudanças de comportamento relacionado à sexualidade, proporcionando a estas pessoas relações afetivas mais ativas. Diante disso, e de práticas sexuais inseguras, vem aumentando o número de casos de infecções sexualmente transmissíveis nesta população. O presente estudo visa conhecer o perfil socioepidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis na população idosa atendida em uma das 16 unidades de saúde da família do município de Benevides – Pará. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, comparativo, com abordagem quantitativa. Fizeram parte deste estudo os idosos do município cadastrados nas unidades de saúde da família e que aceitaram assinar o TCLE. A amostra foi estratificada por gênero (masculino e feminino) e Unidade de Saúde da Família. O erro amostral foi 4,68%, resultando em 412 idosos entrevistados, utilizando-se para as entrevistas um formulário, pré-codificado, anônimo e contendo perguntas fechadas. Quanto ao perfil socioepidemiológico: 53,16% são do gênero feminino; 81,30% estão na faixa etária entre 68 e 70 anos; 52,42% informaram ser casados ou viver em união estável; 71,35% se declararam pardos; 68,19% possuem o ensino fundamental incompleto; 96,60% têm filhos; 63,35% são aposentados; e dos 52,18% a fonte de renda provém do Instituto Nacional Seguridade Social (INSS). Quanto ao comportamento sexual: 51,33% afirma ter vida sexual ativa; 55,84% relata ter de 2 a 4 relações sexuais no mês; 81,22% afirma ter parceiro fixo; 99,37% afirma ter um único parceiro; 95,94% nega o uso de medicamento para melhorar o desempenho sexual; 66,02% afirma usar medicamento para tratar alguma patologia e destes, 64,82% usa antihipertensivo; e 1,21% afirma que usa ou usou droga, sendo a maconha a única citada. Quanto ao conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis: 42,48% relata não saber sobre IST; 73,54% não sabe sobre HIV/aids; 45,50% informa que a transmissão das IST é somente por via sexual; 42,51% que o uso de preservativo previne IST; 27,60% obtém informação sobre sexo e IST pelos meios de comunicação e 28,06% obtém informação sobre métodos de prevenção de IST pelos meios de comunicação; e 45,85% relata que sente falta de informação no serviço de saúde. Com estes resultados, observa-se que é necessário que sejam realizadas intervenções que visem à prevenção da transmissão das infecções sexualmente transmissíveis em idosos, além de ações educativas que propiciem o conhecimento sobre estas infecções para este segmento da população, assim como mudança no processo de formação do enfermeiro, proporcionando conhecimento e estratégias para encarar este novo desafio.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Idoso. Envelhecimento. Sexualidade. Conhecimento. Comportamento.

ABSTRACT

The current society has been marked by a process of population aging observed in all the continents, and this increase of the number of seniors is imposing, to the societies, deep changes in the way of to think and to live the age. The seniors' population increase, ally to the technological progresses and the improvement of the life quality, is stimulating changes of behavior related to the sexuality, providing the these people affective relationships more active. Before that, and of insecure sexual practices, it is increasing the number of cases of infections sexually transmissible in this population. The present study seeks to know the epidemiological profile of social of the infections sexually transmissible in the senior population assisted in one of the 16 units of health of the family of the municipal district of Benevides - Pará. It is a research of character descriptive, comparative, with quantitative approach. They made part of this study the seniors of the municipal district registered in the units of health of the family and that accepted to sign the Term of Free and Illustrious Consent - TFIC. The sample was stratified by gender (masculine and feminine) and Unit of Health of the Family. The sampling error was 4,68%, resulting in 412 seniors interviewees. Being used for the interviews a form, codified, anonym and containing closed questions. With relationship to the epidemiological profile of social: 53,16% are of the feminine gender; 81,30% are in the age group between 68 and 70 years; 52,42% informed to be married or to live in stable union; 71,35% pronounced brown; 68,19% possess the incomplete fundamental teaching; 96,60% have children; 63,35% are retired; and of the 52,18% the source of income comes from the National Institute Social Security (NISS). With relationship to the sexual behavior: 51,33% affirm to have life sexual active; 55,84% tell to have from 2 to 4 sexual relationships in the month; 81,22% affirm to have fixed partner; 99,37% affirm to have an only partner; 95,94% deny the medicine use to improve the sexual acting; 66,02% affirm to use medicine to treat some pathology and of these, 64,82% use antihypertensive; and 1,21% affirm that uses or it used drug, being the marijuana the only mentioned. With relationship to the knowledge about infections sexually transmissible: 42,48% tell not to know on IST; 73,54% don't know about HIV/aids; 45,50% inform that the transmission of IST is only for sexual road; 42,51% that the preservative use prevents IST; 27,60% obtain information on sex and IST for the communication means and 28,06% obtain information on methods of prevention of IST for the communication means; and 45,85% tell that misses information in the service of health. With these results, it is observed that is necessary that are accomplished interventions that seek sexually to the prevention of the transmission of the infections transmissible in seniors, besides educational actions that they propitiate the knowledge about these infections for this segment of the population, as well as change in the process of the male nurse formation, providing knowledge and strategies to face this new challenge.

Word-key: Diseases Sexually Transmissible. Senior. Aging. Sexuality. Knowledge. Behavior.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HDV – Vírus da Hepatite D

HPV – Papiloma Vírus Humano

USF – Unidade Saúde da Família

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Distribuição da População Idosa, Masculina e Feminina, por Unidade de Saúde da Família de Benevides/PA.	46
Tabela 2: Distribuição do Peso Proporcional para cada Unidade de Saúde da Família de Benevides/PA.	48
Tabela 3: Distribuição do tamanho amostral por Unidade Saúde da Família de Benevides/PA.	50
Tabela 4: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Renda Familiar.	62
Tabela 5: Medidas Estatísticas para o Número de Filhos de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013.	67
Tabela 6: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Tipo de Medicamento.	79
Tabela 7: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Grau de escolaridade e Conhecimento sobre IST.	90
Tabela 8: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Grau de escolaridade e Conhecimento sobre HIV/aids.	92
Tabela 9: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Camisinha e idoso que já teve IST.	93
Tabela 10: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Vida Sexual Ativa e Uso de Camisinha.	94
Tabela 11: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Estado Civil e Uso de Camisinha.	96
Tabela 12: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Camisinha e Parceiro Fixo.	97
Tabela 13: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero e Conhecimento sobre IST.	99
Tabela 14: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero e Uso de Camisinha.	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização do Município de Benevides/Pará.	45
Figura 2: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero.	58
Figura 3: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Faixa Etária (em Anos).	60
Figura 4: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Estado Civil.	61
Figura 5: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Raça.	64
Figura 6: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Escolaridade.	65
Figura 7: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Possuir Filhos.	66
Figura 8: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Aposentadoria.	68
Figura 9: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Fonte de Renda.	69
Figura 10: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Pessoas que Contribuem para a Renda Familiar.	70
Figura 11: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Vida Sexual Ativa.	71
Figura 12: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Frequência das Relações Sexuais.	72
Figura 13: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Parceiro Fixo nas Relações.	73
Figura 14: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Quantidade de Parceiros nas Relações.	75
Figura 15: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Medicamentos nas Relações Sexuais.	76
Figura 16: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Outros Medicamentos.	77
Figura 17: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Drogas.	80
Figura 18: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre IST.	81
Figura 19: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre HIV/ aids.	82

- Figura 20:** Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre Como Se Pega IST. 83
- Figura 21:** Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre Como Se Previne IST. 84
- Figura 22:** Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Método para Obtenção de informação sobre Sexo e IST. 86
- Figura 23:** Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Método para Obtenção de informação sobre Prevenção de IST. 87
- Figura 24:** Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Local onde sente mais falta de informação. 88

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	24
2.1 Geral	25
2.2 Específicos	25
3. REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 O idoso	27
3.1.1 ENVELHECIMENTO, VULNERABILIDADE E FRAGILIDADE	27
3.1.2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL E NA REGIÃO NORTE	28
3.1.3 O PAPEL DA FAMÍLIA E DA SOCIEDADE	30
3.1.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO COM O IDOSO	32
3.2 Educação sexual	33
3.2.1 SEXUALIDADE: MITOS E TABUS	33
3.2.2 PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
3.2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO	36
3.3 Infecções sexualmente transmissíveis	38
4. MATERIAL E MÉTODOS	43
4.1 Abordagem e métodos.....	44
4.2 Cenário da pesquisa.....	44
4.3 População-alvo.....	45
4.4 Variáveis do estudo.....	46
4.5 Seleção da amostra.....	46
4.6 Tipos de erros na pesquisa.....	51
4.7 Instrumento de coleta de dados.....	51
4.8 Critérios éticos.....	51
4.9 Critérios de inclusão e exclusão.....	52
4.10 Análise de dados.....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6. CONCLUSÃO	102
7. REFERÊNCIAS	106
8. ANEXOS	117
FORMULÁRIO	
DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BENEVIDES	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	

1. INTRODUÇÃO

A sociedade atual vem sendo marcada por um processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes, e este aumento do número de idosos vem impondo, às sociedades, mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (BRASIL, 2010).

Esse crescimento vem se dando de forma vertiginosa e com isso os problemas de saúde que acometem esta população cresce em igual proporção, aumentando assim as responsabilidades de todos, seja família, profissionais de saúde e sociedade. Todos têm responsabilidade de garantir a estes indivíduos qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde, assim como meios para promover sua saúde de forma integral (BRASIL, 2007).

O *envelhecimento populacional* é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010, p.11).

O quadro demográfico brasileiro tem se modificado ao longo dos anos, e estas modificações decorrem basicamente da redução da fecundidade e da mortalidade. Associado a isto, observa-se uma transição epidemiológica em que as doenças infecciosas agudas mais incidentes na população infantil vêm sendo substituídas pelas doenças crônicas degenerativas, que acometem os indivíduos na idade adulta e os mais idosos (FERNANDES; FRAGOSO, 2005).

A população idosa traz, por si só, problemas advindos do próprio envelhecimento, além de fatores como o uso de medicamentos para disfunção erétil, falta de conhecimento sobre prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), comportamentos de risco, e por ser considerada por muitos dos familiares e dos profissionais de saúde como sendo um ser assexuado, pode estar contribuindo para uma mudança no perfil epidemiológico desta população. Com isto, emergem alguns problemas de saúde de ordem pública, como o aparecimento de epidemias que até então não eram característica da população idosa (MASCHIO et al., 2011).

O crescente aumento populacional de idosos, aliado aos avanços tecnológicos e à melhoria da qualidade de vida, vem estimulando mudanças de comportamento relacionados à sexualidade, proporcionando, às pessoas, relações afetivas mais ativas (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008), e vem contribuindo para o aparecimento de novas epidemias entre esta população. Vários estudos vêm mostrando um aumento significativo do número de casos de infecções sexualmente transmissíveis entre a população idosa, sendo os casos de aids o que mais cresceu. No Brasil, este crescimento passa por uma questão cultural e de exclusão, e encontra-se principalmente no preconceito social relacionado ao sexo nesta idade (MASCHIO et al., 2011).

Quando se fala em envelhecimento e aids, uma questão também a ser abordada é a sexualidade da pessoa idosa, porém deve-se perceber que esta questão não é exclusiva, mas está relacionada a outros fatores que também são determinantes para a infecção pelo HIV e outras IST (BRASIL, 2007).

De acordo com Maschio et al. (2011), outro fator que pode estar contribuindo para este aumento é o olhar da sociedade para o idoso como um ser assexuado pois, a princípio, para muitos, a sexualidade e idoso são duas áreas distintas.

As práticas sexuais inseguras também tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se pelo vírus da Imunodeficiência Humana (LAROQUE et al., 2011) e por outras infecções sexualmente transmissíveis.

Para Sousa, Suassuna e Costa (2009), o aumento do número de idosos contaminados por IST, ocorre principalmente pela vulnerabilidade física e psicológica destes idosos, como também pelo pouco acesso aos serviços de saúde de qualidade, aumento da vulnerabilidade devido a novas demandas terapêuticas, o que se leva a pensar em outras possibilidades nos tipos de exposição, além da sexual, como transfusão sanguínea e uso de drogas ilícitas, que devem ser consideradas em qualquer idade.

Segundo Lima e Bueno (2009), a vulnerabilidade é um constructo conceitual onde se inclui aspectos relacionados à situação de saúde e seus determinantes, que envolve os planos individual, social e programático, sendo estes planos indivisíveis.

A própria vulnerabilidade associada ao envelhecimento, assim como a vulnerabilidade física, psicológica, social ou institucional quando consideradas, podem ampliar significativamente o número de casos de aids e outras IST na velhice (OLIVEIRA; LIMA; SALDANHA, 2008).

No início da década de 80, surge o primeiro caso de aids no Brasil e em pouco tempo, torna-se uma epidemia mundial. No início da epidemia, os primeiros casos eram entre os homossexuais e indivíduos que receberam transfusões sanguíneas, seguidos dos usuários de drogas injetáveis. Neste início, a população idosa não foi atingida pela aids e poucos eram os casos diagnosticados dentre os idosos no Brasil (GODOY et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, o número de casos de aids em idosos notificado na década de 80, eram apenas em 240 homens e em 47 mulheres. Na década de 90, este quantitativo passou para 2.681 homens e 945 mulheres infectados. Do primeiro caso notificado neste grupo etário até junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres (BRASIL, 2007).

No Brasil, a taxa de incidência de aids por 100.000 habitantes em 2010 foi de 17,9. Os dados indicam que ocorreu uma estabilização ao longo dos últimos 12 anos. Segundo as regiões do país, na Região Norte foi de 20,6%; na Região Nordeste foi de 12,6%; 17,6% na Região Sudeste; 28,8% na Região Sul; e 15,7% na Região Centro-Oeste. Segundo Brasil (2011), o Pará tem o maior número de notificações de aids dentro da Região Norte, com 12.532 casos; a Bahia, na Região Nordeste, com 19.290 casos; na Região Sudeste, em São Paulo com 207.077; na Região Sul, no Rio Grande do Sul com 60.512 casos; e na Região Centro-Oeste o maior número de casos está em Goiás com 12.588.

O número de notificações de aids no Brasil entre 1980 a 1999 de pessoas com mais de 60 anos, foi de 3868 casos; de 2000 a junho de 2012 foram de 14844

casos, tendo um aumento percentual de aproximadamente 384,75% (BRASIL, 2012). Percebe-se que nos últimos 12 anos a aids cresceu consideravelmente nesta população em detrimento dos primeiros dezenove anos da doença.

De acordo com Sousa, Suassuna e Costa (2009), recentemente tem-se observado um aumento do número de casos de aids e outras infecções sexualmente transmissíveis em populações tanto feminina quanto masculina, com idades superiores a 59 anos. Estas mudanças alertam para a necessidade de se fazer a reestruturação de conceitos, por muitas vezes, preconceituosos em relação a esta população.

A taxa de incidência de aids por 100.000 habitantes no Brasil, segundo faixa etária e gênero, em pessoas com idade de 60 anos ou mais, em 1998 era de 7,5% para homens e 2,8% para mulheres, e em 2010 esta taxa subiu para 9,4% para homens e 5,1% para mulheres (BRASIL, 2011). Observa-se um crescimento significativo da infecção no gênero feminino que, segundo Sousa, Suassuna e Costa (2009), podem estar relacionados a um fenômeno que vem sendo verificado em todo o mundo, inclusive no Brasil, denominado de feminização da epidemia.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o indivíduo com 60 anos ou mais representa 8,6% da população em geral e a incidência de aids entre os idosos está em torno de 2,1%. Existe, todavia, uma crescente evidência que não é somente pelo HIV que este grupo vem se infectando, mas também, por outras doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorreia, dentre outras (BRASIL, 2007).

As infecções sexualmente transmissíveis são consideradas problemas de saúde pública, sendo uma das mais comuns em todo o mundo. Como a notificação não é compulsória e muitas pessoas acometidas por IST procuram por tratamentos em farmácias, acabam não sendo notificados, contribuindo desta forma para um percentual abaixo da estimativa. No Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, são de 5.772.300 casos, abrangendo sífilis, gonorreia, clamídia, herpes genital e HPV (BRASIL, 2013).

O aumento das taxas de idosos acometidos por infecções sexualmente transmissíveis, principalmente a aids, pode estar ligado à falta de campanhas de prevenção para esta população, pois a mesma ainda vive cercada de tabus e preconceitos por parte da sociedade e também dos profissionais de saúde. A prevenção às IST e aids, nesta faixa etária, se torna um desafio para os responsáveis pelas políticas públicas (MASCHIO et al., 2011).

Com o crescimento populacional de idosos no país, crescem também os problemas de ordem social, econômica e política, assim como emergem outros problemas relacionados à saúde, ao direito e à cidadania da pessoa idosa, aspectos estes que levam a várias reflexões para a resolução destes problemas, e com isto ocorre a criação de novas políticas de saúde voltadas para o cuidado, dentre elas, a Política Nacional do Idoso – Lei N.º 8.842/94; as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso – Portaria N.º 702/02; o Estatuto do Idoso – Lei N.º 10.741/03 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria N.º 2.528/06 (CAMACHO; COELHO, 2010).

Com esta realidade, surgem novos paradigmas para os países no mundo e, principalmente, para os países em desenvolvimento como o Brasil, a partir da criação de políticas e programas de saúde que visam atender a esta demanda, e que vêm despertando cada vez mais interesse de diversos setores da sociedade (BRASIL, 2009a). Desta forma, há a necessidade urgente em buscar, identificar e conhecer o comportamento não só desta população, como também das infecções e doenças que acometem este grupo etário até então considerado, por muitos, como não suscetível.

As infecções sexualmente transmissíveis têm sido um problema de saúde pública que há muito o governo vem tentando diminuir sua incidência por meio de campanhas preventivas, distribuição de preservativos e incentivos para a utilização destes meios preventivos. Com o advento da aids esta preocupação torna-se maior pela proporção que a infecção tomou em tão pouco tempo (BRASIL, 2010b).

Com isto, pode-se dizer que as IST atingem não somente as populações mais jovens, mas também, a população idosa que até então não era vista como um grupo de risco, pois muitos consideravam e ainda consideram os idosos como um ser assexuado. Pensando assim, muitas vezes os profissionais de saúde não buscam investigar a vida sexual do idoso e tão pouco buscam conhecer as IST que os mesmos possuem e os métodos de prevenção de IST a serem utilizados.

Faz-se necessário, portanto, compreender as práticas sexuais destes indivíduos e o conhecimento que os mesmos possuem sobre as IST. Isto poderá nos auxiliar na identificação de fatores de risco e de proteção relacionados à estas infecções, assim como, auxiliar no planejamento de iniciativas no campo da prevenção e da promoção da saúde, como também possibilitar um redirecionamento das políticas públicas no campo da educação em saúde para esta população que há muito vem sendo excluída.

Segundo Olivi, Santana e Mathias (2008), os temas sobre sexualidade, conhecimento, comportamento e percepção de riscos relacionados às IST, são tratados em geral, para alguns grupos etários específicos como adolescentes e adultos em idade reprodutiva. Já a sexualidade é tratada enfatizando-se os aspectos relativos ao desempenho ou às disfunções sexuais e sua relação com a qualidade de vida quando relacionada aos idosos, não dando ênfase à importância na promoção da saúde sexual e prevenção das IST.

Segundo Garcia e Saintrain (2009), há necessidade de se realizar estudos epidemiológicos, pois os mesmos são importantes para a identificação de problemas prioritários, possibilitando orientar decisões relativas a definições de prioridades para intervenção, dando maior resolubilidade ao serviço de saúde.

A partir do exposto, emergiram problemáticas como: Os idosos residentes no município de Benevides, no estado do Pará, têm conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis? O que eles entendem sobre o tema? Quais as fontes de informações destes idosos sobre as IST e os métodos de prevenção? Em que contexto socioepidemiológico estão inseridos estes idosos? Como se comportam frente ao risco de contaminar-se com uma IST?

Diante desse contexto, considerando o aumento populacional de idosos e o crescente número de casos de infecções sexualmente transmissíveis registrados nessa parcela da população, o presente estudo tem por objetivo conhecer o perfil socioepidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis na população idosa atendida nas unidades de saúde da família do município de Benevides – Pará.

Este estudo será de grande relevância para a enfermagem, uma vez que produziu conhecimento para uma importante faixa etária da população, os idosos, pois, mesmos com os avanços e as novas políticas públicas, ainda são poucos os estudos referentes a infecções sexualmente transmissíveis nesta população, principalmente na Região Norte do Brasil.

Nesta perspectiva, a enfermagem tem importante papel, além de um grande desafio frente ao cuidado do idoso, oferecendo, aos mesmos, suporte e apoio para que possam lidar com as alterações sexuais e possam vivenciar a sua sexualidade plenamente durante o processo de envelhecimento. Isto requer da enfermagem a compreensão desta nova realidade que deve ser considerada durante o processo cuidativo/educativo.

2. OBJETIVO

2.1 Geral

Descrever o perfil socioepidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis na população idosa atendida nas unidades de saúde da família de Benevides/Pará.

2.2 Específicos

✓ Conhecer o perfil sociodemográfico (faixa etária, gênero, estado civil) e socioeconômico a população idosa atendida nas unidades de saúde da família de Benevides/Pará;

✓ Identificar os principais fatores de risco para a aquisição de IST na população idosa estudada;

✓ Detectar quais as fontes de informações dos idosos a respeito das IST e dos métodos de prevenção;

✓ Apresentar dados a respeito do comportamento e conhecimento dos idosos em relação ao consumo de drogas;

✓ Comparar os determinantes sociais, econômicos, de conhecimento e comportamentais, entre gêneros.

3.REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O idoso

3.1.1 ENVELHECIMENTO, VULNERABILIDADE E FRAGILIDADE.

O *envelhecimento* é um processo universal compreendido por uma redução das atividades funcionais do organismo humano, predispondo a pessoa a se tornar pouco capaz ou mesmo incapaz de se adaptar a uma situação adversa seja ela física, emocional ou econômico-social. A Organização Mundial de Saúde em 1980 caracteriza o idoso, para os países em desenvolvimento, como sendo um indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, estando mais propenso a apresentar alterações no estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, tornando-o alvo de doenças (SOUZA et al., 2008; CAMACHO; COELHO, 2010).

O envelhecimento é uma realidade atual que impõe uma nova postura para os governantes, havendo necessidade do comprometimento de organizações internacionais, sociedade civil e governos para a criação de políticas e programas de “envelhecimento ativo”. Segundo a OMS (2005), o envelhecimento ativo:

É o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas próprias do indivíduo na velhice que, juntamente com situações sociais, culturais, epidemiológicas, familiares, econômicas e políticas, contribuem para algumas alterações de saúde. Neste aspecto, deve-se levar em consideração a *vulnerabilidade* envolvendo os agravos e seus impactos em sua totalidade dinâmica (ROCHA et al., 2010).

A *vulnerabilidade* pode ser entendida como a interação de um conjunto de fatores seja biológico, epidemiológico, social, cultural, econômico ou político, que propiciam a ampliação ou redução do risco ou da proteção para um grupo da população, frente a determinada doença, condição ou dano (BRASIL, 2006a).

A vulnerabilidade é particular a cada indivíduo que, na sua singularidade, pensa, faz e quer; podendo o mesmo expor-se ou não à aquisição de um agravo à saúde, da mesma forma como o tipo de informação de que dispõe e de que maneira irá utilizá-la (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

A *fragilidade*, por sua vez, segundo Mallmann, Hammerschmidt e Santos (2012), deve ser entendida como uma síndrome clínica que tem como característica a perda progressiva de energia que está relacionada com as alterações que ocorrem no organismo, tais como as que acontecem no sistema muscular, neuroendócrino e imunológico. Deve-se, todavia, considerar que a fragilidade do sistema imunológico em pessoas idosas dificulta o diagnóstico de algumas infecções, dentre elas, o vírus causador da aids. Isto porque, algumas doenças tornam-se comuns na terceira idade e os sintomas podem ser confundidos com outras infecções.

