

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SISTEMAS DE  
SAÚDE EM ADMINISTRAÇÃO

**SAÚDE SEXUAL DO IDOSO: CONSTRUINDO UM MODELO DE GESTÃO PARA  
PREVENÇÃO A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DO IDOSO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.**

**Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara**

São Paulo

2019

Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara

**SAÚDE SEXUAL DO IDOSO: CONSTRUINDO UM MODELO DE GESTÃO PARA  
PREVENÇÃO A PARTIR DA  
PERCEPÇÃO DO IDOSO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. Dra. Sonia Francisca Monken

São Paulo

2019

***Shinohara, Elisa Elena Ramos Dias.***

***Saúde sexual do idoso: construindo um modelo de gestão para prevenção a partir da percepção do idoso e da equipe multidisciplinar. / Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara. 2019.***

***86 f.***

***Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2019.***

***Orientador (a): Profª. Drª. Sonia Francisca Monken.***

***1. Gestão da Saúde. 2. DST em idosos. 3. Saúde do idoso. 4. Prevenção às DST's***

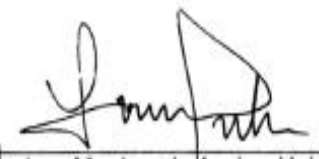
***I. Monken, Sonia Francisca. II. Título***

***CDU 658:616***

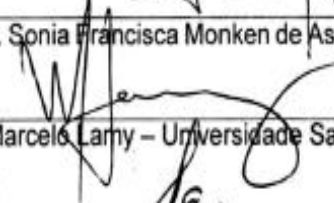
ELOISA ELENA RAMOS DIAS SHINOHARA

**SAÚDE SEXUAL DO IDOSO: CONSTRUINDO UM MODELO DE GESTÃO PARA  
PREVENÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO IDOSO E DA EQUIPE  
MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Administração -  
Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade  
Nove de Julho – UNINOVE, como requisito  
parcial para obtenção do grau de **Mestre em  
Administração – Gestão em Sistemas de  
Saúde**.



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Marcelo Lamy – Universidade Santa Cecília – UNISANTA



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Lara Jansiski Motta – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Luc Quoniam – Université Du Sud Toulon Var – UDSTV (Suplente)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz – Universidade Nove de Julho – UNINOVE  
(Suplente)

São Paulo, 27 de fevereiro de 2019

*“O conhecimento era um bem privado, associado ao verbo SABER. Agora, é um bem público ligado ao verbo FAZER.”*  
(Peter Drucker)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista aos meus pais Edison (*in memorian*) e Élia, ao meu marido Claudio, e a meus filhos Erikinha e Claudinho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS por todas as bênçãos que ele derramou sobre mim durante desde o dia que nasci. Que me deu o dom da vida e sabedoria para viver de maneira plena e com chances de aproveitar todas as oportunidades que me foram dadas e este Mestrado foi uma delas.

Agradeço a minha família, principalmente meu marido Claudio que ficou do meu lado todo o tempo e compreendeu minhas noites em claro e os dias que eu não consegui ajuda-lo com as atividades domésticas. Aos meus filhos, Erika e Claudinho, que acreditaram em mim e me ajudaram em tudo o que estive ao alcance de ambos. Aos meus novos filhos, Gabriel e Tainá, que dentro de suas habilidades também me ajudaram muito com este trabalho.

Agradeço a minha mãe, Élia, que sei ficou muito orgulhosa desta filha tão ausente em muitas ocasiões. Ao meu pai Edison (*in memoriam*) por olhar por mim lá do céu e por ter me ensinado o bom caminho e nunca desistir. Aos meus irmãos, Edilson, Edmilson e Junior, por serem meus parceiros e pessoas que sei que posso contar para qualquer questão nesta vida.

Agradeço aos meus amigos do Mestrado pela parceria e auxílio, mas um agradecimento muito especial à Gabriela que me incentivou e me deu força em todos os momentos, até quando eu pensei em desistir, que foi minha confidente e cúmplice.

Não poderia esquecer dos profissionais do N.C.I. Tereza da Cruz Março que tanto contribuíram com esta pesquisa, principalmente a Rose e a Adriana.

Um agradecimento pessoal ao Raphael Botelho, pelo grande auxílio na parte estatística da minha dissertação, pois ela foi de grande valia.

Agradeço a todos os meus Mestres que me acompanharam durante estes 2 anos nesta caminhada, me ajudando a crescer e melhorar meus conhecimentos e habilidades. Um agradecimento especial à Queli, que em todos os momentos me orientou, me acolheu e fez tudo ao seu alcance para me ajudar.

Um mais que agradecimento, uma eterna gratidão a minha Orientadora, Professora Dra. Sonia Monken, pela paciência, dedicação, disponibilidade para me atender sempre que precisei, que em todos os momentos me fortaleceu, me incentivou, me elogiou (mesmo sem eu merecer) e me fez concluir com êxito este trabalho.

Agradeço à UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, por ter me proporcionado esta grande oportunidade de realização de um sonho, com um curso de Mestrado de grande nível acadêmico.

A todos vocês que fizeram parte desta minha grande conquista minha eterna gratidão!

## RESUMO

O rápido aumento da população idosa no Brasil desde a década de 1960, unido aos avanços tecnológicos e farmacêuticos no século XX que propiciaram melhor qualidade de vida e longevidade nas atividades sexuais dos idosos, pesquisas observaram um aumento nas DST's (Doença Sexualmente Transmissível) a partir das mudanças de comportamento neste grupo populacional. O objetivo deste estudo foi propor um modelo de gestão centrado na educação e prevenção das DST's, a partir da percepção dos idosos e dos profissionais de saúde em um Núcleo de Convivência de Idoso (NCI) situado na cidade de São Paulo. Entre os resultados deste estudo 77,8% dos idosos conhecem alguma DST, 99,3% não usaram preservativo nas últimas relações sexuais e 61,5% não se sentem vulneráveis a infecções deste tipo. A equipe multiprofissional apresentou baixo conhecimento quanto a abordagem da sexualidade dos idosos. A metodologia aplicada é de caráter epidemiológico, transversal, qualitativo e quantitativo descritivo. A coleta de dados foi realizada por questionários estruturados e validados. Na análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), e a análise qualitativa a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

**Palavras-chave:** Gestão da Saúde, DST em idosos, saúde do idoso, prevenção às DST's.



## **ABSTRACT**

*The rapid increase in the elderly population in Brazil since the 1960s, coupled with technological and pharmaceutical advances in the 20th century that provided a better quality of life and longevity in the sexual activities of the elderly, research has observed an increase in STDs (Sexually Transmitted Disease) from the behavioral changes in this population group. The objective of this study was to propose a management model focused on the education and prevention of STDs, based on the perception of the elderly and health professionals in an Elderly Living Group (ELG) located in the city of São Paulo. Among the results of this study, 77.8% of the elderly knew some STDs, 99.3% did not use a condom during the last sexual intercourse, and 61.5% did not feel vulnerable to infections of this type. The multiprofessional team presented low knowledge about the sexuality approach of the elderly. The applied methodology is epidemiological, transversal, qualitative and quantitative descriptive. Data collection was performed by structured and validated questionnaires. In the analysis of the quantitative data the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program was used, and the qualitative analysis was the Collective Subject Discourse (DSC) technique.*

**Key words:** *Health Management, STD in the elderly, elderly health, STD prevention.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BCP	Benefício de Prestação Continuada
CRI	Centro Referencial do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doenças Crônicas não Transmissíveis
FUNBEP	Fundo de Pensão Multipatrocinado
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NCI	Núcleo de Convivência de Idoso
NoB-Rh	Norma operacional Básica de recursos Humanos
NoB-SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
SEADE	Fundação Sistema Nacional de Análise de Dados
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WPP	<i>World Population Prospects</i>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Progressão de HIV/AIDS no Brasil – Ano de diagnóstico – Adultos acima 60 anos.....	19
<b>Figura 2</b>	Progressão da Sífilis no Estado de São Paulo – Ano de diagnóstico – Adultos acima 60 anos.....	19
<b>Figura 3</b>	Processo que envolve o Problema de Pesquisa.....	20
<b>Figura 4</b>	Progressão do Aumento Populacional Mundial.....	27
<b>Figura 5</b>	Projeção da Pirâmide Etária no Brasil por Idade e Sexo.....	28
<b>Figura 6</b>	Definição de Estudo Epidemiológico.....	44
<b>Figura 7</b>	Figuras Metodológicas que compõem o IAD.....	45
<b>Figura 8</b>	Comparação entre Vantagens e Desvantagens do uso da Estatística Não Paramétrica.....	46

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Projeção Populacional Mundial por Idade e Sexo – 2000 a 2010.....	26
<b>Tabela 2</b>	Censo Demográfico IBGE (Brasil) – Ano 2010.....	29
<b>Tabela 3</b>	HIV/AIDS Brasil e Sífilis Estado de São Paulo – Ano de Diagnóstico – Adultos acima de 60 anos – 2005 a 2015.....	32
<b>Tabela 4</b>	Marcos Legais.....	36
<b>Tabela 5</b>	Variáveis Sócio demográficas.....	51
<b>Tabela 6</b>	Atividade Sexual.....	51
<b>Tabela 7</b>	Conhecimento e Percepção sobre Contágio e Prevenção de DST.....	52
<b>Tabela 8</b>	Características da Amostra dos Profissionais e abordagem da sexualidade por profissional.....	61
<b>Tabela 9</b>	Práticas no Atendimento, Conhecimento e Atitudes na Abordagem com os Idosos.....	62

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Marcos Regulatórios para o Idoso.....	36
<b>Quadro 2</b>	Matriz Conceitual.....	40
<b>Quadro 3</b>	Relação da Equipe Multiprofissional do NCI.....	47
<b>Quadro 4</b>	Teste de Normalidade para CONHECIMENTO.....	54
<b>Quadro 5</b>	Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> da amostra sobre CONHECIMENTO.....	54
<b>Quadro 6</b>	Escolaridade x Conhecimento – Tabulação cruzada.....	55
<b>Quadro 7</b>	Teste <i>Mann-Whitney</i> – Classificações.....	55
<b>Quadro 8</b>	Estatísticas de teste “a” .....	55
<b>Quadro 9</b>	Classificações - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> .....	56
<b>Quadro 10</b>	Estatísticas de teste “a,b” .....	57
<b>Quadro 11</b>	Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> de uma amostra.....	58
<b>Quadro 12</b>	Resumo de processamento dos casos.....	59
<b>Quadro 13</b>	Risco x Conhecimento – Tabulação Cruzada.....	59
<b>Quadro 14</b>	Correlações RISCO x CONHECIMENTO.....	60
<b>Quadro 15</b>	Síntese qualitativa das Representações Sociais.....	63

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Projeção do Crescimento Populacional Mundial por Idade e Sexo – 2010 a 2025.....	26
<b>Gráfico 2</b>	Gráfico 2 – Relação RISCO x CONHECIMENTO.....	60

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
1.1.1	Questão de Pesquisa.....	21
1.2	OBJETIVOS.....	21
1.2.1	Objetivo Geral.....	21
1.2.2	Objetivos Específicos.....	21
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	21
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	22
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
2.1	GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	23
2.1.1	Desafios da Gestão da Saúde.....	23
2.1.2	A descentralização da Gestão da Saúde.....	24
2.1.3	Pesquisas e Inovações na Gestão da Saúde.....	24
2.2	SAÚDE DO IDOSO.....	25
2.2.1	O Envelhecimento Populacional no Mundo.....	25
2.2.2	O Envelhecimento Populacional no Brasil.....	27
2.2.3	Causas do Envelhecimento Populacional.....	29
2.2.4	Como Vive o Idoso no Século XXI.....	30
2.3	DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST) EM IDOSOS.....	31
2.3.1	O Aumento das DST's em Idosos.....	31
2.3.2	Conhecimento dos Idosos sobre DST's.....	33
2.3.3	Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre DST's em Idosos.....	33
2.4	GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS.....	35
2.4.1	Políticas Públicas: Marcos Legais.....	35
2.4.2	Serviços de Saúde para Idosos.....	37
2.4.3	Educação, Prevenção e Controle das DST's em Idosos.....	38
2.4.4	Projetos para Equipe Multiprofissional.....	39
2.5	MATRIZ CONCEITUAL.....	40
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>43</b>
3.1	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	46
3.1.1	Local.....	46

3.1.2	Amostra.....	48
3.1.3	Coleta de Dados.....	48
3.1.4	Instrumento de Pesquisa.....	49
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
4.1	IDOSOS.....	50
4.2	PROFISSIONAIS.....	61
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA.....</b>	<b>66</b>
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO B – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO C – TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA (PROFISSIONAL).....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO D – TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA (IDOSO).....</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXO E – PLATAFORMA BRASIL – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS.....</b>	<b>95</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 60, observa-se o envelhecimento da população brasileira, além disto, a queda nas taxas de fecundidade estreitaram progressivamente a base da pirâmide populacional do país (Chaimowicz, 1997). No início do século XXI a sociedade brasileira se deparou com serviços médicos e sociais específicos para a população idosa, em virtude desta inversão na base da pirâmide etária. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2000 a população com idade acima de 60 anos no Brasil correspondia a 9,32% de seu total, em 2010 esta mesma amostra correspondia a 11,89%. A mesma pesquisa aponta que até 2040 a população brasileira passará por um processo de envelhecimento crescente, no qual indivíduos com idade máxima de 24 anos, que no ano de 2000 atingiam 49,68%, no ano de 2010 passaram a somar 41,95%. Estes dados denotam que o país está deixando de ser majoritariamente jovem, para se tornar um país de população madura em 2040. Um outro dado em grau superior de importância, é que dentre esta população idosa a faixa etária acima de 80 anos passou de 11,99% em 2000 para 15,27% em 2010, portanto a população idosa também está envelhecendo.

**IDOSO:** pessoa com 60 anos e mais – Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842/1994 e o Estatuto do Idoso Lei nº 10.741/2003.

No estado de São Paulo os idosos com idade acima de 60 anos passaram a representar 11,56% do total da população, segundo último censo (IBGE, 2010) e na prospecção para 2017, conforme a Fundação do Sistema Nacional de Análise de Dados (Seade, 2015), ela passará a representar 14,04% da população. A datar do ano de 2027 haverá mais idosos do que jovens residindo na Capital Paulista.

Os avanços tecnológicos, os estudos que aumentam o conhecimento na ciência médica, principalmente as inovações relacionadas ao diagnóstico, à farmacologia e aos procedimentos complexos, são componentes que aliados à produção e disseminação de informações sobre medidas preventivas contribuem para o aumento da expectativa de vida da população e, consequentemente, prolongando a atividade sexual do idoso (Laroque et al., 2011; Lazzarotto et al., 2008; Maschio, Balbino, Souza, & Kalinke, 2011).

Estas mudanças no cenário populacional representam também uma mudança significativa no perfil da demanda dos serviços de atenção à saúde, assim como em mudanças estruturais no cuidado destes pacientes dentro das instituições. Nos últimos anos estão

ocorrendo debates em países desenvolvidos, como Japão, Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa, de como gerir o sistema de saúde voltado para a população idosa (Maschio et al., 2011). No Brasil, com a Constituição de 1988, o tema envelhecimento ganhou espaço na discussão das políticas públicas. A partir disso houve um aumento na legislação voltada ao público idoso no país (SMS-SP, 2012).

O desenho deste novo cenário traz com ele a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e doenças sexualmente transmissíveis (DST), pode-se concluir que novas demandas para o sistema de saúde são geradas pelo envelhecimento populacional. Pessoas mais velhas detêm necessidades singulares, resultante de características socio familiar e clínico funcional. Os idosos padecem dos efeitos de sua própria vulnerabilidade, desafiando os tradicionais modelos de cuidado (ANS, 2016).

O envelhecimento populacional, os avanços farmacológicos voltados à sexualidade do idoso, aliados às oportunidades de encontros e relacionamentos nesta parcela da população, estão gerando desafios aos profissionais da saúde, uma vez que estas recentes práticas podem estar repercutindo no aumento das DST's (Dornelas Neto, Nakamura, Cortez, & Yamaguchi, 2015; Laroque et al., 2011). A sexualidade na terceira idade não é discutida entre profissionais de saúde, familiares e sociedade de um modo geral e, em alguns casos, até ignorada. Este fato se dá por inúmeros motivos, isto posto, perfaz-se uma necessidade de se quebrar tabus, entender o processo biológico e cultural envolvidos na sexualidade do idoso, que envelhece saudavelmente e mantém-se ativo e independente (Maschio et al., 2011).

Apesar do envelhecimento da população, nota-se que pouco se sabe sobre o comportamento sexual e função sexual das pessoas mais velhas e há um número expressivo de idosos sexualmente ativos. Os problemas sexuais são frequentes entre os idosos, mas esses problemas são discutidos com moderada frequência com médicos e/ou profissionais de saúde. O conhecimento do médico sobre sexualidade em indivíduos com idades mais avançadas, poderia melhorar a educação do paciente, bem como a capacidade de identificar problemas sexuais potencialmente tratáveis (Lindau et al., 2007; Skiest & Keiser, 1997). Políticas constantes de prevenção, educação, concepções de respeito voltados a vida saudável e plena sexualidade da pessoa idosa, com treinamentos específicos dos profissionais de saúde, podem contribuir positivamente para o envelhecimento saudável (Durvasula, 2014; Laroque et al., 2011; Lazzarotto et al., 2008; Lindau et al., 2007; Maschio et al., 2011; Santos et al., 2017).

Percebe-se que algumas pessoas veem idoso e sexualidade como áreas distintas, explicitado pelo fato de que o idoso normalmente é visto como uma pessoa assexuada perante a sociedade (Dornelas Neto et al., 2015; Ladipo, 2017; Laroque et al., 2011; Santos et al., 2017).

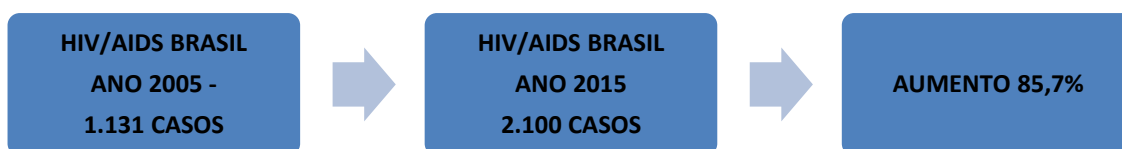
## 1.1 O PROBLEMA DE PESQUISA

A expectativa de vida nos países desenvolvidos está aumentando praticamente em uma escala linear não havendo sinais de desaceleração. Houve um significativo ganho na expectativa de vida de cerca de 30 anos na Europa Ocidental, EUA, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e países como Japão, Espanha e Itália, se destacam como tendo ganhos ainda maiores (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009; Kalache, Veras, & Ramos, 1987). De maneira geral, as altas taxas de natalidade constatadas no início do século XX, agregadas às decrescentes taxas de mortalidade observadas em todos os grupos etários, são as causas centrais do envelhecimento populacional mundial (Kalache et al., 1987). Estes ganhos se devem a urbanização adequada nas cidades, melhoria nutricional, melhores condições sanitárias e de higiene pessoal em geral e, em diversos casos, melhores condições ambientais no trabalho e nas residências (Kalache et al., 1987). Outros fatores que contextualizam o envelhecimento populacional, são as melhorias nas condições de saúde promovidas por uma tecnologia médica avançada, a universalização da seguridade social (no Brasil), maior acesso aos serviços de saúde e as importantes mudanças tecnológicas. O idoso passou a ter aumentada sua expectativa de vida e reduzido seu nível de deficiência mental e física, podendo chefear por mais tempo suas famílias e trabalhar, dependendo cada vez menos de parentes. (Camarano et al., 2004). É possível identificar que uma boa parcela dos idosos está em condições de vida melhor que a população mais jovem, apresentando um rendimento maior e contribuindo melhor com o rendimento das famílias, além de ter seus direitos assegurados por novas leis e estatutos (Camarano et al., 2004).

O Brasil também passa por esta transformação sócio demográfica onde dados estatísticos já mostram o crescimento significativo da população acima de 60 anos (Carvalho & Garcia, 2003). Os mesmos dados realçam que, em termos absolutos, no ano de 2025 teremos a sexta população idosa do mundo (Kalache et al., 1987) e este crescimento da população idosa no Brasil se dará em maior ritmo que em países do primeiro mundo (Carvalho & Garcia, 2003).

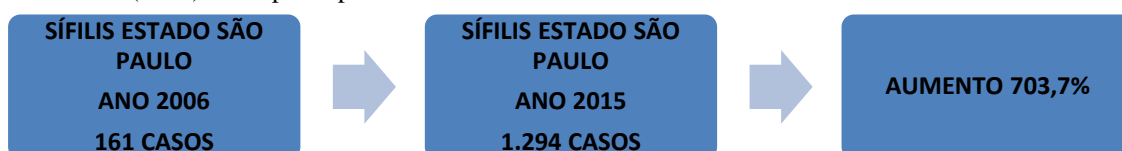
Este idoso com vida ativa participa de grupos de convivência, faz uso da internet, que promove aumento de laços sociais, faz todas as atividades do dia-a-dia, vive sozinho, viaja e se relaciona sexualmente. Porém, mesmo este idoso moderno e antenado, se classifica como fora do grupo de risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Carreno & Costa, 2006; Olivi, Santana, & de Freitas Mathias, 2008; Silveira, Béria, Horta, & Tomasi, 2002). A sexualidade dos idosos é discutida com pouca, ou nenhuma, frequência entre profissionais de saúde, entre seus familiares e entre os grupos de convivência que participa, sendo o idoso visto

como assexuado pela sociedade (Dornelas Neto et al., 2015; Lindau et al., 2007; Lyu, 2018; Maschio et al., 2011; Minichiello, Rahman, Hawkes, & Pitts, 2012). Todos estes fatores contribuíram, e continuam a contribuir, para o aumento das DST's nos idosos. Os dados são preocupantes para o setor da saúde que vem enfrentando reveses no atendimento, na abordagem e como manter uma política de prevenção às DST's em idosos (Lazzarotto et al., 2008; Lima-Costa & Veras, 2003; Lindau et al., 2007). Como agravante, estudos mostram que nem só o idoso desconhece as DST's, mas também há um despreparo da equipe multiprofissional em abordar a sexualidade com o idoso, fatos estes que não são acentuados só no Brasil, mas também em países do primeiro mundo, sendo este outro revés para área da saúde, o de promover a prevenção deste tipo de doença na população idosa (H. A. dos S. Andrade, Silva, & Santos, 2010; Granville & Pregler, 2018; Lazzarotto et al., 2008; Lindau et al., 2007; Pereira & Borges, 2010). Nas figuras 1 e 2, pode-se acompanhar o aumento significativo dos casos de HIV/AIDS em adultos acima de 60 anos no Brasil e os casos de Sífilis no Estado de São Paulo, respectivamente.