3.1.2 POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL E NA REGIÃO NORTE

Segundo o IBGE, a população de idosos representa 15 milhões de pessoas, ou seja, 8,6% da população brasileira, podendo ainda ultrapassar nos próximos 20 anos 30 milhões de pessoas. Estima-se, ainda, que em 2050, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Contudo, algumas tendências em relação ao aumento populacional dos idosos e às enfermidades, levam continuamente à construção de políticas públicas para o idoso, tanto no âmbito internacional, como no âmbito brasileiro (SOUZA et al., 2008; CAMACHO; COELHO, 2010).

O IBGE identificou, no Censo de 2010, uma diminuição na população menor de 14 anos, sendo que em 1991 essa faixa etária representava 34,7% e em 2010 uma taxa de 24,1%. Outro fenômeno identificado é o aumento contínuo da população idosa, que em 1991 representava 4,8%, e em 2010 esta representação chega a 7,4% da população de idosos com mais de 65 anos (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE (2010), o estado do Pará possui uma população de 7.581.051 habitantes, com uma população idosa de 603.379, sendo que o número

de idoso no estado quase que dobrou nos últimos dez anos. Em 2000, o número de paraenses com mais de 60 anos era de 356.563, totalizando 5,75% da população estadual, que era de 6.192.307 habitantes, ou seja, a população idosa aumentou ao longo de dez anos aproximadamente 70%.

O crescimento populacional de idosos brasileiros é um fenômeno observado nas últimas décadas. Segundo Godoy et al. (2008) este crescimento tem apresentado algumas características como a que vem sendo denominada de feminização da velhice.

Os estudos demográficos sobre o envelhecimento tem mostrado que existe uma diferença considerável e crescente entre os gêneros, com predominância do gênero feminino, que constitui a maior parte da população idosa mundial, ou seja, quanto mais aumenta a idade das pessoas, maior é o número de idosas, o que torna o envelhecimento um fenômeno predominantemente feminino (BRASIL, 2007).

Esta realidade traz novos desafios para a sociedade brasileira e para o poder público no âmbito da saúde, em especial na atenção básica em saúde já que a mesma é a porta de entrada do sistema, necessitando, desta forma, de atenção especial dos agentes sociais e governamentais.

Para Santos; Matos (2011) o maior desafio da atenção básica em saúde da pessoa idosa consiste em contribuir para que sejam minimizadas as progressivas limitações dos indivíduos para que os mesmos sejam capazes de redescobrir possibilidades e poder assim desfrutar da melhor qualidade de vida possível. Nesta perspectiva, faz-se necessário que a atenção básica em saúde se torne cada vez mais fortalecida e vigilante com relação à saúde da população.

3.1.3 O PAPEL DA FAMÍLIA E DA SOCIEDADE

As famílias vêm passando por transformações aos longos dos anos e, conseqüentemente, tornaram-se cada vez menores e com um número maior de pessoas idosas. Pode-se dizer que isto ocorre em consequência da diminuição do número de filhos e da quebra de laços familiares dos casais. É importante rever de que forma estas famílias irão propiciar um suporte para as pessoas idosas e frágeis que agora estão vivendo mais, para que o cuidado não fique limitado (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

O Artigo 3º das disposições preliminares do Estatuto do Idoso diz que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2009).

Estudiosos têm buscado conhecer a relação entre família “ser cuidador” e idoso o “ser cuidado”, na tentativa de identificar estes atores sociais: quem são, como vivem, como cuidam e são cuidados, como pensam e como enfrentam esta nova realidade de lidar com idosos cada vez mais velhos (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012; SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011).

Pedreira e Oliveira (2012), em seu estudo sobre as mudanças nas relações familiares de cuidadores de idosos dependentes no domicílio, identificou que ocorreram mudanças positivas e negativas relatadas por estes cuidadores. Dentre as mudanças positivas identificadas, está o estreitamento dos laços familiares e a manutenção das boas relações familiares, principalmente em famílias com vínculos fortes preexistentes, com melhores condições financeiras e com prévio conhecimento sobre técnicas de cuidar; e apontam como mudanças negativas a sobrecarga no cuidado com o idoso e a falta de apoio familiar.

Segundo Vianna, Vianna e Bezerra (2010), a colaboração da família do paciente idoso com os profissionais de saúde que participam da assistência do mesmo, auxilia no processo terapêutico e na prestação das orientações e esclarecimentos sobre as diversas situações que podem interferir na prevenção e/ou no tratamento das doenças prevalentes neste grupo.

Cruz e Ferreira (2011), apontam que os familiares cuidadores de idosos possuem maior relação com as características psicológicas que eles atribuem ao idoso e aos traços da personalidade imputados a ele, do que mesmo as alterações físicas ocorridas nesta etapa da vida. Isto nos faz refletir sobre a formação dos profissionais que cuidam de idosos, pois muitos são preparados somente para lidar com as alterações físicas que ocorrem no processo de envelhecimento.

Muitas famílias têm dificuldades para lidar com esta nova realidade pois, muitas vezes, a convivência com o ser idoso gera conflitos dentro do grupo familiar pela existência das diversas gerações nela contida e das influências culturais, em que, muitas vezes, mitos, estereótipos, preconceitos e discriminação em relação à velhice são posturas ainda presentes no cotidiano (CRUZ; FERREIRA, 2011). Deve-se, ainda, considerar a existência das diferenças entre as sociedades em que este idoso e seus familiares estão inseridos.

O profissional médico, ao assistir os idosos, também se depara com a diversidade cultural, que exige do mesmo a capacidade de desenvolver novos valores e percepções de saúde-doença, devendo perceber ainda como se dá o adoecimento deste indivíduo que vivencia uma fragilidade que ameaça seu estado de ser saudável e ativo (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010), assim como os outros profissionais que prestam assistência a esta parcela da população também devem estar atentos a estas diversidades, para que possam auxiliá-los a redescobrir novas possibilidades de viver com uma melhor qualidade de vida.

Faz-se necessário que a sociedade reconheça o ser idoso em seu contexto familiar e social como um indivíduo que tem potencial, valor, e que pode contribuir com seus ensinamentos e experiências.

3.1.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO COM O IDOSO

O enfermeiro tem papel diferenciado na assistência ao idoso pois, a partir da escuta sensível e diálogo aberto, ele passar a ser visto não somente como um profissional da saúde, mas como alguém mais próximo e em que se pode confiar. Nesta perspectiva, a consulta de enfermagem é o meio pelo qual o profissional utiliza para propagar informações e orientações importantes a respeito da patologia, como também convoca o indivíduo a participar ativamente do processo de cuidado (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Para Pinheiro, Alvarez e Pires (2012), o enfermeiro da estratégia saúde da família pode desenvolver várias atividades como prestar assistência, realizar a consulta de enfermagem e a visita domiciliar, participar de grupos na unidade ou na comunidade, dar apoio ou fazer supervisão ao trabalho do agente comunitário de saúde, do técnico ou auxiliar de enfermagem ou, ainda, assumir a gerência da unidade de saúde.

O envelhecimento populacional tem proporcionado diversas reflexões, e levado a enfermagem a repensar o papel desempenhado nos cuidados da pessoa idosa, principalmente no âmbito da atenção primária. Segundo Rodrigues (2011):

Envelhecer implica para a maioria dos idosos em perdas importantes, e conseqüentemente mais intervenções especializadas de cuidados de saúde. Compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, conduz a uma mudança de atitude em relação ao idoso e permite ao enfermeiro assumir um papel inovador e relevante no cuidar.

A precária assistência ao idoso fragilizado, no âmbito da atenção primária, tem acarretado um aumento na demanda de atendimento de urgências/emergências e de hospitalizações, cabendo à enfermagem, muitas vezes, prestar um cuidado a este idoso sem os recursos necessários que possam assegurar uma qualidade assistencial (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

Segundo Lima e Tocantins (2009), na atenção básica deve haver um diálogo permanente entre o profissional de enfermagem e o idoso, para que as ações de enfermagem sejam efetivas, devendo o enfermeiro considerar hábitos e valores dos idosos, além de incentivá-los a participar das decisões no intuito de reconhecer suas expectativas assistenciais e, conseqüentemente, suas necessidades de saúde. Esta participação ativa dos idosos nas decisões, segundo as autoras, pode ser o caminho para se efetivar a humanização na atenção à saúde.

Visando atender a esta nova e crescente demanda de idosos, a enfermagem incorpora conhecimento e prática da enfermagem geral, da geriatria e da gerontologia, dando surgimento à enfermagem gerontológica (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Em 2009, é criado o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, por meio da Resolução CONABEn Nº. 001/2009 (KLETEMBERG; PADILHA, 2012).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Enfermagem Gerontologia é definida, como:

Um serviço de saúde que incorpora aos conhecimentos específicos de enfermagem aqueles especializados sobre o processo de envelhecimento, para estabelecer no idoso e ao seu redor as condições que permitam, entre outras, aumentar as condutas saudáveis e minimizar e compensar as perdas de saúde e as limitações relacionadas com o idoso (PESTANA; CALDAS, 2009).

3.2 Educação sexual

3.2.1 SEXUALIDADE: MITOS E TABUS

Cada indivíduo vivencia a sexualidade de diferentes formas e estas são determinadas pelo contexto sócio-histórico no qual ele está inserido. Na terceira idade o exercício da sexualidade é absolutamente normal. Porém, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação fazem com que o comportamento

sexual do idoso seja visto como inadequado ou imoral e até mesmo anormal pela sociedade, por familiares e, muitas vezes, pelo próprio idoso (BRASIL, 2007).

Com os idosos vivendo mais e melhor, ampliam-se as possibilidades que, segundo Laroque et al. (2011), permitem a eles redescobrir experiências, dentre elas o sexo. Porém, práticas sexuais inseguras tornam este idoso mais vulnerável a contaminar-se pelo vírus da imunodeficiência humana e por outras infecções sexualmente transmissíveis.

Para Sousa (2008), há a necessidade de se entender o idoso em seu processo biológico e cultural envolvido na sexualidade, assim como no envelhecimento autônomo e saudável, devendo a sexualidade ser discutida com este idoso e o mesmo ser estimulado dentro de uma prática saudável e sem estigmas.

A sociedade tem dificuldade de conviver com a velhice, pois muitos ainda têm conceitos e pré-conceitos estabelecidos sobre a sexualidade na terceira idade, assim também como o próprio idoso em aceitar o envelhecimento em sua plenitude. O avançar da idade traz consigo mudanças fisiológicas, psíquicas e emocionais que, sem o apoio necessário, podem levar o idoso a estados depressivos e ao isolamento social. Segundo Moraes et al. (2011), mitos e estereótipos relacionados à velhice também podem agravar a aceitação do envelhecimento.

Para Rabelo e Lima (2011), não existe idade limite que determine o fim da atividade sexual, dos pensamentos e dos desejos pois, mesmo no processo de envelhecimento, os idosos conservam a necessidade psicofisiológica de se manterem ativos sexualmente.

Segundo Almeida e Lourenço (2008), a velhice, ao contrário do que se pode pensar, é uma fase da vida tão frutífera como qualquer outra, quando se refere à vivência do amor e à questão da prática da sexualidade, porém a existência de muitos mitos e tabus dificultam a compreensão desta vivência em relação às pessoas de idade avançada. Faz-se necessário, então, o enfrentamento destes mitos e tabus a fim de exterminá-los, rompendo desta forma com paradigmas

obsoletos, contribuindo assim com um envelhecer compatível com uma boa qualidade de vida.

3.2.2 PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para regular as ações e serviços de saúde, em caráter permanente ou eventual, tendo como princípios básicos a universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2006a). Visando à ampliação dos serviços de saúde, em 1997, o Ministério da Saúde aprova a Portaria Nº 1886, com as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família, tendo como meta contribuir para o aprimoramento e para a consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

Sabe-se que as infecções sexualmente transmissíveis são problemas de saúde pública, sendo um dos motivos da procura dos serviços de saúde no mundo, tendo um aumento considerável desta procura, nos últimos anos, pela população com idade maior de 50 anos (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Segundo Sousa, Suassuna e Costa (2009), com o aumento das práticas sexuais entre os idosos, principalmente de práticas sexuais inseguras, aumentam os riscos para a contaminação por infecções sexualmente transmissíveis, havendo necessidade dos serviços de saúde propiciarem o aumento de iniciativas de prevenção e de assistência, para que haja um efetivo controle dos eventos relacionados com a exposição desses indivíduos às IST, a partir de meios de proteção para práticas sexuais seguras.

O Ministério da Saúde preconiza que os serviços de Atenção Básica para os portadores de infecções sexualmente transmissíveis devam ser estruturados para que possam acolher, assim como diagnosticar precocemente e assistir seus usuários e, quando necessário, os mesmos sejam encaminhados para as unidades

de referências, devendo também realizar atividades educativas para promoção à saúde e prevenção, aconselhamento para a realização de testes diagnósticos, assim como a importância de adesão ao tratamento indicado, dentre outras responsabilidades (BRASIL, 2006a).

A equipe de saúde da família necessita conhecer a dinâmica familiar no processo de cuidado de seus idosos, necessitando identificar os atores sociais pertencentes a este grupo familiar pois, segundo Sousa, Suassuna e Costa (2009), os idosos demandam de uma maior atenção à saúde por sua idade avançada, tendo necessidades específicas que devem ser consideradas pelos profissionais de saúde durante a assistência.

Os profissionais de saúde ligados à estratégia saúde da família, em especial a enfermagem, têm papel importante na assistência com orientações sobre medidas preventivas e educação em saúde junto à população. Segundo Vianna, Vianna e Bezerra (2010), a família também tem importante papel neste processo e é, na maioria das vezes, fator indispensável de suporte e colaboração no tratamento por ser fonte de segurança e afeto para o paciente idoso, cabendo ao profissional valorizar esta participação.

Para Moura, Pinheiro e Barroso (2009), a educação em saúde é a estratégia mais eficiente na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, pois por meio dela ocorre mudanças de comportamentos, valores e atitudes. Mas, para que isto ocorra, é necessário fornecer conhecimento suficiente sobre a importância e a técnica de utilização de preservativos, sendo este considerado atualmente um dos métodos mais eficazes na prevenção das IST.

3.2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO

Com o crescimento populacional de idosos, surgem novas políticas de saúde voltadas para o cuidado destas pessoas, dentre elas, a Política Nacional do Idoso com a Lei N.º 8.842/1994; a Portaria N.º 702/2002, que direciona a organização e

implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; o Estatuto do Idoso com a Lei N.º 10.741/2003; e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a Portaria N.º 2.528/2006

A Política Nacional do Idoso é promulgada em 1994 com a Lei N.º 8.842 e regulamentada em 1996 com o Decreto N.º 1.948. Assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Em 2002, é aprovada a Portaria N.º 702/SAS/MS, que visa à organização e à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que tem como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 2006).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso com a Lei N.º 10.741, onde amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2009).

Com a descentralização do Sistema Único de Saúde, é criado em 2006 o Pacto Pela Saúde, onde o Ministério da Saúde busca o fortalecimento do compromisso dos gestores locais e o cumprimento de metas por ele propostas, a partir dos componentes de Defesa do SUS e de Gestão. Com isto, surge a oportunidade de se discutir a nova realidade social e epidemiológica que se apresenta por meio da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2010).

Ainda em 2006, visando atualizar as políticas reacionadas à saúde do idoso é aprovada a Portaria N.º 2.528, com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que visa 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 (BRASIL, 2006).

3.3 Infecções sexualmente transmissíveis – IST

Em 2001, a OMS preconizou a substituição do termo DST por IST, objetivando enfatizar as infecções assintomáticas. A transmissão destas infecções durante as relações sexuais pode ser causada por mais de 20 agentes infecciosos como bactérias, parasitas, fungos ou leveduras e vírus (RODRIGUES, 2010).

As IST são transmitidas, principalmente, por contato sexual com uma pessoa que esteja infectada, sem o uso de preservativo, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2013).

As infecções sexualmente transmissíveis apesar de serem um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, ainda parece ser um mistério para muitos dos indivíduos que não têm conhecimento sobre as próprias infecções, suas formas de contaminação e seus tratamentos (BRASIL, 2010a).

Todos os parágrafos desta sessão são baseados na referência Brasil (2010a).

A aids, também conhecida como SIDA, doença causada pelo HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde mundial na atualidade, devido ter um caráter pandêmico como também pela sua gravidade. As pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV tem seu sistema imunológico afetado, com isso ocorre a destruição dos linfócitos T CD4+. Seu agente etiológico é HIV-1 e HIV-2, retrovírus da família Lentiviridae e tem como seu reservatório o homem. O modo de transmissão do HIV pode ser por via sexual (esperma e secreção vaginal); pelo sangue (via parenteral e vertical); e pelo leite materno.

A doença tem um período de incubação compreendido entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, podendo variar de 5 a 30 dias. O período após a fase de infecção aguda, até o desenvolvimento da imunodeficiência, pode variar entre 5 e 10 anos com uma média de seis anos, sendo

que o indivíduo infectado pelo HIV pode transmiti-lo em todas as fases da infecção. O diagnóstico da doença após a suspeita de risco de infecção pelo HIV é o diagnóstico laboratorial, pois as doenças podem ou não apresentar clínica logo após a infecção.

A Hepatite B é uma doença viral, com alta infectividade, podendo ser assintomática, sintomática ou formas fulminantes. Seu agente etiológico é o vírus da hepatite B (HBV), um vírus DNA da família Hepadnaviridae. O homem é reservatório natural, podendo ser chimpanzés e algumas espécies de pato e esquilo reservatório experimental. Por ser altamente infectivo, é facilmente transmitido pela via sexual, por transfusão sanguínea, por solução de continuidade de pele e mucosa, por uso de materiais em procedimentos médicos e odontológicos e hemodíalises sem as adequadas normas de biossegurança, transmissão vertical e intradomiciliar, acidentes com perfurocortantes, compartilhamento de seringas e material para a realização de tatuagens e *piercings*.

O período de incubação pode variar de 30 a 180 dias, sendo seu período de transmissibilidade de 2 a 3 semanas antes do início dos primeiros sintomas e mantendo-se durante a evolução clínica da doença. O diagnóstico pode ser clínico-laboratorial e laboratorial, pois não é possível identificar o agente causador somente pelos aspectos clínicos, sendo necessária a realização de sorologia para identificação do vírus.

A Hepatite C (HCV) é uma doença viral com infecções assintomáticas ou sintomáticas, sendo a forma fulminante rara. A HCV sintomática é caracterizada por mal-estar, cefaleia, febre alta, anorexia, astenia, fadiga, artralgia, náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão a alguns alimentos e ao cigarro.

O agente etiológico é o vírus da Hepatite C (HCV), que é um vírus da família Flaviviridae, sendo o reservatório o homem e experimentalmente o chimpanzé. A via de transmissão mais comum é a parenteral por transfusão sanguínea, mas pode ocorrer a transmissão por via sexual, principalmente, por indivíduos com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo). A coexistência de alguma IST pode contribuir para a contaminação, pois constitui um importante facilitador dessa transmissão. O período de incubação varia de 15 a 150 dias, com

média de 50 dias. Seu período de transmissibilidade inicia na primeira semana antes dos sintomas manifestarem-se e se mantém enquanto o paciente apresentar RNA-HCV detectável. Seu diagnóstico é clínico-laboratorial.

A Hepatite D (HDV) ou delta é uma doença viral aguda altamente patogênica e infecciosa que pode evoluir para a forma crônica, podendo apresentar-se como infecção assintomática, sintomática ou em forma grave, podendo evoluir a óbito nos casos graves. Seu agente etiológico é o vírus da Hepatite D ou delta (HDV), um vírus RNA da *família* Deltaviridae. É um vírus incompleto, pois não consegue sozinho reproduzir seu próprio antígeno de superfície, necessitando da presença do vírus da Hepatite B para exercer sua ação patogênica e se replicar nas células hepáticas; o homem é seu reservatório.

O vírus da Hepatite D é transmitido por via sexual, transfusão sanguínea, solução de continuidade de pele e mucosa, uso de materiais em procedimentos médicos e odontológicos e hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança, transmissão vertical e intradomiciliar, acidentes com perfurocortantes, compartilhamento de seringas e material para a realização de tatuagens e *piercings*. O período de incubação varia de 30 a 180 dias, sendo que na superinfecção este período cai para 14 a 58 dias. Seu período de transmissibilidade inicia na primeira semana antes dos sintomas manifestarem-se e se mantém enquanto o paciente apresentar HDV-RNA detectável. Seu diagnóstico é clínico-laboratorial.

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma infecção também conhecida por verruga venérea, verruga genital, cavalo de crista, crista de galo e condiloma acuminado. É uma doença de manifestação subclínica nos genitais masculino e feminino, podendo as lesões serem únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas, de tamanho variável. Seu agente etiológico é o *Papilomavirus humano*, da *família* Papovavírus, possui mais de 70 sorotipos, sendo os sorotipos 16, 18, 31, 33,45 e 58 considerados de elevados riscos oncogênicos, por estarem relacionados ao desenvolvimento de câncer, sendo o homem seu reservatório. Geralmente é transmitido por contato direto, podendo ocorrer ainda por autoinoculação e infecção por fomites, e seu período de incubação varia de 1 a 20 meses (em média 3 meses)

e a transmissibilidade é desconhecida, porém existe transmissão quando houver lesão viável. Seu diagnóstico pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial.

A gonorréia também conhecida como blenorragia, esquentamento, pingadeira, purgação, fogagem, gota matutina, gono e uretrite gonocócica, é uma doença infecciosa do trato genital, de transmissão sexual e alta taxa de morbidade, podendo ser uma infecção assintomática até doença manifesta. Apresenta-se de forma diferenciada entre homens e mulheres. Seu agente etiológico é a *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo Gram-negativo. O reservatório é o homem e sua transmissão é por via sexual e tem um período de incubação que geralmente vai de 2 a 5 dias, sendo que o período de transmissibilidade pode durar meses a anos, caso o paciente não se trate mas, com o tratamento eficaz, rapidamente é interrompida a transmissão. A chance de uma pessoa infectada transmitir a seu parceiro é de 50% por ato. O diagnóstico pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial.

A sífilis, também conhecida como Lues, doença gálica, lues venérea, mal gálico, sífilose, doença britânica, mal venéreo e peste sexual, é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica e manifestações cutâneas temporárias. Pode ser recente ou tardia; sendo a sífilis recente considerada o primeiro ano de evolução da doença não tratada, culminando com o período de seu desenvolvimento imunitário, e inclui as fases primária, secundária e tardia. Após o primeiro ano de evolução, a sífilis é denominada de tardia, ocorrendo em indivíduos infectados pelo treponema que não receberam tratamento adequado ou não foram tratados, compreendendo as formas cutâneas, ósseas, cardiovasculares, nervosas, dentre outras. Seu agente etiológico é *Treponema pallidum*, espiroqueta de alta patogenicidade, sendo o homem seu reservatório. O modo de transmissão da sífilis adquirida é a sexual. O período de incubação varia de 10 a 90 dias, sendo em média de 21 dias. O diagnóstico pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial.

O cancro mole, também conhecido por Cancro de Ducrey, cancroide, cancro venéreo simples, é uma doença exclusivamente de transmissão sexual, e tem como características lesões múltiplas ou únicas, ulcerativas, de bordas irregulares, também podem ser dolorosas, possuem contornos eritemato-edematosos, de fundo

irregular, cobertas por exsudato necrótico, amarelado e de odor fétido. Seu agente etiológico é *Haemophilus ducrey*, bacilo Gram-negativo intracelular, sendo o homem seu reservatório e o modo de transmissão é a sexual.

Tem um período de transmissão de 3 a 5 dias, podendo chegar a 14 dias. Seu período de transmissibilidade pode ser de semanas ou meses quando não tratado ou enquanto durar as lesões. Se iniciado o tratamento com antibiótico, o risco de transmissão cai para 1 a 2 semanas. O diagnóstico pode ser pela suspeita clínica, epidemiológica e laboratorial.

4.MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Abordagem e métodos

Esta pesquisa tem uma abordagem quantitativa de caráter descritivo, comparativo.

O método quantitativo é caracterizado pelo emprego de quantificação tanto na coleta de informação, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples (percentual, média, desvio padrão) às mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão, dentre outros (MARCONI; LAKATOS, 2011).

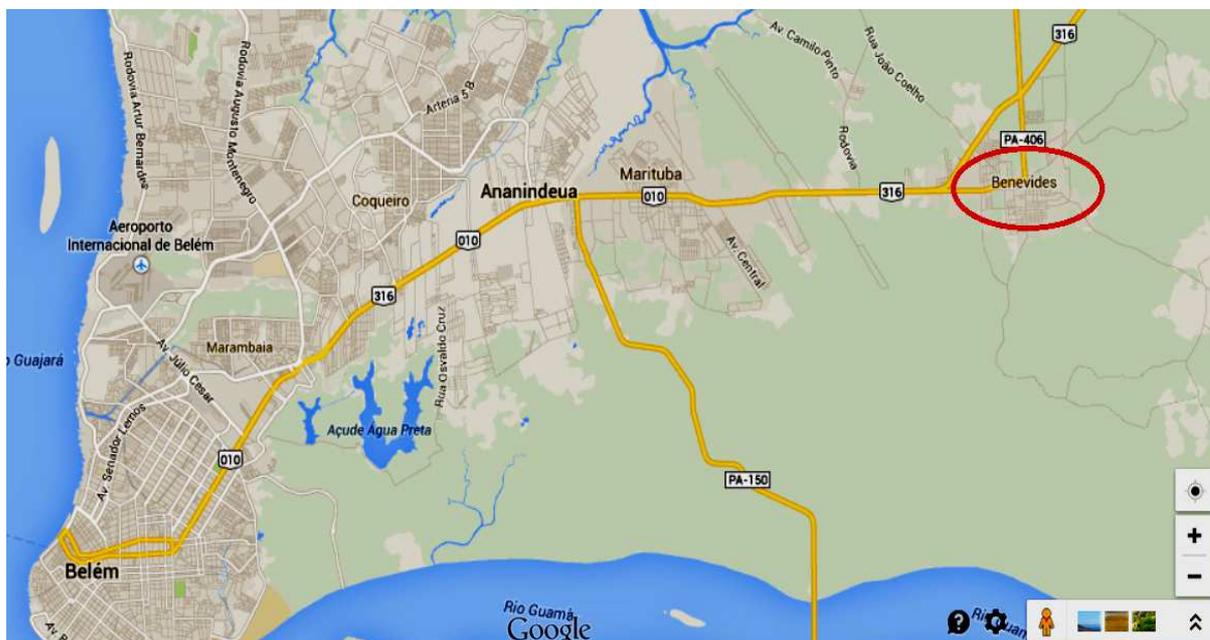
Para Gil (2009), a pesquisa descritiva objetiva primordialmente descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, ou estabelecer relação entre as variáveis. Polit (2011, p. 265) comenta que os estudos descritivos consistem em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Já Fachin (2006, p. 40) diz que o método comparativo consiste em investigar coisas ou fatos e explicá-los segundo suas semelhanças e diferenças.

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), o método comparativo empregado por Tylor é aquele que estuda as semelhanças e as diferenças entre os diversos grupos, sociedades ou povos, e que contribui para melhor compreender o comportamento humano.

4.2 Cenário da pesquisa

O município de Benevides foi criado em 29 de dezembro de 1961, por meio da Lei N.º 2.460, constituído por terras dos municípios de Santa Bárbara, Ananindeua e Santa Isabel do Pará e faz parte da região metropolitana de Belém, tem uma área territorial de 187.825 Km², sendo aproximadamente de 275 Km² por habitante, e uma população estimada em 51.651 habitantes segundo o censo 2010 (IBGE, 2010).

Figura 1: Localização do Município de Benevides/Pará.



Fonte: Google Maps - 2013

Este município possui 16 unidades de saúde da família, uma equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), uma Unidade Especializada em Saúde, uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Saúde, três Unidades de Urgência e Emergência, e um Centro de Especialidade Odontológica.

As 16 Unidades de Saúde da Família do município de Benevides totalizam 121 agentes comunitários de saúde (ACS), e possuem uma população idosa distribuída conforme a Tabela 1.

4.3 População-alvo

Participaram da pesquisa os idosos com 60 anos de idade ou mais, que residiam no município de Benevides e que estavam cadastrados em uma das 16 unidades de saúde da família.

4.4 Variáveis do estudo

Para conhecer o perfil socioepidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis na população idosa masculina e feminina atendida nas Unidades de Saúde da Família do município de Benevides/Pará, as variáveis estudadas consistiram em gênero, determinantes pessoais, sociais, econômicos, de conhecimento e comportamentais.

Tabela 1: Distribuição da População Idosa, Masculina e Feminina, por Unidade de Saúde da Família de Benevides/PA - 2012.

UNIDADE	População Masculina	População Feminina	População Total
USF Maguari	123	143	266
USF Benevides Centro	220	250	470
USF Santos Dumont II	108	106	214
USF Terceira Travessa	51	57	108
USF Canutama	128	166	294
USF Benfica Piçarreira	97	117	214
USF Flores	91	123	214
USF Independente	182	207	389
USF Santos Dumont I	85	78	163
USF Médice	210	208	418
USF Murinin I	133	137	270
USF Murinin II	145	156	301
USF Santa Maria	168	156	324
USF Benfica centro	131	127	258
USF Paraíso I	80	81	161
USF Paraíso II	100	86	186
Total	2052	2198	4250

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Benevides/Pará (2012)

4.5 Seleção da amostra

4.5.1 TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM

A pesquisa foi realizada a partir de estudo dos elementos que compõem uma amostra extraída da população que se pretende analisar, ressaltando-se que se conceitua população como sendo um conjunto de todos os elementos que apresentam determinada característica (variável), que pode ser mensurada ou

contada, mas limitada no tempo e no espaço. Amostra é uma parte da população selecionada para análise, podendo se retirar várias amostras do mesmo universo. O estudo das amostras permite tirar conclusões da população de onde a mesma foi retirada (AYRES et al., 2012).

A representatividade da amostra dependerá do seu tamanho e outras considerações de ordem metodológica, isto é, qualquer amostra fornece informações, porém não é qualquer uma que permite estender os resultados para a população do qual foi retirada (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Neste caso, se faz necessária uma amostra probabilística, onde cada elemento da população possui a mesma probabilidade de ser selecionado. Somente com base em amostragens probabilísticas é que se podem realizar inferências sobre a população a partir do conhecimento da amostra. Na amostra não probabilística, a probabilidade de qualquer elemento da população pertencer à amostra não é conhecida, não sendo possível generalizar o resultado da pesquisa para a população.

4.5.2 MÉTODOS DE AMOSTRAGEM

Os principais métodos utilizados em amostragem são as amostras aleatórias: simples, estratificadas, sistemáticas e por conglomerado. Sendo que nesta dissertação os procedimentos de amostragem utilizados serão a Amostragem Aleatória Estratificada e a Amostra Aleatória Simples, que são considerados os métodos mais simples e mais importantes para a seleção de uma amostra. Neste tipo de amostragem, atribuí-se, a cada elemento da população, um número distinto, em seguida, são realizados sucessivos sorteios até se completar o tamanho da amostra (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Inicialmente, foi obtida a população dos idosos por gênero masculino e feminino, por Unidade de Saúde da Família (USF), na Secretaria de Saúde do município de Benevides/Pará, conforme descrito na Tabela 1. Em seguida, foram obtidos pesos proporcionalmente para as populações masculina, feminina e total por USF, conforme mostra a Tabela 2, a partir de:

$$\text{Peso} = \frac{\text{População Masculina ou População Feminina ou População Total}}{\text{População Total de Idosos}},$$

Por Exemplo,

$$\text{Peso Masculino (USF MAGUARI)} = \frac{\text{População Masculina Maguari}}{\text{População Total de Idosos}}$$

$$\text{Peso Masculino (USF MAGUARI)} = \frac{123}{4250}$$

$$\text{Peso Masculino (USF MAGUARI)} = 0,02894$$

Tabela 2: Distribuição do Peso Proporcional para cada Unidade de Saúde da Família de Benevides/PA, 2013.

UNIDADE	População Masculina	População Feminina	População Total
USF Maguari	0,02894	0,03365	0,06259
USF Benevides Centro	0,05176	0,05882	0,11059
USF Santos Dumont II	0,02541	0,02494	0,05035
USF Terceira Travessa	0,01200	0,01341	0,02541
USF Canutama	0,03012	0,03906	0,06918
USF Benfica Piçarreira	0,02282	0,02753	0,05035
USF Flores	0,02141	0,02894	0,05035
USF Independente	0,04282	0,04871	0,09153
USF Santos Dumont I	0,02000	0,01835	0,03835
USF Médice	0,04941	0,04894	0,09835
USF Murinin I	0,03129	0,03224	0,06353
USF Murinin II	0,03412	0,03671	0,07082
USF Santa Maria	0,03953	0,03671	0,07624
USF Benfica centro	0,03082	0,02988	0,06071
USF Paraíso I	0,01882	0,01906	0,03788
USF Paraíso II	0,02353	0,02024	0,04376
Total	0,48282	0,51718	1,00

4.5.3 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho mínimo da amostra inicialmente a ser utilizada nesta pesquisa foi de 366 idosos residentes nas áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família do município de Benevides, cujo cálculo foi possível a partir da seguinte equação:

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0},$$

onde $n_0 = \frac{1}{e^2} = \frac{1}{0,05^2}$ ($e = \text{Erro Amostral}$)

Foi obtida a Amostra Inicial:

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{4250 \times \left(\frac{1}{0,05^2}\right)}{4250 \times \left(\frac{1}{0,05^2}\right)} = 366,$$

onde, o número total de idosos residentes nas áreas de atuação das Equipes do Saúde da Família do município de Benevides (N) foi de 4250, segundo a Secretaria de Saúde do Município de Benevides/Pará (2012); n_0 é a estimativa inicial do tamanho da amostra, obtido a partir de $n_0 = \frac{1}{e^2}$, e sendo o erro amostral máximo estabelecido que neste trabalho, será fixado em 5%, já que em pesquisas envolvendo a área de saúde o erro amostral máximo sugerido por Bolfarine e Bussab (2005) é de 5%.

Em seguida, foi obtido o tamanho da amostra estratificada para cada uma das populações (Masculina, Feminina e Total) e por Unidade de Saúde da Família conforme Tabela 3, a seguir:

$$n^1 \text{ USF Masculino} = \text{INTEIRO} (\text{PESO} \times n) + 1, \quad \text{onde } n^1 = \text{Tamanho da Amostra.}$$

Por exemplo,

$$n_1 \text{ USF Maguari Masc} = \text{INTEIRO} (0,02894 \times 366) + 1$$

$$n_1 \text{ USF Maguari Masc} = \text{INTEIRO} (10,59204) + 1$$

$$n_1 \text{ USF Maguari Masc} = \text{INTEIRO} 10 + 1 = 11$$

Tabela 3: Distribuição do tamanho amostral por Unidade Saúde da Família de Benevides/PA.

UNIDADE	População Masculina	População Feminina	População Total
USF Maguari	11	13	24
USF Benevides Centro	19	22	41
USF Santos Dumont II	10	10	20
USF Terceira Travessa	5	5	10
USF Canutama	12	15	27
USF Benfica Piçarreira	9	11	20
USF Flores	8	11	19
USF Independente	16	18	34
USF Santos Dumont I	8	7	15
USF Médice	19	18	37
USF Murinin I	12	12	24
USF Murinin II	13	14	27
USF Santa Maria	15	14	29
USF Benfica centro	12	11	23
USF Paraíso I	7	7	14
USF Paraíso II	9	8	17
Total	185	196	381

A amostra final sofreu uma diferença da amostra inicial. Seriam entrevistados 381 idosos residentes nas áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família do município de Benevides. Porém, com a distribuição entre população masculina, feminina e total dos idosos por Unidade de Saúde da Família, os valores iniciais foram aumentados. Assim, a amostra final foi de 412 idosos entrevistados. Dessa forma, a amostra foi selecionada com todo rigor científico para serem obtidos resultados que retratem a realidade de Benevides; além disso, o erro amostral foi reduzido de 5% para 4,68%, aumentando, desta forma, a precisão dos resultados.

4.6 Tipos de erros na pesquisa

Em um processo de pesquisa podem ocorrer os erros amostrais e os erros não amostrais. O erro amostral é a diferença entre o resultado amostral e o verdadeiro resultado da população. Tais erros resultam das flutuações amostrais devidas ao acaso, podendo desaparecer com o crescimento do tamanho da amostra. O erro não amostral é resultante da inadequação dos processos de mensuração, entrevistas, codificações etc. E permanecem mesmo em censos populacionais (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Nesta pesquisa, o erro amostral considerado será no máximo da ordem de 5%, sendo fixado antes da coleta dos dados.

4.7 Instrumento de coleta dos dados

Para a coleta dos dados foi necessária a construção de um instrumento de coleta (Formulário), com questões sobre o perfil socioepidemiológico das IST na população idosa atendida nas unidades de saúde da família do município de Benevides/PA. Este formulário encontra-se no ANEXO 1 desta dissertação.

4.8 Critérios éticos

Este estudo obedeceu aos preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), e foi realizado após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Benevides (ANEXO 2), autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, PARECER N.º 472.897 e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) pelos idosos que aceitaram participar desta pesquisa.

4.9 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os idosos cadastrados nas unidades de saúde da família de Benevides, que tinham 60 anos ou mais de idade que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Foram excluídos os idosos que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

4.10 Análise dos dados

Após a coleta de dados, foi efetuada a análise estatística descritiva, comparativa. Os dados foram analisados com base no programa Excel 7.0 e apresentados por meio de planilhas, tabelas e gráficos (estatísticos) que facilitam a descrição e comparação dos fenômenos observados.

A tabela deve ser uma forma objetiva de se demonstrar o comportamento de variáveis; o que se deve buscar, todavia, são representações simples que possibilitem ao leitor a compreensão do fenômeno sem muito esforço.

Os gráficos são mais indicados quando se deseja apresentar uma visão mais rápida e fácil a respeito das variáveis às quais se referem os dados. Não há uma única maneira de representar graficamente uma série estatística e a escolha do gráfico mais apropriado ficará a critério do analista. Contudo, os elementos simplicidade, clareza e veracidade, devem ser considerados na elaboração de um gráfico.

Também foram utilizados para a análise estatística dos dados:

(i) O *software* MINITAB 14, que permite obter estatísticas descritivas, simulações e distribuições, inferência estatística elementar, análise da variância, regressão, análise de dados categóricos, métodos não paramétricos, análise de séries

temporais etc (ALVES; CUNHA, 2013). Neste trabalho, foi utilizado para obter as medidas descritivas (média, desvio-padrão etc.).

(ii) O *aplicativo* STATISTICA 8, que inclui estatísticas descritivas (correlações, testes *t* e outros testes para as diferenças entre grupos, tabelas de frequências e cruzamentos), métodos de regressão múltipla, métodos não paramétricos, análise de variância (ANOVA), módulos de ajustamento das distribuições e um vasto conjunto de ferramentas para gráficos (ALVES; CUNHA, 2013). Neste trabalho, foi utilizado para realizar a aplicação técnica estatística multivariada de dados denominada Análise de Correspondência.

4.10.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Antes de iniciar qualquer trabalho científico é necessário compreender os dados em estudo. Logo, recomenda-se a utilização de técnicas descritivas ou exploratórias, que consiste em investigar, organizar e explorar os dados com o objetivo de obter informações de formas regulares, padrões ou características interessantes com indicação de possíveis tendências (BUSSAB; MORETIN, 2011), pois assim os dados tornam-se mais compreensíveis, permitindo, desta forma, direcionar-se a outras análises. Além disso, esta técnica dispõe de inúmeras ferramentas descritivas, como gráficos, tabelas, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de variação (variância, desvio-padrão, erro padrão, entre outros) para descrever de maneira abreviada, sob a forma de números, os dados em questão (AYRES, 2012). Dentre as diversas ferramentas descritivas, as mais usuais são as tabelas e os gráficos.

As tabelas, também conhecidas por séries estatísticas, têm por finalidade, resumir um conjunto de observações, conseguindo expor sinteticamente os resultados dos dados analisados relacionados a fatores como, tempo, local, fenômeno e especificação (ARAÚJO et al., 2008). Contudo, nem sempre as tabelas expõem as informações da melhor maneira. Assim, indica-se a utilização de gráficos, na qual existem variados tipos, porém os mais usuais são os gráficos de colunas, barras, linhas, histogramas e setores, onde são utilizados como um recurso visual

indicados para situações que visem proporcionar uma compreensão rápida e fácil das variáveis, de forma a produzir uma interpretação mais rápida do fenômeno em estudo.

Portanto, nesta pesquisa foi aplicada a técnica Análise Descritiva de dados com o objetivo de descrever os aspectos socioepidemiológicos das infecções sexualmente transmissíveis em idosos em unidades de saúde da família de Benevides/Pará.

4.10.2 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

A crescente utilização de variáveis categóricas em estudos teóricos e práticos em diversas áreas tem instigado profissionais e acadêmicos do campo do conhecimento a desenvolver e a utilizar técnicas de análise de dados que permitam a quantificação destas (CUNHA JR., 1997). Neste contexto, destaca-se a análise de correspondência pela sua flexibilidade em “trabalhar” com dados do tipo categórico, sem que sejam violados princípios matemático-estatísticos da técnica. Tal propriedade permite que o analista utilize esta técnica, além dos próprios recursos desta análise, como a base para integração com outras técnicas desenvolvidas para dados quantitativos.

Para que a aplicação da técnica análise de correspondência seja feita de forma eficaz, Moscarola (1991) e Lagarde (1995) aconselham que o teste qui-quadrado (χ^2) seja realizado e que, preferencialmente, a dependência entre as variáveis seja significativa, isto é, o nível descritivo do teste (p) é menor que o nível de significância (γ); desta forma, o valor de χ^2 é obtido a partir de

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \quad (2.1)$$

onde O_{ij} é o frequência observada da i -ésima linha e j -ésima coluna, E_{ij} é a frequência esperada da i -ésima linha e j -ésima coluna, com $i = 1, \dots, l$ e $j = 1, \dots, c$.

Seguidamente, é recomendado que seja calculado o critério β , para confirmar se há dependência entre as categorias das duas variáveis em estudo. A significância do teste será observada se o valor de β for superior a 3 a um risco de 5%, ou seja, existe dependência entre as categorias das variáveis (FÁVERO et al., 2009). O valor de β é calculado a partir de

$$\beta = \frac{\chi^2 - (l - 1)(c - 1)}{\sqrt{(l - 1)(c - 1)}} \quad (2.2)$$

em que χ^2 é o valor do teste qui-quadrado, l é o número de linhas e c é o número de colunas. Além disso, segundo Ramos et al. (2008), para que as proximidades entre as categorias sejam avaliadas, é necessário calcular os resíduos (Z_{res}), que indicam a probabilidade de ocorrência do valor observado na tabela de contingência resultantes do teste χ^2 . O resíduo padronizado é dado por

$$Z_{res} = \frac{O_{ij} - E_{ij}}{\sqrt{E_{ij}}} \quad (2.3)$$

onde O_{ij} é a frequência observada; E_{ij} é a frequência esperada. Ainda segundo Ramos et al.(2008) para avaliar a significância dos resíduos é necessária a realização do cálculo do coeficiente de confiança, obtido a partir de

$$\gamma = \begin{cases} 0, & \text{se } Z_{res} \leq 0; \\ 1 - 2 \times [1 - P(Z < Z_{res})] & \text{se } 0 < Z_{res} < 3; \\ 1 & \text{se } Z_{res} \geq 3; \end{cases} \quad (2.4)$$

Z_{res} é uma variável aleatória com distribuição de probabilidade normal padrão. Serão consideradas relações significativas entre as variáveis quando o coeficiente de confiança for maior ou igual a 0,50 ou 50%.

A Análise de Correspondência foi utilizada com o objetivo de estudar as relações entre as variáveis referentes à avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos idosos de Benevides sobre IST/HIV, permitindo, assim, a visualização de associações de frequências das categorias das variáveis. Existem dois tipos de

análise de correspondência: a bivariada e a multivariada. Neste trabalho, foi utilizada a análise de correspondência bivariada.

A avaliação do conhecimento, atitudes e práticas dos Idosos, sobre IST/HIV, foi feito de acordo com as variáveis estabelecidas e apresentadas anteriormente. O material obtido foi organizado, tabulado, analisado e apresentado em figuras e tabelas.

4.11 Risco/benefício

Esta pesquisa não envolve risco físico, químico ou mesmo biológico aos participantes, considerando que a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista realizada no domicílio. Os dados coletados são de inteira responsabilidade da pesquisadora que se responsabilizará em manter em sigilo a identidade e as informações dos sujeitos, e depois de decorrido 05 anos fará a incineração do material utilizado.

Como benefício, a pesquisa certamente trará fortalecimento à pesquisa científica na área atenção primária à saúde, assim como o conhecimento dos aspectos socioepidemiológicos das infecções sexualmente transmissíveis em idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de Benevides, no Estado do Pará, visando assim melhoria no planejamento de ações de forma efetiva para melhor qualidade de vida desta faixa etária.

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO

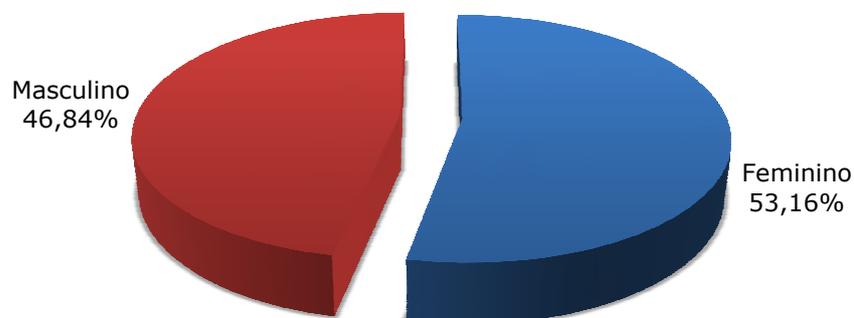
5.1 Perfil

5.1.1 GÊNERO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) diferencia sexo de gênero, quando afirma que sexo se refere a diferenças biológicas entre homem e mulher; e gênero, a diferença construída socialmente entre os sexos a partir de papéis e responsabilidades atribuídas pela sociedade a homens e mulheres (BRASIL, 2009a).

Quanto ao gênero, a maior parte dos idosos de Benevides é do gênero feminino somando 53,16% e 46,84% do gênero masculino. (Figura 2).

Figura 2: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero.



Os achados desta pesquisa corroboram com os dados obtidos por Garcia e Saintrain (2009), em que, no estudo realizado com a população idosa de Ibicuitinga, Ceará, atendida pelo programa saúde da família, a maioria é do gênero feminino (53,60%).

No estudo de Maschio et al. (2011), sobre sexualidade na terceira idade realizada no município de Curitiba, no Paraná, a prevalência é de idosos do gênero feminino (64,20%).

A pesquisa de Anaya, Joya e Martínez (2008), sobre o perfil epidemiológico de problemas bucais em idosos na Delegação Milpa Alta no México, revela que a maioria dos idosos é do gênero feminino (82,00%).