**Figura 1 – Progressão de HIV/AIDS no Brasil – Ano de diagnóstico – Adultos acima 60 anos**

Fonte: MS (2017) – Adaptado pelo autor

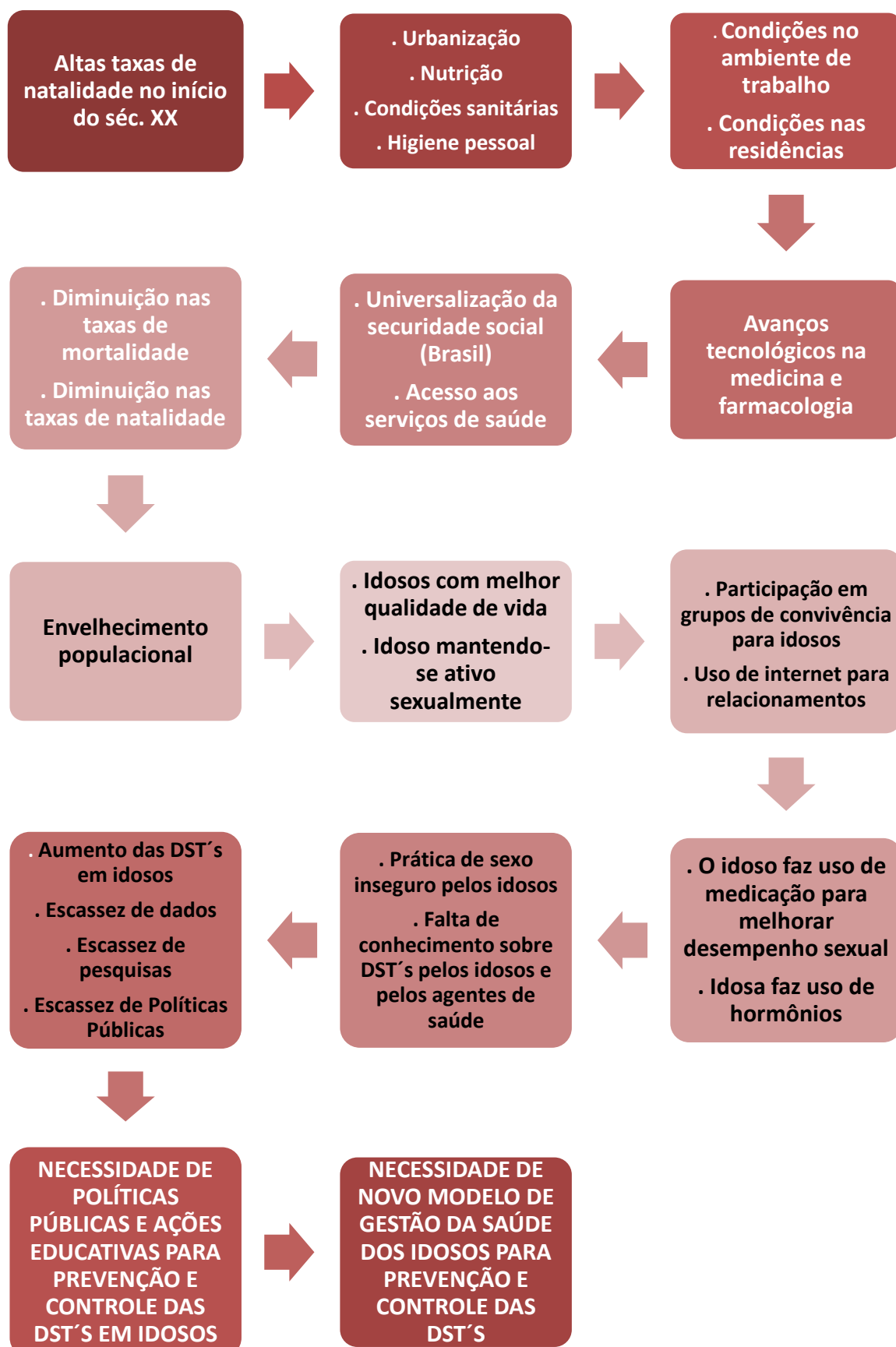


**Figura 2 – Progressão da Sífilis no Estado de São Paulo – Ano de diagnóstico – Adultos acima 60 anos**

Fonte: SMS-SP (2012) – Adaptado pelo autor

Observa-se uma ausência de um plano para implementação de ações proativas nas redes de atenção básica e nos centros de convivência para idosos inerentes à educação sexual e prevenção de DST's (de Jesus et al., 2016; Granville & Pregler, 2018; Ladipo, 2017; Lindau et al., 2007).

Para melhor visualização, a figura 3 mostra o processo que envolve o problema de pesquisa. Sendo que conhecer onde estão os *Gap's* na área da saúde sobre a sexualidade do idoso e promover o conhecimento sobre o assunto para a prevenção e controle das DST's, é relevante para sugestão de proposta de modelo de gestão para a saúde sexual do idoso.



**Figura 3 – Processo que envolve o Problema de Pesquisa**

Fonte: Elaborado pelo autor

### 1.1.1 Questão de Pesquisa

Diante do exposto justifica-se a questão de pesquisa: De que forma a percepção de idosos e profissionais de saúde sobre as DST's pode contribuir para um modelo de gestão de serviços de saúde e políticas públicas na educação, prevenção e cuidados das DST's em idosos?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Propor um modelo de gestão de serviço de saúde para idosos baseado na percepção do cliente e do profissional da saúde sobre DST's em idosos, promovendo políticas públicas para a assistência e educação das DST's e HIV/AIDS.

### 1.2.2 Objetivos Específico

- i.** Avaliar as atividades sexuais e o conhecimento sobre DST/AIDS dos idosos de um Núcleo de Convivência de Idoso;
- ii.** Investigar a ótica dos profissionais de saúde em suas intervenções ao nível da prevenção das DST/AIDS em atendimentos e consultas médicas;
- iii.** Mensurar o nível de educação do idoso na prevenção das DST/AIDS.
- iv.** Caracterizar o perfil dos profissionais que atendem idosos;

## 1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Torna-se evidente a necessidade da criação de uma proposta de ajuste nas redes de atendimento ao idoso, a partir da percepção do profissional de saúde, com treinamentos para equipe na abordagem nas questões da sexualidade e prevenção, incluindo avaliar riscos de infecção, disponibilizando testes de HIV e outras DST's, com o propósito de melhorar o atendimento específico a saúde sexual do idoso e criar um relacionamento de confiança mútuo, sem tabus, entre paciente e profissional de saúde (de Mattos Santos & de Assis, 2011; Durvasula, 2014; Gott, Hinchliff, & Galena, 2004; Granville & Pregler, 2018).

Em ação conjunta com o ajuste nas redes de atendimento, a implantação de medidas preventivas, com base na percepção do idoso, como por exemplo, desenvolver material

educativo sobre sexualidade específico para idosos, que envolvam namoro na terceira idade, sexualidade e atenção primária. Este material deve ser acessível e a distribuição contínua, a idosos que frequentem Centros de Convivência e os serviços de saúde pública ou privada (Bezerra et al., 2015; Mallmann, Galindo Neto, Sousa, & Vasconcelos, 2015; Pereira & Borges, 2010). Ações estas que vão estimular e disseminar a educação sexual tanto do idoso quanto de seus familiares e pessoas próximas, revelando a sociedade que o idoso também pode ter uma vida sexual ativa e segura.

Finalmente, espera-se que a partir deste estudo possam aflorar proposta de políticas públicas que garantam que os idosos recebam testes de HIV/AIDS e outras DST's, assim como educação sexual para prevenção de doenças, melhorando a atenção primária na construção de um sistema que se baseie em educação, treinamento, cuidados, prevenção e pesquisas, que contribuam positivamente às necessidades de um envelhecimento saudável.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo está estruturado em sete capítulos, sendo o primeiro capítulo composto pela Introdução, que se encerra neste subitem.

O Capítulo dois apresenta o Referencial Teórico, que se baseia no polo que deriva e sustenta a busca para a resposta ao objetivo principal desta pesquisa. Sendo a questão central ampla e que pede uma exploração do tema ou conceito central da pesquisa, o investigador deve colocar essa questão consistente com a metodologia emergente na pesquisa (Creswell, 2010) como mostra este capítulo.

No capítulo três está descrito o Método utilizado neste estudo incluindo Metodologia de pesquisa, Local onde a pesquisa foi realizada, Amostra, Coleta de Dados Instrumento de Pesquisa e Análise dos Resultados. Posto que, o Método científico é uma forma lógica e um caminho de pensamento a ser percorrido pelo pesquisador como forma de se ter acesso ao conhecimento científico (Vergara, 2013).

O capítulo quatro é composto pela Análise dos Resultados e o capítulo cinco pela Discussão destes resultados. Estes são a base para contribuições futuras.

No capítulo seis estão apresentadas as Considerações Finais e Contribuições para a Prática com a conclusão da pesquisa e sugestões formuladas a partir dos resultados da pesquisa de campo. Este capítulo relaciona-se a quanto o trabalho pode acrescentar para a evolução do campo, também a possíveis impactos para a prática administrativa e os critérios de contribuição

de utilidade para pesquisa futura que poderão avaliar o impacto do trabalho para o avanço do conhecimento (Bertero, Caldas, & Wood Jr, 1999).

E por fim, o capítulo sete apresenta as Limitações da Pesquisa e Sugestões para pesquisas futuras. Logo após as Referências são apresentadas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

#### **2.1.1 Desafios na Gestão da Saúde**

Ao longo dos últimos anos várias pesquisas se desenvolveram em torno da gestão do complexo sistema de saúde em todo o mundo. Autores como Porter e Teisberg (2006), Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana e Vicente (2006), Neto e Malik (2012), Vendruscolo (2011), Martins, da Silva e Santos (2014), apontam a saúde como um grande sistema formado por amplo número de agentes heterogêneos (*stakeholder*), na qual cruzam-se saberes altamente especializados e poderes conflitantes, e manter a unidade desta diversidade é o principal empecilho enfrentado pelos gestores. Estes gestores continuam a enfrentar problemas contemporâneos, desafios administrativos tradicionais de qualquer organização, como dificuldade no atendimento e o crescente aumento dos custos, devido à inovação tecnológica e a crescente demanda por atendimentos mais complexos, prestam-se serviços que consomem recursos de elevado custo. Outro fato apontado por pesquisas disponíveis é de que parte dos hospitais no Brasil são administrados por médicos sem qualquer formação na área de administração, nem possuem administradores de carreira envolvidos na tomada de decisões, o que dificulta para mais o desempenho de algumas organizações ligadas à saúde (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto, & Simioni, 2010).

Há uma situação de carência em conhecimento tecnológico e científico, como afirma Monken, Motta, Schwach e Oliveira (2015), quanto à gestão dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento quando comparados aos países desenvolvidos. Os autores ainda afirmam que a iniciativa na valorização de manifestações do conhecimento científico poderá preencher esta lacuna do desenvolvimento.

Um estudo sobre Planejamento e Gestão de Saúde feito por Paim e Teixeira (2006), revela que no final da década de 1980 houve elaboração e implementação de propostas de reformas na gestão, planejamento e organização dos serviços. Despertou-se na mesma época o



interesse pelo planejamento e gestão da saúde, movendo os docentes e pesquisadores a atuarem junto a secretarias estaduais e municipais de saúde. Revés estes, que estimularam vários centros acadêmicos em torno das mudanças às práticas político-gerenciais na esfera pública.

### 2.1.2 A descentralização da Gestão da Saúde

Análise e avaliação da gestão em saúde e suas várias dimensões e níveis de complexidade, ganham visibilidade a partir de meados do século XX. Dentro deste contexto a proposta da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo abordada. Aspectos como planejamento, programação, reorganização do sistema de trabalho, sistemas de informação em saúde, capacitação de pessoal, práticas de monitoramento, supervisão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, além de estudos sobre o controle e participação social do SUS, também fazem parte da proposta (Junqueira, 1997; Paim & Teixeira, 2006). A descentralização e intersetorialidade inovam a gestão, transferem o poder para os que utilizam o serviço de saúde prestado, mas exige envolvimento dos diversos segmentos organizacionais da sociedade, entretanto, contribui decisivamente na construção de nova forma de gestão (Junqueira, 1997).

A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, regulamenta os artigos 196 e seguintes da Constituição Federal do Brasil de 1988, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Esta descentralização permitiu que se alterasse a gestão do setor, tornando-a mais participativa e democrática. O poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde no Brasil, foi levado para junto dos usuários através de sua participação nas Conferências de Saúde (Municipais, Estaduais e Federais) e nos Conselhos Gestores, envolvendo a sociedade na melhoria do atendimento básico de saúde baseado na percepção e necessidades da comunidade onde a UBS (Unidade Básica de Saúde) está inserida.

### 2.1.3 Pesquisas e Inovações na Gestão da Saúde

A saúde deve envolver a preparação para o serviço, que aumenta a eficiência da cadeia de valor. A intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento dos resultados, devem ser disseminados (Porter & Teisberg, 2006). Desenvolver uma agenda de pesquisas em colaboração com todos os membros corporativos, avaliar e disseminar os resultados da pesquisa em serviços de saúde, divulgando aos membros inovações bem-sucedidas e práticas de gestão de outras organizações de cuidados de saúde, são sugestões apresentadas por Walshe e Rundall

(2001). Será provável também, que as inovações nas práticas de gestão necessitem de mudanças conduzidas pelo governo ou de todo o sistema de saúde para a infraestrutura de pesquisa e disseminação (Walshe & Rundall, 2001).

Outra proposta de inovação, implica em gerenciar os gastos em saúde para que se aponte qual melhor caminho a seguir dentro de um contexto de determinada sociedade, visto que os gastos com saúde dependem da saúde individual das pessoas que é influenciada pelo sexo, condição sócio econômica, ambiente sócio cultural, determinadas condições crônicas, práticas médicas e tecnologias, criando um vínculo entre micro variáveis (relacionadas à pessoa) e macro variáveis (relacionadas ao ambiente) (Carreras, Ibern, & Inoriza, 2018; Kalache et al., 1987).

Há uma associação positiva entre idade e gastos com saúde. Uma parcela crescente de pessoas idosas pode contribuir menos para o crescimento do setor da saúde, uma vez que os gastos com saúde no final da vida dependem principalmente do estado de saúde individual (Carreras, 2018). Carreras (2008) e Veras (2012) afirmam que os idosos proporcionam benefícios bem conhecidos para a sociedade e uma enorme oportunidade de impulsionar o crescimento e desenvolvimento social e econômico de um país, quando a força de trabalho é maior que a população dependente. O Brasil está passando por este momento único em que esta mudança demográfica pode conduzir a inovação e promoção da eficiência em todo o setor de saúde tradicional (Veras, 2012).

## 2.2 SAÚDE DO IDOSO

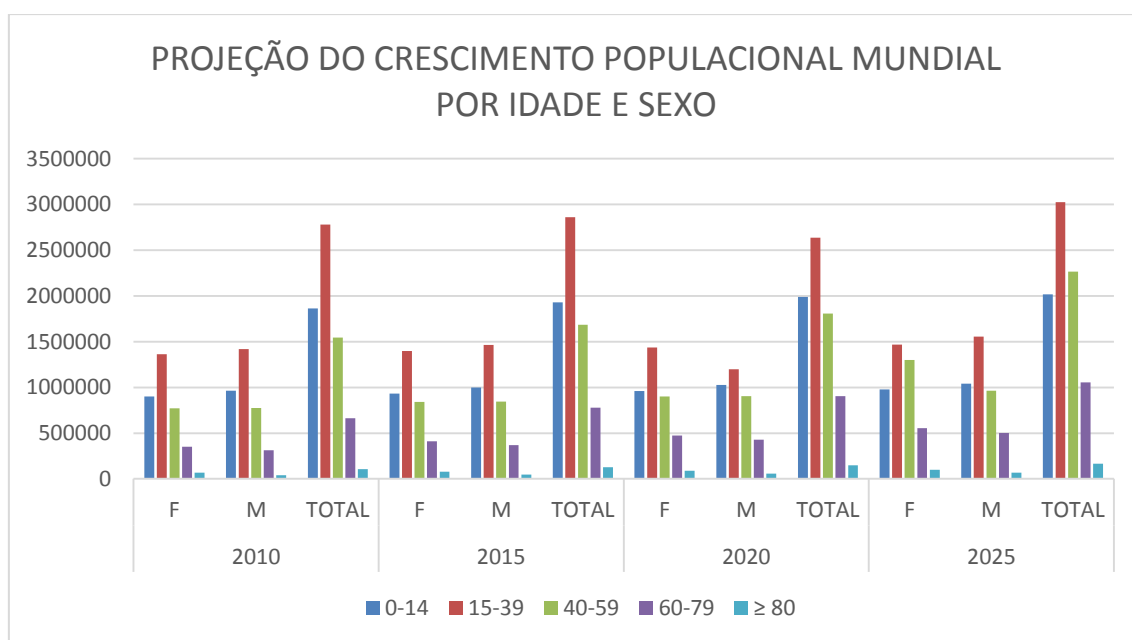
### 2.2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e vem sendo observado desde a década de 1960 e, apesar de não ser mais considerado um novo fenômeno a ser estudado, até mesmo os países desenvolvidos ainda estão em busca de adaptação a esta realidade. Envelhecer já não é proeza de uns poucos, porém os países desenvolvidos diferem dos países subdesenvolvidos, já que seus mecanismos socioculturais e de saúde são distintos (Kalache et al., 1987). Dados estatísticos comprovam o aumento da longevidade mundial conforme estudo de Kalache et al. (1987), Fachine e Trompieri (2015), Christensen et al. (2009), que corroboram com os dados da tabela 1, do gráfico 1 e da figura 4. Vê-se que há um aumento díspar entre as idades da população, revelando um crescimento maior entre adultos acima dos 60 anos.

**Tabela 1 – Projeção populacional mundial por idade e sexo – 2000 a 2010**

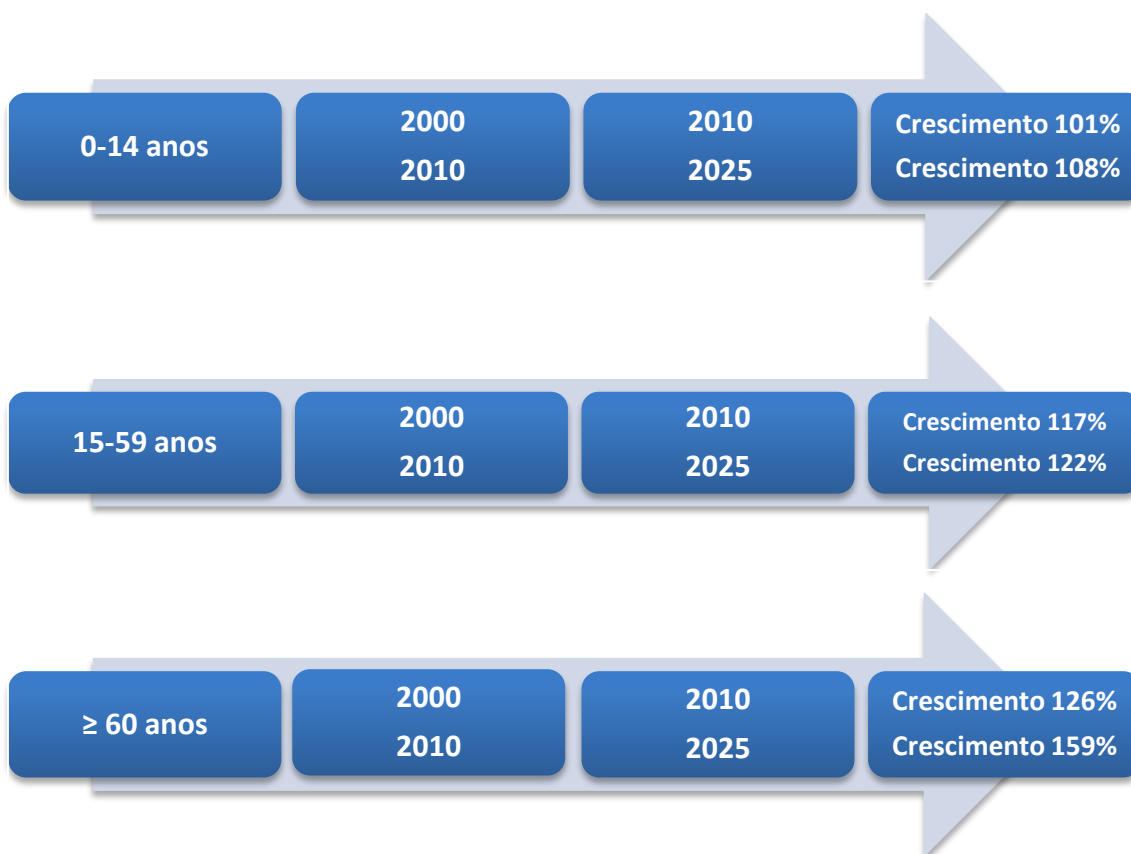
IDADE		0-14	15-39	40-59	60-79	≥ 80
ANO	SEXO	Valores por mil	Valores por mil	Valores por mil	Valores por mil	Valores por mil
2000	F	897594	1228639	590195	289022	46561
	M	951652	1271891	592801	251079	25573
	Total	1849247	2500530	1182996	540101	72134
2005	F	886954	1311141	680629	311898	55416
	M	945964	1359843	683183	275591	31541
	Total	1832918	2670984	1363812	587489	86956
2010	F	900689	1362188	770118	350290	66645
	M	963736	1418554	773472	312548	39931
	Total	1864424	2780742	1543590	662838	106575

Fonte: WPP (2017) - Adaptado pelo autor

**Gráfico 1 - Projeção do Crescimento Populacional Mundial por Idade e Sexo – 2010 a 2025**

Fonte: WPP (2017) - Adaptado pelo autor.

A figura 4 mostra a representatividade do aumento populacional em 3 faixas etárias, em que o crescimento de 0 a 14 anos de idade será mais de 50% abaixo do crescimento dos idosos acima de 60 anos, quando observado a projeção para o ano de 2025.