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, e o processo de envelhecimento se dá a partir do momento em que se nasce. Entender o envelhecimento como sendo um processo natural ao qual todo ser humano passará ao longo de sua vida, somente vem a reforçar que necessariamente não se fica velho aos 60 anos. Faz-se necessário que se diferencie a idade biológica da cronológica e da idade social para que se possa compreender o idoso nos dias atuais (GARCIA; SAINTRAIN, 2009).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 aponta uma população de 9,4 milhões de pessoas idosas de 70 anos ou mais de idade, representando 4,9% da população total. Na avaliação por gênero e grupos etários, existem 94,8 homens para cada 100 mulheres no Brasil (BRASIL, 2009a).

Percebe-se que no estudo realizado no México, ocorre o aumento da expectativa de vida das mulheres em relação aos homens (ANAYA; JOYA; MARTÍNEZ, 2008). Com o aumento da expectativa de vida, percebe-se que a proporção de mulheres é superior à de homens, confirmando, assim, diferenças no envelhecimento também entre gêneros (LIMA; BUENO, 2009).

5.1.2 FAIXA ETÁRIA

A maioria dos idosos deste estudo tem idade variando entre 60 e 78 anos (81,30%), com prevalência na faixa etária de 72 a 78 anos (30,33%) (Figura 3).

Figura 3: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Faixa Etária (em Anos).



Na pesquisa de Maschio et al. (2011), a população idosa estudada tem idade média de 68,9 anos, variando entre 60 e 87 anos de idade. No estudo de Silva et al. (2012), com usuários da Estratégia Saúde da Família de Recife (PE), a idade dos idosos variou de 60 a 95 anos, com média de 69 anos de idade. Santos e Griep (2013), identificam em seu estudo que a maioria dos idosos tem idade entre 60 a 70 anos (69,90%).

Os dados encontrados neste trabalho contrapõem-se aos achados em várias pesquisas como os de Borges et al. (2008), uma que na pesquisa com idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte (MG), a faixa etária prevalente é de 65 a 69 anos (27,92%), seguida da faixa etária de 70 a 74 anos (23,86%).

No estudo de Silva et al. (2011), com idosos frequentadores de grupos de convivência em Iguatu (CE), a faixa etária prevalente é de 60 a 64 anos (30,80%), seguida da faixa etária de 65 a 69 anos (26,10%).

Lima e Campos (2011), na pesquisa com idosos vítimas de trauma atendidos em unidade de urgência e emergência em Campinas (SP), identificam que a faixa etária prevalente é de 70 a 74 anos (24,00%).

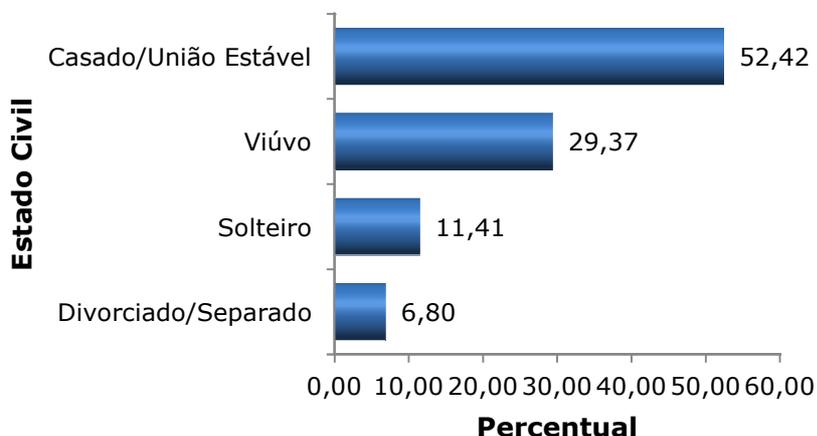
No estudo sobre o perfil de idosos institucionalizados de Itaúna (MG), a idade dos idosos varia entre 61 e 94 anos, com prevalência na faixa etária de 80 ou mais anos (40,00%) (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008, a população idosa teve um crescimento expressivo no período de 1998 a 2008, em que o grupo etário de 80 anos ou mais de idade chegou a quase 70,00%, superando os demais grupos etários (BRASIL, 2009a). Percebe-se, com isto, que o processo de envelhecimento está cada vez mais presente na sociedade, alertando para uma realidade que é a necessidade de uma infraestrutura que possa garantir atendimento para esta nova demanda.

5.1.3 ESTADO CIVIL

Quanto ao estado civil, a maioria (52,42%) afirma ser casado/união estável, 29,37% viúvo, 11,41% solteiro e 6,80% divorciado/separado (Figura 4).

Figura 4: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Estado Civil.



Os dados da pesquisa corroboram com os achados de Garcia e Saintrain (2009), em que 67,70% dos idosos afirmam ser casados e 22,90% viúvos; com o estudo de Santos e Griep (2013), realizado em um Centro de Saúde de Belém (PA), em que a maioria dos idosos afirma ser casado ou viver com alguém (51,70%); e com estudo de Santos et al. (2013), sobre sono, fragilidade e cognição, com 576 idosos de Belém (PA) e 302 idosos de Ermelino Matarazzo (SP), em que a maioria afirma ser casado (44,50%) e 35,10%, viúvo.

Contra-pondo-se aos achados de Maschio et al. (2011), em que a maioria dos idosos afirma ser viúvo ou divorciado (72,40%). Pereira e Borges (2010), no estudo com idosos do Centro de Convivência de Anápolis (GO), afirmam que 31,70% dos idosos são casados/amasiados e 37,50% são viúvos.

Na pesquisa de Borges et al. (2008), a maioria dos idosos afirma ser viúvo (49,75%). Silva et al. (2011), demonstram que a maioria dos idosos afirma ser viúvo (44,60%) e 25,40%, casado. No estudo de Lisboa e Chianca (2012), observa-se que a maioria dos idosos é de solteiros (63,00%).

5.1.4 RENDA

Quanto à renda familiar, 77,18% dos idosos afirmam ter de 1 a 3 salários (Tabela 4).

Tabela 4: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Renda Familiar.

Renda Familiar	Percentual
< 1	2,43
1 – 3	77,18
3 – 5	14,08
5 – 7	3,40
7 – 9	1,46
9 – 11	0,73
≥ 11	0,73
Total	100,00

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com os achados de Cezar, Aires e Paz (2012), na pesquisa com idosos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família, em um município da região da Serra Gaúcha, onde 77,80% dos idosos afirmam possuir renda familiar de até 3 salários mínimos.

No estudo de Silva et al. (2012), sobre satisfação sexual entre homens idosos no Recife (PE), a maioria 71,10% afirmam ter renda familiar de até 2 salários mínimos.

A pesquisa de Santos e Griep (2013), revela que a maioria dos idosos afirma ter renda entre 1 e 2 salários mínimos (74,10%). No estudo de Santos et al. (2013), a maioria dos idosos afirma possuir de 1 a 3 salários mínimos (51,90%).

Porém, divergem dos resultados de Olivi, Santana e Mathias (2008), realizado em Cuiabá, Mato Grosso, onde a renda familiar da maioria dos idosos é de 6 ou mais salários mínimos (55,50%); de Pereira e Borges (2010), em que a maioria dos idosos declaram ter renda familiar menor que um salário mínimo (57,10%); e seguido daqueles que declaram receber de 2 a 5 salários mínimos (40,60%) e do estudo de Pilger, Menon e Mathias (2011), sobre as características sociodemográficas e de saúde de idosos de Guarapuava (PR), em que a maioria dos idosos afirma ter renda *per capita* de 0 a 1 salário mínimo (71,30%).

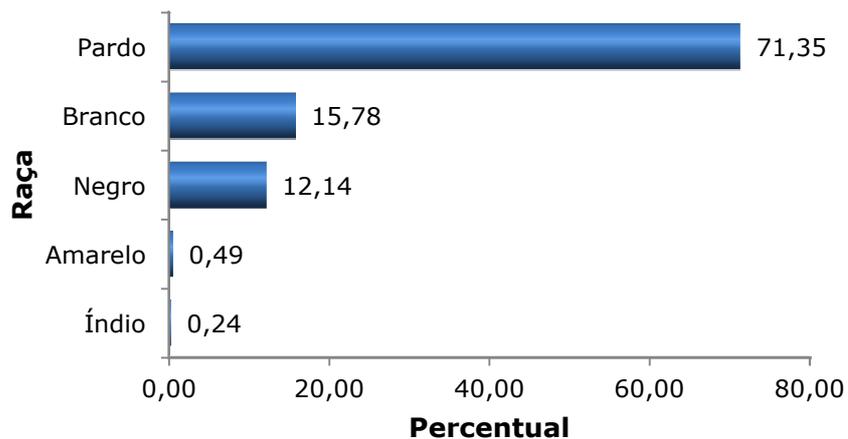
Sabe-se que a distribuição de renda no país ainda é desigual, pois os dados demonstram que a população idosa assim como o restante da população brasileira, também é afetada. Na pesquisa do IBGE de 2008, o valor médio do rendimento familiar *per capita*, ficou em torno de 1,73 salários mínimos, porém metade das famílias vivia com renda abaixo de um salário mínimo (BRASIL, 2009a).

5.1.5 RAÇA

A classificação raça/cor foi incorporada na pesquisa do IBGE, na década de 70, no intuito de investigar as características da população brasileira. A partir de 1987, o IBGE passou a adotar a classificação incorporando uma variável constante de investigação, advindo daí a pergunta sobre como a população se autoclassifica (BRASIL, 2009a).

Ao perguntar ao idoso qual sua raça/cor, a maioria se intitula pardo (71,35%) (Figura 5). O elevado percentual de pardo nesta pesquisa pode estar relacionado às características da população paraense.

Figura 5: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Raça.



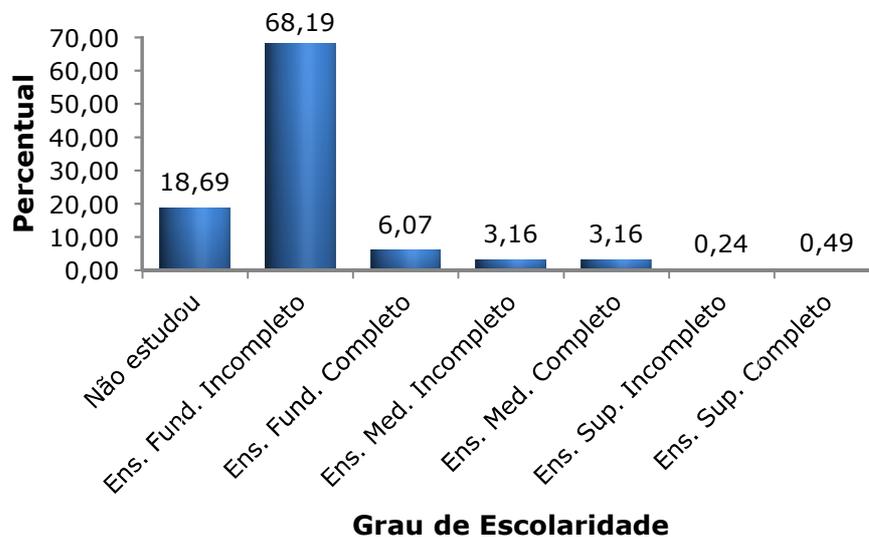
Os resultados desta pesquisa corroboram com os achados no estudo de Santos et al. (2013), em que a maioria afirma ser mulato, caboclo ou pardo (50,90%), seguido de branco (35,40%).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio identificou, no período de 1998 a 2008, uma redução da população que se declara branca e um crescimento da proporção da que se declara preta e parda (BRASIL, 2009a).

5.1.6 ESCOLARIDADE

Quando perguntado ao idoso seu grau de escolaridade, a maioria (68,19%) afirma ter o Ensino Fundamental Incompleto (Figura 6). Este percentual elevado de idosos com baixa escolaridade pode ser reflexo do pouco acesso ou mesmo do não acesso às escolas no passado.

Figura 6: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Escolaridade.



A pesquisa de Garcia e Saintrain (2009), com idosos atendidos pela estratégia saúde da família, revela que a maioria (67,20%) é analfabeto e 30,20% alfabetizado. Oliveira, Lima e Saldanha (2008), identificam em seu estudo que 58,10% dos idosos, também, têm baixo nível de escolaridade.

O estudo de Maschio et al. (2011), sobre sexualidade na terceira idade, demonstra que o grau de escolaridade informado pelos idosos é de que 39,70% possuem o ensino médio e que 35,70%, o ensino fundamental. Borges et al. (2008), identificam em seu estudo que a maioria dos idosos de Belo Horizonte tem ensino primário (45,69%), seguido dos idosos sem escolaridade (36,55%).

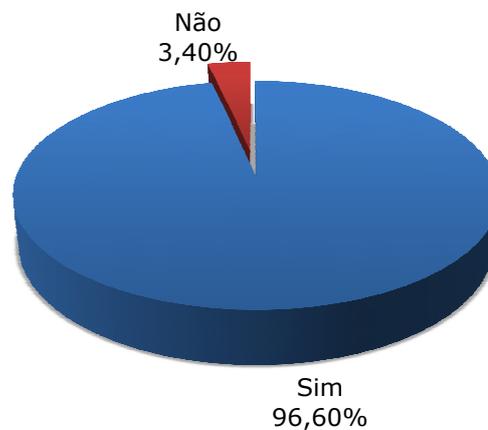
No estudo de Santos e Griep (2013), a maioria dos idosos afirma ter nível fundamental incompleto (52,90%). No estudo de Santos et al. (2013), a maioria dos idosos tem de um a quatro anos de estudo (49,20%).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, o Brasil ainda tem alta taxa de analfabetismo entre a população idosa, sendo que 32,20% dos idosos não sabe ler e escrever e 51,70% é analfabeto funcional (com menos de 4 anos de estudo). Outro dado importante desta pesquisa é a média de anos de estudo no País, que em 1998 era de 3,0 e em 2008 passou a 4,1, tendo um aumento apenas de 1,1 nos últimos dez anos. Na avaliação regional, os nortistas e nordestinos têm as médias mais baixas do País, com média de 3 anos de estudos para nortistas e 2,7 para nordestinos (BRASIL, 2009a).

5.1.7 NÚMERO DE FILHOS

Quanto à paridade, a maioria dos idosos afirma ter filhos (96,60%) (Figura 7).

Figura 7: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por possuir filhos.



Estes resultados corroboram com os encontrados por Souza e Rodrigues (2011), na pesquisa sobre sexualidade na terceira idade realizada com idosos institucionalizados na cidade de Manaus (AM), onde a maioria relata ter filhos (80,00%). Stumm et al. (2009), sobre o perfil de idosos que sofreram infarto agudo do miocárdio, assistidos por unidades de Estratégia Saúde da Família em Ijuí (RS), verificaram que todos os idosos afirmam ter filhos (100,00%).

No estudo de Cezar, Aires e Paz (2012), 96,80% dos idosos afirmam ter filhos. Camargo, Torres e Biasus (2009), em seu estudo para caracterizar as práticas

sexuais, atitudes de prevenção e relação amorosa, e o nível de conhecimento sobre HIV/aids entre pessoas com mais de 50 anos de idade, da região sul do Brasil, identificou que a maioria afirma possuir filhos (94,40%).

Paiva, Segurado e Filipe (2011), em seus estudos sobre a divulgação de resultado soropositivo de HIV aos seus parceiros por heterossexuais e homens bissexuais, em São Paulo (SP), observaram que a maioria afirma possuir filhos (51,60%).

Dos idosos que afirmam ter filhos, o número médio de filhos por idoso é de seis filhos, com desvio-padrão de quatro filhos, sendo 22 o número máximo de filhos e nenhum, o mínimo (Tabela 5).

Tabela 5: Medidas Estatísticas para o Número de Filhos de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013.

Estatística	Número de Filhos
Média	6
Desvio-padrão	4
Mínimo	0
Máximo	22

Estes resultados podem ser reflexo do modelo da família patriarcal, onde as mulheres são procriadoras e responsáveis por cuidar dos filhos, do marido e do lar. Segundo Lisboa e Manfrini (2005), mesmo em pleno século XXI, a situação da mulher no mundo não mudou em muitos aspectos. Segundo as autoras no Brasil, as mulheres ainda passam por situações injustas quando têm seus direitos e interesses negados e no mundo observa-se que a ideologia patriarcal ainda impera, onde mulheres vivem em situação de extrema pobreza e seus direitos são negados e violados, cabendo a elas somente deveres e proibições.

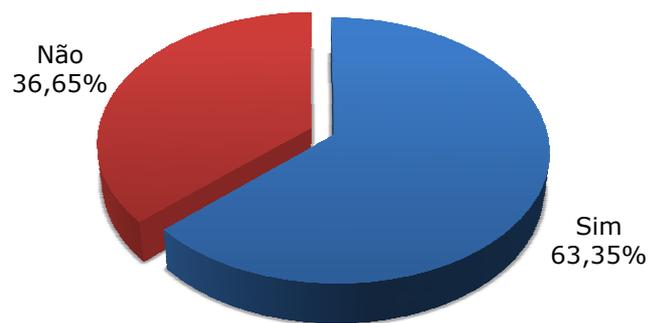
O estudo de Stumm et al. (2009), revela que a maioria dos idosos afirma ter de um a três filhos (42,50%), seguido de quatro a seis filhos (40,00%). No trabalho de Camargo, Torres e Biasus (2009), os idosos possuem em média 2,73 filhos, com desvio padrão de 1,61. Na pesquisa de Paiva, Segurado e Filipe (2011), observa-se

que a maioria afirma não possuir filhos (48,40%), seguida dos que possuem apenas um filho (22,00%).

5.1.8 APOSENTADORIA

Em relação à aposentadoria, a maioria dos idosos afirma ser aposentado (63,35%). Dentre os que não possuem aposentadoria encontram-se os idosos que recebem algum tipo de benefício assistencial, pensão, os que têm renda própria ou recebem ajuda de familiares (Figura 8).

Figura 8: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Aposentadoria.



Resultados semelhantes podem ser vistos no estudo de Okuno et al. (2012), sobre conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos com HIV/aids, na cidade de São Paulo, em que 53,00% dos idosos afirmam ser aposentados/pensionistas.

No estudo sobre o perfil da população idosa atendida por uma equipe de saúde da família em Maringá (PR), observa-se que a maioria dos idosos é composta de aposentados (71,90%) (MEIRELES et al., 2007).

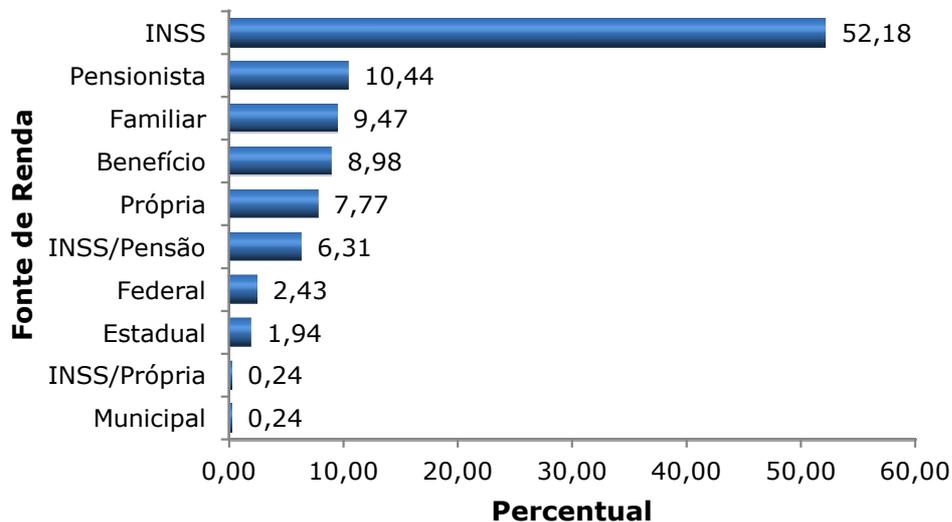
Na investigação de Garcia e Saintrain (2009), observa-se que a maioria dos idosos afirma ser aposentado (85,40%). Na pesquisa de Pilger, Menon e Mathias (2011), observa-se que a maioria dos idosos é composta de aposentados (70,80%).

No estudo de Santos et al. (2013), em que a maioria dos idosos refere ser aposentado (72,60%). Krug et al. (2013), no estudo com idosas longevas, observam que a maioria das idosas referem ser aposentadas e/ou pensionistas (96,70%).

5.1.9 FONTE DE RENDA

Quanto à fonte de renda familiar, a maioria dos idosos afirma ser beneficiária do INSS (52,18%) (Figura 9).

Figura 9: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Fonte de Renda.



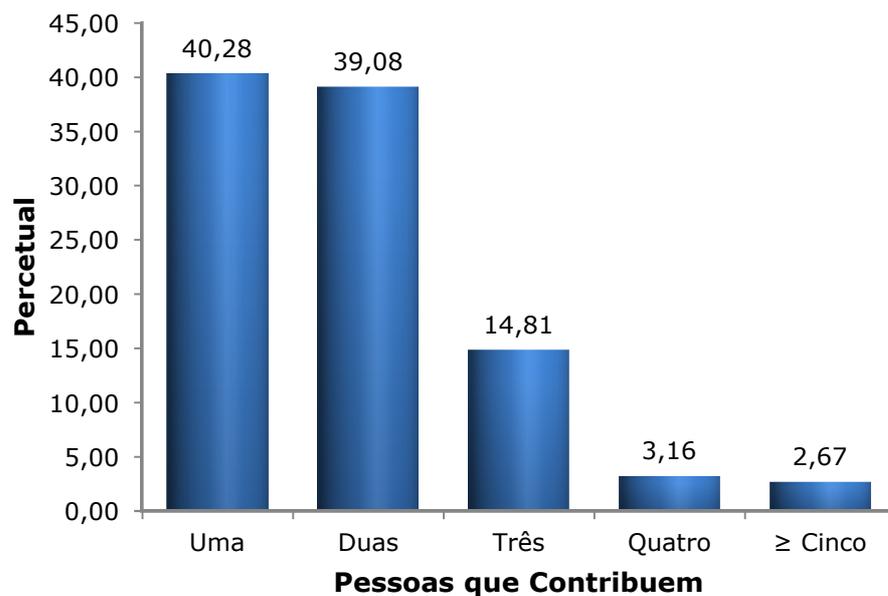
A PNAD de 2008 demonstra que o percentual de idosos aposentados com 65 anos ou mais se manteve no mesmo patamar entre os anos de 1998 e 2008, devido ao crescimento proporcional de idosos que estava na condição de aposentado e pensionista, com percentual de 84,50% e de 85,50%, respectivamente (BRASIL, 2009).

5.1.10 PESSOAS QUE CONTRIBUEM PARA A RENDA FAMILIAR

A maioria dos idosos de Benevides afirma ter apenas um (40,28%) ou dois (39,08%) contribuintes da renda familiar, sendo que na maioria das famílias (91,50%), o idoso é o principal contribuinte da renda familiar (Figura 10).

Estes dados refletem uma realidade em que o idoso passar a ser “arrimo” desta família à qual está inserido, deixando muitas vezes de comprar medicamentos para algum tipo de tratamento, de realizar gastos pessoais e de usufruir de momentos de lazer para suprir as necessidades destes familiares.

Figura 10: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Pessoas que Contribuem para a Renda Familiar.



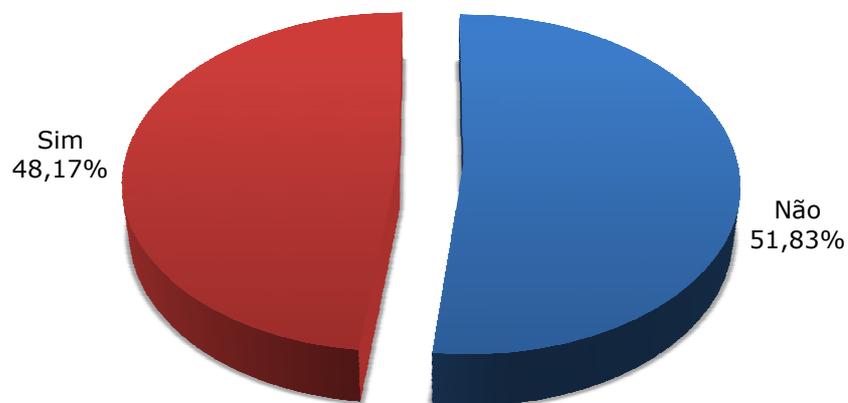
Na pesquisa de Silva et al. (2012), com idosos de 60 a 95 anos de idade, usuários da atenção primária, 67,00% dos idosos relatam ser a única fonte de renda da família.

5.2 Comportamento

5.2.1 VIDA SEXUAL

A maioria dos idosos afirma não ter vida sexual ativa (51,83%) (Figura 11), enquanto 48,17% dos idosos relatam ter vida sexual ativa.

Figura 11: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Vida Sexual Ativa.



Este resultado corrobora com aqueles do estudo de Pereira e Borges (2010) e do estudo de Cezar, Aires e Paz (2012), em que 46,20% e 50,00%, respectivamente, dos idosos, afirmam manter vida sexual ativa.

No entanto, contrapõe-se aos achados de Moreira et al. (2012), em estudo realizado em Uberaba (MG), sobre conhecimento e ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, em que apenas 31,00% dos idosos afirmam ter vida sexual ativa.

No estudo de Garcez et al. (2010), sobre a percepção quanto o grau de risco de adquirir infecção sexualmente transmissível e HIV/aids e a utilização do preservativo entre idosos, a maioria dos homens e mulheres relata que mantém relações sexuais, 100% e 64%, respectivamente.

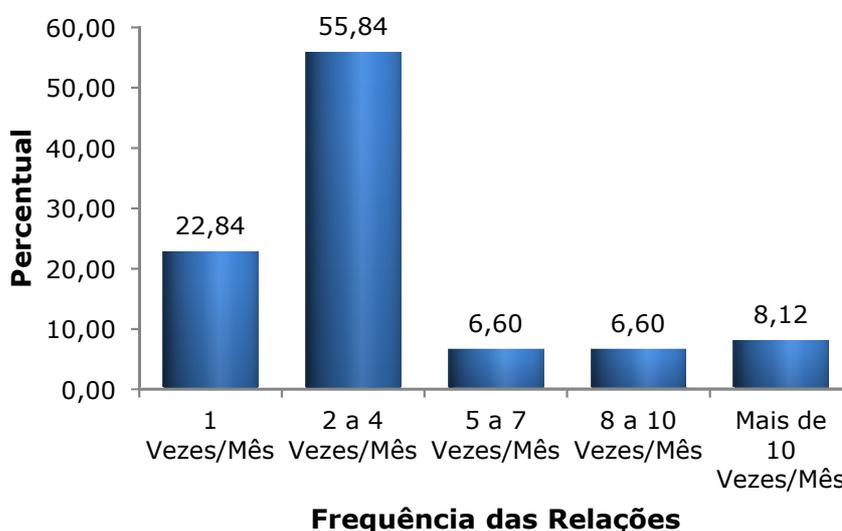
De acordo com Laroque et al. (2011), os profissionais de saúde têm dificuldade em abordar o tema sexualidade com os idosos. O assunto é tratado com menor atenção pelos profissionais, pois este grupo etário já não tem preocupação com anticoncepção, assim como muitos considerarem o idoso como um ser assexuado. Faz-se necessária a compreensão por parte dos profissionais de saúde que o idoso também tem vida sexual ativa e necessita de orientação sobre medidas de prevenção para as IST.

O estudo de Bastos et al. (2012), sobre a importância do sexo para o idoso de Porto Alegre (RS), revela que 57,80% dos idosos consideram o sexo “muito importante” ou “importante”, sendo que 16,60% dos homens consideram o sexo muito importante para 7,00% das mulheres, e pouco importante para 30,30% dos homens e 47,20% das mulheres. Quando relacionado à idade observa-se que quanto maior é a idade, menor importância é atribuída, ao sexo, pelo idoso.

5.2.2 FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS

Dos idosos que têm vida sexual ativa, a maioria afirma ter de 2 a 4 relações sexuais no mês (55,84%) (Figura 12).

Figura 12: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Frequência das Relações Sexuais.



No estudo de Bertoncini, Moraes, Kulkamp (2007), sobre o comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV na cidade de Capivari de Baixo e Imbituba, Santa Catarina, 43,70% relatam ter frequência das relações sexuais maior que uma vez por semana. Maschio et al. (2011), demonstram que 51,00% dos idosos afirmam ter tido uma relação sexual nos últimos 12 meses.

Em relação à sexualidade, é preciso levar em conta que existe uma diminuição natural da libido, mas muitas vezes é agravada não apenas pelo envelhecimento – isso seria reducionismo. Muitas vezes essa diminuição se dá em função do mau relacionamento com o parceiro, com a dificuldade que ambos têm em aceitar as mudanças ocorridas nesta fase (LIMA; BUENO, 2009).

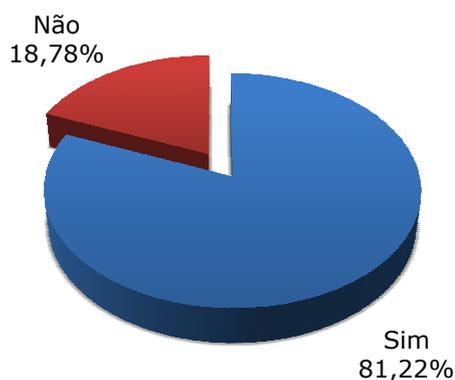
Para Andrade, Silva e Santos (2010), nos dias atuais, fatores como condições de acessibilidade e informações podem contribuir para o prolongamento da atividade sexual entre os idosos.

No estudo de Camargo, Torres e Biasus (2009), observa-se que a média das relações sexuais declarada pelos idosos é de 1,92 por semana, sendo que a média para os homens é maior que para as mulheres (2,11 e 1,73), respectivamente.

5.2.3 PARCEIRO FIXO NAS RELAÇÕES

Dos idosos com vida sexual ativa, 81,22% afirmam ter parceiro fixo nas relações sexuais (Figura 13).

Figura 13: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Parceiro Fixo nas Relações.



Os achados deste estudo corroboram com aqueles dos estudos de Cezar, Aires e Paz (2012) e de Olivi, Santana e Mathias (2008), em que 95,70% e 63,20%, respectivamente, dos idosos afirmam ter relação sexual com a mesma pessoa.

Contrapondo-se aos achados de Lazzarotto et al. (2008), no estudo realizado em Vale do Sinos (RS), em que apenas 43,90% dos idosos afirmam ter relação sexual com a mesma pessoa e os de Moreira et al. (2012), no estudo com mulheres idosas sobre o conhecimento e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, em que 40,50% afirma possuir parceiros fixos.

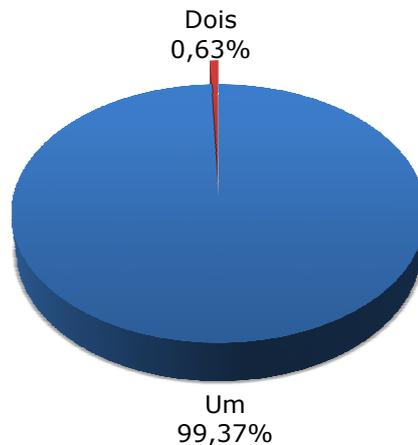
No estudo de Cardoso et al. (2012), sobre a autoavaliação da sexualidade de idosos praticantes de atividade física em Santa Catarina (PR), observa-se que as mulheres que apresentam parceiro sexual fixo dão maior importância ao sexo e relatam sentir desejo sexual e gostar de sexo atualmente.

Na pesquisa de Pascom e Szwarcwald (2011), sobre as desigualdades por sexo nas práticas relacionadas à infecção pelo HIV na população brasileira com idade entre 15 a 64 anos, observa-se que os indivíduos na faixa etária de 50 a 64 anos afirmam ter parceiro fixo nas relações sexuais nos últimos doze meses (85,00%).

5.2.4 QUANTIDADE DE PARCEIROS NAS RELAÇÕES

Dos idosos com parceiro nas relações sexuais, 99,37% afirmam ter somente um parceiro (Figura 14).

Figura 14: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Quantidade de Parceiros nas Relações.



Resultados semelhantes podem ser vistos na pesquisa de Pereira e Borges (2010), realizada com idosos sobre o conhecimento em relação a HIV/aids, em que 77,70% afirmam ter somente um parceiro sexual nos últimos seis meses.

Schneider et al. (2008), relatam, em seu estudo realizado no estado de Santa Catarina, que a maior prevalência de infecção por HIV ocorre na relação sexual, sendo prevalente nas mulheres que têm de 11 a 50 parceiros(as) e nos homens com mais de 50 parceiros(as).

Segundo Leite, Moura e Berlezi (2007), em estudo realizado com idosos em Ijuí (RS), sobre sua opinião em relação às infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids, observa-se que a maioria dos idosos informa ter um parceiro(a) sexual (61,56%).

O estudo com idosos portadores de HIV atendidos em um centro ambulatorial em Montes Claros (MG), revela que a maioria dos idosos relata ter um único parceiro sexual (46,20%), seguido dos que afirmam ter múltiplos parceiros, 30,70% (SOUZA et al., 2012).

5.2.5 USO DE MEDICAMENTOS NAS RELAÇÕES SEXUAIS

Quanto ao uso de medicamentos para melhorar o desempenho sexual, a maioria dos idosos nega a utilização destes medicamentos nas relações sexuais (95,94%) (Figura 15).

Figura 15: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Medicamentos nas Relações Sexuais.



Para o homem, a disfunção erétil é um problema sério, pois coloca sua masculinidade e virilidade em questão. Até recentemente muitos acreditavam que ocorria um declínio da função sexual por volta dos 50 anos de idade, tanto para os homens pela instalação progressiva das disfunções de ereção, quanto para as mulheres a partir da menopausa. O advento dos medicamentos para a disfunção erétil e sua propagação, principalmente entre os idosos, traz consequências graves, pois esta geração não teve hábito de lidar com métodos preventivos e os mesmos não se sentem vulneráveis às IST (SOUSA; SUASSUNA; COSTA, 2009).

Inicialmente, estes medicamentos foram desenvolvidos para tratar a disfunção erétil associada a problemas orgânicos, mas se difundiu entre a população masculina como uma droga capaz de resolver ou prevenir essa dificuldade, pois a disfunção erétil passou a ser divulgada como sendo um problema que pode atingir qualquer homem, em qualquer idade (ROHDEN, 2009).

A disfunção sexual pode acometer qualquer indivíduo em qualquer faixa etária e a maioria dos casos está relacionada a problemas psicológicos e ao relacionamento, como também pode ter causas orgânicas, pode estar relacionada ao uso de drogas ou medicamentos e por exposição a toxinas. O diagnóstico das disfunções sexuais torna-se importante uma vez que interfere na qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010b).

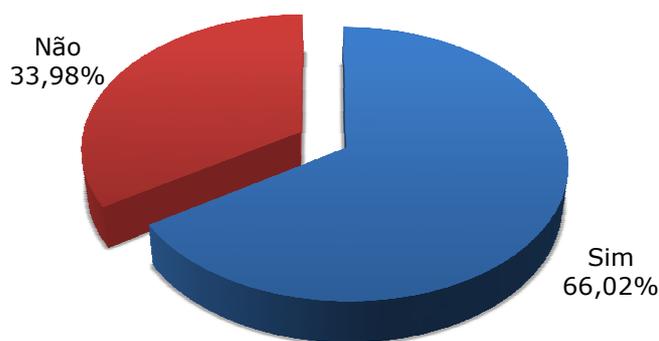
Na pesquisa de Driemeier et al. (2012), sobre a vulnerabilidade à aids entre idosos de Campo Grande (MS), uma minoria dos participantes relatou usar medicação para disfunção erétil.

No estudo sobre a percepção do homem idoso sobre sexualidade e aids, realizado na cidade de Uberaba (MG), percebe-se que os idosos, mesmo relatando problemas de disfunção sexual, não citam remédios que tratam do problema, ou por não utilizarem ou por não assumirem o uso do medicamento (ARDUINI; SANTOS, 2013).

5.2.6 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

Ao perguntar aos idosos sobre o uso de medicamentos para o tratamento de alguma patologia, a maioria afirma fazer uso de algum tipo de medicamento (66,02%) (Figura 16).

Figura 16: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Outros Medicamentos.



Problemas de saúde como hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, doença vascular periférica, idade avançada, *diabetes mellitus*, álcool e tabagismo, efeitos colaterais de drogas e medicamentos, dentre outros, são responsáveis por 30,00% dos casos de disfunção erétil, segundo alguns urologistas (SOUSA; SUASSUNA; COSTA, 2009).

Moraes et al. (2011), observaram em seu estudo sobre companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade, que a diminuição do padrão da atividade sexual citada pela maioria dos idosos ocorre devido à idade, patologias, uso de medicamentos ou mesmo à diminuição do desejo.

Na pesquisa de Moura, Leite e Hildebrandt (2008), com idosos de Parobé (RS) sobre sua percepção acerca da sexualidade na velhice, observa-se que os idosos percebem que a utilização de medicamentos interfere em sua sexualidade.

No estudo de Arduini e Santos (2013), os idosos relatam que o decréscimo sexual pode estar relacionado à presença de doenças advindas com a idade e com o uso de medicamentos como antihipertensivos.

5.2.7 TIPO DE MEDICAMENTO

Dos idosos que afirmam fazer uso de medicamento para tratar alguma patologia, a maioria afirma fazer uso de antihipertensivo (64,82%) (Tabela 6). Dentre as associações e outros medicamentos usados pelos idosos, estão medicamentos para o tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias, osteoporose, epilepsia, hanseníase e hipotireoidismo.

Tabela 6: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Tipo de Medicamento.

Medicamento	Percentual
Antihipertensivos	64,82
Antihipertensivos e Antiglicêmicos	21,48
Antiglicêmico	5,56
Antihipertensivo e Associações	4,07
Antihipertensivo, Antiglicêmico e Associações	0,74
Outros	3,33
Total	100,0

Os dados deste estudo corroboram com a pesquisa de Meireles et al. (2007), em que observa que a hipertensão é a patologia que mais acomete os idosos em ambos os sexos, sendo a prevalência entre as mulheres (78,78%) e entre os homens (64,50%). Sampaio et al. (2009), no estudo para conhecer as condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié (BA), nota-se que a maioria dos idosos afirma ser hipertensa (73,30%).

O estudo de Oliveira e Novaes (2013), com idosos institucionalizados em Brasília (DF), sobre o perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico, revela que o problema de saúde mais prevalente entre os idosos é a hipertensão arterial sistêmica (76,60%). No estudo de Arduini e Santos (2013), a hipertensão foi a principal patologia lembrada pelo idoso, quando os mesmos falam sobre a diminuição das funções sexuais.

Contraopondo-se ao estudo de Cardoso et al. (2012), observa-se que a doença mais prevalente foi a do aparelho circulatório (49,30%), mas esta parece não afetar a sexualidade dos idosos (na idade atual). Na pesquisa de Virtuoso et al. (2012), sobre o perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física em Santa Catarina, observa-se que a hipertensão arterial é a doença autorrelatada mais prevalente entre os idosos (48,40%).

5.3 Uso de drogas

Quando questionados sobre o uso de drogas ilícitas, a maioria dos idosos afirma não utilizar drogas (98,79%). Dos que utilizam drogas, 1,21% afirmam usar maconha (Figura 17).

Figura 17: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Drogas.



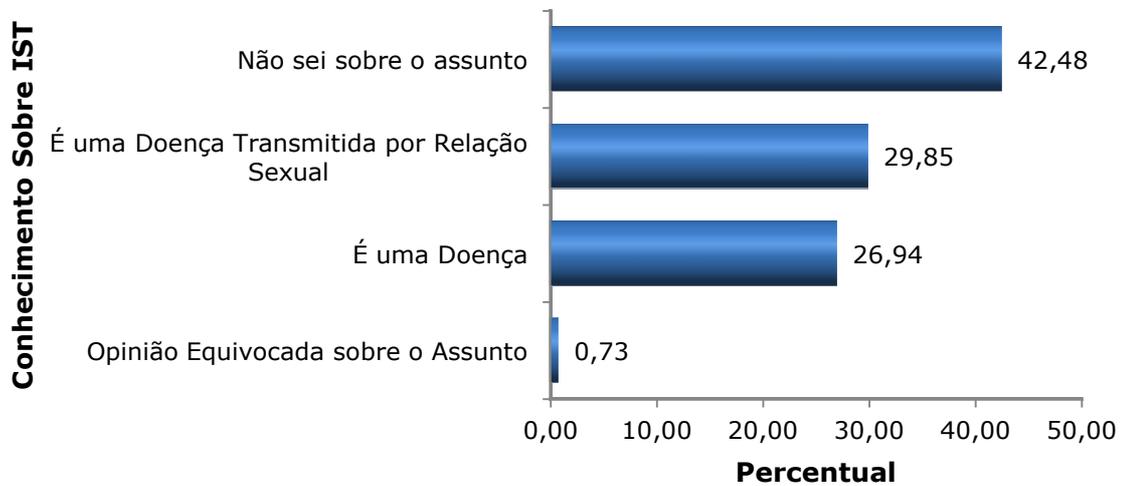
Um achado importante no estudo de Schneider et al. (2008), sobre o perfil dos usuários entre 10 anos a 50 anos e de mais idade dos centros de testagem e aconselhamento, o usuário relata não ter utilizado preservativo nas relações sexuais quando estava sob efeito de drogas.

5.4. Conhecimento

5.4.1 CONHECIMENTO SOBRE IST

Quanto ao conhecimento sobre infecção sexualmente transmissível, se observa que a maioria dos idosos diz não saber sobre o assunto (42,48%) (Figura 18).

Figura 18: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre IST.



Este resultado se contrapõe aos do estudo de Moreira et al. (2012), com mulheres idosas sobre o conhecimento de doença sexualmente transmissível, em que 74,80% das idosas diz saber o que é uma IST. No estudo realizado em Ijuí (RS) com idosos, sobre sua opinião em relação às infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids, observa-se que a maioria dos idosos relata que já ouviu falar em IST, na proporção de 82,69% (LEITE; MOURA; BERLEZI, 2007).

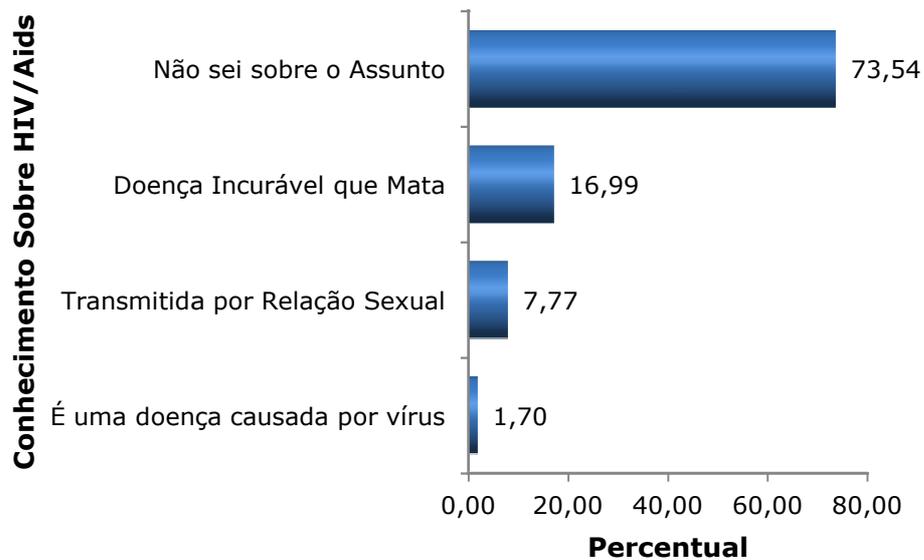
Na pesquisa de Bertoncini, Moraes, Kulkamp (2007), em relação ao conhecimento sobre infecção sexualmente transmissível, observa-se que a maioria afirma saber o que é uma IST (81,00%).

Para Maschio et al. (2011), há uma falta de informação relacionada à aids, assim como outras IST, dentre os idosos, necessitando, assim, de políticas de prevenção constantes por meio de programas de educação para este grupo etário, em que possa ser abordado tema como sexualidade na terceira idade, infecção sexualmente transmissível e formas de prevenção.

5.4.2 CONHECIMENTO SOBRE HIV/aids

A maioria dos idosos de Benevides não tem conhecimento sobre HIV/aids (73,54%) (Figura 19).

Figura 19: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre HIV/aids.



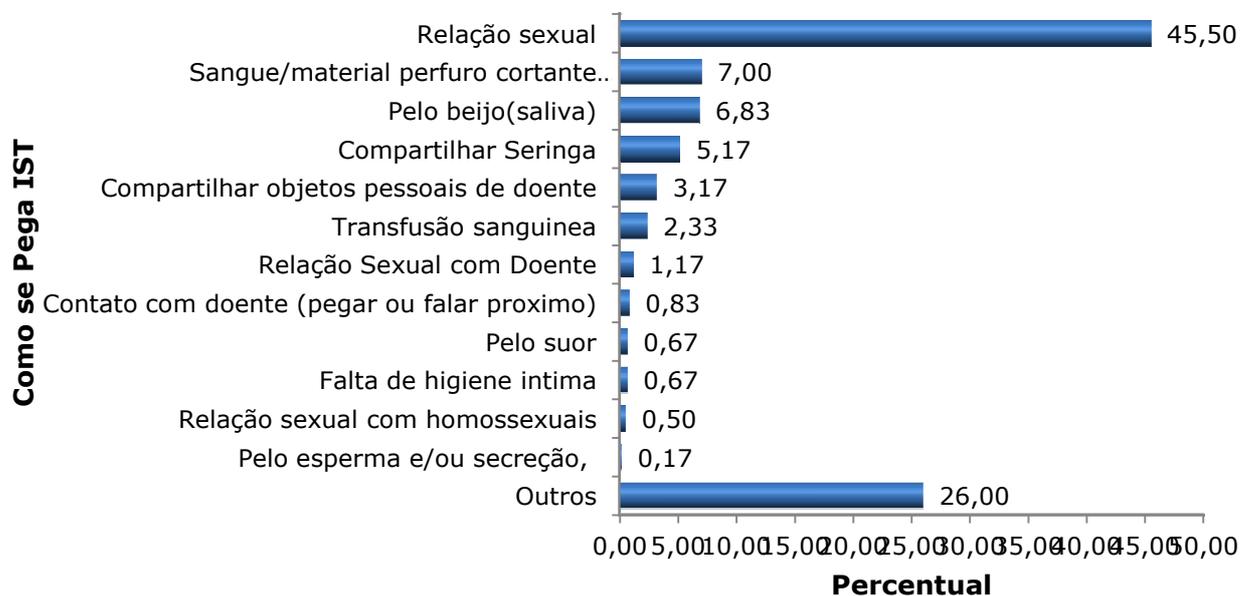
Os resultados desta pesquisa contrapõem-se aos achados no estudo de Leite, Moura e Berlezi (2007), em que a maioria dos idosos de Ijuí (RS) relatou já ter ouvido falar sobre HIV/aids, na proporção de 98,07%. Na pesquisa de Driemeier et al. (2012), observa-se que a maioria dos idosos afirma ter conhecimento sobre aids (68,90%) e que estão cientes de que o idoso é vulnerável à doença (89,20%).