**Figura 4- Progressão do Aumento Populacional Mundial**

Fonte: WPP (2017) – Adaptado pelo autor

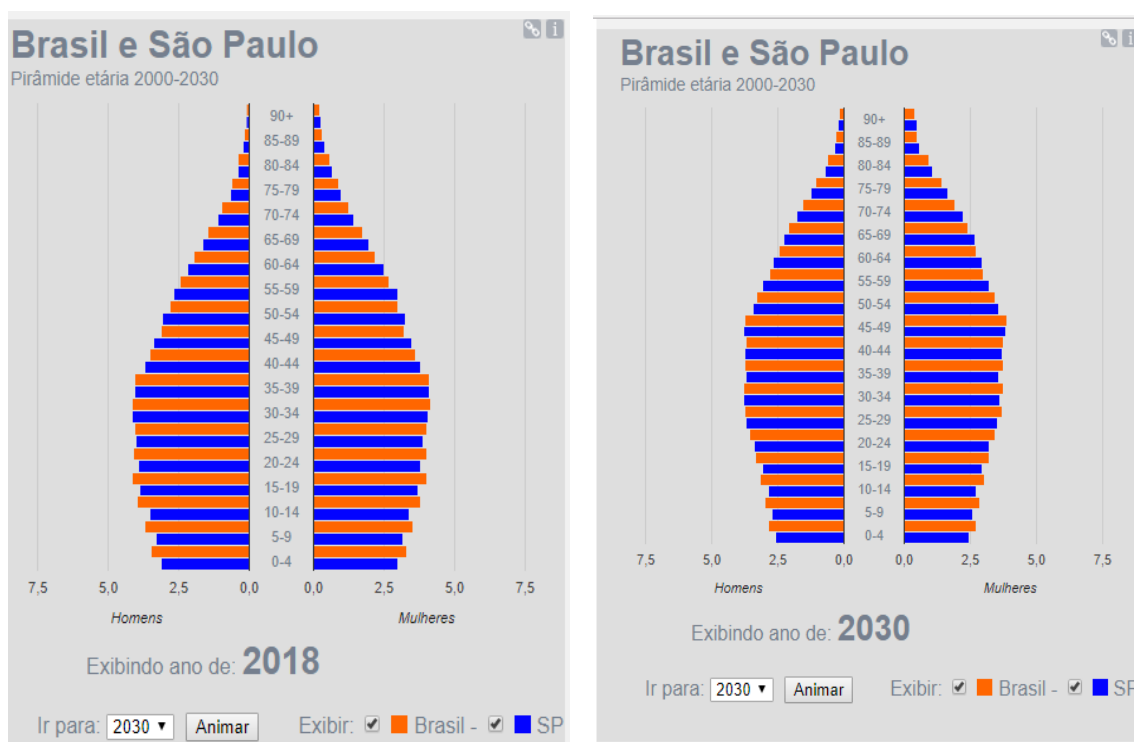
### 2.2.2 Envelhecimento da População Brasileira

Quanto à população Brasileira, segundo dados de Carvalho e Garcia (2003), o envelhecimento populacional será em maior ritmo que em alguns países do primeiro mundo. É importante observar que a proporção do contingente feminino com idades superior aos 60 anos é maior nas áreas urbanas, enquanto o masculino é maior nas áreas rurais (Camarano et al., 2004). Nas próximas décadas a população idosa com idade acima dos 65 anos terá um aumento de 2 a 4% ao ano, enquanto a população jovem entre 15 a 25 anos diminuirá, ocorrendo uma mudança na pirâmide etária nacional (Carvalho & Rodríguez-Wong, 2008).

Dados da pesquisa de Carvalho e Rodrigues-Wong (2008) retratam que dentre as pessoas com 20 anos ou mais que estavam vivendo no Brasil no ano de 2005, 87% estarão vivas em 2025 e destas, 61% estarão vivas em 2050. O Brasil neste ponto está à frente da maioria dos países latino-americanos, no qual a estrutura etária terá alguns dos mais fortes e positivos efeitos (Carvalho & Rodríguez-Wong, 2008).

A partir do início do século XXI a estrutura etária no Brasil caminhou para um progressivo envelhecimento e uma redução significativa no crescimento populacional (Saad,

2016). A Figura 5 ilustra a projeção da mudança na pirâmide etária no Brasil e no Estado de São Paulo, comparando-se os anos de 2018 ao ano de 2030 (IBGE, [s.d.]).



**Figura 5 – Projeção da Pirâmide Etária no Brasil e São Paulo por Idade e Sexo**  
**Fonte:** IBGE, [s.d.]

Segundo o último censo em 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o contingente de idosos em 2000 representava 9,32% e passou a representar 11,89% em 2010 (ilustrado na Tabela 2). Nas próximas décadas se prevê que a população idosa mais do que triplique passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050 e deverá chegar a 40% da população total no Brasil. O censo de 2010 também realça que a população jovem está decaindo. No ano de 2020 as crianças até 4 anos de idade configuravam 9,64% da população brasileira, e no censo de 2010 corresponderam a 7,17%. As crianças de 5 a 9 anos, eram 9,74% e em 2010 estavam em 7,79% da população. O contingente jovem, com idade até 24 anos, totalizava 49,68% dos brasileiros no ano de 2000, em 2010 correspondia a 41,95%. O Brasil no ano de 2040, provavelmente, deixará de ser um país majoritariamente jovem e passará a ser um país maduro, onde os idosos terão mais filhos do que netos (FUNBEP, 2010). Em termos absolutos, no ano de 2025, o Brasil será a sexta população idosa do mundo (Kalache et al., 1987).

**Tabela 2 – Censo demográfico IBGE (Brasil)**

ANO 2000	ANO 2010
Jovens até 15 anos – 25,85% da população	Jovens até 15 anos – 20,87% da população
Idosos – 9,32% da população	Idosos 11,89% da população

**Fonte:** IBGE (2010) – Adaptado pelo autor

### 2.2.3 Causas do Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional vem ocorrendo pela combinação de diversos fatores e ocorre com proporções diferenciadas dentre os países de primeiro mundo e os países em desenvolvimento. Em meados do século XX países da Europa já tinham uma expectativa de vida mais alta que outros países, em virtude das importantes conquistas médicas que ocorreram neste período (Kalache et al., 1987).

A elevação no nível de vida da população, melhoria nas condições de higiene, melhoria nas condições sanitárias (principalmente nas grandes cidades), aumento da oferta de água potável, descobertas clínicas e farmacológicas, melhores condições no ambiente de trabalho e nas residências, melhoria nutricional, contribuíram, e vêm contribuindo, para o aumento da longevidade da população mundial (Christensen et al., 2009; Kalache et al., 1987; Veras, 2012). Outro fator importante para o envelhecimento da população, apontado por vários pesquisadores, é de que um lado da pirâmide etária retrata uma diminuição nas taxas de mortalidade e, o outro lado, uma diminuição drástica das taxas de natalidade e fecundidade (Carvalho & Garcia, 2003; Kalache et al., 1987; Olivi et al., 2008; Saad, 2016).

O Brasil acompanha todas estas mudanças, mesmo sendo um país em desenvolvimento. Os avanços tecnológicos não acontecerem com a mesma rapidez que nos países desenvolvidos, mas, mesmo assim, há diminuição nas taxas de mortalidade infantil e redução nas taxas de natalidade e fecundidade. A melhoria no atendimento à saúde, principalmente nos grandes centros urbanos, e a diminuição da taxa de mortalidade coadjuva para o aumento da população idosa no Brasil (Camarano et al., 2004; Carvalho & Garcia, 2003; Carvalho & Rodríguez-Wong, 2008; Kalache et al., 1987).

No Brasil, a melhoria nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, conjugada com a universalização da seguridade social e maior acesso a serviços de saúde propiciaram ao idoso brasileiro ter sua expectativa de vida aumentada, o grau de deficiência física ou mental reduzido, impulsionando-os a viverem mais, trabalhar mais e dependerem menos de parentes ou cuidadores. (Camarano et al., 2004).

#### 2.2.4 Como vive o idoso no século XXI

O envelhecimento de uma população é a aspiração natural de qualquer sociedade, e manter-se com todas as suas funções não significa um problema, mas sim uma condição que está ligada a melhor qualidade de vida do indivíduo (Kalache et al., 1987). O que era privilégio de poucos hoje passou a ser uma norma e o envelhecimento saudável depende não só das condições sociais, mas também de políticas públicas com incentivo a práticas saudáveis e um estímulo ao autocuidado, práticas que levam o idoso a pensar e agir sobre o que lhe melhor favorece (de Assis, 2005).

Em 2009 se observou que vidas muito longas são o provável destino das pessoas que estavam vivas nos países desenvolvidos (Christensen et al., 2009) e no passado, quando a população dos países europeus começou a envelhecer, eles eram os mais poderosos e ricos do mundo (Kalache et al., 1987).

É importante para o idoso manter sua qualidade de vida ligada ao meio em que ele vive, nas diferentes culturas sociais. Promover a atividade física, educação em saúde, controle e prevenção de doenças, atividade cognitiva e social, hábitos de vida saudáveis e mobilização de recursos individuais e coletivos da sociedade, são as atuais ferramentas para que o idoso deste século viva mais e melhor (Mallmann et al., 2015).

O idoso vive um processo de inclusão digital, fazem uso da internet, mantem hábitos saudáveis e demonstram melhor capacidade cognitiva e funcional. Este perfil comportamental do idoso vem sofrendo mudanças significativas nos últimos 40 anos e a atenção à saúde do idoso tornou-se um obstáculo a ser transposto pela sociedade Brasileira (Confortin et al., 2017).

O idoso do século XXI, particularmente os que vivem nos grandes centros urbanos, mantém sua autodeterminação, mantêm-se mais tempo trabalhando e, inúmeras vezes, sustentando sua família; exerce suas tarefas do dia a dia, interage com outros idosos através de redes sociais e grupos de convivência, viaja, faz atividade física, estuda e busca atendimento médico regular (Confortin et al., 2017; de Assis, 2005; Kalache et al., 1987; Lima-Costa & Veras, 2003; Mallmann et al., 2015).

## 2.3 DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST) EM IDOSOS

### 2.3.1 O aumento das DST's nos Idosos

O aumento da longevidade, o envelhecimento saudável, taxas mais altas de divórcio e a ampla aceitação de medicamentos para disfunção erétil no funcionamento sexual, motiva o idoso a ter uma vida sexual ativa e estudos até então mostram que os homens são mais ativos sexualmente do que as mulheres e são mais propensos a terem relações extraconjugais (Bezerra et al., 2015; de Mattos Santos & de Assis, 2011; Lindau et al., 2007; Lyu, 2018; Maschio et al., 2011; Silveira et al., 2002).

O risco do idoso contrair alguma DST (ou IST) não é zero e pesquisas apontam que o principal motivo é a prática de sexo não seguro, homens até alegam que há uma dificuldade no uso do preservativo (Bezerra et al., 2015; de Mattos Santos & de Assis, 2011; Maschio et al., 2011; Minichiello et al., 2012). O uso de preservativo pelo homem idoso tem um tabu, pois acreditam perderem a ereção com seu uso, e as mulheres acham que não necessitam por não correrem mais o risco de engravidar sendo assim, ambos acreditam não serem vulneráveis às DST's (de Mattos Santos & de Assis, 2011).

Apesar de todas as transformações que a sociedade moderna tem passado, a longevidade sendo uma realidade mundial, a vulnerabilidade do idoso frente as DST's tem sido relacionada a: invisibilidade do sexo na velhice, o idoso é frequentemente visto como assexuado; a ampliação do acesso a medicamentos para disfunção erétil é associada a sexualidade na terceira idade; a participação dos idosos nos grupos da terceira idade; a falta de diálogo com médicos e outros profissionais de saúde; e a falta de informações para os idosos (de Albuquerque Melo, Campos Leal, de Oliveira Marques, & Marino, 2012; de Mattos Santos & de Assis, 2011; Lindau et al., 2007; Minichiello et al., 2012); além do aumento da prevalência das DCNT (Doenças Crônicas não Transmissíveis) que são características com o avanço da idade e que debilitam ainda mais o organismo dos seres humanos (Confortin et al., 2017; Hebert, 2015; Ramos, Rosa, Oliveira, Medina, & Santos, 1993).

Há um consenso sobre a falta de pesquisas na área em que parte da literatura se concentra sobre o tema HIV/AIDS, pouca literatura sobre outras DST's e a maior parte das informações disponíveis resulta de estudos em populações específicas, havendo uma carência de estudos multicêntricos. Outro consenso é a falta de dados epidemiológicos disponíveis mais detalhados, há escassez de informações sobre DST's em idosos, sendo concentrado dados sobre HIV/AIDS, porém, os casos de sífilis, gonorreia e clamídia aumentaram significativamente em pessoas



mais velhas, comparando-se às taxas das populações mais jovens (de Mattos Santos & de Assis, 2011; Lyu, 2018; Minichiello et al., 2012). O atraso nas pesquisas pode comprometer as ações eficazes de contenção, prevenção e educação, como ressalta a pesquisa de Durvasula (2014), de que nos primeiros anos da epidemia de HIV as taxas de infecção em mulheres aumentou antes que as mulheres fossem suficientemente orientadas por programas de prevenção e cuidados primários personalizados, fato que ocorreu pela falta de pesquisa voltada ao público feminino, e este risco pode se repetir com os idosos.

**Tabela 3 – HIV/AIDS Brasil e Sífilis Estado São Paulo – Ano de diagnóstico – Adultos acima de 60 anos – 2005 a 2015**

ANO	M		F		TOTAL	
	HIV/AIDS BRASIL	SÍFILIS ESTADO SÃO PAULO	HIV/AIDS BRASIL	SÍFILIS ESTADO SÃO PAULO	HIV/AIDS BRASIL	SÍFILIS ESTADO SÃO PAULO
2005	681	-	450	-	1131	-
2006	774	92	487	69	1261	161
2007	835	100	536	72	1371	172
2008	937	104	619	82	1556	186
2009	988	138	674	99	1662	237
2010	961	165	663	125	1624	290
2011	1041	180	741	146	1783	326
2012	1141	310	741	202	1883	512
2013	1308	511	808	344	2116	855
2014	1298	693	809	432	2109	1125
2015	1287	797	812	497	2100	1294

Fonte: MS (2017); SES-SP (2016) – Adaptado pelo autor

No Brasil o cenário não é diferente. Há boletins epidemiológicos sobre HIV/AIDS e Sífilis por idade e sexo, porém não há um boletim específico para DST's em geral. Mas os números apresentados nestes boletins e confirmados por pesquisas de Olivi *et al.* (2008), Pereira e Borges (2010), Dornelas Neto *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2017), mostram uma progressão preocupante do HIV/AIDS e da Sífilis. A Tabela 3 mostra os dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN).

Já é claro o aumento das DST's em idosos e os trabalhos de revisão de literatura feitos por Dornelas Neto *et al.* (2015), Poynten, Grulich e Templeton (2013) e (Durvasula (2014), confirmam este crítico cenário mundial.

### 2.3.2 Conhecimento dos idosos sobre DST's

No século XXI uma parte significativa das pesquisas sobre DST's em idosos estão voltadas ao nível de conhecimento que o idoso tem sobre estas infecções. A maior causa do aumento dos casos é o conhecimento insuficiente sobre a educação sexual, o idoso não se considera dentro do grupo de risco para infecções sexualmente transmissíveis e não costumam conversar com médicos e profissionais de saúde, de modo geral, sobre sexualidade (Bezerra et al., 2015; de Mattos Santos & de Assis, 2011; de Oliveira Batista, de Oliveira Marques, Leal, Marino, & de Albuquerque Melo, 2011; Dornelas Neto et al., 2015; Poynten et al., 2013).

As mulheres idosas não usam o preservativo por acharem desnecessário, uma vez que não engravidam mais, além de manterem um grau de confiança afetiva em suas relações, Já os homens não usam preservativos pela dificuldade no seu uso e acreditam que perdem a ereção (Bezerra et al., 2015; de Jesus et al., 2016; de Mattos Santos & de Assis, 2011; Pereira & Borges, 2010).

As Pesquisas de Lazzarotto (2008), Batista *et al.* (2011), Oliveira e Cândido (2016) Poynten (2013), convergem para o total desconhecimento do idoso quanto às DST's no que tange ao conceito, transmissão, vulnerabilidade, prevenção e tratamento. As pesquisas também exibem que o nível de escolaridade influencia no conhecimento sobre DST's (de Albuquerque Melo et al., 2012) e o relacionamento com a equipe de saúde, principalmente com o médico da atenção básica, não é tão estreito ao ponto do idoso conversar sobre sua atividade sexual e implicações (Lindau et al., 2007).

O desconhecimento do risco de se contrair alguma infecção sexualmente transmissível, pelo idoso, é o principal fator do crescente aumento progressivo destas enfermidades.

### 2.3.3 Conhecimento da Equipe Multiprofissional sobre DST's em idosos

Pesquisas apontam que médicos não conversam com seus pacientes idosos sobre saúde sexual. Para a maioria dos médicos a saúde sexual do idoso não é vista como sendo um tópico prioritário nesta idade, consideram o idoso assexuado (Gott et al., 2004; Ladipo, 2017; Liausu Cherpak & dos Santos, 2016; Lindau et al., 2007; Santos et al., 2017).

Outras pesquisas importantes se referem ao nível de conhecimento que os médicos tem sobre as doenças sexualmente transmissíveis entre os idosos, uma parcela significativa de profissionais da saúde não se sentem confortáveis em abordar seus pacientes idosos sobre sexualidade por não terem treinamento específico para esta prática e concordam que falta

conhecimento a respeito, não só do assunto, mas no modo da abordagem durante uma consulta (Bezerra et al., 2015; Granville & Pregler, 2018; Liausu Cherpak & dos Santos, 2016; Lindau et al., 2007).

Outros fatores levam os médicos e/ou profissionais da saúde a não abordarem o idoso sobre saúde sexual, como exemplo, o curto tempo durante as consultas, questões religiosas, vergonha em lidar com a sexualidade das senhoras e maior preocupação com a doença do que com a qualidade de vida (Liausu Cherpak & dos Santos, 2016; Santos et al., 2017). O idoso também tem motivos para não abordar o médico sobre sexualidade, particularmente a vergonha, a carência de conhecimento dos serviços, o medo de desrespeitar o médico ou de se expor (Liausu Cherpak & dos Santos, 2016; Santos et al., 2017).

Há uma concordância entre as pesquisas, de que o idoso chega a consultar o médico sobre estimulantes sexuais e a idosa sobre reposição hormonal (de Mattos Santos & de Assis, 2011; Santos et al., 2017) e este momento seria um bom começo para uma conversa sobre prevenção das DST's com uso de preservativos, a abordagem poderia ser educativa e preventiva, não se atendo somente ao problema (Skiest & Keiser, 1997). É importante o diagnóstico rápido do HIV/AIDS em um adulto acima dos 60 anos, porém não é o que ocorre normalmente e frequentemente ele nem chega a ser realizado, (Dornelas Neto et al., 2015). A falta abordagem sobre indicação do teste de HIV/AIDS para o idoso pode comprometer a descoberta da doença precocemente, gerando atraso no tratamento com os retrovirais, uma vez que não se sabe como o idoso responderá a este tratamento (Brooks, Buchacz, Gebo, & Mermin, 2012; Skiest & Keiser, 1997).

Há uma questão importante sobre o HIV em idosos que é diferenciar as condições relativas à idade e ao vírus e as que são relacionadas a ambos. O diagnóstico é um processo difícil e complexo, pois muitas doenças características da idade e do HIV são análogas. A maioria dos sintomas físicos relacionados à infecção pelo HIV, como anorexia, alterações de memória, depressão, fadiga, erupção cutânea, falta de ar, dor crônica, perda de peso, e sintomas de aterosclerose, pode ser alusiva apenas ao curso do envelhecimento, sendo tratada sem a identificação do vírus (Bepa, 2011). Outras infecções, como as bacterianas, pneumonias ou infecções por herpes vírus podem ser identificadas como doenças da idade sem vínculo com o HIV. Outro fator importante é a perda gradual de memória recente e a retração intelectual vinculada à infecção pelo HIV podem ser confundidos com Alzheimer, entre outras enfermidades próprias do envelhecimento que se assemelham à AIDS (Bepa, 2011). Infelizmente nem os profissionais de saúde que atendem o idoso com tais sintomas e muito

menos o idoso possuem grau de conhecimento específico para diferenciar a causa de tais males (Bepa, 2011).

Diversificadas sugestões foram propostas em todas as pesquisas sobre DST's em idosos, no que tange a educação sexual não só para os idosos, mas também para a equipe multiprofissional na abordagem sobre atividades sexuais dos idosos. E está visível a necessidade de se adequar os sistemas de saúde a este importante fato (Brooks et al., 2012; de Mattos Santos & de Assis, 2011; Laroque et al., 2011; Lindau et al., 2007).

## 2.4 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS

### 2.4.1 Políticas Públicas: Marcos Normativos

A Constituição do Estado de São Paulo de 1988, Artigo 219 garante que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, e no Artigo 223, Inciso II, também garante “A identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante especialmente, ações referentes à: c) saúde do idoso. Portanto é um fato Constitucional que garante o cuidado à saúde do idoso no Brasil.

A datar da Constituição Federal, outros programas foram sendo promovidos em todos os âmbitos Federais, Estaduais e Municipais, inclusive em comunidades isoladas com ações promovidas pela própria população local e por instituições não governamentais, como comunidades religiosas, Organizações não Governamentais (ONG) e até mesmo pelas organizações que figuram na saúde suplementar incitadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 1988, assegura à pessoa idosa e sua família, a possibilidade de ingressar em programas, serviços, projetos e benefícios que colaborem no cumprimento de seus direitos. E estes são administrados pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) que estipula um conjunto de normas intitulado Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NoB-Suas) e Norma operacional Básica de recursos Humanos (NoB-rH), regularizando o funcionamento do novo modelo de gestão (SMS-SP, 2012). A Tabela 4 sumariza o histórico dos Marcos Legais que amparam os idosos no Brasil.

**Tabela 4 – Marcos Legais**

Constituição Federal	Ano 1988
Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)	Ano 1993
Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	Ano 1998
Norma Operacional Básica (NOB)	Ano 1997-1998
Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	Ano 2004
Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-Suas)	Ano 2005
Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-rH)	Ano 2006
Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI)	Ano 2006

**Fonte:** Adaptado de Gomes *et al.* (2009)

A Lei Nacional nº 10.741 dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Os capítulos IV, Artigos 15 à 19, regem sobre o Direito à Saúde do Idoso que garantem acesso universal à saúde com ações e serviços de prevenção, proteção e recuperação das doenças que afetam esta parcela da população, porém não há indícios sobre a saúde sexual do idoso, havendo uma lacuna quanto a educação e prevenção à DST's nos idosos (MS, 2003).

No quadro 1 são apresentados os principais marcos regulatórios para o tratamento aos idosos no Brasil e que estão em vigor (Seade, 2009).