A pesquisa de Maschio et al. (2011), sobre sexualidade na terceira idade, revela que os idosos associam a aids com a morte. Eles percebem a doença como sendo ruim, perigosa e sem cura. Mesmo diante das afirmativas, este grupo etário não tem a cultura do uso de preservativos em suas relações sexuais e isto vem contribuindo para o aumento do número de casos entre esta população.

5.4.3 CONHECIMENTO SOBRE COMO SE PEGA IST

A maioria dos idosos de Benevides tem o conhecimento de que se pega Infecção Sexualmente Transmissível por relação sexual (45,50%) (Figura 20).

Figura 20: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre Como Se Pega IST.



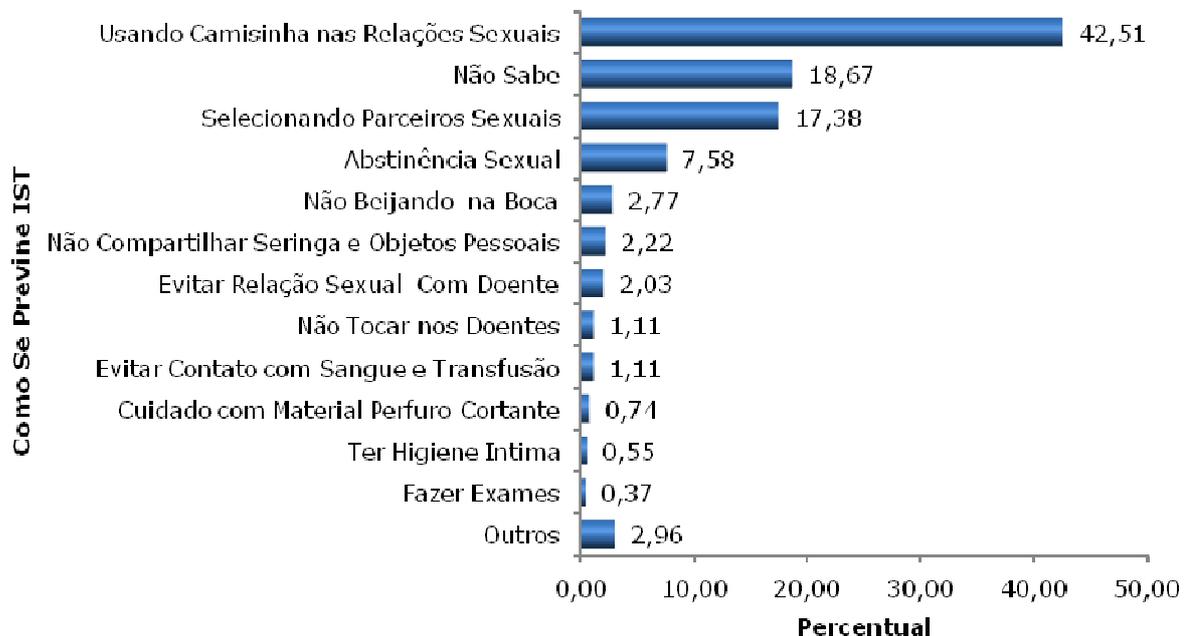
Na pesquisa de Philip-Ephraim et al. (2010), realizada na cidade do Calabar, na Nigéria, com adultos de meia idade e idosos sobre seu conhecimento e percepção de prevenção do HIV, por meio do uso de preservativo, percebe-se que a relação sexual desprotegida foi identificada como um comportamento de alto risco para a transmissão do HIV (87,50%), assim como para outras infecções sexualmente transmissíveis.

Olivera et al. (2012), no estudo com indivíduos entre 15 a 49 anos de idade, para avaliar o nível de conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis, a fim de determinar uma estratégia de intervenção educativa em IST, na cidade “Capitán San Luis”, revelam que a maioria afirma que a forma de transmissão da IST é por meio de relação sexual (96,00%).

5.4.4 CONHECIMENTO SOBRE COMO SE PREVINE AS IST

Quanto ao conhecimento sobre como se previne infecção sexualmente transmissível, se observa que a maioria dos idosos afirma que é usando camisinha nas relações sexuais (42,51%) (Figura 21).

Figura 21: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Conhecimento Sobre Como Se Previne IST.



Os achados desta pesquisa corroboram com a pesquisa de Rodrigues e Praça (2010), em que as mulheres apontam o preservativo como forma de prevenção para o HIV, assim como para outras infecções sexualmente transmissíveis. Olivera et al. (2012), observam em seu estudo que a maioria da população afirma que o relacionamento estável e o uso de preservativo são forma de proteção contra IST (58,00%).

No estudo de Lazzarotto et al. (2008), a maioria dos idosos enfatiza que o uso de preservativo impede a transmissão do HIV (80,80%), como de outras infecções sexualmente transmissíveis. Segundo Leite, Moura e Berlezi (2007), a

maioria dos idosos de Ijuí (RS), afirma que o preservativo masculino é o meio que pode ser utilizado para a prevenção de IST e HIV/aids (73,07%) e 46,15% afirmam que ter um único parceiro pode prevenir-se contra as IST e HIV/aids.

Na pesquisa de Philip-Ephraim et al. (2010), percebe-se que a maioria acredita que o uso do preservativo pode evitar a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (62,30%), e que a abstinência é a forma mais eficaz de prevenção de IST (80,70%).

Em estudo realizado na Colômbia, com pessoas de idade entre 18 a 69 anos, para determinar o nível do uso de preservativo na população em geral, observa-se que a maioria dos idosos refere já ter ouvido falar sobre o preservativo (86,20%), porém o conhecimento sobre este método de proteção é diferente pois, conforme o aumento da idade e a diminuição da escolaridade, o nível de conhecimento é menor (ARRIVILLAGA; TOVAR; CORREA, 2012).

5.4.5 MÉTODO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS E IST

A maioria dos idosos afirma que obtém informação sobre práticas sexuais e infecções sexualmente transmissíveis a partir dos meios de comunicação (27,60%) (Figura 22).

Figura 22: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Método para Obtenção de informação sobre Práticas Sexuais e IST.



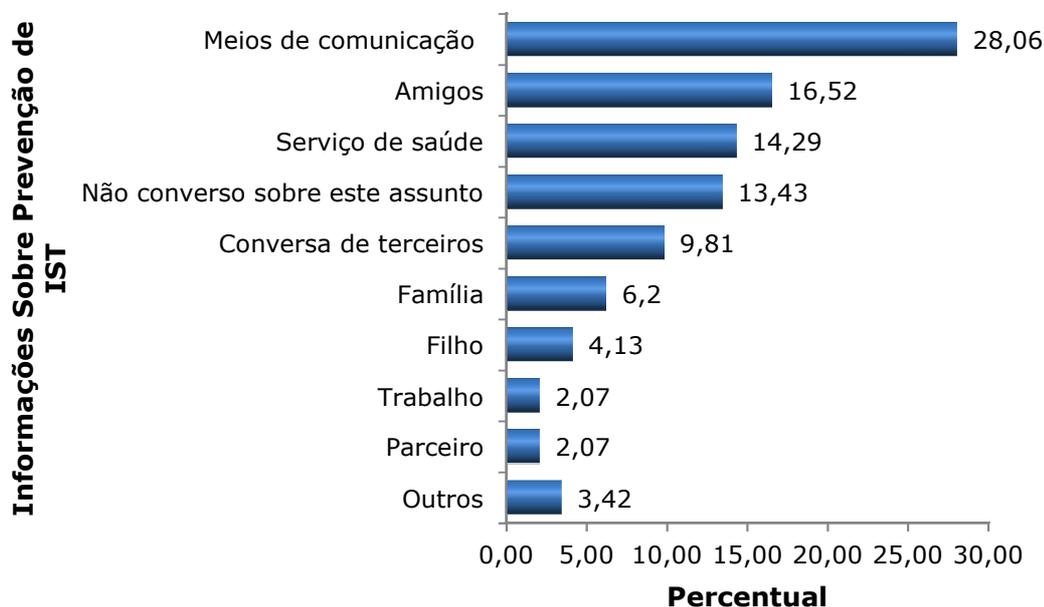
No estudo com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, sobre ações preventivas da infecção pelo HIV, observa-se que a maioria cita a televisão como meio para obtenção de informações sobre a HIV/aids (RODRIGUES; PRAÇA, 2010).

Segundo Leite, Moura e Berlezi (2007), a maioria dos idosos afirma que o meio do qual obtém informações sobre IST é a televisão (88,46%), seguido por profissionais de saúde (51,92%). Philip-Ephraim et al. (2010), identificaram em seu estudo que a maioria dos adultos e idosos afirmam obter informações sobre HIV/aids por meio da televisão (75,70%).

5.4.6 MÉTODO PARA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE IST

A maioria dos idosos diz obter informação sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis nos meios de comunicação (28,06%) (Figura 23).

Figura 23: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Método para Obtenção de informação sobre Prevenção de IST.



Em estudo sobre sexualidade na terceira idade, na percepção de um grupo de idosas em Cianorte (PR), quando questionadas como obtêm informação sobre sexualidade, 58,00% afirmam ter informação por meio da televisão; 14,00%, por livros e revistas; 14,00%, por intermédio do rádio; e 14,00%, na participação em palestra (FRUGOLI; MAGALHÃES-JUNIOR, 2011).

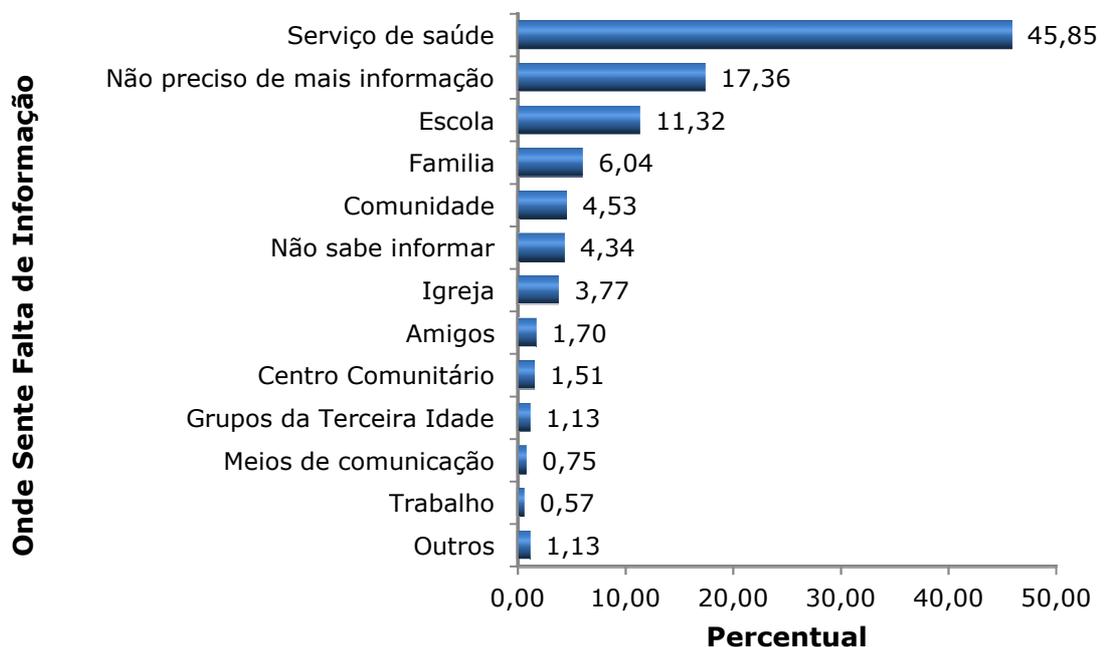
Na pesquisa com idosos realizada por Souza et al. (2009), observa-se que a televisão e o rádio estão entre os meios de comunicação que mais transmitem informação. O estudo de Garcia e Souza (2010), revelam que a fonte de informação predominante citada pelos idosos foram os meios de comunicação em massa. Na pesquisa de Philip-Ephraim et al. (2010), observa-se que a população de Calabar afirma obter informações sobre prevenção por meio da televisão (75,70%).

Percebe-se que os meios de comunicação em massa (televisão, rádio e jornais) ainda são a forma de maior acesso a informações pela população idosa. Porém, não se pode afirmar que estas informações são corretas e importantes, pois as mesmas, podem contribuir para que ocorra distorção dos fatos.

5.4.7 ONDE SENTEM FALTA DE MAIS INFORMAÇÃO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS E IST

A maioria dos idosos afirma que o local onde sentem mais falta de informação é no Serviço de Saúde (45,85%) (Figura 24).

Figura 24: Percentual de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Local onde sente mais falta de Informação.



Segundo Ferreira e Nichiata (2008), a Estratégia Saúde da Família configura-se como um serviço que tem grande potencial para o atendimento relacionado ao processo saúde-doença no cotidiano de pacientes portadores de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV/aids, pois atua diretamente com a comunidade, junto às famílias.

No estudo realizado por González et al. (2012), para identificar o nível de conhecimento e práticas profissionais realizadas por médicos e enfermeiros da atenção primária de Camagüey, em Cuba, com relação à adesão de pacientes a terapia anti-retroviral, observa-se que os profissionais apresentam pouco

conhecimento relacionado à adesão ao tratamento, assim como o impacto dos mesmos sobre a qualidade de vida dos pacientes.

Na pesquisa realizada por Rodríguez (2013), com médicos, enfermeiros e estudantes de uma Policlínica em Santiago de Cuba (Cuba), sobre o conhecimento do vírus da imunodeficiência humana e cuidados primários em saúde, observa-se que a maioria tinha conhecimento inadequado sobre as vias e fontes de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/aids (66,00%). Quanto aos métodos de prevenção a minoria tem informação inadequada (17,00%) e a maioria apresenta baixo nível de conhecimento relacionado à orientação e ao comportamento sexual (74,00%).

No estudo de Agramonte et al. (2010), realizado em Camagüey (Cuba), para identificar o nível de conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e vírus da imunodeficiência humana com estudantes do segundo ano dos cursos de tecnologia em saúde, com finalidade de criar estratégias de intervenção educativa, observa-se que inicialmente não existia qualquer conhecimento ou compreensão sobre a epidemiologia das doenças (94,40%). Com relação às formas de transmissão, comportamento de risco e método de prevenção, o conhecimento é baixo, sendo 85,00%, 80,00% e 94,40%, respectivamente.

Na pesquisa sobre as práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família realizada em quatro grandes centros urbanos (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória), observa-se que as atividades relacionadas à IST/HIV foram pouco referidas como prioritárias pelos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2012).

Pinheiro, Alvarez e Pires (2012), evidenciam em seu estudo sobre a configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família, em Florianópolis (SC), que a consulta de enfermagem, voltada à pessoa idosa, é focada na doença, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, ou é centrada na pessoa do idoso, com o intuito de acompanhamento deste, independente de ter ou não algum problema de saúde.

5.5. Resultados da Análise Correspondência

5.5.1 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA O GRAU DE ESCOLARIDADE E CONHECIMENTO SOBRE IST

Pode-se observar que quanto menor o grau de escolaridade, menor o conhecimento do idoso sobre IST. Idosos que não estudaram declaram não saber sobre o assunto, com probabilidade de 88,53%. Idosos que possuem ensino fundamental completo e ensino médio incompleto e completo, afirmam que IST é uma doença transmitida por relação sexual, com probabilidades de 80,55%, 96,37% e 71,88%, respectivamente. Além disso, idosos que possuem ensino médio completo, também afirmam que IST é apenas uma doença, com probabilidade de 94,25% (Tabela 7).

Tabela 7: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Grau de escolaridade e Conhecimento sobre IST.

Grau de Escolaridade	Conhecimento sobre IST			
	É uma Doença Transmitida por Relação Sexual	É uma Doença	Não sei sobre o assunto	Opinião Equivocada sobre o Assunto
Não estudou	-0,83 (0,00)	-1,22 (0,00)	1,58 (88,53)	0,58 (43,75)
Ens. Fund. Incompleto	-0,64 (0,00)	0,13 (10,23)	0,43 (33,63)	-0,04 (0,00)
Ens. Fund. Completo	1,30 (80,55)	0,13 (10,40)	-1,13 (0,00)	-0,43 (0,00)
Ens. Med. Incompleto	2,09 (96,37)	0,29 (22,64)	-1,93 (0,00)	-0,31 (0,00)
Ens. Med. Completo	1,08 (71,88)	1,90 (94,25)	-2,36 (0,00)	-0,31 (0,00)

Nota: O ensino superior incompleto e ensino superior completo foram retirados da análise de correspondência por apresentarem número de observações menor que 5.

A baixa escolaridade ou a ausência de instrução dentre a população idosa pode afetar o senso crítico ou a capacidade de compreensão, causando dificuldade no entendimento das campanhas relacionadas às IST. Porém, observa-se que nas

campanhas não se utiliza um vocabulário simples e de fácil compreensão por parte desta população (LEITE, MOURA; BERLEZI, 2007).

No estudo de Bezerra et al. (2014), sobre a vulnerabilidade de idosos ao contágio pelo HIV no contexto de práticas preventivas, observa-se que a maioria dos idosos apresentam baixo nível de escolaridade. Os idosos reconhecem o uso do preservativo como método preventivo contra as doenças, no entanto, acreditam que o uso do preservativo entre os casais provoca desconfiança (60,70%) e é desnecessário o uso do mesmo com parceiro fixo ou em união estável (40,50%). Segundo os autores faz-se necessário refletir sobre as estratégias de prevenção utilizadas nas campanhas educativas, objetivando alcançar o nível de compreensão dos idosos com menor instrução.

Silva et al. (2011a), em seu estudo para identificar as características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids, em Teresina (PI), observam que os idosos analfabetos e com ensino fundamental são maioria (86,90%). Segundo os autores, o baixo nível de escolaridade é um importante indicador para o aumento do número de casos de infecção sexualmente transmissível entre idosos.

5.5.2 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA O GRAU DE ESCOLARIDADE E CONHECIMENTO SOBRE HIV/aids

Idosos sem escolaridade não têm o conhecimento sobre o que é HIV/aids, com 82,15% de probabilidade. Idosos com ensino fundamental incompleto não têm opinião formada sobre o que é HIV/aids. Já idosos com ensino fundamental completo afirmam que HIV/aids é uma doença causada por vírus, com probabilidade de 99,30%. Para os idosos com ensino médio incompleto, HIV/aids é uma doença causada por vírus (100,00% de probabilidade) ou transmitida por relação sexual (99,99% de probabilidade). HIV/aids é doença incurável que mata ou é transmitida por relação sexual, com probabilidades de 98,86% e 69,33%, respectivamente, para os idosos com ensino médio completo (Tabela 8).

Tabela 8: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará, em 2013, por grau de escolaridade e conhecimento sobre HIV/aids.

Grau de Escolaridade	Conhecimento sobre HIV/aids			
	Não sei sobre o Assunto	Transmitida por Relação Sexual	Doença Incurável que Mata	É uma doença causada por vírus
Não estudou	1,35 (82,15)	-1,17 (0,00)	-1,70 (0,00)	-1,06 (0,00)
Ens. Fund. Incompleto	0,11 (8,37)	-0,71 (0,00)	0,56 (42,68)	-1,05 (0,00)
Ens. Fund. Completo	-0,57 (0,00)	0,80 (57,79)	-0,13 (0,00)	2,70 (99,30)
Ens. Med. Incompleto	-1,48 (0,00)	4,04 (99,99)	-0,82 (0,00)	4,14 (100,00)
Ens. Med. Completo	-1,48 (0,00)	1,02 (69,33)	2,53 (98,86)	-0,44 (0,00)

Nota: O ensino superior incompleto e ensino superior completo foram retirados da análise de correspondência por apresentarem número de observações menor que 5.

Costa, Zago e Medeiros (2009), ao inquirirem sobre o conhecimento no que diz respeito à transmissão do HIV, práticas sexuais e comportamento de vulnerabilidade relacionado à infecção pelo vírus, identificam que quanto menor o grau de instrução, menor é o percentual de acerto sobre o conhecimento correto das formas de transmissão do HIV.

Os estudos de Sousa, Suassuna e Costa (2009), revelam um número significativo de idosos analfabetos, tendo representatividade de (50,00%) em ambos os sexos e constata que nenhum dos idosos relata o uso do preservativo nas relações sexuais antes de se contaminar. Segundo os autores, este fato é preocupante, pois demonstra o desconhecimento dos idosos da importância do preservativo como forma de prevenção na transmissão de IST/aids.

No estudo sobre vulnerabilidades ao HIV/aids no, contexto brasileiro, realizado em Recife, com indivíduos entre faixa etária de 16 e 24 anos ou 45 e mais anos de idade, identifica que os homens mais velhos e com menor grau de instrução têm menos informação sobre IST/HIV (GARCIA; SOUZA, 2010).

Na pesquisa de Lima et al. (2008), realizada em Viçosa (MG), para investigar o conhecimento da população sobre as formas de transmissão da aids, observa-se que os indivíduos com idade acima de 55 anos e com o ensino fundamental tiveram menor percentual de acertos sobre a forma de transmissão.

No estudo de Maia, Guilhem e Freitas (2008), realizado em Brasília (DF), com heterossexuais casados ou em união estável e com idade de 18 a 49 anos, sobre vulnerabilidade ao HIV/aids, observa-se que os indivíduos de menor escolaridade possuem menos informação sobre o assunto.

5.5.3 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA USO DE CAMISINHA E IDOSO QUE JÁ TEVE IST

Os idosos que tiveram IST, atualmente fazem uso de camisinha, com 99,69% de probabilidade (Tabela 9).

Tabela 9: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Camisinha e idoso que já teve IST.

Uso de Camisinha	Já teve IST	
	Sim	Não
Não	-0,84 (0,00)	0,43 (33,54)
Sim	2,96 (99,69)	-1,52 (0,00)

Na pesquisa de Sousa, Suassuna e Costa (2009), sobre o perfil clínico-epidemiológico de idosos com aids, é possível ver que para 66,67% das idosas o tipo de parceiro mais frequente é o soropositivo para o HIV. Supostamente, estas idosas adquiriram o vírus por relação sexual desprotegida com seus parceiros. Porém, entre os idosos, 36,37% referem ter múltiplos parceiros.

O estudo sobre as infecções sexualmente transmissíveis, no âmbito das relações estáveis, revela que perante um diagnóstico positivo para IST, a mulher revisa seu comportamento de submissão e passa a expressar indícios de autonomia

sobre seu corpo. Este impacto positivo, por sua vez, está relacionado com o tipo de IST diagnosticada e quando se trata de diagnóstico como o HPV e o HIV, a preocupação é maior, pois ambos retratam um quadro de morte, tendo menor preocupação quando diagnosticada com outra IST (SOUZA; BARROSO, 2009).

Arrivillaga, Tovar e Correa (2012), revelaram em seu estudo que apenas 6,50% dos colombianos afirmaram que passaram a usar o preservativo como meio de proteção, após adquirir uma IST.

No estudo de Aboim (2012), sobre risco e prevenção do HIV/aids, realizado em Portugal, com indivíduos de idade entre 18 e 65 anos, nota-se que a prevenção adotada pelos portugueses parece ser influenciada pela percepção individual do risco, observado nos resultados de homens e mulheres que afirmam ter muito receio de contaminar-se com uma IST (15,50% e 17,00%, respectivamente) e dos que afirmam ter tido um episódio infeccioso (6,60% e 5,60%, respectivamente).

5.5.4 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA VIDA SEXUAL ATIVA E USO DE CAMISINHA

Os idosos que têm vida sexual ativa fazem uso de camisinha, com probabilidade de 99,98% (Tabela 10).

Tabela 10: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Vida Sexual Ativa e Uso de Camisinha.

Vida Sexual Ativa	Uso de Camisinha	
	Sim	Não
Não	-3,52 (0,00)	1,01 (68,53)
Sim	3,68 (99,98)	-1,05 (0,00)

Dos idosos que afirmam não ter vida sexual ativa, alguns relatam motivos para não terem relação sexual como falta de um(a) companheiro(a), falta de

parceiro(a) sexual, viuvez, problema de saúde de um dos cônjuges, medo de se contaminar com uma IST, principalmente pelo vírus da aids.