**Quadro 1 – Marcos Regulatórios para o Idoso**

Declaração Universal dos Direitos Humanos Assembleia Geral das nações Unidas	10/dez/1948	Artigo 5: Toda pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
Política Nacional do Idoso (PNI) Regulamentada pelo Decreto nº 1.948	04/jan/1944 03/jul/1996	Assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender as necessidades básicas da população idosa no tocante a educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça.
Estatuto do Idoso Lei nº 10.741	01/out/2003	Regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. Trata de medidas de proteção à pessoa idosa.
Política Estadual do Idoso Lei Estadual nº 12.548/2007	2007	Tal Lei consolida em um único texto leis estaduais promulgadas entre junho de 1982 e fevereiro de 2006 e contém 68 artigos. Nela são assegurados os direitos à cidadania, à vida, à dignidade, ao bem-estar e à participação na sociedade.

Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso Ordem dos Advogados do Brasil – Seção de São Paulo (OAB-SP)	Março/2007	Adotou uma nova dinâmica, buscando a transparência do trabalho realizado e possibilitando a constante participação da sociedade em suas decisões. Foram criadas estratégias que permitem conhecer o processo do envelhecimento, denunciar maus-tratos e cobrar o devido respeito à pessoa idosa. O envelhecimento passou a ser divulgado de forma ampla, com parcerias com todos os segmentos da sociedade civil e do governo, objetivando atingir a todos os idosos existentes no Estado de São Paulo.
--	------------	---

**Fonte:** Adaptado de SEADE, 2009

#### 2.4.2 Serviços de Saúde para Idosos

O envelhecimento populacional traz dificuldades ao atendimento nos serviços de Saúde com a crescente demanda. Lima-Costa e Veras (2003) listaram algumas questões que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu como sendo os principais desafios:

- Como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento?
- Como fortalecer políticas públicas de promoção da saúde e prevenção voltadas aos idosos?
- Como melhorar e manter a qualidade de vida do idoso?

No Brasil o perfil de saúde da população vem sofrendo alterações nos últimos anos, e a saúde do idoso é um dos mais importantes desafios para a sociedade (Confortin et al., 2017). Estima-se que o número de pessoas que estão sob os cuidados de cuidadores formais, ou seja, não familiares, será cinco vezes maior em 2040 (Veras, 2012). Os idosos usam mais os serviços de saúde, por apresentarem maior carga de incapacidades e pelo aumento das DCNT, e estes se mostram ineficientes, de alto custo e têm um auto impacto socioeconômico (Confortin et al., 2017; Veras, 2012). O foco na doença é um fator importante no gasto com saúde, principalmente quando envolve a saúde do idoso e a curto prazo isto não será mais possível (Veras, 2012).

Há de se considerar que existe uma parcela importante da população idosa no Brasil, que tem dificuldades de subir escadas, enxergar, ouvir e lidar com tarefas básicas do cotidiano, porém, estas dificuldades, aparentemente, estão sendo adiadas na população mais velha, assim como a queda no índice de mortalidade de pessoas acima de 60 anos. A maioria da demanda dos cuidados do idoso brasileiro, recai sobre a família, especialmente sobre as mulheres, que tendem a ter uma vida mais saudável e longa, por buscarem mais os serviços de saúde disponíveis (Camarano et al., 2004).

Medidas que podem reduzir custos na saúde e responder aos desafios listados pela OMS, incluindo os desafios na saúde brasileira, podem ser: i) o desenvolvimento e aperfeiçoamento de ações de promoção à saúde; ii) ênfase na prevenção e tratamento de doenças com novas abordagens; iii) estratégias individuais assumindo particularidades do idoso (Confortin et al., 2017; Minichiello et al., 2012; Veras, 2012). O idoso enfrenta uma elevada demanda nos serviços de saúde e está exposto à maior probabilidade de internações que muitas vezes poderiam ser evitadas quando o cuidado na atenção básica priorizasse a prevenção da saúde e prevenção de doenças, ofertando tratamento e acompanhamento efetivos consoante com a procura (de Castro, Barbosa, Alves, & Najberg, 2016). Propostas de gestão de enfermidades para idosos, associados à ampliação da qualidade de vida priorizando à tecnologia do conhecimento, são importantes ações para a reorganização dos serviços de saúde e contenção de custos (Confortin et al., 2017; Veras, 2012).

Muitas implicações econômicas do envelhecimento da população naturalmente dependem de fatores como saúde, prestação de cuidados de longo prazo, financiamento e fatores não relativos ao sistema de saúde, como por exemplo, a idade de aposentadoria e quanto as pessoas mais velhas são recompensadas em comparação com as mais jovens (Cylus, Normand, & Figueras, 2018).

#### 2.4.3 Educação, Prevenção e Controle das DST's em idosos

A conscientização sobre as DST's (ou IST's) precisam ser incentivadas e ampliadas nos pacientes idosos, para diminuir o comportamento de risco (Skiest & Keiser, 1997). As estratégias educativas realizadas por pessoas habilitadas, poderão proporcionar uma transformação no comportamento dos idosos, particularmente quanto às formas de transmissão e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (Lazzarotto et al., 2008; Maschio et al., 2011). As práticas sexuais sem prevenção tornam os idosos expostos a contaminação pelas DST's e traz consequências importantes para a saúde coletiva (Andrade et al., 2010).

É importante que, além das campanhas e programas de prevenção às DST's, sejam reconhecidos os valores e a cultura dos idosos envolvidos, a fim de se definir uma abordagem adequada ao ambiente que ele está inserido (de Albuquerque Melo et al., 2012). Uma pesquisa de Chao *et al.* (2012) apontou que a gestão da saúde baseada na comunidade melhorou os índices de saúde e diminuiu o número de consultas ambulatoriais, demonstrando eficácia na melhoria da saúde dos idosos. A Pesquisa de Chao *et al.* (2012) foi realizada no ano de 2009 na cidade de Naging (China) em uma unidade de serviço de saúde comunitária, com um total de

2400 idosos acima de 60 anos e propondo controle das DCNT's além de escores subjetivos, como estado psicológico, autoavaliação, grau de conhecimento sobre a saúde e métodos de prevenção, atividades físicas regulares e elementos ligados à nutrição. Todos estes pontos foram pesquisados de acordo com a cultura e hábitos locais.

É um desafio para o setor da saúde a prevenção e controle das DST's em idosos (Brooks et al., 2012). Desenvolver novos modelos de gestão voltados para a educação sexual dos idosos, envolvendo toda a equipe multiprofissional, deve ser o propósito do gestor da saúde, com olhar holístico neste novo cenário que se desenha no século XXI.

#### 2.4.4 Projetos para Equipe Multiprofissional

Equipes multiprofissionais, mas em especial os médicos, são os responsáveis em multiplicar as ações para educação sexual dos idosos, dado que, são eles que possuem melhor qualificação em fornecer a informação adequada para o controle e prevenção das DST's e devem aconselhar os pacientes, independentemente da idade (Skiest & Keiser, 1997). Este é o principal motivo que expressivos pesquisadores sugerem treinamento adequado aos profissionais da saúde sobre a abordagem da sexualidade nos idosos (Granville & Pregler, 2018; Laroque et al., 2011; Lindau et al., 2007; Skiest & Keiser, 1997).

Há necessidade de se ajustar as redes de suporte, garantindo que quando da entrada do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), esta esteja devidamente equipada com material e uma equipe treinada e capacitada que possa fazer frente à totalidade dos problemas do idoso, incluindo as DST's, e que tenham objetivos, não só de tratamento das incapacidades, mas também preventivos (Ramos et al., 1993; Silvestre & Costa Neto, 2003).

É notável realçar, que o profissional de saúde do SUS, tendo treinamento e conhecimento sobre o problema das DST's em idosos, possa encaminha-los a exames de HIV, e este profissional atenda o idoso dentro da integralidade do Programa de Saúde da Família (PSF) (de Mattos Santos & de Assis, 2011). Há uma urgente necessidade de que se promova políticas públicas voltadas para a saúde sexual dos idosos, pois a sexualidade na velhice é um tema que a medicina coloca à margem, é parcamente conhecido e a sociedade, os profissionais de saúde, e os próprios idosos, tem limitado entendimento neste assunto (de Jesus et al., 2016).



## 2.5 Matriz Conceitual

Quadro 2 – Matriz Conceitual

POLO	AUTOR	ASSUNTO
GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	Luciano A. Prates Junqueira (1997)	Descentralização e intersetorialidade da saúde como forma de inovação na gestão da saúde.
	Kieran Walshe, Thomas G. Rundall (2001)	Gestão da saúde baseada em pesquisa colaborativa, desenvolvimento e avaliação
	Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg (2006)	A saúde deve envolver a preparação, a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento, a mensuração de resultados e a disseminação da informação.
	Paulo Murad Saad (2016)	O desafio é equacionar o sistema entre a problemática do envelhecimento e o sistema médico social voltado para o cuidado materno-infantil.
	Marc Carreras, Pere Ibern, José María Inoriza (2018)	Sexo e morbidade influenciam nos gastos com a saúde e estão diretamente relacionados a condições crônicas, práticas médicas e tecnologias disponíveis.
	Marc Carreras (2018)	Sustentar a pesquisa sobre a demografia e a epidemiologia da saúde e do envelhecimento, bem como promover a melhoria dos sistemas de informação de cuidados de longo prazo
	Jonathan Cylus, Charles Normand, Josep Figueras (2018)	Levantamento nos custos da saúde com os adultos acima de 60 anos. Implicações econômicas que são geradas pelo envelhecimento

POLO	AUTOR	ASSUNTO
SAÚDE DO IDOSO	Luiz Roberto Ramos (2003)	Características sociodemográficas, clínicas e funcionais de idosos e considerações sobre as implicações no planejamento em saúde.
	Ana Amélia Camarano, Solange Kanso, Juliana Leitão e Mello (2004)	O papel que o idoso atualmente representa na sociedade.
	Mônica de Assis (2005)	Debates públicos, sobre saúde e qualidade de vida do idoso.
	T. Voge P.-H. Brecha, P.-M. Leprêter, G. Kaltenbach, M. Berthel, J. Lonsdorfer (2009)	Benefícios da atividade física para indivíduos idosos.
	Basílio Rommel Almeida Fechine, Nicolino Trompieri (2015)	Conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida de uma forma autônoma e qualitativamente positiva.
	Danielli Gavião Mallmann, Nelson Miguel Galindo Neto, Josueida de Carvalho Sousa, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (2015)	O envelhecimento ativo abrange a prevenção e controle de doenças, atividade cognitiva e social, participação social e comportamentos de saúde.
	Susana Cararo Confortin, Ione Jayce Ceola Schneider, Danielle Ledur Antes, Francieli Cembranel, Lariane Morteau Ono, Larissa Pruner Marques, Lucélia Justino Borges, Rodrigo de Rosso Krug, Eleonora d'Orsi (2017)	Desenvolvimento e aperfeiçoamento de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, estratégias individuais e coletivas voltadas às principais necessidades dos idosos.
	Simone de Carvalho Santos, Sílvia Franco da Rocha Tonhom, Ricardo Shoití Komatsu (2017)	Propõe uma proximidade maior entre os profissionais das equipes de saúde e o idoso.

POLO	AUTOR	ASSUNTO
DST EM IDOSOS	Daniel J. Skiest, Philip Keiser (1997)	Aconselhamento médico sobre os fatores de risco e prevenção das DST's.
	Mariângela F Silveira, Jorge U Béria, Bernardo L Horta, Elaine Tomasi (2002)	Intervenções preventivas e educadoras sobre uso de preservativos para proteção das DST's.
	Merryn Gott, Sharron Hinchliff, Elizabeth Galena (2004)	Educação e treinamento da equipe de saúde, sobre crenças sobre atitudes e comportamentos sexuais de pessoas idosas.
	Ioná Carreno, Juvenal Soares Dias da Costa (2006)	Políticas públicas e serviços de saúde que melhorem a percepção de idosas quanto aos riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis.
	Stacy Tessler Lindau, L. Philip Schumm, Edward O. Laumann, Wendy Levinson, Colm A. O'Muirheartaigh, Linda J. Waite (2007)	Melhorar o conhecimento médico na abordagem ao idoso sobre educação e aconselhamento na prevenção de DST's.
	Alexandre Ramos Lazzarotto, Andréa Sebben Kramer, Martha Hädrich, Marina Tonin, Paula Caputo, Eduardo Sprinz (2008)	Programas de saúde pública específicos para idosos. Estratégias educativas, quanto às formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV. Número maior de estudos epidemiológicos para avaliação do conhecimento sobre a aids na população idosa.
	Magali Olivi; Rosangela Getirana Santana; Thaís Aidar de Freitas Mathias (2008)	Aprimorar os programas de prevenção, nas redes de assistência básica. Pesquisas sobre envelhecimento e sexualidade. Treinamento das equipes de saúde para atendimento ao idoso sexualmente ativo.
	Helana Augusta dos Santos Andrade, Susan Kelly da Silva, Maria Izabel Penha de Oliveira Santos (2010)	Vulnerabilidade idosa frente as DST's traz implicações importantes para a saúde coletiva. Busca de estratégias de informação e proteção aos idosos.
	Gisella Souza Pereira, Claudia Isecké Borges (2010)	Investimento público para educação em saúde sexual do idoso. Interação profissional em uma mudança de comportamento.
	Fonseca Laroque, Ângela Beatriz Affeldt, Daniela Habekost Cardoso, Gabriela Lobato de Souza, Maria da Glória Santana, Celmira Lange (2011)	O processo de envelhecimento requer articulação e preparo dos profissionais de saúde a respeito das atividades sexuais e prevenção.
	Alessandra Fátima de Mattos Santos, Mônica de Assis (2011)	Treinamento adequado ao profissional de saúde na abordagem ao idoso quanto a sexualidade e encaminhá-lo a exames de HIV. Integralidade no atendimento no programa de saúde da família.
	Hugo Moura de Albuquerque Melo, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Jacira Guiró Marino (2012)	O idoso tem informações insuficientes sobre a transmissão do HIV e a escolaridade, valores e cultura dos indivíduos são fatores que devem ser valorizados.
	John T. Brooks, Kate Buchacz, Kelly A. Gebo, Jonathan Mermin (2012)	Sugere-se testes de HIV para pessoas idosas e um programa de redução de riscos de infecção. Como o idoso responde ao uso dos Antirretrovirais
	Victor Minichiello, Saifur Rahman, Gail Hawkes, Marian Pitts (2012)	Detectar rotas de transmissão e treinamento da equipe de saúde, na abordagem da sexualidade do idoso, com envolvimento dos familiares.

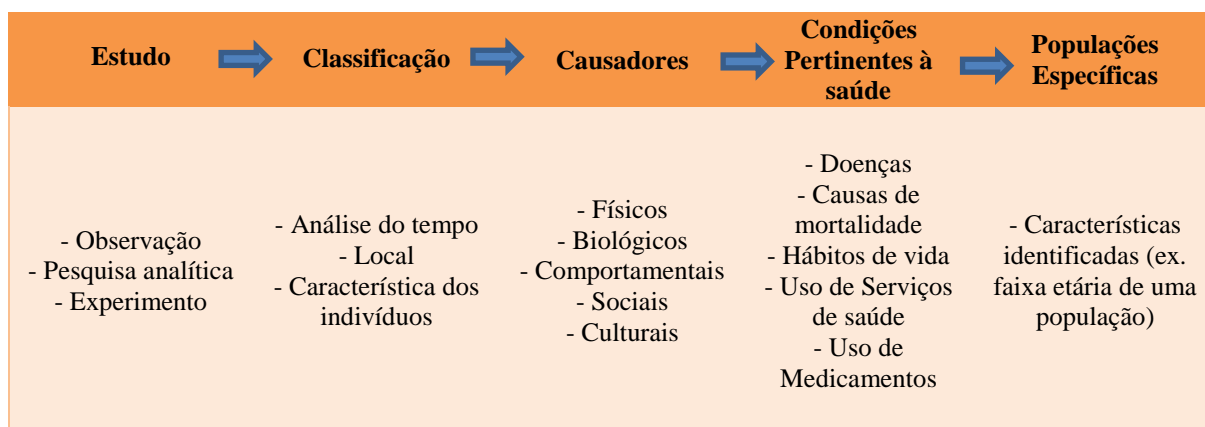
POLO	AUTOR	ASSUNTO
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS	Alexandre Kalache, Renato P. Veras, Luiz Roberto Ramos (1987)	Os desafios que serão enfrentados pela Sociedade, pela Saúde e pelas políticas públicas nos cuidados com os futuros idosos
	Luiz Roberto Ramos, Tereza Etsuko da C. Rosa, Zélia M. Oliveira, Maria Célia G. Medina, Francisco R.G. Santos (1993)	Sugestões para o atendimento primário nas UBS's unido a um planejamento global dentro da rede hospitalar e asilar que atenda a demanda do aumento da população idosa.
	Jorge Alexandre Silvestre, Milton Menezes da Costa Neto (2003)	Formação profissional dos agentes de saúde que atendem o PSF, com especialização, voltado ao trabalho na atenção básica, fazendo dela importante e eficiente nível do sistema de saúde.
	Maria Fernanda Lima-Costa, Renato Veras (2003)	Desafios para a saúde pública causados pelo envelhecimento populacional
	José Alberto Magno de Carvalho, Laura L. Rodríguez-Wong (2008)	Reformas institucionais na área da seguridade social, para conviver, no futuro próximo, com altas e sustentadas taxas de dependência de idosos.
	Kaare Christensen, Gabriele Doblhammer, Roland Rau, James W Vaupel (2009)	Desafios para o bem-estar social no enfrentamento do aumento da expectativa de vida. Implicações econômicas envolvendo a idade mínima para aposentadoria. Século XXI poderia ser um século de redistribuição uniforme do trabalho entre as populações e ao longo das idades da vida.
	Mariana Alves Santos, Barbara Santos Pires, Felipe Hoher Nahum, Guilherme Antônio de Paula Machado, Gabriela Tomaz Silva, Gabriela Gonçalves Bangoim, Ivone Panhoca (2011)	Inserir práticas assistenciais com o intuito de promover, prevenir e rastrear a infecção pelo vírus HIV na terceira idade
	Ana Flávia de Oliveira Batista, Ana Paula de Oliveira Marques, Márcia Carréra Campos Leal, Jacira Guiró Marino, Hugo Moura de Albuquerque Melo (2011)	Sugere-se que órgãos competentes, nas três esferas de governo, elaborem ações específicas voltadas aos idosos, tomando-se como base o avanço das DST's.
	Manoela Busato Mottin Maschio, Ana Paula Balbino, Paula Fernanda Ribeiro de Souza, Luciana Puchalski Kalinke (2011)	Programas de prevenção voltada para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais. Estratégias para a educação sexual do idoso.
	Renato Peixoto Veras (2012)	Modelo de gestão para atenção à saúde do idoso, com fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos.
	Rachel von Simson, Ranjababu Kulasegaram (2012)	O médico não deve esquivar-se de discutir sexo seguro com os pacientes, independentemente da idade.

POLO	AUTOR	ASSUNTO
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS	Jianqian Chao, Yimin Wang, Hui Xu, Qing Yu, Lili Jiang, Lin Tian, Wenyuan Xie, Pei Liu (2012)	Gestão de saúde baseada na comunidade melhorou os índices de saúde, e diminuiu o número de consultas ambulatoriais, demonstrando eficácia na melhoria da saúde dos idosos.
	Renato Peixoto Veras (2012)	desafios, prioridades e recomendações sobre a gestão da saúde do idoso baseado em Programas e Agências de Saúde.
	Renato Peixoto Veras, Célia Pereira Caldas, Hesio de Albuquerque Cordeiro (2013)	Proposta de linha de cuidados ao idoso que tem como foco a promoção e prevenção da saúde.
	Ramani Durvasula (2014)	Prevenção nos cuidados primários aliados à diretrizes políticas e treinamento para equipes de saúde, são fatores de melhorias a saúde sexual do idoso.
	Réjean Hébert (2015)	Fatores do envelhecimento populacional e sugestões para a gestão da saúde do idoso
	Valéria Peixoto Bezerra, Maria Angélica Pinheiro Serra, Ijaly Patrícia Pinheiro Cabral, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Sandra Aparecida de Almeida, Anna Cláudia Freire de Araujo Patrício (2015)	Ações preventivas e promover educação em saúde voltada a sexualidade do idoso.
	Guilherme Liausu Cherpak, Fânia Cristina dos Santos (2016)	Estratégias que melhorem a frequência de abordagem da sexualidade em idosos, ao aprimorar o ensino para estudantes de Medicina e realizar educação médica continuada, além de promover um impacto positivo sobre a qualidade de vida de adultos mais velhos.
	Lisa Granville, Janet Pregler (2018)	os médicos raramente abordam as idosas sobre suas atividades sexuais.

Fonte: Elaborado pelo autor

### 3 MÉTODO E TÉCNICAS DA PESQUISA

O capítulo do Método é a parte mais concreta e específica de uma proposta (Creswell, 2010). Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, qualitativo e quantitativo descritivo. Estudos epidemiológicos têm revelado que determinadas doenças e limitações não resultam do envelhecimento, e que o uso dos serviços de prevenção, eliminação de fatores de risco e adoção de práticas saudáveis contribuem para o envelhecimento saudável. (Lima-Costa & Barreto, 2003). A Epidemiologia tem como definição o estudo da classificação e dos causadores das doenças ou condições pertinentes à saúde em populações específicas e a aplicação destes estudos para o controle dos problemas de saúde (Lima-Costa & Barreto, 2003). A figura 6 apresenta os conceitos da definição de Epidemiologia.



**Figura 6: Definição de Estudo Epidemiológico**

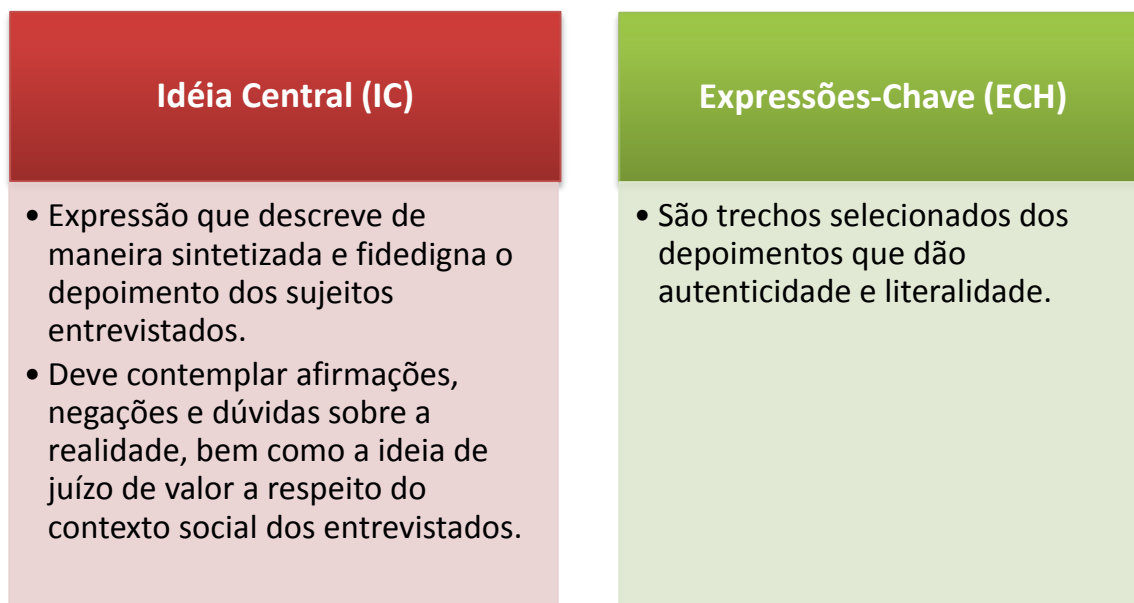
**Fonte:** Adaptado de Lima-Costa e Barreto, 2003

Os estudos Transversais visualizam a situação de uma determinada população em um momento específico da realidade descrevendo a situação em um dado momento. Estes estudos possibilitam a primeira análise identificada dentro de uma população e podem elencar fatores associados (ou não) a um desfecho existente em diferentes graus de associação. Uma das vantagens deste tipo de estudo é a rapidez que se consegue o retorno dos dados obtidos (Aragão, 2013).

Para se atingir o objetivo deste estudo optou-se por combinar dados qualitativos e quantitativos visando entender melhor o problema de pesquisa afluindo ambos os dados (tendências numéricas e concepções) a fim de promover um modelo de gestão dos serviços de saúde para idosos quanto a prevenção das DST's.

No método qualitativo a técnica de processamento das respostas será através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que se resume em reunir em pesquisas sociais empíricas, ante a forma de expressão única redigidos na primeira pessoa do singular o conteúdo de depoimentos com sentidos análogos que buscam provocar no leitor a sensação de “coletividade falando” (Lefèvre, Lefèvre, & Marques, 2009). Esta opção se alicerça por demonstrar ser a melhor alternativa quando se quer estudar opiniões, crenças, atitudes e valores através de dados qualitativos (Silva & Fossá, 2017). Este tipo de abordagem permite expor processos sociais referentes a grupos particulares propiciando novas abordagens conceitos e categorias durante a investigação (Cavalcante, Calixto, & Pinheiro, 2014).

O DSC implica em identificar as figuras metodológicas conforme afirma Lefèvre *et al.* (2009), onde o Instrumento de Análise do Discurso (IAD) é composto a partir destas figuras e está descrito na figura 7.



**Figura 7 – Figuras Metodológicas que compõe o IAD**

Fonte: Adaptado de Lefèvre *et al.* (2009)

A primeira fase é a construção do IAD (Lefèvre *et al.*, 2009), obedecendo uma sequência operacional:

1. Cópia integral das respostas (ECH)
2. Identificação das ideias centrais (IC) a partir da ECH
3. Identificação e agrupamento da IC
4. Categorização dos agrupamentos de IC

A segunda fase é a construção do DSC:

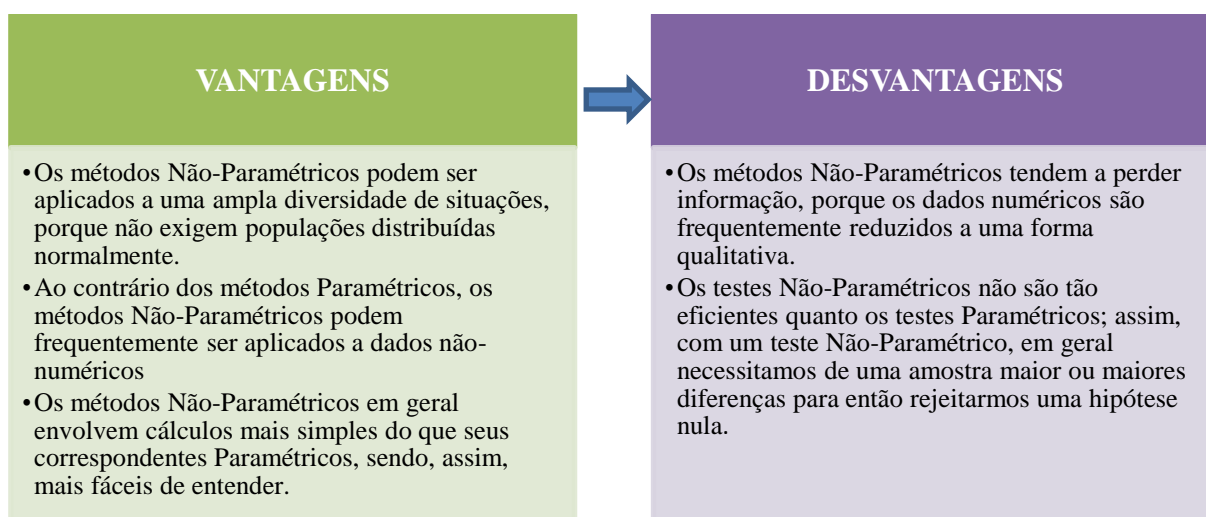
1. Cópia integral das respostas (ECH) das mesmas categorias propostas no item quatro da primeira fase
2. Composição dos DSC segundo o agrupamento de IC

O método quantitativo apresenta uma descrição numérica de tendências, atitudes, valores ou opiniões de uma determinada população. A partir dos resultados pode-se generalizar ou fazer afirmações sobre a população estudada (Creswell, 2010) e são fundamentais quando pouco sobre um determinado assunto é conhecido (Aragão, 2013). Um dos objetivos é dar conhecimento aos profissionais de um determinado setor ou área sobre dados demográficos (Aragão, 2013).

Primeiramente os dados foram agrupados em Tabela Microsoft Excel (2016) e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, como os dados não possuem distribuição normal, as análises foram baseadas em estatística não paramétrica. Sendo aplicado o teste para normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e Teste *Mann-*

Whitney, com Correção de Significância de Lilliefors ( $H_0 - H_1$ ). O intervalo de confiança das relações estatisticamente significativas foi 95% com um valor de  $p \leq 0,05$ .

As técnicas da *Estatística Não-Paramétrica* são, particularmente, adaptáveis aos dados das ciências do comportamento. A aplicação dessas técnicas não exige suposições quanto à distribuição da variável populacional. Os testes não-paramétricos são extremamente interessantes para análises de dados qualitativos. Na *Estatística Paramétrica*, para aplicação de teste como o “t” de Student, a variável em análise precisa ser numérica. Como o próprio nome sugere, a *Estatística Não-Paramétrica* independe dos parâmetros populacionais e de suas respectivas estimativas. Assim, se a variável populacional analisada não segue uma distribuição normal e/ou as amostras forem pequenas, pode-se aplicar um teste *Não-Paramétrico* (Rocha & Delamaro, 2011; Siegel & Castellan Jr, 2006). A figura 8 apresenta vantagens e desvantagens da aplicação do Teste Não Paramétrico de pesquisa.



**Figura 8 – Comparação entre Vantagens e Desvantagens do uso da Estatística Não Paramétrica**

**Fonte:** Adaptado de Siegel e Castellan Jr. (2006)

### 3.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

#### 3.1.1 Local

O Distrito do Jaconã em São Paulo conta com 95.812 habitantes, deste total 15,08% tem mais de 60 anos e o índice de envelhecimento da população é de 79,71% (SEADE, 2018). Até este período não há dados específicos para o bairro Edu Chaves, mas o índice de envelhecimento está dentro dos padrões para o Distrito onde ele está inserido e isso reflete na população atendida pelo Núcleo de Convivência de Idoso (NCI) objeto deste estudo, onde o



trabalho é tipificado na Proteção Social Básica da Política de Assistência Social, com foco no desenvolvimento de atividades que visam contribuir no processo de envelhecimento saudável, na autonomia e sociabilidade, no fortalecimento dos vínculos familiares, no convívio comunitário e na prevenção às situações de risco social.

Inaugurado pela Prefeitura de São Paulo ao término do ano de 2016, o NCI Tereza da Cruz Março tem pouco mais de 600 idosos inscritos e média de 300 usuários atendidos diariamente participantes das diversas atividades socioculturais, onde 70% recebem Benefícios de Prestação Continuada (BPC-Idoso).

A equipe multiprofissional atuante está distribuída conforme o Quadro 3.

**Quadro 3 – Relação da Equipe Multiprofissional do NCI**

<b>Quantidade</b>	<b>Atividade Profissional</b>
01	Gerente de Serviços
01	Técnica Psicóloga
01	Técnica Assistente Social
01	Fisioterapeuta
01	Auxiliar administrativo
02	Agente Operacional
11	Oficineiros
03	Voluntários

**Fonte:** Elaborado pelo Autor

Para ter acesso a todos estes serviços, a pessoa idosa deverá estar vinculada à sua UBS de referência para uma avaliação médica e morar nas imediações do NCI.

O NCI Tereza da Cruz Março ocupa um lugar importante dentro da rede de serviços à população idosa, possibilitando um lugar de convivência, aprendizado, organização e luta por direitos. Algumas fotos exemplificam as atividades desenvolvidas no NCI.



**Fachada do NCI**



**Uma das Atividades do NCI**



### 3.1.2 Amostra

A população de referência foi constituída por participantes regulares das atividades do NCI acima de 60 anos e a seleção foi aleatória simples, o pesquisador convidou a todos que pudessem e concordassem em participar da pesquisa. Além dos idosos também participaram da pesquisa os profissionais que atuam nas diversas atividades socioculturais no NCI possuindo vínculo trabalhista, não havendo restrições quanto a sua especialidade, desde que este tivesse contato direto com os idosos. Ressalta-se que dentro de um Núcleo de Convivência não há médicos, apenas profissionais de gestão, psicólogo, assistente social e outros envolvidos nas atividades sócio culturais.

Aos idosos foram distribuídos 245 questionários junto com o TCLE em envelope não identificado, porém apenas 145 retornaram, 10 não concordaram em assinar o TCLE e foram excluídos, portanto 135 foram validados. Quanto aos profissionais, a totalidade que atua diretamente junto aos idosos concordaram em participar da pesquisa preenchendo devidamente o questionário e assinando o TCLE somando-se 15 profissionais. Vale salientar que o fechamento da amostragem se deu por exaustão, pois foram incluídos todos os participantes que o período da pesquisa permitiu (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008).

### 3.1.3 Coleta de dados

A coleta de dados abrangeu os meses de novembro e dezembro de 2018. A abordagem para a distribuição dos questionários foi feita durante todas as atividades socioculturais, onde o pesquisador juntamente com um representante legal do NCI esclarecia os termos e objetivo da pesquisa a todos presentes e distribuía os envelopes contendo o questionário e o TLLE aos que se interessavam em colaborar. O retorno poderia ser imediato ou a posteriori, o idoso teve o livre arbítrio em escolher se responderia em casa ou não. Foi esclarecido que o retorno do questionário deveria ser dentro do envelope sem identificação para que não houvesse qualquer tipo de constrangimento.

É importante salientar que a abordagem com os idosos não foi fácil, muitos ficavam distraídos ou desinteressados durante a explicação, outros não entendiam o que estava sendo dito, alguns abordaram o pesquisador ou algum representante do NCI sobre o assunto para que fosse melhor esclarecido, mesmo assim, alguns não concordavam em participar, por estes motivos a adesão à pesquisa não foi maior.

Durante todo o período de coleta de dados o pesquisador participou de todas as atividades diárias do NCI e manteve uma mesa num espaço pré-determinado pela diretoria do Núcleo para esclarecer sobre a pesquisa aos que se interessavam em ter um melhor entendimento sobre o assunto e auxiliar aos que solicitavam ajuda para preencher o documento.

### 3.1.4 O Instrumento de Pesquisa

Foram aplicados dois questionários distintos, sendo um para os idosos e outro para os profissionais de saúde. Os referidos questionários são estruturados e validados por Liausu Cherpak e Dos Santos (2016), Oliv *et al.* (2008) e adaptados para os parâmetros desta pesquisa.

O questionário destinado aos idosos possui 15 perguntas de múltipla escolha e 3 perguntas abertas. A média de tempo para resposta foi de aproximadamente 3 minutos. O questionário buscou identificar a percepção sobre DST/AIDS, uma vez que o uso do preservativo está associado ao risco do idoso contrair alguma destas infecções (Olivi et al., 2008). O levantamento destes dados foi categorizado por:

- Variáveis sociodemográficas
- Atividade Sexual
- Conhecimentos gerais sobre DST/AIDS dos participantes
- Percepção sobre o contágio e prevenção de DST/AIDS

Aos profissionais o questionário foi composto por 10 perguntas, sendo 7 de múltipla escolha e 3 abertas e a média de tempo para resposta foi de 4 minutos. Este questionário buscou identificar a percepção e conhecimento de atitudes a serem tomadas no atendimento aos idosos sobre as DST/AIDS, pois desenvolver estratégias e melhorar a abordagem da sexualidade com os idosos pode beneficiar sua qualidade de vida (Liausu Cherpak & dos Santos, 2016). O levantamento destes dados foi categorizado por:

- Determinar a frequência com que a Equipe Multiprofissional aborda o assunto de sexualidade com os idosos
- Práticas no atendimento primário com respeito a sexualidade em idosos
- Conhecimento e atitudes no atendimento primário aos idosos

As perguntas abertas que foram respondidas no referido questionário seguiram o seguinte roteiro:

**Questão 5:** Tem alguma vergonha ou constrangimento em abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos? Justifique.

**Questão 10:** Quais motivos o levam a abordar ou não abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos?

#### **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

##### **4.1 IDOSO**

Entre os 135 idosos estudados predominam mulheres (83,7%), a maior concentração em idade foi entre 66 - 74 anos e a idade mediana é de 70 anos, 57,8% possuem até ensino fundamental, 36,6% até o ensino médio e apenas 5,9% possuem ensino superior. Quanto ao estado civil 36,3% são casados ou em união estável, 48,1% são viúvos, 8,1% são separados e 7,4% se declararam solteiros. Quanto a atividade sexual 41,5% possuem parceiro fixo, 0,7% informaram terem parceiro eventual e 57,8% não tem parceiro sexual. 70,4% afirmaram não terem tido relações sexuais nos últimos 6 meses e apenas 29,6% declaram ter tido relações sexuais com seus parceiros.

Criação das variáveis “Conhecimento” e “Comportamento de Risco” a partir da média das variáveis “Atividade Sexual” e “Doença Sexualmente Transmissível” consecutivamente. O questionário foi respondido pelos beneficiários/usuários do serviço, sendo composto por duas partes: A primeira era formada por questões sócio demográfica. A segunda delas buscou identificar a percepção do impacto do risco sobre as variáveis relacionadas as doenças sexualmente transmissíveis. As questões foram respondidas com a utilização de uma escala tipo de intensidade, com 5 pontos, variando entre 1 (pouco) e 5 (muito). As variáveis sócio demográficas estão apresentadas na tabela 5.

Tabela 5 – Variáveis Sócio demográficas

Características		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
<b>Sexo</b>					
Válido	Homem	22	16,3	16,3	16,3
	Mulher	113	83,7	83,7	100,0
	<b>Total</b>	135	100,0	100,0	
<b>Idade Mediana 70 anos</b>					
<b>Escolaridade</b>					
Válido	Fundamental	78	57,8	57,8	57,8
	Médio	49	36,3	36,3	94,1
	Superior	8	5,9	5,9	100,0
	<b>Total</b>	135	100,0	100,0	
<b>Estado Civil</b>					
Válido	Casado	48	35,6	35,6	35,6
	União Estável	1	0,7	0,7	36,3
	Viúvo	65	48,1	48,1	84,4
	Separado	11	8,1	8,1	92,6
	Solteiro	10	7,4	7,1	100,0
	<b>Total</b>	135	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto a categoria sobre atividade sexual 83% dos idosos foram ao ginecologista ou urologista no último ano. 41,5% tem um parceiro fixo e 57,8%, 0,7% tem parceiros eventuais e fixos e 57,8% não tem parceiro sexual. 41,5% tiveram relações sexuais nos últimos três meses com um parceiro sexual, mas este número cai significativamente quando questionado sobre relações sexuais nos últimos 6 meses onde só 29,6% responderam afirmativamente e 70,4% não tiveram atividade sexual neste período. A tabela 6 exemplifica a atividade sexual dos idosos participantes da pesquisa.

Tabela 6 – Atividade sexual

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
<b>Ida ao Ginecologista ou Urologista</b>					
Válido	Sim	112	83,0%	83,0%	83,0%
	Não	23	17,0%	17,0%	100,0%
	<b>Total</b>	135	100,0%	100,0%	
<b>Tipo de Parceiro</b>					
Válido	Fixo	56	41,5%	41,54%	41,5%
	Eventual e Fixo	1	0,7%	0,7%	42,2%
	Não tem	78	57,8%	57,8%	100,0%
	<b>Total</b>	135	100,0%	100,0%	
<b>Número de parceiros nos últimos 3 meses</b>					
Válido	1 parceiro				
	2 parceiros	56	41,5%	41,5%	41,5%
	Nenhum	2	1,5%	1,5%	43,0%
	parceiro	77	57,0%	57,0%	100,0%
	<b>Total</b>	135	100,0%	100,0%	
<b>Relação sexual nos últimos 6 meses</b>					
Válido	Sim	40	29,6%	29,6%	29,6%
	Não	95	70,4%	70,4%	100,0%
	<b>Total</b>	135	100,0%	100,0%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Quanto ao conhecimento e percepção sobre contágio e prevenção das DST's/AIDS, 77,8% conhecem alguma DST, 14,1% não conhecem qualquer DST e 8,1% não sabe o que é DST. Quanto a contaminação, 81,5% acreditam que qualquer pessoa pode se contaminar, 3,7% acreditam que alguns grupos de pessoas são vulneráveis e 14,8% não soube responder. Um dado importante é sobre o uso de preservativos nas relações sexuais, apenas 0,7% usaram nas últimas relações e 99,3% não usam preservativos. Importante salientar que 66% da população entrevistada nunca fez teste de HIV. Quando questionados sobre sua vulnerabilidade em contrair uma DST, 23% considera que é muito possível ou possível contraírem alguma DST, 61,5% acreditam ser impossível ou quase impossível se infectarem e 15,6% não soube dizer. A tabela 7 apresenta os resultados apresentados.

**Tabela 7 – Conhecimento e Percepção sobre Contágio e Prevenção de DST**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
<b>Usa ou usou preservativo nas relações sexuais</b>					
Válido	Usa/usou	1	0,7%	0,7%	0,7%
	Não uso	134	99,3%	99,3%	100,0%
	Total	135	100,0%	100,0%	
<b>Fez teste HIV</b>					
Válido	Sim	46	34,0%	34,0%	34,0%
	Não	89	66,0%	66,0%	100,0%
	Total	135	100,0%	100,0%	
<b>Quem pode pegar DST</b>					
Válido	Qualquer pessoa	110	81,5%	81,5%	81,5%
	Alguns grupos	5	3,7%	3,7%	85,2%
	Não sei	20	14,8%	14,8%	100,0%
	Total	135	100,0%	100,0%	
<b>Se acha vulnerável a pegar DST</b>					
Válido	Muito possível	13	9,6%	9,6%	9,6%
	Possível	18	13,3%	13,3%	23,0%
	Quase impossível	29	21,5%	21,5%	44,4%
	Impossível	54	40,0%	40,0%	84,4%
	Não sei	21	15,6%	15,6%	100,0%
	Total	135	100,0%	100,0%	

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Muitos dos procedimentos estatísticos são baseados em suposições para sua aplicação (Field, 2009). Dentre as suposições, podemos citar a homogeneidade de variância: essa hipótese significa que as variâncias devem ser as mesmas para as diferentes populações consideradas. Os grupos devem proceder de uma população que segue a lei normal: essa hipótese significa que a população é distribuída normalmente. Dados em uma escala de intervalo ou de razão: isso significa que a distância entre os pontos de sua escala deve ser igual em todas as partes ao longo

da escala e independência, em que o comportamento de um participante não influencia no comportamento de outro (Field, 2009).

### • VERIFICAÇÃO DA NORMALIDADE DOS DADOS

A normalidade dos dados é uma das suposições frequentemente utilizada para determinar que tipo de teste estatístico será empregado e muitos dos procedimentos estatísticos são testes paramétricos, os quais requerem que os dados sejam retirados de uma população normalmente distribuída (Field, 2009). Quando os dados não seguem uma distribuição normal, deve-se optar por testes não paramétricos. As estatísticas não-paramétrica não dependem que os dados sejam provenientes de um tipo de distribuição de probabilidade. As técnicas baseiam-se em ranking das observações (Field, 2009).

Optar por conclusões precisas, o tipo de teste estatístico a ser utilizado deve ter uma boa representação para os dados que coletamos. Portanto, a aderência do modelo ou o grau com que o modelo estatístico representa os dados deve ser adequado. Para dar suporte às análises gráficas, métodos objetivos são necessários para determinar se uma distribuição é ou não normal (Field, 2009). Dentre os testes não paramétricos comumente utilizados para amostras pequenas, os de *Shapiro-Wilk* (SW) e *Kolmogorov-Smirnov* (KS) estão disponíveis em programas estatísticos como SPSS.

Para verificar se os dados possuem distribuição normal, seguiram-se os seguintes passos para a construção dos resultados:

### • TESTE DE NORMALIDADE

#### 1º Passo: Definição das hipóteses

*H0: Distribuição Normal*

*H1: Distribuição não é Normal*

#### 2º Passo: Definição do nível de significância e construção da região crítica.

$\alpha = 5\%$

$\alpha =$  nível de significância

Rejeite *H0* se  $p \leq 0,05$

$p =$  Resultado principal

#### 3º Passo: Conclusão.

Rejeitamos *H0* ao nível de significância de 5%

O quadro 4 descreve como foi criada a variável **CONHECIMENTO** pela média dos constructos: “Conhece alguma DST”, “Preservativo previne DST”, “Quem pode pegar DST”. Conhecimento foi considerado sobre o nível de percepção que a população de referência tem sobre como se infectar, como tratar ou como prevenir uma DST a partir das práticas sexuais preventivas disponíveis e amplamente divulgadas pela Secretaria de Saúde.

O quadro 5 apresenta o Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov* da amostra sobre **CONHECIMENTO** com Correção de Significância de *Lilliefors*, concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal.

**Quadro 4 – Teste de Normalidade para CONHECIMENTO**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Acumulativa
1,67	12	8,9	8,9	87,4
2,00	6	4,4	4,4	91,9
2,33	3	2,2	2,2	94,1
2,67	1	,7	,7	94,8
3,00	7	5,2	5,2	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Quadro 5 - Teste de Kolmogorov-Smirnov da amostra sobre CONHECIMENTO**

		CONHECE ALGUMA DST	PRESERVATI VO PREVINE DST	QUEM PODE PEGAR DST
N		135	135	135
Parâmetros normais a,b	Média	1,304	1,326	1,333
	Erro Desvio	,6142	,6209	,7228
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,467	,456	,492
	Positivo	,467	,456	,492
	Negativo	-,310	-,300	-,322
Estatística de teste		,467	,456	,492
Significância Sig. (2 extremidades)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. A distribuição do teste é Normal.

b. Calculado dos dados.

c. Correção de Significância de *Lilliefors*.

H0: Distribuição Normal

H1: Distribuição não é Normal

Rejeite H0 se  $p \leq 0,05$

Conclusão: As variáveis não possuem Distribuição Normal

O quadro 6 apresenta a Tabulação Cruzada entre **ESCOLARIDADE x CONHECIMENTO** onde os dados realçados concentram os maiores índices indicando que a maior parte da amostra declarou baixo conhecimento em relação a assuntos sobre DST, independente da escolaridade.

**Quadro 6 – ESCOLARIDADE X CONHECIMENTO – Tabulação cruzada**

CONTAGEM		CONHECIMENTO							Total
		1,00	1,33	1,67	2,00	2,33	2,67	3,00	
ESCOLARIDADE	Fundamental	42	14	9	5	2	1	5	78
	Médio	30	14	2	1	1	0	1	49
	Superior	5	1	1	0	0	0	1	8
Total		77	29	12	6	3	1	7	135

O quadro 7 corresponde ao teste *Mann-Whitney* da classificação do sexo. O quadro 8 apresenta o Teste de Hipótese onde se conclui que não há diferença entre homens e mulheres, pois o nível de conhecimento sobre DST's entre eles é o mesmo

**Quadro 7 - Teste *Mann-Whitney* - Classificações**

	SEXO	N	Postos de média	Soma de Classificações
CONHECIMENTO	Homem	22	66,91	1472,00
	Mulher	113	68,21	7708,00
	Total	135		

**Quadro 8 - Estatísticas de teste "a"**

	CONHECIMENTO
U de <i>Mann-Whitney</i>	1219,000
<i>Wilcoxon W</i>	1472,000
Z	-,159
Significância Sig. (2 extremidades)	,873

a. Variável de Agrupamento: SEXO

H0: O conhecimento no assunto (DST) é igual entre homens e mulheres

H1: O conhecimento no assunto (DST) não é igual entre homens e mulheres

Rejeite  $H_0$  se  $p \leq 0,05$

Conclusão: O conhecimento no assunto (DST) é igual entre homens e mulheres.



O quadro 9 retrata o teste *Kruskal-Wallis* (Não Paramétrico) para classificar através dos pontos de média de quais meios de comunicação usados pela população de referência neste estudo se destacam dos demais na disseminação de conhecimento, incentivo a prevenção de DST e abordagem do tema sexualidade nas consultas médicas regulares.

**Quadro 9 – Classificações - Teste *Kruskal-Wallis***

	CONHECIMENTO	N	Postos de média
MEIOS_COMUNICACAO _TV	1,00	118	67,42
	2,00	10	72,00
	3,00	7	72,00
	Total	135	
RADIO	1,00	118	68,53
	2,00	10	54,00
	3,00	7	79,07
	Total	135	
JORNAL_REVISTA	1,00	118	67,73
	2,00	10	63,50
	3,00	7	78,93
	Total	135	
LINKEDIN	1,00	118	68,00
	2,00	10	68,00
	3,00	7	68,00
	Total	135	
INTERNET	1,00	118	70,32
	2,00	10	56,25
	3,00	7	45,64
	Total	135	
FACEBOOK	1,00	118	69,75
	2,00	10	52,25
	3,00	7	60,93
	Total	135	
EMAIL	1,00	118	67,86
	2,00	10	67,75
	3,00	7	70,64
	Total	135	
INSTAGRAN	1,00	118	69,37
	2,00	10	58,50
	3,00	7	58,50
	Total	135	
WHATSAPP	1,00	118	70,33
	2,00	10	57,75
	3,00	7	43,29
	Total	135	
NÃO_USO	1,00	118	68,07
	2,00	10	67,50
	3,00	7	67,50
	Total	135	

O quadro 10 apresenta o Teste *Kruskal Wallis*, um teste de hipótese onde se conclui a igualdade entre os **MEIOS DE COMUNICAÇÃO** evidenciando que o conhecimento é vinculado igualmente pelas mídias quando considerado um nível de significância de 5%. Porém destacam-se o *WhatsApp* e a *Internet* quando consideramos a seguinte hipótese:

$$\alpha = 10\%$$

Rejeite  $H_0$  se  $p \leq 0,10$

Rejeitamos  $H_0$  ao nível de 10% de significância

**Quadro 10 - Estatísticas de teste “a,b” – Teste de Hipótese *Kruskal Wallis***

	MEIOS_COMUNICACAO_TV	RADIO	JORNAL_RVISTA	LINKEDIN	INTERNET	FACEBOOK	EMAIL	INSTAGRAM	WHATSAPP	NÃO_USO
Qui-quadro	1,216	2,573	1,166	,000	4,819	2,796	,121	3,162	5,730	,144
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Significância	,544	,276	,558	1,000	,090	,247	,941	,206	,057	,930
Sig.										

a. Teste *Kruskal Wallis*

b. Variável de Agrupamento: CONHECIMENTO

$H_0$ : O conhecimento é veiculado igualmente pelas mídias

$H_1$ : O conhecimento não é veiculado igualmente pelas mídias

Rejeite  $H_0$  se  $p \leq 0,10$

Conclusão: Rejeitamos  $H_0$  ao nível de 10% de significância. O conhecimento não é veiculado igualmente pelas mídias.

A variável **RISCO** foi criada considerando os seguintes constructos: “Ida ao Ginecologista/Urologista no último ano”, “Tipo de Parceiro sexual”, “Número de Parceiro nos últimos 3 meses”, “Relação sexual nos últimos 6 meses”, “Usa Preservativo”, “Usou preservativo a última relação sexual”, “Fez teste de HIV” e “Se acha vulnerável à DST”. O quadro 11 representa o Teste de *Kolmogorov-Smirnov* de uma amostra para o Teste de Normalidade com Correção de Significância de *Lilliefors* concluindo-se que as variáveis não possuem Distribuição Normal.

Quadro 11 - Teste de *Kolmogorov-Smirnov* de uma amostra

	GINEC_U ROL_ULT _ANO	TIPO_ PARC EIRO	N_PARCEIR O_ULT_3ME SES	RELACAO _ULT_6ME SES_	USA_PR ESERVA TIVO_	TES TE_ HIV_	USO_PRESER V_ULTIMA_REL ACAO	SE_ACHA _VULNER AVEL
N	135	135	135	135	135	135	135	135
Par Mé	1,170	1,007	1,015	1,704	1,363	1,659	1,844	1,385
âme dia								
tros Err								
nor o								
mai De	,3774	,0861	,1213	,4583	,4826	,4757	,3638	,4885
s svi								
a,b o								
Dife Ab								
renç sol	,504	,527	,534	,445	,411	,422	,510	,400
as uto								
Mai Po								
s siti	,504	,527	,534	,259	,411	,258	,334	,400
Extr vo								
ema Ne								
s gat	-,326	-,466	-,451	-,445	-,270	-,422	-,510	-,281
ivo								
Estatístic								
a de	,504	,527	,534	,445	,411	,422	,510	,400
teste								
Significâ								
ncia Sig.								
(2	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>
extremid								
ades)								

a. A distribuição do teste é Normal.

b. Calculado dos dados.

c. Correção de Significância de *Lilliefors*.

H0: Distribuição Normal

H1: Distribuição não é Normal

Rejeite H0 se  $p \leq 0,05$

Conclusão: As variáveis não possuem Distribuição Normal.

Os quadros 12 e 13 destacam o Resumo de processamento dos casos entre a contagem **RISCO X CONHECIMENTO** e a tabulação cruzada do **RISCO x CONHECIMENTO**, respectivamente. Destacado em vermelho no quadro 13 está a maior concentração dos

resultados, indicando que existe uma associação entre risco e conhecimento, ou seja, quanto menor o conhecimento sobre DST maior o risco de se infectar.

**Quadro 12 - Resumo de processamento dos casos**

Contagem	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
RISCO x CONHECIMENTO	135	100,0%	0	0,0%	1 3 5	100,0%

**Quadro 13 – Risco x Conhecimento – Tabulação Cruzada**

Contagem		CONHECIMENTO							Total
		1,00	1,33	1,67	2,00	2,33	2,67	3,00	
RISCO	1,00	2	0	0	0	0	0	0	2
	1,13	3	1	0	0	0	0	0	4
	1,25	12	6	2	0	0	0	1	21
	1,38	36	14	5	3	1	0	2	61
	1,50	20	8	4	2	2	1	4	41
	1,63	3	0	0	1	0	0	0	4
	1,75	1	0	1	0	0	0	0	2
Total		77	29	12	6	3	1	7	135

No quadro 13 está exibindo a tabulação cruzada entre **RISCO x CONHECIMENTO** e ressaltado no quadro em vermelho está evidenciada uma relação entre estas duas variáveis, concentrando a maior parte dos resultados. Mas quando o teste de correlação de *Spearman* é feito considerando um nível de significância de 5%, não há correlação entre estas variáveis. Porém quando ajustado a um nível de significância de 10%, a correlação é positiva, evidenciando que existe uma relação entre o risco de se adquirir DST pelos idosos e o baixo grau de conhecimento que estes detêm sobre o assunto. O Quadro 14 e o Gráfico 2 demonstram estas duas hipóteses.

**Quadro 14 – Correlação de CONHECIMENTO x RISCO**

			CONHECIMENTO	RISCO
rô de <i>Spearman</i>	CONHECIMENTO	Coeficiente de Correlação	1,000	,141
		Sig. (2 extremidades)	.	,103
		N	135	135
	RISCO	Coeficiente de Correlação	,141	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,103	.
		N	135	135

H0: Não existe correlação

H0: Não existe correlação

H1: Existe correlação

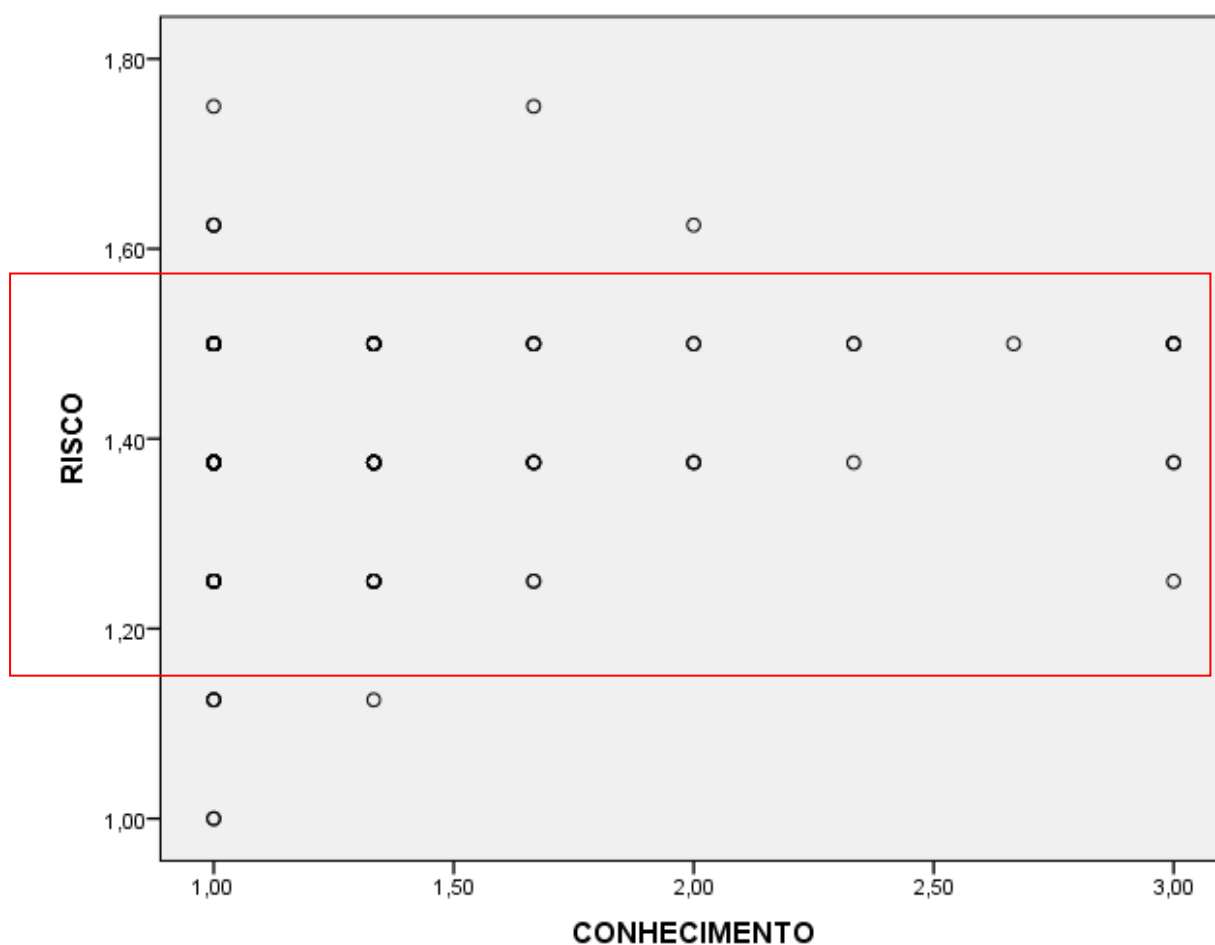
H1: Existe correlação

Rejeite  $H_0$  se  $p \leq 0,10$

Rejeite  $H_0$  se  $p \leq 0,05$

Conclusão: Há correlação entre as variáveis RISCO x CONHECIMENTO.

Conclusão: Não há correlação entre as variáveis RISCO x CONHECIMENTO.

**Gráfico 2 – Relação RISCO x CONHECIMENTO**

## 4.2 PROFISSIONAIS

A característica dos 15 profissionais respondentes está delineada na Tabela 8. Uma das categorias do levantamento de dados é determinar a frequência com que a equipe multiprofissional aborda a sexualidade com os idosos e os resultados mostraram que 53% não abordaram sobre sexualidade em suas atividades e 47% já falaram sobre sexualidade com os idosos. Porém 93,3% da amostra teve uma frequência em abordagem em menos de 30%. A tabela 8 também apresenta a abordagem da sexualidade em suas atividades, por especialidade, e mostra que profissionais como Psicólogo, Assistente Social e Professores de dança que envolvam sensualidade tem uma visão positiva sobre sexualidade dos idosos.

**Tabela 8 – Características da Amostra dos Profissionais e Abordagem da Sexualidade por Profissional**

Especialidade	N	Abordou sexualidade	Não abordou sexualidade
		N	N
Assistente Social	1	1	
Psicólogo	1	1	
Serviço Social	1		1
Fisioterapeuta	1		1
Professor Educação Física/Zumba	1	1	
Professor Educação Física/Dança	2	2	
Professora Corte e Costura	1		1
Professor Educação Física/Alongamento	1		1
Professora Educação Física/Yoga	1	1	
Professor Educação Física/Ginástica	2	1	1
Professor Música	1		1
Professora Artes e Artesanato	2		2
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Percentual</b>		<b>47%</b>	<b>53%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

Entre todas as classes de profissionais não houve um consenso sobre qual sexo tem um grau maior de orientação sexual, entretanto 93,3% acreditam que idosos sexualmente ativos é comum e 86,7% não teriam vergonha em abordar o assunto com eles, mesmo que 86,7% não tiveram qualquer treinamento para coletarem histórico sexual ou fornecerem aconselhamento sobre sexualidade na terceira idade e 13,3% já tiveram algum tipo de treinamento. O mesmo percentual de 86,7% admite que há diferença entre sexo e sexualidade, 6,7% acredita que não é relevante e 6,7% não sabe a diferença entre estes conceitos. A tabela 9 apresenta os dados referentes a categoria de práticas no atendimento, conhecimento e atitudes na abordagem com

os idosos.

**Tabela 9 – Práticas no Atendimento, Conhecimento e Atitudes na Abordagem com os Idosos**

<b>Abordagem da Sexualidade</b>	<b>N</b>	<b>Porcentagem</b>
sim	7	47%
não	8	53%
<b>Frequência na Abordagem</b>		
Menos 30%	14	93,3%
Entre 31 e 60%	0	0,0%
Acima 61%	1	6,7%
<b>Vergonha ao abordar o assunto</b>		
sim	2	13,3%
não	13	86,7%
<b>Sexo e Sexualidade</b>		
Diferentes	13	86,7%
Mesma coisa	0	0,0%
A diferença não é relevante	1	6,7%
Não sei	1	6,7%
<b>Orientações Sexuais</b>		
Não percebi	5	33,3%
Mais comuns em homens	1	6,7%
Mais comuns em mulheres	4	26,7%
Não houve predominância	5	33,3%
<b>Idosos sexualmente ativos são normais</b>		
sim	14	93,3%
não	1	6,7%
<b>Treinamento para coletar histórico sexual</b>		
sim	2	13,3%
não	13	86,7%

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Análise qualitativa das perguntas abertas se deu sob perspectiva do DSC dos profissionais que atendem diretamente os idosos no NCI e estão no quadro 15, como síntese qualitativa das representações sociais onde estão destacados os termos que se assemelham e que foram com regularidade maior apresentados nas respostas. O discurso de todos os profissionais foi direto e resumido, indicando que o questionário foi respondido em um curto espaço de tempo.

Quadro 15 – Síntese qualitativa das Representações Sociais

Participante	Q-1/R-1	Q-5/R5	Q10/R-10
A	Assistente Social	Assunto normal	(sim) Os motivos que levam a abordar a sexualidade com os idosos são para o conhecimento e que os mesmos façam sexo seguro, se conheçam e tenham qualidade de vida.
B	Psicóloga	Normal	(sim) A própria demanda que eles apresentam.
C	Educação Física	Assunto comum entre adultos	(sim) Abordo por ser importante saber sobre as doenças.
D	Professor Dança	Assunto normal entre adultos	(sim) Principalmente as mulheres fazem comentários sobre sexualidade na dança.
E	Professor Dança	Por ser um assunto importante	(sim) Abordo porque o idoso tem vida sexual e precisa saber como evitar doenças.
F	Professor Zumba/Educação Física	Algumas vezes as mulheres fazer algum comentário	(sim) É importante que eles entendam que sexo é normal
G	Professora Yoga	É importante que conheçam o corpo	(sim) Todos precisam conhecer o corpo e saber as limitações.
H	Professora Artes	Mas também nunca me foi perguntado sobre isso com o idoso.	(não) Por não haver comentário sobre isso na aula alunas tranquilas.
I	Professor Educação Física/Ginástica	Não houve oportunidade.	Não foi levantado o assunto na aula.
J	Serviço Social	Importante.	Não perguntaram.
K	Fisioterapeuta	Assunto importante e é normal.	Não trabalho essa abordagem por não ter uma relação direta com o treinamento, a menos que seja um motivo de conscientização.
L	Oferecimento de Artesanato	Não sei falar.	Não tem nada a haver com a aula.
M	Corte e costura	Não é da aula	Não é da aula.
N	Música	A rotina da música acaba tirando o foco desse tema.	Não abordar devido a rotina musical das oficinas.
O	Alongamento	Não tive oportunidade em falar.	Não abordo devido a falta de oportunidade e ninguém perguntou nada na aula.

Discurso do Sujeito Coletivo das Ideias Centrais:

**Questão 5:** Tem alguma vergonha ou constrangimento em abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos? Justifique.



- Aliado a resposta de que 86,7% dos participantes não teria vergonha em abordar o assunto, **“assunto normal”** foi o termo predominante considerado pelos profissionais (33%), seguido de **“assunto importante”** (27%).
- Outros termos como: **“não é da aula”**, **“não tive oportunidade”** e **“nunca ninguém me perguntou”** e **“não sei falar”** aparecem em escala menor, e correspondem em um total de 40% das outras respostas.

**Questão 10:** Quais motivos o levam a abordar ou não abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos?

- 53% dos profissionais não abordaram a sexualidade e não houve um termo predominante para esta justificativa. As respostas foram divididas em dois grupos: **“ninguém perguntou”**, **“não houve comentário”** e **“não foi levantado o assunto”**, considerados sinônimos que fizeram parte de um grupo. **“Não ter relação com a aula”** ou **“não fazer parte da rotina”** fazem parte de termos considerados sinônimos do segundo grupo.
- 47% dos profissionais já abordaram de alguma forma a sexualidade com os idosos por eles atendidos e as justificativas aparecem em 3 grupos, sendo que termos como: **“sexo seguro”**, **“evitar doenças”** e **“saber sobre doenças”** são os termos considerados sinônimos que predominaram. Os outros dois grupos reúnem os termos **“conhecimento”** e **“normalidade”**.

## 5 DISCUSSÃO

No Brasil há políticas com foco no envelhecimento ativo que têm sido colocadas em prática, todas voltadas a promoção da saúde e com resultados em ganhos para o idoso (adultos acima dos 60 anos), já apresentadas neste trabalho. As conquistas são evidentes na longevidade, qualidade de vida e o prolongamento da vida sexual passa a ter importante significância neste contexto. O idoso é incentivado a se socializar, a retomar vínculos, a praticar atividades coletivas, a dançar, fatores estes que possibilitam novos encontros e novos relacionamentos. Os avanços tecnológicos e farmacêuticos que incluem medicamentos que melhoram o desempenho sexual masculino em idades avançadas, bem como tratamentos hormonais, favorecem o aumento da atividade sexual entre idosos (de Mattos Santos & de Assis, 2011; Lindau et al., 2007; Maschio et al., 2011).

Este estudo apresentou como resultado que os idosos participantes do NCI Tereza da Cruz Março, apresentaram ter baixo conhecimento sobre DST's, independente da escolaridade

e baixa percepção quanto ao risco de contraírem alguma DST. Este resultado também foi encontrado em pesquisas anteriores, como Carreno e Costa (2006), de Albuquerque Melo *et al.* (2012), Lazzarotto *et al.* (2008) e Silveira *et al.* (2002), justificando a necessidade de ações voltadas a alterar as consequências negativas das práticas sexuais arriscadas para que este público específico tornem-se menos vulnerável às DST's.

Os idosos pesquisados também demonstraram que a preocupação com a prática de sexo seguro não é comum entre eles e que o uso do preservativo parece ser um tabu, assim como foi apresentado neste estudo que o conhecimento sobre as DST's é baixo e o risco de contaminação é alto e que 99,3% não faz uso de preservativo, mesmo tendo vida sexual ativa, dados que são justificados na literatura, conforme Carreno e Costa (2006), de Oliveira Batista *et al.* (2011) e Pereira e Borges (2010). O idoso tem dificuldade em se ver vulnerável às DST's, acreditam que por terem um parceiro fixo ou por não terem parceiro no momento, não estão expostos a doenças e no caso deste estudo 77% acreditam ser impossível ou quase impossível contraírem alguma DST.

Há uma fragilidade nos serviços prestados no tocante a prevenção, diagnóstico e tratamento e um aspecto de maior relevância é a prevenção e educação sexual (Durvasula, 2014; Lyu, 2018; de Carvalho Santos *et al.*, 2017). Os idosos tem dificuldade em se comunicar com os profissionais dos serviços de saúde a respeito de sexualidade e sexo, tampouco os profissionais de saúde possuem esta prática quando atendem os idosos (Gott *et al.*, 2004; Skiest & Keiser, 1997), os profissionais na atenção primária não se sentem sensibilizados quanto a vulnerabilidade dos idosos às DST's, colocando-os em risco (J. Andrade, Ayres, Cassamassimo Duarte, & Lima Parada, 2017). A equipe multiprofissional pode realizar acolhimento adequado nas UBS e desenvolver um planejamento de ações voltadas a saúde sexual do idoso, principalmente disponibilizando e incentivando o idoso a fazer exames toxicológicos das principais DST's, uma vez que o diagnóstico precoce é importante para que o idoso tenha melhor qualidade de vida (Gott *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2017; Skiest & Keiser, 1997; Veras, 2012), corroborando o posicionamento de que a melhoria na qualidade de serviços dos sistemas de saúde, por meio do controle e supervisão contribuem para o real direito à saúde enquanto prerrogativa do direito humano é fundamental (Lamy, Hahn, & Roldan, 2019).

A equipe multiprofissional poderia ter treinamento adequado para abordar os assuntos sobre sexualidade, práticas sexuais, prevenção, DST's e drogas ilícitas com os idosos, uma vez que a linguagem deve ser clara e adequada, para que o idoso não tenha qualquer dúvida sobre os temas. Nesta pesquisa os profissionais abordados, apesar de serem funcionários do NCI Tereza da Cruz Março e terem contato diário e direto com idosos, não pertencem diretamente

a área da saúde, não são médicos ou enfermeiros e nem trabalham na atenção básica, mas podem contribuir muito com a prevenção de doenças transmissíveis sexualmente. Um treinamento adequado a esta equipe seria de grande valia no controle das DST's, pois há uma circulação significativa de idosos ativos diariamente nestes espaços de convivência onde o idoso se sente acolhido e valorizado. Encontra-se na literatura contribuições em pesquisas, como realizadas por de Carvalho Santos *et al.* (2017), Granville e Pregler (2018) Ladipo (2017) e Liausu Cherpak e dos Santos (2016) que abordam equipes de saúde, concluindo que esta necessita de treinamentos específicos para que contribuam na manutenção da boa qualidade de vida do idoso.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA**

O estudo contribui na implementação de ações que apoiam os gestores dos serviços de saúde para idosos, especialmente gestores dos NCI's, no planejamento de práticas de treinamento dos profissionais de saúde no que tange a educação para prevenção das DST/AIDS, o estudo ainda oferece material, que ao ser ampliado apoia as área de comunicação e marketing em saúde, bem como serve de holofote para os gestores de operações de serviços na adequação dos pacotes de serviços oferecidos nos NCI's, ampliando a melhoria do sistema de saúde.

Como contribuição prática sugere-se as seguintes ações para a gestão nos NCI's:

- Realização de oficinas com palestras sobre sexo seguro, práticas sexuais e prevenção executadas por profissionais treinados e com linguagem e exposição adequadas aos idosos. Incluir nestas discussões como usar o preservativo (masculino ou feminino) aliando-os ao gel lubrificante à base d'água. Lembrando que não só as relações heterossexuais são importantes, mas também as relações homossexuais.
- Promover treinamentos regulares à equipe multiprofissional que tenham contato diário com o idoso e que sua atividade permita abertura de uma discussão ou aconselhamento sobre educação sexual. Estes treinamentos devem focar a abordagem e a linguagem que o profissional deve considerar em ter com esta população específica.
- Os gestores dos NCI's podem buscar parcerias com empresários que tenham seus estabelecimentos dentro do mesmo território e promoverem a produção e distribuição de material informativo e educacional que considere as particularidades desta faixa etária, que envolvam namoro na terceira idade, sexualidade, métodos de prevenção e incentivem o idoso a dialogar com algum profissional sobre o assunto.

- Outra estratégia sugerida é a parceria com a rede de atenção básica nas UBS's que se encontram dentro do mesmo perímetro de atendimento, e através desta parceria articularem ações conjuntas de distribuição de preservativos (masculino e feminino) e gel lubrificante; oferecer testes para as principais DST's (HIV, sífilis e hepatite B e C); incentivar o idoso a manter suas consultas médicas regulares e um diálogo aberto sobre sexualidade com o profissional de saúde que o atenda.

O estudo contribui com os gestores das unidades de atendimento de idosos, na medida em que insere instrumentos de gestão de serviços para ampliar, nas UBS's em especial, o investimento em gestão de recursos humanos especializados, com treinamentos para a equipe de saúde na abordagem sobre sexualidade e prevenção, como avaliar os riscos de infecção incentivando e disponibilizando testes de HIV e outras DST's.

## **7 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS**

Uma das limitações foi a baixa adesão por parte dos idosos em contribuir para com a pesquisa por não se sentirem confortáveis em participar da pesquisa, outros não conseguiram entender o propósito da pesquisa e outros ainda não julgaram ser um assunto importante. A Gerente de Serviços chegou a comentar que já promoveu uma palestra sobre educação sexual e conseguiu um grande interesse quando se abordou o assunto de sexo, sexualidade e uso de produtos eróticos, mas quando a abordagem foi sobre prevenção e educação sexual, o interesse diminuiu muito. Sugere-se cautela na generalização dos resultados apresentados, pelo fato de não se tratar de estudo de base populacional, pois foi empregada amostragem por conveniência e ser essa a principal limitação de um estudo de caso.

Uma sugestão para pesquisa futura é o acompanhamento da implantação das ações sugeridas neste trabalho em um NCI (Núcleo de Convivência de Idoso) ou um CRI (Centro Referencial do Idoso) promovendo novas entrevistas com idosos e com os profissionais da saúde sobre conhecimento das DST's, comparando os resultados tanto com pesquisas anteriores como antes e depois das ações. Ampliação do estudo nas Unidades Básicas de saúde com os profissionais que atendem aos idosos na atenção básica incorporando os resultados de testes de HIV e outras DST's às conclusões.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, H. A. dos S., Silva, S. K. da, & Santos, M. I. P. O. (2010). Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery*, 14(4), 712–719.
- Andrade, J., Ayres, J. A., Cassamassimo Duarte, M. T., & Lima Parada, C. M. G. de. (2017). Vulnerability of the elderly to sexually transmitted infections. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 8–15. (Google Scholar).
- ANS. (2016). Projeto Idoso Bem Cuidado - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 13 de setembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-idoso-bem-cuidado>
- Aragão, J. (2013). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, 3(6), 59–62.
- Bepa. (2011). Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos Guidelines for DST/Aids prevention in the elderly. *Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças.*, 8(92), 15–23.
- Bertero, C. O., Caldas, M. P., & Wood Jr, T. (1999). Produção científica em administração de empresas: provocações, insinuações e contribuições para um debate local. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(1), 147–178.
- Bezerra, V. P., Serra, M. A. P., Cabral, I. P. P., Moreira, M. A. S. P., de Almeida, S. A., & de Araujo Patrício, A. C. F. (2015). Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 70–76.

- Brooks, J. T., Buchacz, K., Gebo, K. A., & Mermin, J. (2012). HIV infection and older Americans: the public health perspective. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1516–1526.
- Camarano, A. A., Kanson, S., & Mello, J. L. (2004). Como vive o idoso brasileiro. *Muito Além dos 60, Os novos Idosos Brasileiros*, 60(1), 25–73.
- Carreno, I., & Costa, J. S. D. da. (2006). Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 720–726.
- Carreras, M. (2018, abril). Population ageing: The driving force of change. *Economía y salud - Asociación de Economía de la Salud AES, Boletín Informativo*(90). Recuperado de <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=31&idN=1451>
- Carreras, M., Ibern, P., & Inoriza, J. M. (2018). Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status. *Health Economics*, 27(5), 865–876. <https://doi.org/10.1002/hec.3635>
- Carvalho, J. A. M. de, & Garcia, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 725–733.
- Carvalho, J. A. M. de, & Rodríguez-Wong, L. L. (2008). A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 597–605.
- Cavalcante, R. B., Calixto, P., & Pinheiro, M. M. K. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24(1), 13–18.

- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184–200.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374(9696), 1196–1208.
- Confortin, S. C., Schneider, I. J. C., Antes, D. L., Cembranel, F., Ono, L. M., Marques, L. P., ... d'Orsi, E. (2017). Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(2), 305–317.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3 ed., p. 296p.). Porto Alegre: Artmed.
- Cylus, J., Normand, C., & Figueras, J. (2018, abril). The economics of healthy and active ageing: what are the costs and benefits of population ageing (and what role for policy)? *Economía y salud - Asociación de Economía de la Salud AES, Boletín Informativo*(90). Recuperado de <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=31&idN=1451>
- de Albuquerque Melo, H. M., Campos Leal, M. C., de Oliveira Marques, A. P., & Marino, J. G. (2012). O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 43–53.
- de Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15–24.
- de Carvalho Santos, S., da Rocha Tonhom, S. F., & Komatsu, R. S. (2017). Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(Supl), 118–127.

- de Castro, R. R., Barbosa, N. B., Alves, T., & Najberg, E. (2016). Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na Cidade de Anápolis–Goiás–2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 115–124.
- de Jesus, D. S., de Paula Fernandes, F., Coelho, A. C. L., Simões, N. L., Campos, P. R. C., Ribeiro, V. C., ... Queiroz, B. C. S. (2016). Nível De Conhecimento Sobre DST's e a Influência Da Sexualidade Na Vida Integral Da Mulher Idosa. *Revista Em Foco-Fundação Esperança/IESPES*, 1(25), 33–45.
- de Mattos Santos, A. F., & de Assis, M. (2011). Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 147–157.
- de Oliveira Batista, A. F., de Oliveira Marques, A. P., Leal, M. C. C., Marino, J. G., & de Albuquerque Melo, H. M. (2011). Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 39–48.
- de Oliveira, J. M. S., & Cândido, A. da S. C. (2016). Conhecimento dos Idosos sobre as Medidas de Prevenção das DST'S. *Id on Line Revista de Psicologia*, 10(31), 154–165.
- Dornelas Neto, J., Nakamura, A. S., Cortez, L. E. R., & Yamaguchi, M. U. (2015). Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3853–3864.
- Durvasula, R. (2014). HIV/AIDS in older women: unique challenges, unmet needs. *Behavioral Medicine*, 40(3), 85–98.



Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20), 275–287.

Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS-2* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17–27.

FUNBEP. (2010). FUNBEP - Fundo de Penção Multipatrocinado. Recuperado 13 de setembro de 2017, de [https://www.google.com.br/search?source=hp&q=http%3A%2F%2Fwww.funbep.com.br%2Fnoticias%2Finformativos%2F2010%2Ffunbep\\_comvoce2010\\_43.pdf+&oq=http%3A%2F%2Fwww.funbep.com.br%2Fnoticias%2Finformativos%2F2010%2Ffunbep\\_comvoce2010\\_43.pdf+&gs\\_l=psy-ab.3...2322.2322.0.3661.1.1.0.0.0.116.116.0j1.1.0.foo%2Ccfro%3D1%2Cnso-ehuqi%3D1%2Cnso-ehuui%3D1%2Cewh%3D0%2Cnso-mplt%3D2%2Cnso-enksa%3D0%2Cnso-enfk%3D1%2Cnso-usnt%3D1%2Cnso-qnt-nppq%3D0-1701%2Cnso-qnt-npdq%3D0-54%2Cnso-qnt-npt%3D0-1%2Cnso-qnt-ndc%3D300%2Ccspa-dspm-nm-mnp%3D0-05%2Ccspa-dspm-nm-mxp%3D0-125%2Cnso-unt-nppq%3D0-17%2Cnso-unt-npdq%3D0-54%2Cnso-unt-npt%3D0-0602%2Cnso-unt-ndc%3D300%2Ccspa-uipm-nm-mnp%3D0-007525%2Ccspa-uipm-nm-mxp%3D0-052675...0...1.1.64.psy-ab..0.0.0.p1fYd88aAIk](https://www.google.com.br/search?source=hp&q=http%3A%2F%2Fwww.funbep.com.br%2Fnoticias%2Finformativos%2F2010%2Ffunbep_comvoce2010_43.pdf+&oq=http%3A%2F%2Fwww.funbep.com.br%2Fnoticias%2Finformativos%2F2010%2Ffunbep_comvoce2010_43.pdf+&gs_l=psy-ab.3...2322.2322.0.3661.1.1.0.0.0.116.116.0j1.1.0.foo%2Ccfro%3D1%2Cnso-ehuqi%3D1%2Cnso-ehuui%3D1%2Cewh%3D0%2Cnso-mplt%3D2%2Cnso-enksa%3D0%2Cnso-enfk%3D1%2Cnso-usnt%3D1%2Cnso-qnt-nppq%3D0-1701%2Cnso-qnt-npdq%3D0-54%2Cnso-qnt-npt%3D0-1%2Cnso-qnt-ndc%3D300%2Ccspa-dspm-nm-mnp%3D0-05%2Ccspa-dspm-nm-mxp%3D0-125%2Cnso-unt-nppq%3D0-17%2Cnso-unt-npdq%3D0-54%2Cnso-unt-npt%3D0-0602%2Cnso-unt-ndc%3D300%2Ccspa-uipm-nm-mnp%3D0-007525%2Ccspa-uipm-nm-mxp%3D0-052675...0...1.1.64.psy-ab..0.0.0.p1fYd88aAIk)

- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. da S., Santana, L. W. da S., & Vicente, F. R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 570–577.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093–2103.
- Granville, L., & Pregler, J. (2018). Women's Sexual Health and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 595–601.
- Hebert, R. (2015). A Revolução do Envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3618–3618.
- IBGE. (2010). IBGE :: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado 5 de novembro de 2018, de [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_atlas.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm)
- IBGE. ([s.d.]). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Projeção da população. Recuperado 24 de abril de 2018, de <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2), 31–46.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200–210.
- Ladipo, Z. (2017). Are patients aged over 50 years being let down by sexual health clinics? Audit of sexual history taking in patients aged over 50 years in an integrated sexual health clinic in North West England. *Sexually transmitted infections*, 93(8), 550.

- Lamy, M., Hahn, M. M., & Roldan, R. M. (2019). O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL. *Revista Em Tempo*, 17(01), 37–60.
- Laroque, M. F., Affeldt, Â. B., Cardoso, D. H., de Souza, G. L., da Glória Santana, M., & Lange, C. (2011). Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 774–780.
- Lazzarotto, A. R., Kramer, A. S., Hädrich, M., Tonin, M., Caputo, P., & Sprinz, E. (2008). O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1833–1840.
- Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C., & Marques, M. C. da C. (2009). Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1193–1204.
- Liausou Cherpak, G., & dos Santos, F. C. (2016). Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica. *Einstein (16794508)*, 14(2), 178–184.
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189–201. (Google Scholar).
- Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Editorial*, 19(3), 700–701.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774.
- Lyu, C. (2018). *Sexually Transmitted Diseases Among Older People in Los Angeles County, 2000-2011* (PhD Thesis, UCLA-University of California). Recuperado de

<https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt9sz8x9m1/qt9sz8x9m1.pdf?t=p5n8h6>

Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., Sousa, J. de C., & Vasconcelos, E. M. R. de. (2015).

Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso.

*Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1763–1772.

Maschio, M. B. M., Balbino, A. P., Souza, P. F. R., & Kalinke, L. P. (2011). Sexualidade na

terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e

AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 583–589.

Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., & Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global

older population: emerging challenges. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 178–

181.

Monken, S. F., Motta, L. J., Schwach, C. G., & Oliveira, C. M. (2015). Abordagem

bibliométrica sobre a governança corporativa no setor da saúde. *Perspectivas em*

*Gestão & Conhecimento*, 5(1), 57–68.

MS, M. da S. (2003). *Estatuto do Idoso*. Ministério da Saúde.

MS, M. da S. (2017). *Ministério da Saúde - SUS - Boletim Epidemiológico AIDS e IST*.

Recuperado de <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>

Olivi, M., Santana, R. G., & de Freitas Mathias, T. A. (2008). Comportamento, conhecimento

e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de

pessoas com 50 anos e mais de idade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,

16(4), 679–685.

- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40(N Esp), 73–78.
- Pereira, G. S., & Borges, C. I. (2010). Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(4), 720–725.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. USA: Harvard Business Press.
- Poynten, I. M., Grulich, A. E., & Templeton, D. J. (2013). Sexually transmitted infections in older populations. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 26(1), 80–85.
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. da C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27(2), 87–94.
- Rocha, H. M., & Delamaro, M. C. (2011). Abordagem metodológica na análise de dados de estudos não-paramétricos, com base em respostas em escalas ordinais. *Revista GEPROS*, (3), 77.
- Saad, P. M. (2016). O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. *Anais Fundação SEADE*, 353–369.
- Santos, M. A., Pires, B. S., Nahum, F. H., Machado, G. A. de P., Silva, G. T., Bangoim, G. G., & Panhoca, I. (2017). Sexualidade e aids na terceira idade: abordagem na consulta médica. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*, 15(51), 18–22.

- Seade. (2015). Número de idosos vai dobrar em São Paulo nos próximos 20 anos. Recuperado 15 de março de 2018, de Fundação Seade website: <http://www.seade.gov.br/numero-de-idosos-vai-dobrar-em-sao-paulo-nos-proximos-20-anos/>
- SEADE. (2018). Perfil dos Municípios Paulistas | Fundação Seade. Recuperado 5 de outubro de 2018, de <http://www.perfil.seade.gov.br/#>
- Seade, F. (2009). SEADE Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Recuperado 13 de setembro de 2017, de Fundação Seade website: <http://www.seade.gov.br/>
- SES-SP. (2016). *Boletim Epidemiológico AIDST - CRT DST/AIDS - CVE - ANO XXXIII - Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo*. Recuperado de [http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim\\_epidemiologico\\_2016.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim_epidemiologico_2016.pdf)
- Siegel, S., & Castellan Jr, N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2.ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2017). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Dados em Big Data - Qualit@s Revista Eletrônica*, 1(1), 23–42.
- Silveira, M. F., Béria, J. U., Horta, B. L., & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 670–677.
- Silvestre, J. A., & Costa Neto, M. M. da. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839–847.

- Skiest, D. J., & Keiser, P. (1997). Human immunodeficiency virus infection in patients older than 50 years: a survey of primary care physicians' beliefs, practices, and knowledge. *Archives of Family Medicine*, 6(3), 289–294.
- SMS-SP. (2012). Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa | Secretaria Municipal da Saúde (SMS) | Prefeitura da Cidade de São Paulo. Recuperado 15 de março de 2018, de [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_idosa/index.php?p=5432](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_idosa/index.php?p=5432)
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1301–1314.
- Veras, R. P. (2012). Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Caderno de Saúde Pública*, 28(10), 1834–1840.
- Vergara, S. C. (2013). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (14 ed.). São Paulo: Atlas.
- Walshe, K., & Rundall, T. G. (2001). Evidence-based management: from theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 429–457.
- WPP, D. D. (2017). World Population Prospects - Population Division - United Nations. Recuperado 23 de abril de 2018, de <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

## ANEXO A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO



Prezado Senhor/Senhora,

Esta Pesquisa tem como objetivo verificar fatores relevantes referentes às variáveis sociodemográficas, atividade sexual e conhecimentos gerais sobre DST/AIDS em pessoas acima de 60 anos. Entender este assunto é complexo e delicado e exige pesquisas diretas com os idosos. Por este motivo gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre a necessidade de desenvolver um modelo de gestão de serviços de saúde para idosos que envolvam a assistência e educação das DST/AIDS.

Esclarece-se que o interesse da pesquisa é exclusivamente acadêmico, por isso todas as informações serão utilizadas estritamente para este fim. Sua colaboração é muito importante para o sucesso de nossa pesquisa e, conseqüentemente, a ampliação das fronteiras do conhecimento.

Os resultados da pesquisa serão retornados à comunidade acadêmica, mediante a publicação de trabalhos acadêmicos, tão logo seja concluída.

Antecipadamente agradecemos sua atenção e colaboração.

Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara

Mestranda em Gestão em Sistemas de Saúde em Administração

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE





### QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO - IDOSOS

- 1) Qual a sua idade?  
\_\_\_\_\_
- 2) Qual o seu sexo?  
☐ Homem  
☐ Mulher  
☐ Outro
- 3) Qual sua escolaridade?  
☐ Ensino fundamental  
☐ Ensino médio  
☐ Universidade  
☐ Pós graduação
- 4) Qual seu estado civil?  
☐ Casado(a)  
☐ União estável  
☐ Viúvo(a)  
☐ Separado(a)  
☐ Solteiro(a)
- 5) Quantos filhos você tem?  
\_\_\_\_\_
- 6) Em quantas consultas médicas você costuma ir por ano? (pode ser em qualquer especialidade)  
\_\_\_\_\_
- 7) Você foi ao ginecologista (em caso de ser uma mulher) ou ao urologista (em caso de ser um homem) no último ano?  
☐ Sim  
☐ Não
- 8) Que tipo de parceiro sexual você tem?  
☐ Só fixo  
☐ Eventual  
☐ Eventual e Fixo  
☐ Não tenho parceiro
- 9) Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos três meses?  
☐ Nenhum  
☐ Um  
☐ Dois  
☐ Três ou mais
- 10) Você teve relação sexual nos últimos 6 meses?  
☐ Sim  
☐ Não
- 11) Você usa preservativo em suas relações sexuais?  
☐ Usa sempre  
☐ Usa às vezes  
☐ Não usa nunca  
☐ Não tenho relações sexuais
- 12) Você já realizou teste para HIV/AIDS?  
☐ Sim  
☐ Não
- 13) Você usou preservativo na última relação sexual?  
☐ Sim  
☐ Não

- 14) Você conhece alguma DST (Doença Sexualmente Transmissível)?
- ☐ Sim
  - ☐ Não
  - ☐ Não sei o que é DST
- ( ) WhatsApp  
( ) Outros (quais) \_\_\_\_\_
- 
- 15) Em sua opinião, o preservativo previne DST (Doença Sexualmente Transmissível)?
- ☐ Sim
  - ☐ Não
  - ☐ Não sei
- 17) Em sua opinião, quem pode pegar uma DST (Doença Sexualmente Transmissível)?
- ☐ Qualquer pessoa
  - ☐ Alguns grupos de pessoas
  - ☐ Não sei
- 16) Quais meios de comunicação você usa? (pode ser mais de uma resposta)
- ☐ TV
  - ☐ Rádio
  - ☐ Jornal ou Revista
  - ☐ LinkedIn
  - ☐ Internet
  - ☐ Face Book
  - ☐ E-mail
  - ☐ Instagram
- 18) Em sua opinião, você se acha vulnerável a pegar alguma DST ou acredita que pode pegar alguma DST (Doença Sexualmente Transmissível)?
- ☐ Muito possível
  - ☐ Possível
  - ☐ Quase impossível
  - ☐ Impossível
  - ☐ Não sei

## ANEXO B – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO



Prezado Senhor/Senhora,

Esta Pesquisa tem como objetivo determinar a frequência com que a Equipe Multiprofissional aborda o assunto de sexualidade com os idosos, conhecer as práticas no atendimento primário com respeito a sexualidade em idosos e qual o conhecimento e atitudes no atendimento primário aos idosos. Entender este assunto é complexo e delicado e exige pesquisas diretas com variados players que fazem parte do atendimento ao idoso. Por este motivo gostaríamos de conhecer um pouco mais sobre a necessidade de desenvolver um modelo de gestão de serviços de saúde para idosos que envolvam a assistência e educação das DST/AIDS.

Esclarece-se que o interesse da pesquisa é exclusivamente acadêmico, por isso todas as informações serão utilizadas estritamente para este fim. Sua colaboração é muito importante para o sucesso de nossa pesquisa e, conseqüentemente, a ampliação das fronteiras do conhecimento.

Os resultados da pesquisa serão retornados à comunidade acadêmica, mediante a publicação de trabalhos acadêmicos, tão logo seja concluída.

Antecipadamente agradecemos sua atenção e colaboração.

Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara

Mestranda em Gestão em Sistemas de Saúde em Administração

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE



### QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- 1) Qual a sua especialidade?  
\_\_\_\_\_
- 2) Qual a idade média dos idosos que atende?  
☐ 60 – 69 anos  
☐ 70 – 79 anos  
☐ Acima de 80 anos
- 3) Costuma abordar os idosos por você atendido sobre a sexualidade?  
☐ Sim ☐ Não
- 4) Com que frequência aborda a sexualidade com os idosos por você atendidos?  
☐ Menos de 30% dos atendimentos  
☐ Entre 31 e 60% dos atendimentos  
☐ Acima de 61% dos atendimentos
- 5) Tem alguma vergonha ou constrangimento em abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos?  
☐ Sim ☐ Não
- 6) Em sua opinião, qual a relação entre “Sexo” e “Sexualidade”?  
☐ São conceitos diferentes  
☐ São a mesma coisa  
☐ A diferença não é relevante  
☐ Não sei
- 7) Os idosos por você atendidos tem algum tipo de orientação sexual?  
☐ Não percebi  
☐ São mais comuns em homens  
☐ São mais comuns em mulheres  
☐ Não houve predominância
- 8) Em sua opinião, idosos sexualmente ativos são normais?  
☐ Sim ☐ Não
- 9) Você teve algum treinamento para coletar histórico sexual nos idosos por você atendidos?  
☐ Sim ☐ Não
- 10) Quais motivos o levam a abordar ou não abordar a sexualidade com os idosos por você atendidos?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Justificar:

## **ANEXO C – TCLE - Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa Clínica (Profissional)**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### **1.Título do Trabalho Experimental:**

Saúde Sexual do Idoso: Construindo um Modelo de Gestão para Prevenção a partir da Percepção do Idoso e da Equipe Multidisciplinar.

### **2.Objetivo:**

- i. Avaliar as atividades sexuais e o conhecimento sobre DST/AIDS dos idosos de dois Centros de Convivência;
- ii. Investigar a ótica dos profissionais de saúde em suas intervenções ao nível da prevenção das DST/AIDS em atendimentos e consultas médicas;
- iii. Mensurar o nível de educação do idoso na prevenção das DST/AIDS.

### **3.Justificativa:**

- i. Proposta de ajuste nas redes de atendimento ao idoso: treinamentos para equipe de saúde na abordagem nas questões da sexualidade e prevenção; avaliar riscos de infecção; disponibilizar testes de HIV e outras DST's.
- ii. Como medida preventiva: proposta para desenvolver material educativo sobre sexualidade específico para idosos, que envolvam namoro na terceira idade, sexualidade e atenção primária, material este, com fácil acesso e distribuição contínua a idosos que frequentem Centros de Convivência e os serviços de saúde pública ou privada.
- iii. Diretrizes políticas: Propor políticas públicas que possam garantir que idosos recebam testes de DST's e HIV, recebam educação sexual para prevenção nas DST/HIV, melhorando a atenção primária. O desenvolvimento de um sistema que se baseie em educação, treinamento, cuidados, prevenção e pesquisas, pode contribuir positivamente às necessidades de um envelhecimento saudável.

### **4. Procedimentos da Fase Experimental:**

A coleta de dados da primeira fase será feita através de questionários estruturados com questões abertas e de múltipla escolha, que foram validados em pesquisas anteriores, distribuídos aleatoriamente a população de referência que aceite participar da pesquisa e tenha vínculo com o NCI objeto deste estudo.

### **5.Desconforto ou Riscos Esperados:**

Riscos Esperados: O voluntário não será submetido a qualquer risco físico ou a sua saúde, pois apenas responderá ao questionário. O entrevistado levará entre 3 a 5 minutos para responder ao questionário.

Desconforto: Mesmo que o voluntário se sinta inseguro quanto a posição da instituição diante do tipo de abordagem e educação que oferece ao idoso no que diz respeito a sua saúde sexual, os seguintes pontos serão garantidos: i. A pesquisa está sendo submetida a um Comitê de Ética e assegurando os preceitos nele envolvidos; ii. A Diretoria do NCI objeto deste estudo, está ciente da abordagem do questionário; iii. O questionário será respondido individualmente em

local reservado e não terá identificação, devendo ser devolvido ao pesquisador dentro de um envelope que também não terá identificação.

**6. Métodos Alternativos Existentes:** Não Há.

**7. Retirada do Consentimento:**

É garantido pelos pesquisadores que a qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, decidindo não participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

**8. Garantia do Sigilo:**

Nós pesquisadores utilizaremos suas respostas apenas para a realização desta pesquisa. O resultado final desse trabalho estará disponível a partir de DATA DE DEFESA e os dados serão utilizados para publicação de trabalho em periódicos científicos que ficará à disposição de toda a comunidade.

Todas as informações fornecidas por você serão avaliadas em conjunto com as respostas dos outros participantes desta pesquisa. Seu nome e o nome da empresa na qual você trabalha JAMAIS serão divulgados.

**9. Formas de Ressarcimento das Despesas decorrentes da Participação na Pesquisa:**

Você não precisará pagar nada para participar desta pesquisa. Como você é um voluntário, nós também não poderemos oferecer qualquer tipo de pagamento pela sua participação. De maneira alguma você sofrerá qualquer tipo de prejuízo.

**10. Local da Pesquisa:**

Núcleo de Convivência de Idoso do Parque Edu Chaves (Capital-SP).

**11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos.

**Endereço do Comitê de Ética da Uninove:** Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar - Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9010

[comitedeetica@uninove.br](mailto:comitedeetica@uninove.br)

**Horários de atendimento do Comitê de Ética:** segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00

**12. Nome Completo e telefones dos Pesquisadores (Orientador e Alunos) para Contato:**

Profa. Dra. Sonia Monken, que poderá ser encontrado no telefone (11) 99140-2017, ou pelo e-mail [soniamonken@uni9.pro.br](mailto:soniamonken@uni9.pro.br).

A principal investigadora é Eloisa Elena Shinohara, que poderá ser encontrada no telefone: (11) 98121-6989, ou pelo e-mail: [eloisa.elena@hotmail.com](mailto:eloisa.elena@hotmail.com).

**13. Eventuais intercorrências** que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo,        de                      de 2018.

**14. Consentimento Pós-Informação:**

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**15. Eu, Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara, certifico que:**

- a) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;
- b) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo;
- c) A resolução CNS nº 466/12 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujo procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

\_\_\_\_\_  
ELOISA ELENA RAMOS DIAS SHINOHARA  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## **ANEXO D – TCLE - Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa Clínica (Idoso)**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### **1. Título do Trabalho Experimental:**

Saúde Sexual do Idoso: Construindo um Modelo de Gestão para Prevenção a partir da Percepção do Idoso e da Equipe Multidisciplinar.

### **2. Objetivo:**

- i. Avaliar as atividades sexuais e o conhecimento sobre DST/AIDS dos idosos de um Núcleo de Convivência de Idoso;
- ii. Investigar como o profissional de saúde, que lida com os idosos, podem perceber se conseguem aborda-los para instruí-los e educa-los na prevenção das DST/AIDS no momento de seu atendimento;
- iii. Medir o nível de educação do idoso na prevenção das DST/AIDS.

### **3. Justificativa:**

- i. Proposta de ajuste nas redes de saúde para atendimento ao idoso: treinamentos para equipe de saúde quando tratam da sexualidade; como prevenir doenças; classificar os riscos de infecção; disponibilizar testes de HIV e outras DST's.
- ii. Como medida preventiva: proposta para desenvolver material educativo específico para idosos (como folhetos, cartilhas, revistas ou pela internet) sobre sexualidade, que envolvam namoro na terceira idade, sexualidade e o cuidado no atendimento primário de saúde. Este material deve ter fácil acesso e ser distribuído continuamente a idosos que frequentem Centros de Convivência e os serviços de saúde pública ou particular.
- iii. Orientações para políticas: Propor políticas públicas que possam garantir que idosos recebam testes de DST's e HIV, recebam educação sexual para prevenção nas DST/HIV, melhorando o atendimento primário de saúde. O desenvolvimento de um sistema de saúde que se baseie em educação, treinamento, cuidados, prevenção e pesquisas, que possam contribuir positivamente às necessidades de um envelhecimento saudável.

### **4. Procedimentos da Fase Experimental:**

Os dados para esta pesquisa serão levantados através de um questionário com questões de múltipla escolha e que já foram utilizados em pesquisas anteriores por outros pesquisadores e entrevistados. Eles serão distribuídos para todo voluntário que aceite participar da pesquisa.

### **5. Desconforto ou Riscos Esperados:**

Riscos Esperados: O voluntário não será submetido a qualquer risco físico ou a sua saúde, pois apenas responderá ao questionário. Para responder ao questionário você levará entre 5 a 7 minutos.

Desconforto: O voluntário poderá se sentir desconfortável por estar respondendo a um questionário que trata de sua atividade sexual e de doenças sexualmente transmissíveis que ele desconheça. Para minimizar este desconforto o voluntário responderá ao questionário sozinho e isoladamente em local reservado, não haverá identificação do nome de quem está respondendo



e ninguém verá a resposta individual do questionário respondido. Quando o voluntário responder ao questionário ele deverá colocá-lo em um envelope, que não terá qualquer identificação, e devolve-lo ao pesquisador. Ninguém verá sua resposta individualmente.

#### **6. Métodos Alternativos Existentes: Não Há.**

#### **7. Desistir do Consentimento:**

É garantido pelos pesquisadores que a qualquer momento você poderá desistir e não dar seu consentimento, decidindo não participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

#### **8. Garantia do Sigilo:**

Nós pesquisadores utilizaremos suas respostas apenas para a realização desta pesquisa. Ninguém verá sua resposta individualmente. O resultado final desse trabalho estará disponível a partir da entrega final do trabalho à Universidade dos pesquisadores. Os resultados serão utilizados para publicação de trabalho em Revistas Científicas que ficam à disposição de toda a comunidade.

As respostas do questionário respondido por você, serão avaliadas junto com as respostas dos outros participantes desta pesquisa. Seu nome JAMAIS será divulgado.

#### **9. Formas de Devolução das Despesas que resultem da Participação na Pesquisa:**

Você não precisará pagar nada para participar desta pesquisa. Como você é um voluntário, nós também não poderemos oferecer qualquer tipo de pagamento pela sua participação. De maneira alguma você sofrerá qualquer tipo de prejuízo financeiro.

#### **10. Local da Pesquisa:**

Núcleo de Convivência de Idoso do Parque Edu Chaves (Capital-SP).

**11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** é um colegiado interdisciplinar e independente (uma equipe de diversos profissionais), que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos.

**Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar - Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9010**  
[comitedeetica@uninove.br](mailto:comitedeetica@uninove.br)

**Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00**

#### **12. Nome Completo e telefones dos Pesquisadores (Orientador e Alunos) para Contato:**

Profa. Dra. Sonia Monken, que poderá ser encontrado no telefone (11) 99140-2017, ou pelo e-mail [soniamonken@uni9.pro.br](mailto:soniamonken@uni9.pro.br).

A principal investigadora é Eloisa Elena Shinohara, que poderá ser encontrada no telefone: (11) 98121-6989, ou pelo e-mail: [eloisa.elena@hotmail.com](mailto:eloisa.elena@hotmail.com)

**13.** Eventuais mudanças que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos pesquisadores ou pela equipe do Comitê de Ética.

São Paulo,        de        de 2018.

**14. Consentimento Pós-Informação:**

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmo que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**15.** Eu, Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara, certifico que:

- d) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;
- e) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo;
- f) A resolução CNS nº 466/12 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujo procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

\_\_\_\_\_  
ELOISA ELENA RAMOS DIAS SHINOHARA  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## ANEXO E – PLATAFORMA BRASIL – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde Sexual do Idoso: Construindo um Modelo de Gestão para Prevenção a partir da Percepção do Idoso e da Equipe Multidisciplinar.

**Pesquisador:** SONIA MONKEN

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 91725918.4.0000.5511

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.817.750

#### Apresentação do Projeto:

O rápido aumento da população idosa no Brasil desde a década de 1960, unido aos avanços tecnológicos e farmacêuticos no século XX, acarretaram melhor qualidade de vida e longevidade nas atividades sexuais dos idosos e tais mudanças de comportamentos levaram a um aumento nas DST/AIDS nesta frágil população. Este estudo buscará um modelo de gestão para educação e prevenção das DST/AIDS, a partir da percepção

dos idosos e dos profissionais de saúde em um Núcleo de Convivência do Idoso (NCI) situado na cidade de São Paulo. A metodologia que será aplicada é estudo epidemiológico, transversal, qualitativo e quantitativo. A coleta de dados será levantada através de questionário estruturado para os idosos e para os profissionais de saúde. O estudo inclui coleta de dados primários e secundários no NCI sobre políticas públicas e iniciativas sobre o problema.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Propor um modelo de gestão de serviço de saúde para idosos, a partir da percepção do cliente e do profissional da saúde nas políticas públicas, na assistência e educação das DST/Aids.

**Objetivo Secundário:**

i. Avaliar as atividades sexuais e o conhecimento sobre DST/AIDS dos idosos de dois Centros de

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3385-9197

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.817.750

Convivência;ii. Investigar a ótica dos profissionais de saúde em suas intervenções ao nível da prevenção das DST/AIDS em atendimentos e consultas médicas;iii. Caracterizar o perfil dos profissionais que atendem idosos;iv. Mensurar o nível de educação do idoso na prevenção das DST/AIDS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Riscos Esperados para idosos: O voluntário não será submetido a qualquer risco físico ou a sua saúde, pois apenas responderá ao questionário. Para responder ao questionário você levará entre 5 a 7 minutos.

Desconforto para idosos: O voluntário poderá se sentir desconfortável por estar respondendo a um questionário que trata de sua atividade sexual e de doenças sexualmente transmissíveis que ele desconheça. Para minimizar este desconforto o voluntário responderá ao questionário sozinho e isoladamente em local reservado, não haverá identificação do nome de quem está respondendo e ninguém verá a resposta individual do questionário respondido. Quando o voluntário responder ao questionário ele deverá colocá-lo em um envelope, que não terá qualquer identificação, e devolve-lo ao pesquisador. Ninguém verá sua resposta individualmente.

Riscos Esperados para profissionais: O voluntário não será submetido a qualquer risco físico ou a sua saúde, pois apenas responderá ao questionário. O entrevistado levará entre 3 a 5 minutos para responder ao questionário.

Desconforto para profissionais: Mesmo que o voluntário se sinta inseguro quanto a posição da instituição diante do tipo de abordagem e educação que oferece ao idoso no que diz respeito a sua saúde sexual, os seguintes pontos serão garantidos: i. A pesquisa está sendo submetida a um Comitê de Ética e assegurando os preceitos nele envolvidos; ii. A Diretoria do NCI objeto deste estudo, está ciente da abordagem do questionário; iii.

O questionário será respondido individualmente em local reservado e não terá identificação, devendo ser devolvido ao pesquisador dentro de um envelope que também não terá identificação.

Benefícios:

Benefícios:

i. Proposta de ajuste nas redes de atendimento ao idoso: treinamentos para equipe de saúde na abordagem nas questões da sexualidade e prevenção; avaliar riscos de infecção; disponibilizar testes de HIV e outras DST's.

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3385-9197

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.817.750

ii. Como medida preventiva: proposta para desenvolver material educativo sobre sexualidade específico para idosos, que envolvam namoro na terceira idade, sexualidade e atenção primária, material este, com fácil acesso e distribuição contínua a idosos que frequentem Centros de Convivência e os serviços de saúde pública ou privada.

iii. Diretrizes políticas: Propor políticas públicas que possam garantir que idosos recebam testes de DST's e HIV, recebam educação sexual para prevenção nas DST/HIV, melhorando a atenção primária. O desenvolvimento de um sistema que se baseie em educação, treinamento, cuidados, prevenção e pesquisas, pode contribuir positivamente às necessidades de um envelhecimento saudável.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo visa descrever aspectos epidemiológicos da saúde sexual de idosos visando propor modelo de gestão para serviços de saúde na assistência e educação sobre DST/AIDS. Amostra 400 idosos e 5 técnicos. Amostragem em centro de convivência de idosos.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em relação a rodada anterior, considera-se o seguinte:

1. O TCLE relativo aos idosos foi reescrito e a linguagem está apropriada. Foi também incluída a estimativa do tempo para responder ao questionário.
2. O texto do TCLE relativo aos técnicos foi reescrito e reflete os procedimentos e os riscos específicos.

3. O documento com a anuência da instituição co-participante foi apresentado em papel similar ao timbrado, com os dados apropriados, nome e assinatura do dirigente.

Há uma inconsistência no nome do dirigente que no corpo do documento aparece como "ROSIMEIRE APARECIDA GERVASONI" e no carimbo aparece como "Rosineide Aparecida Gervasoni". Trata-se, possivelmente, de um erro de digitação.

#### **Recomendações:**

Substituir o documento de autorização com a digitação correta do nome do dirigente.

Deixar claro no cronograma do projeto que as coletas de dados serão feitas apenas após a aprovação do CEP.

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.504-001

**Telefone:** (11)3385-9197

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.817.750

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências da avaliação anterior foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O participante da pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 466/12 item X1. 2. f).

De acordo com a Res. CNS 466/12, X.3.b), o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Telefone:** (11)3385-9197

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br





UNIVERSIDADE NOVE DE  
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 2.817.750

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1158781.pdf	25/06/2018 11:06:11		Aceite
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2732102.pdf	25/06/2018 11:05:16	SONIA MONKEN	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Autorizacaoassinado_NCI_1.pdf	25/06/2018 11:03:47	SONIA MONKEN	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Comite_Etica_Projeto.pdf	25/06/2018 11:01:17	SONIA MONKEN	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/06/2018 11:00:55	SONIA MONKEN	Aceite
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/06/2018 19:20:34	SONIA MONKEN	Aceite
Parecer Anterior	Plataforma_Brasil.pdf	14/06/2018 11:20:48	SONIA MONKEN	Aceite
Declaração do Patrocinador	ciencia_uninove.pdf	14/06/2018 11:19:30	SONIA MONKEN	Aceite
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/06/2018 11:15:27	SONIA MONKEN	Aceite
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/06/2018 11:14:49	SONIA MONKEN	Aceite

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 13 de Agosto de 2018

Assinado por:

Anna Carolina Ratto Tempestini Horliana  
(Coordenador)

**Endereço:** VERGUEIRO nº 235/249

**Bairro:** LIBERDADE

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3385-9197

**CEP:** 01.504-001

**E-mail:** comitedeetica@uninove.br

## ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS



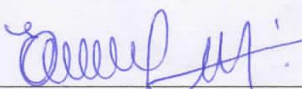
### Termo de Autorização

#### SAÚDE SEXUAL DO IDOSO: CONSTRUINDO UM MODELO DE GESTÃO PARA PREVENÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO IDOSO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Eu, Eloisa Elena Ramos Dias Shinohara, aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho, venho por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados para a pesquisa intitulada SAÚDE SEXUAL DO IDOSO: CONSTRUINDO UM MODELO DE GESTÃO PARA PREVENÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO IDOSO E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR, sob orientação da pesquisadora e orientadora Profa. Dra. Sonia Monken.

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar materiais e/ou dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.


Data 01 / 10 / 2018

  
Assinatura do aluno

#### Autorização

Declaro que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e, como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável pelo setor:  
**ROSINEIDE APARECIDA GERVASONI**  
**GERENTE DE SERVIÇOS**

  
Assinatura e Carimbo

Data: 01 / 10 / 2018

Rosineide Aparecida Gervasoni  
Gerente de Serviços  
Tel: (11) 2308-0153  
• NÚCLEO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS  
• NCI TERESA DA CRUZ MARÇO  
Associação de Mulheres Amigas de Jova Rural