Observa-se na pesquisa de Lazzarotto et al. (2008), que mais de 80,00% dos idosos afirmam não utilizar preservativo durante as relações sexuais, mesmo sabendo que o uso do preservativo impede a transmissão do HIV, assim como de outras IST.

Os estudos de Arrivillaga, Tovar e Correa (2012), revelam que dos idosos colombianos, 5,50% relatam ter feito uso de preservativo na última relação sexual.

Na pesquisa de Paiva, Segurado e Filipe (2011), observa-se que a maioria que mantém relações sexuais com seu parceiro afirma sempre usar preservativo na relação sexual vaginal e/ou anal (73,40% e 61,70%, respectivamente).

No estudo de Pascom e Szwarcwald (2011), da população que tem vida sexualmente ativa, estes observam que os de idade entre 50 a 64 anos dizem ter usado preservativo no encontro sexual dos últimos doze meses (16,40%).

Souza et al. (2012), observam em seu estudo que a maioria dos idosos afirma nunca usar preservativo nas relações sexuais (53,90%).

5.5.5 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA ESTADO CIVIL E USO DE CAMISINHA

Idosos solteiros e idosos casados/união estável fazem uso de camisinha, com probabilidade de 93,45% e 50,45%, respectivamente. Idosos viúvos e idosos divorciados/separados não deixam clara a utilização ou não de camisinha em suas relações sexuais (Tabela 11).

Tabela 11: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Estado Civil e Uso de Camisinha.

Estado Civil	Uso de Camisinha	
	Sim	Não
Viúvo	-2,02 (0,00)	0,58 (43,61)
Casado/União Estável	0,68 (50,45)	-0,19 (0,00)
Divorciado/Separado	-0,07 (0,00)	0,02 (1,67)
Solteiro	1,84 (93,45)	-0,53 (0,00)

No estudo de Garcia e Souza (2010), sobre vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro, dos que fazem uso de preservativo, muitos relatam utilizá-lo como método contraceptivo e não como método de prevenção para IST/HIV, pois homens e mulheres acreditam que a intimidade e estabilidade conjugal garantem a segurança ao contágio pelo HIV e outras IST. Os homens afirmam que nos relacionamentos extraconjugais, os quais consideram estáveis, não fazem uso do preservativo.

Girondi et al. (2012), ao estudarem o perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por aids entre 1996 e 2007, identificaram que o maior número de óbitos registrado neste período foi entre os casados (35,00%), solteiros (27,10%), viúvos (22,40%) e separados (9,00%). Segundo os autores, este resultado de óbitos entre os casados pode ser consequência de relações extraconjugais sem o uso devido de preservativo, e provável não utilização de preservativo nas relações com o parceiro, contaminando-o com IST/HIV.

Na pesquisa de Melo et al. (2012), sobre o conhecimento de aids de homens idosos e adultos jovens, revela que 57,10% dos idosos afirma morar com companheira, 65,50% não sabe usar o preservativo e 70,00% não utiliza preservativos nas suas relações sexuais, diferente dos jovens cuja maioria afirma saber usar e fazer uso do preservativo.

Os estudos apontam que muitos idosos por terem um relacionamento estável ou por serem casados acreditam estar imunes à contaminação por IST/HIV. Porém, indivíduos mais jovens também têm esta percepção, como se observa no estudo realizado com homens em idade entre 24 a 45 anos, em Santa Catarina (PR), sobre a utilização do preservativo masculino para a prevenção de IST/HIV, em que a prevalência do uso do preservativo se dá pela preocupação de gravidez em detrimento da prevenção de IST/HIV, assim como o uso do mesmo no relacionamento conjugal pode ser relacionado, pelo parceiro(a), como indicativo de infidelidade e gerar desconfiança entre o casal (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Para Leite, Moura e Berlezi (2007), os idosos em situação conjugal estável possuem uma percepção de menor vulnerabilidade à contaminação por IST, pois entendem que não estão expostos por manter uma relação de confiabilidade, portanto, não havendo necessidade do uso de preservativo.

5.5.6 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA USO DE CAMISINHA E PARCEIRO FIXO

Idosos com parceiro fixo nunca fazem uso de camisinha, com probabilidade de 65,61%. Idosos sem parceiro fixo raramente fazem uso de camisinha, com probabilidade de 94,04%. Sempre utilizar camisinha nas relações sexuais não é prática dos idosos de Benevides (Tabela 12).

Tabela 12: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Uso de Camisinha e Parceiro Fixo.

Uso de Camisinha	Possui Parceiro Fixo	
	Sim	Não
Nunca	0,95 (65,61)	-1,48 (0,00)
Raramente	-1,20 (0,00)	1,88 (94,04)
Sempre	-0,31 (0,00)	0,48 (36,82)

Na pesquisa de Leite, Moura e Berlezi (2007), os idosos entendem que não estão expostos à contaminar-se por IST por manterem relações sexuais com um único parceiro(a). Nesta condição, optam pela não adoção de qualquer método de prevenção das IST.

A pesquisa de Schneider et al. (2008), demonstra uma maior prevalência de HIV positivo entre homens e mulheres com parceiro fixo, em que a grande parte admite não fazer uso de preservativo, sendo a maior prevalência entre mulheres que relatam usar camisinha às vezes (3,20%) e entre os homens que referem usar sempre (6,30%) e nunca (5,40%). Os motivos mais citados para a não utilização de preservativo com parceiro fixo foi: confiar no parceiro para ambos os sexos; a não aceitação do uso de preservativos pelo parceiro, referido pelas mulheres; e por achar que não iriam pegar HIV, citado pelos homens. Outro achado importante nesta pesquisa é que a maior prevalência (14,40% no sexo feminino e 23,30% no masculino) está entre os portadores de IST/HIV que não atribuem risco para contaminar-se com parceiro fixo.

O estudo de Sousa e Barroso (2009), sobre IST no âmbito da relação estável, identifica que, em alguns casos, o companheiro das mulheres diagnosticadas com alguma IST permanece indiferente à situação, talvez pelo desconhecimento dos companheiros sobre HPV e outras IST menos conhecidas. Segundo as autoras, isto pode estar relacionado ao fato das IST se restringirem apenas ao conceito de aids e ao fato de serem consideradas como “doença de mulher” as doenças diagnosticadas a partir de exame ginecológico.

Na pesquisa de Rodrigues e Praça (2010), observam-se ideias conflitantes em relação ao uso do preservativo, quando as mulheres citam utilizá-lo somente em situações específicas, como nas relações sexuais com parceiros desconhecidos ou no caso de desconfiança da fidelidade do parceiro.

No estudo sobre a percepção do homem idoso sobre sexualidade e aids, realizado na cidade de Uberaba (MG), percebe-se que o idoso desconhece o perigo das relações sexuais sem o uso do preservativo pois, para eles, o uso do preservativo está relacionado à libertinagem e promiscuidade, estando o uso

relacionado somente aos homens que não possuem parceira fixa ou relacionamento estável; portanto, não havendo necessidade de uso do mesmo por homens casados, estando estes protegidos de qualquer IST, a não ser que tenha uma relação extraconjugal (ARDUINI; SANTOS, 2013).

Pascom e Szwarcwald (2011), identificam em seu estudo que a população com idade entre 50 a 64 anos, sexualmente ativa e com parceiro fixo, afirma usar preservativo em todos os encontros sexuais dos últimos doze meses (10,00%).

5.5.7 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA GÊNERO E CONHECIMENTO SOBRE IST

Idosos do sexo masculino conseguem identificar a IST como sendo uma doença, com probabilidade de 72,31%. Idosos do sexo feminino têm opinião equivocada ou não sabe sobre o assunto, com probabilidades de 73,42% e 69,91%, respectivamente. No entanto, idosos de ambos os sexos não conseguem identificar que a IST é uma doença transmitida por relação sexual (Tabela 13).

Tabela 13: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero e Conhecimento sobre IST.

Gênero	Conhecimento sobre IST		
	Opinião Equivocada sobre o Assunto	Não sei sobre o assunto	É uma Doença
Masculino	-1,19 (0,00)	-1,10 (0,00)	1,09 (72,31)
Feminino	1,11 (73,42)	1,03 (69,91)	-1,02 (0,00)

Os estudos de Rodrigues e Praça (2010), demonstram que para as mulheres o risco de transmissão de infecção por via sexual é reduzida, pois as mesmas acreditam que comportamentos como o relacionamento monogâmico com o parceiro e a fidelidade do companheiro são garantias de proteção contra infecção sexualmente transmissível.

Na pesquisa de Driemeier et al. (2012), observa-se que em relação ao conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/aids, o percentual entre homens e mulheres não teve diferença significativa (69,40% e 68,70%, respectivamente).

Olivera et al. (2012), observam em seu estudo que a variável conhecimento sobre IST quando avaliada entre gêneros (masculino e feminino), as mulheres tiveram maior percentual de acerto que os homens.

5.5.8 ANÁLISE CORRESPONDÊNCIA PARA GÊNERO E USO DE CAMISINHA

Idosos do sexo masculino fazem uso de camisinha, com probabilidade de 97,39% (Tabela 14).

Tabela 14: Probabilidade de Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Benevides/Pará em 2013, por Gênero e Uso de Camisinha.

Gênero	Uso de Camisinha	
	Não	Sim
Masculino	-0,63 (0,00)	2,22 (97,39)
Feminino	0,60 (44,87)	-2,09 (0,00)

O estudo de Garcia e Souza (2010), sobre vulnerabilidades ao HIV/aids, no contexto brasileiro, demonstra que o uso de preservativo é relativamente baixo; que as mulheres com relacionamentos estáveis relacionam o não uso de preservativo ao não aceite do parceiro. Porém, os que declararam fazer uso do preservativo, fizeram-no dependendo do tipo de relação estabelecida e na fase inicial do relacionamento, sendo que o uso mais frequente foi nas relações eventuais.

Segundo Rodrigues e Praça (2010), as relações de gênero ainda permeiam a percepção do risco para a contaminação por infecção sexualmente transmissível e a decisão do uso de medidas preventivas para a transmissão por via sexual.

O estudo de Bourne e Minichiello (2009), realizado em Sydney, Austrália, a partir de dados obtidos de 2438 prontuários de pessoas com 50 anos ou mais de idade, atendidas em uma clínica especializada em saúde sexual, entre 1993 e 2003, revela que o percentual de homens e mulheres que relatam fazer uso de preservativo em uma ou mais relações sexuais nos últimos três meses é de 54,00% e 19,00%, respectivamente.

Nos achados de Garcez et al. (2010), percebe-se que a maioria dos homens (47,00%) afirmam que não utilizaram preservativo nas relações sexuais no período de seis meses que antecedeu a pesquisa, para (36,00%) das mulheres que têm a mesma afirmação.

Segundo Arrivillaga, Tovar e Correa (2012), o uso de preservativos entre os colombianos é abaixo de (22,20%), sendo que as mulheres utilizam menos o preservativo (13,70%) que os homens (22,10%).

No estudo de Pascom e Szwarcwald (2011), com relação aos que afirmam ter vida sexualmente ativa, observa-se que homens e mulheres com idade entre 50 a 64 anos relataram ter usado preservativo no encontro sexual dos últimos doze meses (17,80% e 14,50%), respectivamente.

Na pesquisa de Olivera et al. (2012), observa-se que a minoria afirma usar camisinha nas relações sexuais (32,00%). Dentre os que afirmam utilizar preservativo, percebe-se que os homens fazem mais uso do preservativo que as mulheres (60,40% e 39,50%), respectivamente.

6. CONCLUSÃO

Este estudo possibilita conhecer a população idosa de Benevides-PA, identificando seu perfil, comportamento e conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis.

É possível deduzir, quanto ao perfil da população idosa de Benevides-PA, que a maioria é formada por mulheres (53,16%), e que a faixa etária da população variou entre 60 e 78 anos (81,30%). Quanto à raça/cor, a população Idosa de Benevides-PA é formada em sua maioria por pardos (71,35%).

Com relação ao estado civil, a maioria afirma ser casado ou viver em união estável (52,42%). A maioria dos idosos afirma ter filhos (96,60%), com média de seis filhos.

O estudo também revela que a maioria dos idosos de Benevides-PA possui renda familiar que varia de um a três salários mínimos, sendo a aposentadoria pelo INSS a principal fonte de renda (63,35%), e o idoso sendo o principal contribuinte da renda familiar.

Destaca-se ainda, o baixo grau de escolaridade dos idosos de Benevides-PA, com ensino fundamental incompleto (68,19%) e 18,69% que não estudaram.

48,17% dos Idosos de Benevides-PA têm vida sexual ativa, dos quais 81,22% afirmam ter parceiro fixo e 18,78% afirmam não ter parceiro fixo, e que mantêm de duas a quatro relações sexuais no mês (55,84%) e 99,37% afirmam ter apenas um parceiro sexual.

4,06% dos Idosos fazem uso de medicamentos para a melhoria do desempenho sexual e 66,02%, para o tratamento de alguma patologia como hipertensão e/ou diabetes.

Apenas 1,21% relatam usar ou terem usado algum tipo de droga, sendo a maconha a única droga ilícita citada.

Com relação ainda ao comportamento dos idosos de Benevides-PA, destaca-se que o uso do preservativo entre os idosos com vida sexual ativa foi de 99,98%. No entanto, a maioria dos que usam preservativo, é composta de solteiro (93,45%) e entre os casados é de 50,45%. Os idosos do gênero masculino são os que mais usam preservativos nas suas relações sexuais (97,39%). 65,61% dos idosos com parceiro fixo nunca fazem uso de camisinha. Percebe-se que os idosos acreditam que o relacionamento estável lhes assegura proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis.

Destaca-se que a maioria dos idosos não tem informação sobre o que é infecção sexualmente transmissível (42,48%) e sobre HIV/aids (73,54%), porém, eles conseguem identificar a IST como sendo uma doença, com probabilidade de 72,31% e as idosas têm opinião equivocada ou não sabem sobre o assunto, com probabilidades de 73,42% e 69,91%, respectivamente. No entanto, idosos de ambos os sexos não conseguem identificar que a IST é uma doença transmitida por relação sexual. Além disso, é possível induzir que quanto menor o grau de escolaridade, menor o conhecimento do idoso sobre IST/HIV.

45,85% dos idosos afirma sentir falta de informação no serviço de saúde. Faz-se necessária uma mudança no processo de ensino-aprendizagem para a formação do profissional de saúde, em especial o enfermeiro.

Revelou-se a necessidade de medidas urgentes, devendo considerar o nível de instrução dos idosos ao se propor ações educativas para este segmento populacional, pois a linguagem técnica, muitas vezes utilizada nas campanhas relacionadas à IST/HIV, pode causar dificuldade no entendimento ou levar o idoso a um entendimento equivocado. Por isso, faz-se necessária a utilização de uma linguagem simples e de fácil compreensão para atingir este grupo etário.

Observa-se que a precariedade da assistência na atenção primária, tem contribuído para o aumento da assistência em outros setores, havendo necessidade de uma reflexão sobre o cuidado prestado ao idoso, além de mudanças no modo de pensar e agir em relação as IST e a manutenção de diálogo contínuo entre profissional de enfermagem e idoso.

Há necessidade, também de novas estratégias de intervenção que visem auxiliar o idoso na compreensão do risco a que está sujeito e que favoreça a adesão a comportamentos preventivos, por meio da disseminação do conhecimento sobre as IST, devendo levar em consideração que o tema é de difícil abordagem por ser ainda impregnado de valores morais.

Percebe-se que é de fundamental importância que o idoso seja inserido em um processo de aprendizagem contínua, pois o mesmo está vulnerável não somente as IST, mas a situações pertinentes ao próprio envelhecimento, como fragilidade e vulnerabilidade, assim como questões sociais e econômicas.

Cabe notar que o aumento do envelhecimento populacional tem acarretado problemas tanto para a sociedade, como para o próprio idoso, que se depara com perdas significativas com o passar dos anos. Há necessidade de novas discussões em torno da promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas a estas infecções dentre a população idosa, objetivando proporcionar conhecimento e estratégias que possam assegurar condições para encarar estes novos desafios e enxergar a velhice como uma fase de novas conquistas e não como uma fase de decadência.

Há necessidade que o profissional de saúde esteja atento a estas questões, devendo abordar temáticas como sexualidade e medidas preventivas durante a assistência à pessoa idosa.

Para a enfermagem, o estudo implica mudanças urgentes seja no processo de ensino-aprendizagem, seja na atuação profissional em relação ao cuidado com o idoso e sua sexualidade.

7.REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. Risco e prevenção do HIV/aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012.

AGRAMONTE, AB; RANGEL, HM; LÓPEZ, LG; HEREDIA, OR. Estrategia de intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana. **AMC**, Camagüey, v. 14, n. 4, agosto 2010.

ALMEIDA, T; LOURENÇO, ML. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 130-140, jan./jun. 2008.

ALVAREZ, AM; GONCALVES, LHT. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, Oct. 2012.

ALVES, H; CUNHA, LM. **Dossiê XII – software estatístico**: uma introdução a alguns aplicativos, numa abordagem inicial dos dados. Projecto ALEA, I.N.E, Porto, Portugal in <http://alea-estp.ine.pt> <acessado em: 26.02.2013>

ANAYA, MDP; JOYA, TC; MARTINEZ, BG. Perfil epidemiológico bucal de la población adulta mayor de la delegación milpa alta (México) y la percepción que tienen de su boca. **Rev. costarric. salud pública**, San José, v. 17, n. 32, jul., 2008.

ANDRADE, HAS; SILVA, SK; SANTOS, MIPO. AIDS in elderly: reports of patients. *Esc Anna Nery (impr.)*; v. 14, n. 4, p. 712-719, out./dez. 2010.

ARAÚJO, A.R.; RAMOS, E.M.L.S.; ALVES, M.A; FIGUEIRA, P.A.; PAMPLONA, V.M.S. Análise Estatística de Crimes Noticiados nos Principais Jornais de Belém, no Ano de 2007, Ocorridos no Estado do Pará. In: Edson Marcos Leal Soares Ramos; Silvia dos Santos de Almeida; Adrilayne dos Reis Araújo. (Org.). *Segurança Pública Uma Abordagem Estatística e Computacional*. Belém: Editora Universitária EDUFPA, v. 2, p. 93-103, 2008.

ARDUINI, JB; SANTOS, AS. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e aids. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro; v. 21, n. 3, p. 379-83, jul/set, 2013.

ARRIVILLAGA, M; TOVAR, LM; CORREA, D. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 38, n. 4, dic. 2012.

AYRES, M. *Elementos de Bioestatística: A Seiva do Açazeiro*. 2. ed., *Sin loco*, 2012.

AYRES, M; AYRES, DL; AYRES, LL; SANTOS, BA; AYRES JUNIOR, M; FURLANETO, IP; AMARAL, AA. **Pequeno dicionário de bioestatística**. 3. Ed., Pará: Ione Sena, 2012.

BASTOS, CC; CLOSS, VE; PEREIRA, AMV; BATISTA, C; IDALÊNCIO, FA; DE CARLI, GA; GOMES, I; SCHNEIDER, RH. **Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de**

saúde e o sentimento de felicidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. v.15, n.1, p. 87-95, 2012.

BERTONCINI, BZ; MORAES, KS; KULKAMP, IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v. 19, n. 2, p.75-79, 2007.

BEZERRA, VP; NUNES, TB; NOGUEIRA, JA; PEDROZA, AP; TRIGUEIROS, DRSG, SILVA, DM. Vulnerabilidade de idosos ao contágio pelo hiv no contexto de práticas preventivas. **Rev enferm UFPE** [on line], Recife, v. 8, n. 1, p. 22-29, jan., 2014.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem.** São Paulo: Blucher, 2005.

BORGES, PLC; BRETAS, RP; AZEVEDO, SF; BARBOSA, JMM. **Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 24, n.12, p. 2798-2808, 2008.

BOURNE C; MINICHIELLO, V. Sexual behaviour and diagnosis of people over the age of 50 attending a sexual health clinic. *Australas, J Ageing.*; v. 28, n. 1, p. 32-6; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/aids.** Brasília: DF; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico DST/aids.** Brasília: DF; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1886/GM Em, 18 de dezembro de 1997. <Disponível:http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acessado: 20.01.2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de DST/aids.** Brasília, DF, 2013. [Acesso 21 Fev 2013]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/aids, hepatites e outras DST.** Brasília, 2006a. 197 p. il. - Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev.. 444 p. Il. Série B. Textos Básicos de Saúde. – Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. Síntese de Indicadores Sociais. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009**. N.26 – Brasília, 2009a

BUSSAB, W. O.; MORETIN, P. A. Estatística Básica. 7.ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

CAMACHO, ACLF; COELHO, MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 2, n.63, p.279-84, 2010.

CAMARGO, BV; TORRES, TL; BIASUS, F. Práticas sexuais, conhecimento sobre hiv/aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do brasil. **liber.**, Lima, v. 15, n. 2, jul. 2009.

CARDOSO, FL; MAZO, GZ; DA SILVEIRA, RA; VIRTUOSO, JF; MENEZES, EC. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. **Arq. Catarin. Med.**, v. 41, n. 1, p, 34-40, 2012.

CEZAR, AK; AIRES, M; PAZ, AA. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 5, Oct. 2012 .

COSTA, DA; ZAGO, MMF; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 5, p, 631-37, mar., 2009.

CRUZ, RC; FERREIRA, MA. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 20, p.144-51, 2011.

CUNHA Jr.; M.V.M. Análise Multidimensional de Dados Categóricos: A aplicação das Análises de Correspondência Simples e Múltipla em Marketing e sua Integração com Técnicas de Análise de Dados Quantitativos. Rio Grande do Sul: UFRGS, 1997.

DRIEMEIER, M; ANDRADE, SMOD; PONTES, ERJC; PANIAGO, AMM; CUNHA, RVD. Vulnerability to aids among the elderly in an urban center in central Brazil. **Clinics**, v. 67, n. 1, p. 19-25, 2012.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5.ed., [ver.]. São Paulo: Saraiva, 2006.

FÁVERO, L.P.; BELFIORE, P., SILVA, P., CHAN, B. Análise de Dados: Modelagem Multivariada para Tomada de Decisões. Rio de Janeiro: Campos Elsevier, 1.ed., 2009.

FERNANDES, MGM; FRAGOSO, KM. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 173-180, jul./dez. 2005

FERREIRA, FC; NICHATA, LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do programa saúde da família: revelando o diagnóstico. **Rev. Esc Enferm USP**. v. 42, n. 3, p. 483-9, 2008.

FRUGOLI, A; MAGALHÃES-JUNIOR, CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 85-93, jan./abr. 2011.

GARCEZ, BS; GARCEZ, JS; PAIXÃO, MRP; FERNANDES, ACV; SANTOS, RB. Conhecimento e percepção do grau de risco sobre dst e hiv/aids ea utilização do preservativo entre idosos: o autocuidado sadio e a enfermagem neste contexto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2010.

GARCIA, ESS; SAINTRAIN, MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo programa saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n.17, v. 1, p. 18-23, 2009.

GARCIA, S; SOUZA, FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 19, supl.2, p. 9-20, 2010.

GIL, AC. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4.ed., São Paulo: Atlas, 2009.

GIRONDI, JBR; ZANATTA, AB; BASTIANI, JAN; NOTHAFT, SS; SANTOS, SMA. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 302-7, 2012.

GODOY, VS; FERREIRA, MD; SILVA, EC; GIR, E; CANINI, SRMS. O perfil epidemiológico da aids em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 1, n.20,, p.7-11, 2008.

GONZÁLEZ, AGR; ALFONSO, CLM; VALCÁRCEL, BG; GONZÁLEZ, ATR. Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 28, n. 2, jun. 2012.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO, 2010 site: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acessado em: 01.05.2013.

KLETEMBERG, DF; PADILHA, MI. Política e poder na enfermagem gerontológica no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012.

KRUG, RR; LOPES, MA; MAZO, GZ; MARCHESAN, M. A dor dificulta a prática de atividade física regular na percepção de idosas longevas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, Sept. 2013.

LAGARDE; J. Initiation à L'Analyse des Données. Paris: Dunod, 1995.

LAROQUE, MF; AFFELDT, AB; CARDOSO, DH; SOUZA, GL; SANTANA, MG; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 4, n. 32, p.774-80, 2011.

LAZZAROTTO, AR; KRAMER, AS; HÄDRICH, M; TONIN, M; CAPUTO, P; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec., 2008.

LEITE, MT; MOURA, C; BERLEZI, EM. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade Doenças sexualmente transmissíveis na opinião de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

LIMA, CA; TOCANTINS, FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n.3, p. 367-373, 2009.

LIMA, LCV; BUENO, CMLB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai./ago. 2009.

LIMA, MM; CARLOS, J; AREAL, RB; SOUZA, RJS; LIMA, SS; CAMPOS, LAO; EISENLOHR, PV; FILARDI, MP. The knowledge of the population of Viçosa, MG, about the ways of aids transmission. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1879-1888, 2008.

LIMA, RS; CAMPOS, MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun, 2011.

LISBOA, CR; CHIANCA, TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, June, 2012 .

LISBOA, TK.; MANFRINI, DB. Cidadania e equidade de gênero: políticas públicas para mulheres excluídas dos direitos mínimos. **Revista Katalysis**, Florianópolis, n. 1, jan., 2005.

MACÊDO, SM; SENA, MCS; MIRANDA, KCL. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, Apr. 2013.

MADUREIRA, VSF; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, Dec. 2008.

MAIA, C; GUILHEM, D; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 2, Apr., 2008.

MALLMANN, DG; HAMMERSCHMIDT, KSA; SANTOS, SSC. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 3, n.15, p.517-527, 2012.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. **Metodologia científica**. 6.ed., São Paulo: Atlas, 2011.

MASCHIO, MBM, BALBINO AP, DE SOUZA PFR, KALINKE LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), n.32(3), p.583-9, 2011.

MEIRELES, VC; MATSUDA,LM; COIMBRA, JAH; MATHIAS, TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 1, Apr. 2007.

MELO, HMA; LEAL, MCC; MARQUES, APO; MARINO, JG. O conhecimento sobre aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, Jan. 2012.

MORAES, KM; VASCONCELOS, DP; SILVA, ASR; SILVA, RCC; SANTIAGO, LMM; FREITAS, CASL. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n.14, p.787-798, 2011.

MOREIRA, TM; PARREIRA, BDM; DINIZ, MA; SILVA, SR. Conhecimento de mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis; conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 803-10, dez. 2012.

MOSCAROLA, J. Enquêtes et Analysis de Données. Paris: Vuibert, 1991.

MOURA I, LEITE MT, HILDEBRANT LM. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. **Rev Bras Ciênc Envelh Hum.**, v. 5, n. 2, p. 132-40, Jul-Dez, 2008.

MOURA, ADA; PINHEIRO, AKB; BARROSO, MGT. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 3, n.13, p. 602-608, 2009.

OKUNO, MFP; FRAM, DS; BATISTA, REA; BARBOSA, DA; BELASCO, AGS. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/aids. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, 2012.

OLIVEIRA, JCA; TAVARES, DMS. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept., 2010.

OLIVEIRA, JSC; LIMA, FLA; SALDANHA, AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos hiv+: um estudo comparativo com a população geral. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 3-4, n. 20, p.179-184, 2008.

OLIVEIRA, MPF; NOVAES, MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Apr. 2013.

OLIVERA, MS; OLIVERA, IG; GONZÁLEZ, AMO; DIAZ, CDG; MORENO, MLCC. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. **Rev Ciencias Médicas**, Pinar del Río, v. 16, n. 1, feb. 2012

OLIVI, M; SANTANA, RG; MATHIAS, TAF. Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Aug., 2008.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. – Brasília: OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAIVA, V; SEGURADO, AC; FILIPE, EMV. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/aids care and prevention. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 27, n. 9, p. 1699-1710. 2011.

PASCOM, ARP; SZWARCOWALD, CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, 2011.

PAZ, AA; SANTOS, BRL; EIDT, OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 3, n.19, p. 338-42, 2006.

PEDREIRA, LC; OLIVEIRA, MAS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 5, n.65, p. 730-6, 2012.

PEREIRA, GS; BORGES, CI. Conhecimento sobre HIV/aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010.

PESTANA, LC; CALDAS, CP. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 583-587, 2009.

PHILIP-EPHRAIM, EE; GYUSE, ANI; UDONWA, NE; PETERS, EJ; ANYANECHI, CC. Knowledge and perception of HIV prevention through condom use among midlife and older adults in Calabar, Nigeria. **West Indian med. j.**, Mona, v. 59, n. 4, July 2010 .

PILGER, C; MENON, MH; MATHIAS, TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, Oct. 2011.

PINHEIRO, GML; ALVAREZ, AM; PIRES, DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug., 2012.

POLIT, DE. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELO DF, LIMA CF. Conhecimento e atitude de futuros profissionais da saúde em relação à sexualidade na velhice. **Rev Kairós Gerontol.**; v. 14, n. 5, p. 163-80, 2011.

RAMOS, E.M.L.S; ALMEIDA, S.S.; ARAÚJO, A.R. (Orgs.). **Segurança Pública: Uma abordagem Estatística e Computacional**. Belém: Editora Universitária EDUFPA, v.1, p.101, 2008.

ROCHA, L; BUDÓ, MLD; BEUTER, M; SILVA, RM; TAVARES, JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 4, n.14, p.690-696, 2010.

RODRIGUES, DAL; PRAÇA, NS. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); v. 31, n. 2, p. 321-327; Jun., 2010.

RODRIGUES, MJ. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) na adolescência. **Nascer e Crescer** - revista do hospital de crianças maria pia, v. 19, n. 3, 2010,

RODRIGUES, SFGB. **Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do distrito de Bragança**. 2011. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações) - Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, 2011.

RODRÍGUEZ, SMMO. Modificación de conocimientos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en la Atención Primaria de Salud. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 17, n. 3, mar. 2013.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, Apr. 2009.

SAMPAIO, LS; NETO, DGS; REIS, LA; LAUTON, MAR; REIS, LA; SANTOS, AO; TORRES, GV. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2009.

SANTOS AA, PAVARINI SCI, BARHAM EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 1, n. 20, p.102-10, 2011.

SANTOS, AA; MANSANO-SCHLOSSER, TCS; CEOLIM, MF; PAVARINI, SCI. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 3, June., 2013.

SANTOS, AM; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ANDRADE, CLT; MARTINS, MIC; CUNHA, MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Oct., 2012.

SANTOS, MAB; MATTOS, IE. Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga-CE. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 193-201, abr-jun 2011.

SANTOS, MIPO; GRIEP, RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Mar., 2013.

SCHNEIDER IJC, RIBEIRO C, BREDÁ D, SKALINSKI SM, D'ORSI E. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, no ano de 2005. **Cad. Saúde Pública**; v. 24, n. 7, p.1675-1688, 2008.

SILVA, HO; CARVALHO, JAD; LIMA, FEL; RODRIGUES, LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar., 2011.

SILVA, HR; MARREIROS, MOC; FIGUEIREDO, TS; FIGUEIREDO, MLF. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez., 2011a.

SILVA, VXL; MARQUES, APO; LYRA, J; MEDRADO, B; LEAL, MCC; RAPOSO, MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar., 2012.

SOUSA, ACA; SUASSUNA, DSB; COSTA, SML. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com aids. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 1, n. 21, p.22-26, 2009.

SOUSA, JL. Sexualidade na terceira na terceira idade: uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 1, n.20, p. 59-64, 2008.

SOUSA, LB; BARROSO, MGT. DST no âmbito da relação estável: análise cultural Com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**; v. 13, n. 1, p. 123-130, jan-mar., 2009.

SOUZA, GM; BELUCCI, MB; GÓRIO, RAA; SOLER, VM. O processo de envelhecimento na percepção de um grupo de idosos. 2 (1), 11-22, janeiro-junho, 2008. IN: **CuidArte enfermagem Catanduva**, v. 2, n. 1, jan/jun, 2008.

SOUZA, GO; RODRIGUES, GCM. **Sexo na Terceira Idade**: um estudo em torno da percepção de funcionários e idosos da casa São Vicente Paulo sobre a sexualidade na terceira idade. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. São Luis do Maranhão, Maranhão, 2011.

SOUZA, LPS; OLIVEIRA, MVR; SILVEIRA, WRM; FIGUEIREDO, MFS; MESSIAS, RB; SILVA, JR. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]., v.5, n., p. 767-776, 2012.

SOUZA, MHT; BACKES, DS; PEREIRA, ADA; FERREIRA, CLL, MEDEIROS, HMF; MARCHIORI, MRCT. Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à síndrome da imunodeficiência adquirida. **Avances em Enfermería**, v. 27, n. 1, p. 22-29, 2009.

STUMM, EMF; ZAMBONATO, D; KIRCHNER, RM; DALLEPIANE, LB; BERLEZI, EM. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2009 .

VIANNA, LG; VIANNA, C; BEZERRA, AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 1, n.34, p.150-159, 2010.

VIRTUOSO, JF; MAZO, GZ; MENEZES, EC; CARDOSO, ASA, DIAS, RG; BALBÉ, GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan., 2012.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Questionário Nº: _____
Entrevistador: _____
Data: _____

DADOS PESSOAIS

- 1) IDADE: _____ 2) GÊNERO DO ENTREVISTADO: () Feminino () Masculino
- 3) COR/RAÇA: () Branco () Pardo () Amarelo () Indio () Negro
- 4) GRAU DE ESCOLARIDADE: () Não estudou () EF Completo () EM Completo () ES Completo
() EF Incompleto () EM Incompleto () ES Incompleto () Pós-Graduação
- 5) QUAL SEU ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado/União estável () Viúvo () Divorciado/Separado
- 6) TEM FILHOS: () Sim () Não 7) SE "SIM" QUANTOS? _____
- 8) PROFISSÃO: _____ 9) É APOSENTADO? () Sim () Não
- 10) QUAL A FONTE DE RENDA: _____
- 11) QUANTAS PESSOAS CONTRIBUEM P/ RENDA FAMILIAR: () Só eu () Eu e +1 pessoa () Eu e +2 pessoas
() Eu e +3 pessoas () Eu e + ou + pessoas () 1 pessoa () 2 pessoas () 3 pessoas () 4 ou + pessoas
- 12) RENDA FAMILIAR: _____ (1 SM = 678,00)
() menor que 1 Salário Mínimo () Entre 3 e 5 Salário Mínimo () Entre 7 e 10 Salário Mínimo
() Entre 1 e 3 Salário Mínimo () Entre 5 e 7 Salário Mínimo () acima de 10 Salário Mínimo
- 13) ONDE PROCURA ATENDIMENTO DE SAÚDE? () SUS () Plano de saúde () Outro: _____
- 14) COM QUEM VOCÊ MORA? () Sozinho () Esposo(a) () Filho(a) () Outros: _____
- 15) ONDE VOCÊ RESIDE: Estado _____ Cidade _____ Bairro _____

PERGUNTAS GERAIS

- 16) COM RELAÇÃO A SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL, COM QUAL CATEGORIA VOCÊ SE IDENTIFICA?
() Heterossexual () Bissexual () Gay () Transvi () Transsexual () Lésbica () Outro: _____
- 17) COM QUAL IDADE VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? _____ () Não lembro
- 18) VOCÊ TEM VIDA SEXUAL ATIVA? () Sim () Não **(VÁ PARA N°31)**
- 19) QUAL A FREQUÊNCIA DAS SUAS RELAÇÕES SEXUAIS? () 1 vez/mês () 2 a 4 vezes/mês
() 5 a 7 vezes/mês () 8 a 10 vezes/mês () mais de 10 vezes/mês.
- 20) VOCÊ TEM PARCEIRO SEXUAL FIXO? () Sim () Não
- 21) QUANTOS PARCEIROS VOCÊ TÊM? () 1 Parceiro () 2 Parceiros () 3 Parceiros () 4 ou + Parceiros
- 22) VOCÊ USA MEDICAMENTO PARA PRATICAR SEXO? () Sim () Não Qual? _____
- 23) VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO? () Sim () Não Qual? _____
- 24) VOCÊ SABE O QUE É UMA CAMISINHA (PRESERVATIVO)? () Sim () Não
- 25) VOCÊ SABE USAR CAMISINHA? () Sim () Não
- 26) VOCÊ JÁ USOU CAMISINHA? () Sim () Não
- 27) HOJE, VOCÊ USA CAMISINHA NAS SUAS RELAÇÕES SEXUAIS? () Sim, sempre () Sim, às vezes () Não
- 28) VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA IST? () Sim () Não
- 29) SE "SIM" QUAL? () Gonorréia () Sífilis () Candidíase () vaginose bacteriana () Outros: _____
- 30) VOCÊ USA OU USOU ALGUM TIPO DE DROGA? () Sim () Não **(VÁ PARA N°40)**

¹ IST: Infecção Sexualmente Transmissível

² HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

³ AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Questionário Nº: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

31) QUE TIPO DE DROGA VOCÊ USA OU JÁ USOU? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Maconha Cocaína Craque droga injetável Outros: _____

32) O QUE VOCÊ SABE SOBRE IST*? Não sei sobre o assunto É uma doença É uma doença transmitida por relação sexual Outros: _____

33) O QUE VOCÊ SABE SOBRE HIV**/AIDS***? Não sei sobre o assunto É uma doença causada por vírus Outros: _____

34) VOCÊ SABE COMO SE PEGA IST? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Leite materno de pessoa contaminada Pelo espermato e/ou secreção Contato com sangue contaminado

Pelo beijo (saliva) Pelo suor Não sei Outros: _____

35) VOCÊ SABE COMO PODE SE PREVINIR CONTRA AS IST? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Usando camisinha nas relações sexuais Não doando sangue Selecionando os parceiros sexuais

Não beijando na boca Não tocando em pessoas doentes Não sei Outros: _____

36) COMO VOCÊ OBTÉM INFORMAÇÃO SOBRE PRÁTICA SEXUAL? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Parceiro Filho Família Amigos Serviço de Saúde TV Revista/Jornais/Livro

Internet Não conversei sobre este assunto Outros: _____

37) COMO VOCÊ OBTÉM INFORMAÇÃO SOBRE MÉTODOS P/ PREVENÇÃO DAS IST? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Parceiro Filho Família Amigos Serviço de Saúde TV Revista/Jornais/Livro

Internet Não conversei sobre este assunto Outros: _____

38) ONDE VOCÊ SENTE FALTA DE MAIS INFORMAÇÃO SOBRE SEXO E IST? *(pode marcar mais de uma alternativa)*

Na Família No Serviço de Saúde Em Ambos Não preciso de mais informação

Outros: _____

* IST: Infecção Sexualmente Transmissível

** HIV: vírus da imunodeficiência humana

*** AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



Secretaria Municipal de Saúde de Benevides

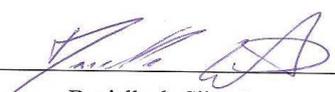
Benevides, 28 de agosto de 2013

Memo. n° 273/13

AUTORIZAÇÃO

De ordem da Sra. Secretária de Saúde do Município de Benevides, Dra. Ivete Gadelha Vaz, está autorizado a realização da pesquisa intitulada “ASPECTOS SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUAIS TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BENEVIDES-PA”, a ser conduzido pela pesquisadora Socorro Dionísio, mestranda em Enfermagem pela UFPA(Universidade Federal do Pará), por um período de 90 dias e sem ônus para a secretaria. Considerando também a possibilidade da aluna, após a conclusão da pesquisa, apresentar diante à gestora desta Secretaria Municipal os resultados obtidos em sua realização.

Atenciosamente,


Daniella da Silva Luz
Coordenação de Educação Permanente
Ivete Gadelha Vaz
Secretaria Municipal de Saúde
Matrícula: 0073**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BENEVIDES**Rua João Batista de Figueiredo n° 02 – Centro - Benevides – PA / CEP: 68795-000 – Fone: (91)
3724-1260 / Fax: (91) 3724-1128



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TÍTULO: ASPECTOS SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BENEVIDES/PARÁ.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer os aspectos sócio-epidemiológicos das infecções sexualmente transmissíveis em idosos das unidades de saúde da família de Benevides/Pará.

As informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos e divulgadas somente por meio de trabalhos em eventos acadêmico-científicos. Não será divulgada qualquer informação que possa identificar sua identidade e os resultados serão apresentados em conjunto sob a forma de dados estatísticos em tabelas e gráficos o que inviabilizará a identificação dos participantes da pesquisa pelo leitor desta. Nenhum material biológico será coletado.

Durante a realização da pesquisa poderão surgir alguns inconvenientes, como constrangimento, pois algumas perguntas tem caráter pessoal, o que será cuidadosamente avaliado, para que sejam diminuídos ao máximo. Você poderá em qualquer fase pedir esclarecimentos, bem como se recusar a dar continuidade às questões.

Terá o direito de ser informado a respeito do resultado parcial da pesquisa e em qualquer momento do estudo poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos ou resolver alguma dúvida.

A coleta e análise de dados objetivam transparecer e esclarecer o perfil das Infecções Sexualmente Transmissíveis na população idosa do município de Benevides; conhecer o perfil dos idosos quanto a idade, gênero, estado civil e condições socioeconômicas; identificar os principais fatores de risco para a aquisição de IST nesta população; detectar quais as fontes de informações dos idosos a respeito das IST e dos métodos de prevenção; levantar dados a respeito do comportamento e conhecimento dos idosos em relação ao consumo de drogas; comparar os determinantes sociais, econômicos, de conhecimento e comportamentais entre gêneros.

Esta pesquisa estará sendo coordenada pela Pro^{fa} Antonia Benedita Rodrigues Vieira, lotada no Instituto de Ciências Biológicas na Universidade Federal do Pará, localizado na Rua Augusto Correa, 01, Campus Universitário do Guamá, CEP: 66075-110. Belém, Pará, Brasil. Tel: (91) 3201-8214. E-mail: avieira@ufpa.br.

Caso a orientadora não seja encontrada, a orientanda Maria do Perpétuo Socorro Dionízio Carvalho da Silva, poderá ser contactada pelos telefones (91) 91612739 / 87438121 ou e-mail: sdionizio@ufpa.br.

Este trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

*Laboratório de Microbiologia. Rua Augusto Correa, 01. Campus Universitário do Guamá. Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências Biológicas. CEP: 66075-110. Belém, Pará, Brasil. Tel: (91)3201-8214. E-mail: avieira@ufpa.br.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que li e fui esclarecido sobre os objetivos e procedimentos do presente trabalho e estou de acordo com as informações acima mencionadas. Que ficou claro também que minha participação não será paga, nem terei despesas.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda.

Benevides/Pará _____ de _____ de 2013

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Pesquisador

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos sócio-epidemiológicos das Infecções sexualmente transmissíveis em idosos em unidades de saúde da família de Benevides/Pará.

Pesquisador: MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DIONIZIO CARVALHO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22108013.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 472.897

Data da Relatoria: 26/11/2013

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi postado em 19/09/2013 e sua aceitação somente ocorreu nesta data em face de que a Relatora que este subscreve teve seu acesso regular obstado por motivos que desconhece, eis o motivo do atraso no seguimento dos trâmites normais. Trata-se de pesquisa envolvendo sujeitos vulneráveis dada a idade (60 anos)participarão da pesquisa os idosos a partir dessa faixa etária residentes em Benevides e sejam cadastrados em uma das unidades de saúde da família. Assim, os sujeitos da pesquisa estão bem definidos. A metodologia proposta consiste na abordagem quantitativa, de caráter descritivo, comparativo. As variáveis a serem estudadas consistem em gênero,determinantes pessoais, sociais, econômicos, de conhecimento e comportamentais. Os procedimentos de amostragem utilizados serão a Amostragem Aleatória Estratificada e a Amostra Aleatória Simples. Será utilizado um formulário como instrumento de coleta de dados. Após a coleta de dados, será efetuada a análise estatística descritiva, comparativa, os dados serão analisados com base no programa Excel 7.0 e apresentados por meio de planilhas, tabelas e gráficos (estatísticos) que facilitarão a descrição e comparação dos fenômenos observados. O formulário está adequado ao tema de abordagem e ao perfil dos sujeitos da pesquisa.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2ª and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 68.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7795

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepcon@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 472.597

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa, em relação aos sujeitos visa "transparecer e esclarecer" o perfil das Infecções Sexualmente Transmissíveis na população idosa do município de Benevides, considerando-se fatores como idade, gênero, estado civil e padrão de vida; os fatores de risco para a aquisição de IST nesta população; as fontes de informações dos idosos a respeito das IST e os métodos de prevenção; levantar dados a respeito do comportamento e conhecimento dos idosos em relação ao consumo de drogas; e a final comparar as determinantes sociais, econômicas, de conhecimento e comportamentais entre gêneros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há como ignorar que há riscos relevantes na fase de execução e coleta de dados na medida em que o tema constitui tabu principalmente em relação as pessoas do sexo feminino. Falar sobre sexo, sobre práticas e posturas diante dos desejos latentes no ser humano normal em qualquer fase da vida, é passível configuração de constrangimentos ou consternações que requer seja perscrutado o nível de sensibilidade do sujeito para evitar ou reduzir possíveis danos. Quanto aos benefícios ressalta-se ser extremamente positivo e viável o ingresso e aprofundamento do estudo posto que conhecer as causas das ocorrências de contaminações decorrentes de práticas de relações sexuais nos idosos é uma forma de assisti-los e torná-los visíveis perante a sociedade, além de lhes permitir o gozo de uma vida salutar e plena. Destarte, pode-se afirmar que maiores são os benefícios pela contribuição que a pesquisa pode proporcionar à comunidade, incluindo a científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem vínculo institucional posto que afeta ao ICS/UFPa, numa abordagem de Interesse da Saúde Coletiva/Saúde Pública. Fritando o que acima foi ressaltado, considerando os condicionamentos sociais, o desvendamento das causas que levam os idosos ativos sexualmente a contrair e transmitir doenças só pode transformar a ignorância em segurança nos relacionamentos, desta sorte a pesquisa e a divulgação dos resultados, servirá de respaldo para desenvolver formas mais adequadas de prevenção, como forma de saúde preventiva.

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66 075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8026 E-mail: icpccc@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 472.987

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados nesta 2ª versão contempla o requerido pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Quanto a coleta, recomendamos que o sujeito da pesquisa seja informado do tipo de questionamento que será feito para prepará-lo psicologicamente evitando-se ao máximo submetê-lo a vexames.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 29 de Novembro de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-85 do ICS 13 - 2ª and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepsocio@ufpa.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ACEITE DA ORIENTADORA

Eu, **Antonia Benedita Rodrigues Vieira** professora do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, aceito orientar a acadêmica Maria do Perpétuo Socorro Dionízio Carvalho da Silva na execução do Projeto de Pesquisa intitulado: ASPECTOS SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUAIS TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BENEVIDES/PARÁ.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Antonia Benedita Rodrigues Vieira



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CARTA DE ACEITE DO CO-ORIENTADOR

Eu, **Edson Marcos Leal Soares Ramos** professor do curso de estatística da Universidade Federal do Pará – UFPA, aceito co-orientar a acadêmica Maria do Perpétuo Socorro Dionizio Carvalho da Silva na execução do Projeto de Pesquisa intitulado: ASPECTOS SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUAIS TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BENEVIDES/PARÁ.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos