

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

**Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite C em Idosos do
Município de Botucatu – SP**

Juliane Andrade

Orientador: Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres

Botucatu
2013

Juliane Andrade

**Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite C em Idosos do
Município de Botucatu – SP**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da FMB- Unesp-
Mestrado Profissional.*

Orientador: Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres

**Botucatu
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Andrade, Juliane.

Doenças sexualmente transmissíveis e hepatite C em idosos do município de Botucatu-SP / Juliane Andrade. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Jairo Aparecido Ayres

Capes: 40406008

1. Idoso - Doenças – Comportamento sexual. 2. Hepatite C – Diagnóstico – Prevenção. 3. AIDS (Doença) – Diagnóstico – Prevenção. 4. Doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Comportamento sexual; DST; Hepatite C; Idoso.

Folha de Aprovação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliane Andrade

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite C em Idosos do Município de Botucatu-SP

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em enfermagem à comissão julgadora da UNESP – Universidade Estadual Paulista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres
Presidente da Banca

Profa. Dra. Elucir Gir
1º. Examinador

Prof. Dr. Alexandre Naime Barbosa
2º. Examinador

**Botucatu
2013**

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Aos idosos

“O tempo é um ponto de vista. Velho é quem é um dia mais velho que a gente...”

(Mário Quintana)

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, meu porto seguro, em quem acredito e me reporto em todos os momentos da minha vida.... Sem ele não alcançaria meus objetivos.

Aos meus pais que me ensinaram a ter fé, a amar, a respeitar, a acreditar, a ser simples e a valorizar as pessoas. Obrigado aos dois por estarem sempre ao meu lado! AMO VOCÊS!

À minha família, vó Maura linda, meus irmãos (João Gabriel e Juliano) e todos sempre presentes, me apoiando em cada etapa a ser conquistada ou superada.

Ao meu orientador Jairo Ayres, em acreditar e me apoiar neste estudo.

Às minhas amigas que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho: Mariana Augusto, Natália Medolago, Karyn Carregã, Cláudia Cyrino, Fernanda Labanca, Camila Zanchin, Fernanda Basques, Mariana Alice, principalmente Aline Danaga e Vivian Sauer.

À Secretaria de Saúde e Fundação Organização Social UNI por permitir a realização desta pesquisa.

Aos profissionais que admiro: professora Marli Duarte, Alexandre N. Barbosa e Máira Baldin.

À toda equipe da UBS Cecap em especial: Sônia Keiko, Tatiana Cordeiro, Sandra, Lucimara, Scarlett, Victor Hugo, Andressa, Márcia Mansan, Suzana e Bia, os quais me auxiliaram diretamente neste trabalho.

Às equipes das Unidades de Saúde, em especial: Regina (CSI), Fabiana Martinucho Zaio Moio (USF Jd. Iolanda), Lucas Cardoso (USF César Neto), Célia e Graziela (Policlínica Jd. Cristina). Às residentes Cláudia e Aline Fernanda.

À Eloísa Elena Paschoalinotte do Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP) na elaboração da análise estatística. A Clarice Eiko Yamatsuka e à tia Gina pelo auxílio gramatical.

Às meninas que tornaram possível a conclusão deste trabalho: Aline Graciele de Arruda, Alessa Aparecida de Campos, Bianca Fioravanti Nicolosi Cassettari, Larissa Fernandes, Paula Banja e Natália Mori.

Aos serviços especializados e principalmente seus profissionais: Mari (Ambulatório de Hepatites Virais), Iara Barcos (Ambulatório de Hepatites Virais), Cidinha (DIR- Laboratório- UNESP), Ângela (Hemocentro- UNESP), Marcos e Nádia (Laboratório de Sorologias- UNESP).

Aos meus colegas do mestrado pelo companheirismo e trocas.

Ao meu amigo e namorado João Paulo por toda paciência, compreensão e carinho.

Epígrafe

EPÍGRAFE

*“E você aprende que realmente pode suportar,
que realmente é forte,
E que pode ir muito mais longe
depois de pensar que não se pode mais.
E que a vida realmente tem valor,
E que você tem valor diante da vida.
E você finalmente aprende
Que nossas dúvidas são traidoras
E nos faz perder o bem
que poderíamos conquistar,
Se não fosse o medo de tentar...”*

(William Shakespeare)

Resumo

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo conhecer sobre a condição epidemiológica de idosos em relação às DSTs/aids e hepatite C, do município de Botucatu. Estudo quantitativo, do tipo transversal. A amostra por conveniência foi composta de 382 idosos convidados na sala de espera de todas as unidades de saúde do município. Realizou-se entrevista, com itens elaborados mediante a ficha de atendimento do CTA e outros referentes à sexualidade e coleta de sorologias de HIV, sífilis e hepatite B e C. A maior parte dos idosos estudados era do sexo feminino (61,8%), na faixa etária de 70 anos ou mais (50,8%). A população economicamente ativa foi de 14,3% e a maioria (85,9%) encontram-se fora da força de trabalho. Tinham relação sexual 45% dos idosos; 7,1% tinham parceria eventual; dois idosos referiram a bissexualidade e 11,8% revelaram história prévia de DST, sendo a gonorreia a mais citada. Os idosos não possuem o hábito de utilizar o preservativo, a confiança no parceiro foi a justificativa relatada pelos idosos (42,7%). Dos idosos, um apresentou sorologia positiva para HIV e dez tiveram diagnóstico para sífilis, dois para hepatite B e três para hepatite C. Houve significância entre sexo e DST/aids $p < 0,05$, sendo que o feminino tem 94,9% das sorologias positivas. Também ocorreu significância entre DST/Aids e atividade sexual ($p < 0,05$). Não houve associação entre hepatite C e essas duas variáveis. Devido à significância em análise univariada, foi realizada análise multivariada com regressão logística e constatou que as variáveis perderam significância. Porém não se pode afirmar que o número de mulheres influencia na univariada. Vale ressaltar que este estudo foi extremamente importante, por possibilitar a oferta de sorologias, o que proporcionou o conhecimento do diagnóstico das DSTs/aids e hepatite C, viabilizando o tratamento e consequentemente melhorando a qualidade de vida. Os resultados do presente estudo, possivelmente, trarão mudanças significativas no olhar dos profissionais de saúde à vulnerabilidade dos idosos frente às DSTs/aids e hepatite C, e também dos gestores a fomentar políticas públicas de saúde voltadas à prevenção destas doenças para as pessoas acima de 60 anos.

Palavras-chave: Idoso. DST. Hepatite C. Comportamento sexual.

Abstract

ABSTRACT

The purpose of this research was to know the epidemiological condition of the elderly in relation to STD/aids and hepatitis C, in Botucatu-SP. It was a quantitative and cross-sectional study. The convenience sample consisted of 382 elderly guests in the waiting room of all health units of the municipality. The interviews were made with items produced by the patient chart and other collection related to sexuality and serology for HIV, syphilis and hepatitis B and C. Most patients were female (61.8%) aged 70 years or older (50.8%). The economically active population was 14.3% and the majority (85.9%) is outside the labor force. Sexual intercourse was reported by 45% of the elderly, 7.1% had eventual partnership, two reported bisexuality and 11.8% reported a history of STDs, gonorrhea being the most cited. The elderly do not have the habit of using condoms and the confidence in the partner was reported as justification (42.7%). One patient had positive HIV serology; ten were diagnosed with syphilis and two patients for hepatitis B and three for hepatitis C. There was significance between sex and STD/aids ($p < 0.05$), and the female has 94.9% of positive tests. There was also significant between STD/aids and sexual activity ($p < 0.05$). There was no association between hepatitis C and these two variables. Due to the significance in univariate analysis, multivariate analysis was performed with logistic regression and the variables lost significance. However that is not possible to say that the number of women had influences in univariate. This study was extremely important, as it enables the provision of serology, which provided knowledge of the diagnosis of STDs/aids and hepatitis C, allowing the treatment and consequently improving the quality of life. The results of this study possibly changes the look of health professionals to the vulnerability of the elderly against STDs/aids and hepatitis C, and also leads managers to promote public health policies to prevent these diseases in elderly population.

Keywords: Elderly. STD. Hepatitis C. Sexual behavior.

Lista de Quadro e Tabelas

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 1 – Número de idosos cadastrados no SIMIS, amostra calculada e amostra coletada por unidade de saúde. Botucatu, 2012	36
Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012.....	44
Tabela 2 – Ocupações dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012.....	45
Tabela 3 – Comportamento sexual e historia prévia de DST em idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012	45
Tabela 4 – Doenças sexualmente transmissíveis relatadas pelos idosos. Botucatu, 2012	46
Tabela 5 – Conhecimento dos idosos sobre DST e prevenção. Botucatu, 2012	46
Tabela 6 – Motivo do não uso do preservativo por idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012	47
Tabela 7 – Doenças sexualmente transmissíveis e hepatite C de idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012	47
Tabela 8 – Associação entre DST/aids com sexo e atividade sexual dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012	48

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

DST	Doença Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIDA	Síndrome da imunodeficiência humana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
SIHIV	Sistema de Informação de Soropositivo Assintomático
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C
SINAM	Sistema de informação nacional de mortalidade
SIMIS	Sistema de Informação Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
CSE	Centro de Saúde Escola
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SAE	Serviço de atendimento especializado
HSH	Homem que faz sexo com homem
PCR	Polymerase Chain Reaction

Sumário

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 Vulnerabilidade do Idoso às DSTs/Aids	26
1.2 Vigilância Epidemiológica em DST/aids e Hepatite C	28
1.3 Justificativa do Estudo	31
2 OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3 MATERIAL E MÉTODO	35
3.1 Tipo de pesquisa.....	35
3.2 Local, período e população do estudo	35
3.3 Amostra	36
3.4 Instrumento e coleta de dados	37
3.5 Variáveis do estudo.....	38
3.5.1 Variáveis de caracterização sociodemográfica	38
3.5.2 Variáveis de caracterização sobre comportamento sexual.....	39
3.6 Análise estatística.....	40
3.7 Considerações éticas	40
3.7.1 Aconselhamento	40
3.7.2 Condutas frente a sorologias positivas	41
3.7.3 Métodos Diagnósticos	42
4 RESULTADOS.....	44
5 DISCUSSÃO.....	50
6 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	71
Apêndice I – Ficha de abordagem sobre comportamento sexual	71
Apêndice II – Coleta de Sorologia	72
Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em estudo clínico	73
Apêndice IV – Resultado de Exame	74
ANEXO.....	76
ANEXO I – Comitê de ética	76
ANEXO II – Justificativa de Alteração no Título do Projeto de Pesquisa	77

Apresentação

APRESENTAÇÃO

A prática profissional me proporcionou observar que a assistência ao idoso muitas vezes é focada no tratamento das doenças crônico-degenerativas.

Sendo assim, há procura dos idosos para resolução dos problemas de saúde, igualitariamente a outras faixas etárias, mas nem sempre essas oportunidades são aproveitadas para investigar a saúde sexual e/ou a possibilidade de orientação e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Antes da idealização do presente estudo, apesar das dificuldades, procurava nos atendimentos individuais e em grupo, abordar os aspectos relacionados à sexualidade e às DSTs. Como exemplo, passei a inserir essas temáticas no grupo de mamografia, frequentado por mulheres na maioria acima de 60 anos. Quando se interrogava sobre esse assunto, as mulheres mostravam-se interessadas e iniciavam troca, de forma tímida, em busca de informação e aos poucos a conversa fluía naturalmente. As dúvidas eram esclarecidas e algumas buscavam realizar sorologias para as DSTs/aids.

Duas experiências foram extremamente marcantes. A primeira, de uma senhora de 84 anos, que durante a visita domiciliar, referiu ter procurado a unidade de saúde para exame de sangue para saber se o mesmo não estava “sujo”. Acrescentou ainda que tratou de doença relacionada ao sexo há 32 anos, juntamente com seu parceiro. Mas, na época, restringiu-se ao tratamento, sem realizar exame ou mesmo esclarecer suas dúvidas.

Outra senhora, de 65 anos, relatou ter realizado consulta de enfermagem para saber o resultado de exame de urina. Após orientações, sentiu-se à vontade em expressar o desejo de fazer exame sorológico referente às doenças ligadas ao sexo e justificou a necessidade em vista da proximidade do casamento e possibilidade de seu noivo desejar relação sexual sem preservativo.

A reflexão sobre tais situações serviu de motivação para a realização de um estudo dessa natureza, em idosos, tendo em vista que a vida sexual da terceira idade não difere de outras faixas etárias. Nesse sentido, os dados encontrados possibilitariam a ampliação da perspectiva do atendimento ao idoso, incluindo o questionamento sobre sexualidade, baseado nas informações condizentes com a idade e com a atual situação epidemiológica das DSTs/aids.

1 - Introdução

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, considera-se idoso a pessoa com mais de 60 anos;¹ diferentemente dos países desenvolvidos, em que o idoso é o indivíduo de idade superior a 65 anos.²

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),³ até 2025, o país será o sexto do mundo em número de idosos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam aumento gradativo da população idosa no país em 1991, 4,8% da população tinham idade superior a 65 anos, aumentando para 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010, ano em que a população estava 12% acima de 60 anos.^{4,5}

Com a evidência da longevidade populacional surge o termo envelhecimento ativo, o qual é caracterizado pelo aperfeiçoamento das oportunidades de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.² Entende-se por qualidade de vida a satisfação encontrada na vida familiar, social, ambiental e amorosa.⁶

Entre os fatores que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas nos últimos anos foram: a facilidade de acesso aos serviços de saúde e condições de tratamento; aumento do poder aquisitivo e, portanto melhor alimentação e condições de moradia, e a possibilidade de vivências amorosas.⁷

Destaca-se que a preocupação dessa população em relação às vivências amorosas, reside no desempenho sexual, sendo este, apontado como indicador de qualidade de vida,⁸ tendo em vista que o desejo sexual não acaba a partir dos 60 anos.⁹ Em 1998 a relação sexual entre idosos foi estimulada pelo lançamento de medicamento para disfunção erétil.¹⁰ De certa forma essa possibilidade estimulou o sexo na terceira idade. Porém os indivíduos nesta faixa etária tiveram pouco ou nenhum contato com os métodos preventivos de DST na juventude e, assim não se percebem como vulneráveis às doenças relacionadas ao sexo.¹⁰⁻¹²

Alguns períodos da história são marcantes quando se abordam as DSTs. No início do século XX (1928) a penicilina foi descoberta, porém somente em 1941 foi utilizada no controle das chamadas doenças venéreas. Posteriormente, mudanças na cultura sexual ocorreram entre as décadas de 50 e 60, decorrentes do aumento da população e facilidades de comunicação e interação, facilitando a disseminação das DSTs.¹³

Na década de 80 foram descritos os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (isolado em 1983), cuja principal característica consiste no progressivo processo de enfraquecimento do sistema imunológico, culminando na ocorrência de infecções

oportunistas.¹³ Seu surgimento desencadeou ações de vigilância epidemiológica e a criação do Programa Nacional DST/aids de prevenção à infecção pelo vírus,^{14,15} especialmente devido a questões como a alta incidência, complicações e mutação do agente. Inicialmente essas ações foram direcionadas aos chamados grupos de risco: homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas ilícitas;^{16,17} porém, mais tarde conhecendo-se melhor o perfil epidemiológico da doença, mudanças expressivas ocorreram no enfoque de risco e hoje a população sexualmente ativa em geral é considerada susceptível à infecção.^{17,18}

A história da infecção pelo HIV soma mais de 30 anos e durante esse período ocorreram mudanças significativas na sua disseminação, sendo apontados aspectos como: feminização, interiorização, pauperização e, atualmente, o acometimento de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Apesar do número de homens infectados pelo HIV ser maior, esta diferença vem declinando e aumentando entre mulheres em muitos países, caracterizando a feminização da epidemia da aids.¹⁹⁻²¹ No início da epidemia, a proporção entre homens e mulheres era de 27/1 e com diminuição em 1994 para 2/1, cenário este que se mantém nos dias de hoje.^{22,23} No estado do Ceará a feminização da epidemia também é evidenciada através dos dados do Sistema de Informação Nacional de Mortalidade (SINAM), destacando um aumento da incidência de infecção pelo HIV na população feminina em relação à masculina.²⁴

Outro fator que merece destaque e que contribui para este fenômeno é a diferença de gêneros: a atividade sexual precoce é estimulada aos homens, geralmente ocorre sem preservativo por ser mais prazerosa e com múltiplas parceiras. Porém há dificuldade de negociação do sexo seguro entre casais, acarretando na maior vulnerabilidade feminina em adquirir DST.²⁵

Além da feminização e aumento do número de casos na faixa etária de 60 anos ou mais da infecção do vírus HIV, também há aumento nas camadas menos favorecidas economicamente (pauperização) e no interior dos estados brasileiros, a chamada interiorização. A pauperização, marcador de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV,²⁵ sendo descrita pela escolaridade e ocupação, que são fatores importantes das condições socioeconômicas da população.^{22,25}

Em Pernambuco, no período de 10 anos, foi identificado que mais da metade das pessoas acima de 50 anos infectados pelo HIV tinham baixa escolaridade.²⁶ Dado semelhante foi encontrado em duas cidades do interior paulista no ano de 2007, em que a maioria das pessoas infectadas (maiores de 50 anos) tinha baixa escolaridade.²⁷

Antes a concentração da infecção pelo HIV, em qualquer faixa etária, encontrava-se em maior número nas capitais, porém nos últimos anos percebe-se aumento no interior dos estados, sendo isso afirmado por diversos autores.^{23,28-31}

Os idosos, de ambos os sexos, representam parcela da população em que o número de casos da infecção está aumentando,^{10,18,22,24} o que contraria a estabilidade e redução da incidência da doença em outras faixas etárias, antes mais atingidas.^{28,32}

Sabendo que o HIV é transmitido sexualmente, evidencia-se que esta faixa etária não está exposta somente a esta infecção, mas também a outras DSTs, como sífilis e hepatite B.⁹

Compreender a vulnerabilidade do idoso às DSTs/aids implica em formular estratégias para melhorar as atividades de prevenção a estas doenças nesta faixa etária.

1.1 Vulnerabilidade do Idoso às DSTs/Aids

O conceito de vulnerabilidade possibilita a diminuição do preconceito e da estigmatização, pois aumenta a perspectiva do olhar à coletividade e não somente aos aspectos comportamentais individuais, desmistificando o termo grupo de risco.³³

Desta forma, vulnerabilidade, é a possibilidade da pessoa se expor ao adoecimento considerando os fatores individuais e coletivos, de forma contextualizada, à susceptibilidade à infecção.³⁴

Enfatizando a desmitificação dos grupos de riscos, a vulnerabilidade é composta por três componentes articulados: componente individual, social e programático.

Componente individual é a informação que o indivíduo possui de certo problema e como ele elabora o enfrentamento ao problema detectado. Componente social é o acesso às informações, como também, a prática de mudança ao receber uma informação nova, condições estas interligadas ao acesso a recursos materiais e equipamentos sociais como, escolas e serviços de saúde. O terceiro componente é o programático, caracterizando-se pelos recursos sociais ofertados ao indivíduo no âmbito da prevenção, dependente dos gestores, programas nacionais e recursos, entre outros.³⁵

O componente individual pode ser exemplificado pela desinformação do idoso perante às DSTs/aids. As pessoas hoje consideradas idosas são desprovidas de informações sobre DST/aids, isto em decorrência do preconceito existente na época sobre a sexualidade, assunto terminantemente proibido. Outro exemplo é o climatério, os idosos acreditam que por não estarem mais em período fértil, não têm risco de contrair DST,^{10,36,37} porém é nessa fase

que ocorre alterações fisiológicas na mulher, como o afinamento e ressecamento da parede vaginal, que aumentam a probabilidade de contrair DST.¹⁰

O uso de medicação para disfunção erétil é considerado fator para a vulnerabilidade do idoso frente à DST, por viabilizar o aumento da prática sexual e consequentemente ampliar o risco de contaminação.²² Esta prática é enfatizada pela crença do declínio da função sexual após os 50 anos que traz resistência da população e aos profissionais de saúde em acreditar que os idosos mantêm sua vida sexual ativa.¹⁰ Porém, ainda são poucos os estudos que relacionam o uso dessas medicações com o aumento de infecção por DST.

As causas da disfunção erétil são em 70% atribuídas aos aspectos psicológicos e apenas 30% como causa orgânica,^{10,38} mas as medicações são utilizadas de forma indiscriminada para impulsionar a atividade sexual, melhorando o desempenho,¹⁰ sendo facilmente adquirida e sem política de prevenção que sensibilize esta faixa etária no uso de preservativos.¹⁶

O componente social relaciona-se a falta de preparo dos profissionais da saúde sobre sexualidade dos idosos, pois essa questão, frequentemente, não está inserida à rotina de trabalho desses profissionais.³⁷ Na maioria das vezes essa abordagem não é realizada, talvez por causar constrangimento, especialmente nesta faixa etária.^{39,40}

Os exames de DST/aids são solicitados por exclusão de outras doenças aos pacientes idosos, com isso o diagnóstico é realizado tardiamente.^{26,41-43} Os profissionais de saúde reconhecem a importância da solicitação das sorologias de DST/aids de rotina à população idosa, porém não a realizam no dia-a-dia.⁴³⁻⁴⁵

O componente programático exemplifica-se como a falta de reconhecimento pelas políticas públicas de saúde da susceptibilidade do idoso,^{10,37} ficando às margens das campanhas de prevenção de DST.^{10,46}

Em síntese, o número de pessoas acima de 60 anos na população está aumentando, o sexo é mantido como necessidade, tornando-os mais vulneráveis às DSTs/aids. Nesse contexto torna-se evidente a importância de valorizar a saúde sexual dos idosos. Cabe ressaltar que no atendimento ao idoso, o profissional de saúde deve proporcionar condições favoráveis para abordar questões relacionadas ao sexo e às doenças relacionadas, assim como as medidas preventivas.

Essas informações são preocupantes, pois o envelhecimento, por si, propicia a diminuição da imunidade, favorecendo manifestações clínicas mais aceleradas e severas.^{17,36}

Dessa maneira é preciso intensificar as ações de vigilância epidemiológica e conhecer a realidade das DSTs em questão.

1.2 Vigilância Epidemiológica em DST/aids e Hepatite C

A vigilância epidemiológica tem como objetivo pensar e agir permanentemente na situação de saúde da população e planejar a execução de ações efetivas ao enfrentamento dos problemas.

A lei 8080 em seu artigo 6º, parágrafo 2º, traz:

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (Ministério da Saúde, 1990, p. 03).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) é importante instrumento para vigilância epidemiológica, constituído principalmente pelas doenças de notificação compulsória. Neste estudo direcionou-se à aids, sífilis adquirida e hepatites virais (B e C).⁴⁸

No entanto, acredita-se que o sistema não consegue visualizar o real perfil epidemiológico, pois há subnotificação ou ausência de dados. No caso das doenças acima citadas, a justificativa está pautada na falta de oportunidade, falta de interesse e de divulgação da disponibilidade dos exames sorológicos. Outro fato considerado é que no Brasil não há obrigatoriedade de notificação dos casos de infecção assintomática pelo HIV, sendo compulsória apenas a notificação de casos de aids. Portanto, como em outras faixas etárias, os dados estatísticos de idosos infectados pelo HIV podem estar subnotificados.^{10,24,49,50}

Considerando a problemática da subnotificação, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo implantou, em 1994, o Sistema de Informação de Soropositivo Assintomático (SIHIV),²² através do qual a notificação da infecção pelo HIV desencadeie ações de vigilância epidemiológica, objetivando a interrupção da cadeia de transmissão.⁹

Dentre as ações de vigilância epidemiológica, o aconselhamento destaca-se como momento de escuta do indivíduo que se propõe a realizar sorologias para as DSTs/aids. Este deve ser desenvolvido de forma segura e acolhedora, promovendo o empoderamento do indivíduo para com sua saúde e possíveis mudanças.

Algumas doenças sexualmente transmissíveis são abordadas no presente estudo: Sífilis, Hepatite B e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, além da hepatite C, não

considerada DST, mas com probabilidade de infecção por esta via. Neste sentido, se faz necessário discorrer sobre aspectos epidemiológicos e clínicos importantes acerca de tais doenças.

A aids tem como agente etiológico o HIV-1 ou HIV-2, período de latência clínica de 5 a 10 anos e pode ter fase sintomática ou assintomática.^{51,52} Além da via sexual, pode também ser transmitida de outras formas: verticalmente (mãe e bebê), parenteral (agulhas e instrumentais) e pela amamentação.

De 1995 a 2005, através dos dados do DATASUS, houve aumento da ocorrência de HIV/aids em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 2,42% dos casos; em contra partida constata-se estabilização entre os jovens.⁵³

A seguir mostram-se dados de estados brasileiros para dimensionar a realidade do problema. No período de 2004 a 2008, em João Pessoa-PB, houve notificação de 20 casos de HIV/aids com idade superior a 59 anos, sendo que no primeiro ano investigado não houve registro nessa faixa etária.¹⁸ No Estado de Minas Gerais no período de 1999 a meados de 2004 foram notificados 386 casos de aids em idosos; somente no primeiro ano, houve 56 casos entre a faixa etária de 60-79 anos,⁴⁹ dado que sugere envelhecimento da epidemia.²²

Outra DST preocupante é a hepatite B, que pode ser assintomática ou sintomática, aguda ou crônica. Tem como principais vias de transmissão, além da sexual, parenteral e vertical. O agente etiológico é o vírus da hepatite B (VHB). Os portadores da hepatite B podem transmitir a doença em qualquer fase.⁵⁴ Pela transmissão parenteral o VHB é 100 vezes mais infeccioso que o HIV e 10 vezes mais infeccioso que o vírus da hepatite C (VHC).⁵⁵

O risco para cronificação da infecção é inversamente proporcional à idade de aquisição: o recém-nascido ao entrar em contato com o vírus da hepatite B tem 90% de probabilidade da infecção tornar-se crônica; quando o contato acontece em crianças menores de cinco anos, 30% têm a possibilidade de cronificar-se; comparado com 2% -6% de risco de cronificação das pessoas infectadas quando adultas.^{51,56,57} O exame padrão-ouro para diagnóstico da hepatite B é a sorologia. Ressalta-se que a sorologia é pouco realizada e que a maioria dos infectados são assintomáticos, contribuindo para a subnotificação, como já mencionado.⁵⁶

Para controle da doença existe a vacina que proporciona imunidade e tem como marcador, isolado, o Anti-HBs. Na cura espontânea da infecção geralmente as pessoas apresentam no soro o Anti-HBs, mas com o passar do tempo pode ficar indetectável, e o Anti-HBc positivos, este último revela infecção pregressa, persiste por toda a vida.^{54,57,58} No Brasil

15% da população entrou em contato com o vírus da hepatite B e 1% tem a doença na forma crônica.⁵⁹

O primeiro Inquérito Nacional de hepatites virais apoiado pelo Ministério da Saúde e publicado em 2010 revelou o aumento da exposição com a idade; evidenciado pelos dados de prevalência para o marcador Anti-HBc, 1,1% para faixa etária de 10 a 19 anos e 11,6% entre 20 a 69 anos de idade, sendo de 7,4% de prevalência para o total da população.⁶⁰

Porém na região sudoeste, apresentou baixa endemicidade, com 0,40% de prevalência de AgHBs para faixa etária de 20 a 69 anos, sendo de 0,60% de prevalência para o conjunto das capitais no Brasil.⁶⁰

No Boletim de Hepatites Virais (2012),⁶¹ a taxa de detecção de hepatite B no ano de 2011 em pessoas acima de 60 anos foi de 8,1% para o sexo masculino e 5% para o feminino.

É fundamental a realização de ações de prevenção e a oferta de sorologia da hepatite B para diagnóstico precoce, pois a doença em estágio avançado eleva o risco de complicações, como a cirrose e o hepatocarcinoma. Além disso, o diagnóstico tardio torna o tratamento mais oneroso pela progressão da doença.⁶²

A hepatite C também é reconhecida como sério problema de saúde pública, é causada pelo vírus da hepatite C (VHC), podendo também ser sintomática, ou mais frequentemente assintomática,^{51,59} fato que é agravante para a cronificação. Habitualmente, 80% das pessoas infectadas são assintomáticas,⁵⁶ 70-85% tornam-se crônicas e 60-70% das pessoas cronicamente infectadas evoluem para doença hepática ativa.⁵⁷

São várias as formas de transmissão da hepatite C, mas a via mais conhecida é a parenteral. Verticalmente também é possível a transmissão, embora apenas 5% dos recém-nascidos de mães infectadas são afetados pelo vírus. Sexualmente a transmissão é pouco frequente, menor que 3% em casais estáveis.^{51,59} Entre os vulneráveis sexuais para este tipo de hepatite destacam-se as pessoas com múltiplos parceiros, reagentes para o HIV e as que praticam sexo anal desprotegido.⁵⁹

Contudo, em estudo italiano, 776 cônjuges foram acompanhados por dez anos, e constatou-se que as chances de infecção pela via sexual são insignificantes, ou quase inexistentes.⁶³ Quanto ao marcador Anti-VHC não observou relação com atividade sexual, diferentemente do que ocorre com a hepatite B, que está intimamente ligada ao sexo, visto que a vulnerabilidade aumenta com a idade.⁶⁰ Em concordância, evidências mostram maior número da infecção do vírus C, no Brasil, em pessoas acima de 50 anos.⁶⁴ Em países

europeus e asiáticos, as estatísticas indicam maior prevalência em pessoas na faixa etária entre 40-60 anos.⁶⁵

A prevalência do marcador Anti-VHC, referente a região sudeste foi de 1,63% para a faixa etária entre 20 e 69 anos.⁶⁰ No Brasil, em 2011, a taxa de detecção para hepatite C, em pessoas maiores de 60 anos, foi de 8,6% para o sexo masculino e 8,5% para o feminino.⁶¹

As hepatites B e C apresentam elevado risco de complicações, destacadas como responsáveis pela maioria dos transplantes hepáticos,⁶⁶ reforçando a necessidade de priorização de atividades preventivas e disponibilização da sorologia à população.

A sífilis é uma doença que também pode ser adquirida sexualmente ou na forma congênita, sendo causada pelo *Treponema Pallidum*.⁵² Classificada em diferentes estágios, inicialmente com lesão ulcerada, denominada cancro duro, o qual aparece em média 21 dias após exposição, com regressão espontânea. No estágio secundário evidenciam-se alterações no tecido cutâneo-mucoso, como a roséola sífilítica, que geralmente surge de quatro a oito semanas após contágio. As alterações sistêmicas no tecido cutâneo, sistema cardiovascular e neurológico ocorrem no estágio terciário da doença. Na forma latente da sífilis não há manifestações clínicas, podendo ser recente, com menos de um ano ou tardia, com mais de um ano de evolução ou de duração desconhecida.^{51,57}

1.3 Justificativa do Estudo

O presente estudo pretendeu conhecer o comportamento sexual dos idosos do município de Botucatu-SP, e as DSTs com diagnósticos sorológicos prevalentes nessa população. A sorologia de hepatite C também foi ofertada, mesmo não sendo considerada uma DST, pois sua via de transmissão é difícil de ser identificada.

O intuito foi contribuir para melhor conhecimento e compreensão da situação dos idosos em relação às DSTs, norteador estratégias futuras de intervenções junto a essa população, motivando a participação efetiva em educação em saúde, para conscientização e sensibilização, na manutenção da vida saudável. Certamente contribuirá com a desmistificação da sexualidade na terceira idade, assim como motivará os profissionais de saúde da atenção básica, para desenvolver em um novo olhar às pessoas acima de 60 anos e executar em uma prática assistencial de forma preventiva.

2 - Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a condição epidemiológica de idosos em relação às DSTs/aids e hepatite C, do município de Botucatu.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos;
- Descrever antecedentes epidemiológicos dos idosos em relação ao comportamento sexual;
- Identificar a soropositividade para HIV, sífilis, hepatite B e C;
- Identificar os fatores associados ao diagnóstico das DSTs e hepatite C.

3 - Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Estudo epidemiológico, quantitativo, do tipo transversal.

3.2 Local, período e população do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Botucatu, interior paulista, localizada no centro do Estado, com 127.370 mil habitantes e aproximadamente 17 mil idosos.⁵ A Secretaria de Saúde do município possui o Sistema Municipal de Informações (SIMIS), em que há arquivos compilados que facilitam o acesso às informações relacionadas aos usuários e fatores do processo saúde-doença, possui matrícula única para cada usuário nos serviços de saúde municipais. No SIMIS⁶⁷ até o mês de março de 2011, havia cadastros de 27.218 mil pessoas acima de 60 anos. O número do SIMIS é superior ao do IBGE, pois tem idosos cadastrados que faleceram e não tiveram o nome excluído do sistema, como também, pacientes de municípios vizinhos cadastrados.

A atenção primária à saúde no município é composta por 17 unidades de saúde, sendo três Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito Unidades de Saúde da Família (USF), com 13 equipes de saúde da família, uma equipe de Programa de Agentes Comunitários à Saúde (PACS) vinculada a uma UBS, dois Centro de Saúde Escola (CSE) e três Policlínicas.

A UBS tem sua equipe geralmente composta por dois enfermeiros sendo um gerencial e um assistencial; auxiliares de enfermagem; médico clínico-geral, pediatra e ginecologista (quantidade conforme demanda da população); auxiliar administrativo, dentista, auxiliar de consultório dentário e auxiliar de serviços gerais. A equipe de saúde da família é composta por uma enfermeira, um médico clínico-geral, auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde; o PACS tem os mesmos profissionais, porém não conta com o profissional médico. O CSE está vinculado à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) e se assemelha à UBS, porém contempla outros profissionais de saúde e até serviço de referência às doenças sexualmente transmissíveis como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A Policlínica também é semelhante à UBS, porém contém serviços de referência de odontologia e saúde do escolar.

3.3 Amostra

Quadro 1 – Número de idosos cadastrados no SIMIS, amostra calculada e amostra coletada por unidade de saúde. Botucatu, 2012

Unidades	Total	Amostra (mínima)	Amostra obtida
UBS Cohab I	2160	30	32
UBS São Lúcio	1539	21	20
USF Real Park	85	1	1
USF Vitoriana	542	8	8
USF César Neto	162	2	2
UBS Vl. Jd.+PACS Comerciairos	1540	21	21
USF Jd. Iolanda	455	6	6
USF Santa Elisa	197	3	3
Policlínica CSI	3351	47	45
Policlínica Cecap	2287	32	33
USF Jd. Aeroporto	679	9	8
USF Rubião Júnior	887	12	12
USF Jd. Peabiru	1622	23	23
CSE Vl. Lavradores	7654	106	109
CSE Vl. Ferroviária	2014	28	28
Policlínica Jd. Cristina	1514	21	24
USF Parque Marajoara	530	7	7
Total	27218	377	382

Considerando 27.218 idosos em cadastro no SIMIS, calculou-se o tamanho da amostra usando prevalência de 50%, com uma margem de erro de 5%, com 95% de confiança, obtemos $n=377$ idosos corrido pela população finita e estratificado por unidades de saúde.

A amostra foi composta de idosos convidados na sala de espera da unidade de saúde (amostragem por conveniência), no período de 01/09/2011 à 04/04/2012. Incluíram-se aqueles que completaram 60 anos até março de 2011, os que concordaram em participar da pesquisa, que tiveram relação sexual na vida e morador da cidade de Botucatu-SP. Em algumas unidades, a amostra foi abaixo do determinado, pois houve exclusão, pelo fato de

referirem ausência de relação sexual na vida, isso ocorreu após a coleta de dados, porém não interferiu na qualidade estatística da mesma, uma vez que em outras unidades este número excedeu.

3.4 Instrumento e coleta de dados

O instrumento foi elaborado para esta pesquisa, tendo como base a ficha de atendimento do CTA ⁶⁸ e da leitura de textos que se referem à sexualidade do idoso, denominada ficha de abordagem sobre comportamento sexual (APÊNDICE I).

Foi realizado o piloto do presente instrumento com dois idosos, não sendo detectada nenhuma dificuldade na aplicação e entendimento do instrumento.

O instrumento é dividido em três etapas: identificação, dados sociodemográficos e antecedentes pessoais/informações sobre DST/aids. Os dados foram obtidos individualmente por colaboradores previamente treinados, estudantes de enfermagem e/ou enfermeiros e/ou mestrands. A coleta de sangue foi realizada após pré-aconselhamento para sorologias de HIV, sífilis e hepatite B e C (APÊNDICE II).

Após a obtenção dos resultados das sorologias realizou-se o aconselhamento pós-teste pela pesquisadora. Mediante resultado reagente o usuário recebeu tratamento na unidade de origem, e quando necessário foi encaminhado ao serviço especializado. A informação das sorologias não reagentes foram comunicados por telefone ou carta como acordado no momento da entrevista (APÊNDICE IV).

As sorologias foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, e realizadas pelo Laboratório Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e Laboratório de Sorologia do Hemocentro de Botucatu/ Departamento de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Os dados foram digitados pela pesquisadora em planilha Excell. A consistência dos dados foi checada pela pesquisadora, a partir de questões associadas. Os erros identificados foram corrigidos.

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variáveis de caracterização sociodemográfica

Para descrever as características sociodemográficas dos pacientes, foram utilizadas as variáveis:

- Sexo: masculino e feminino.
- Idade: anos completos e para análise foi categorizada em faixa etária: 60-69, 70-79, e acima de 80 anos.
- Raça/Cor: branca, preta, amarela, parda e indígena. A informação sobre cor e idade, é importante na hora do diagnóstico, a identificação por cor da pele e idade é fundamental para a compreensão do processo de adoecimento e das causas de morte a que são submetidos os grupos populacionais, pois eles são acometidos diferentemente pelas doenças.⁶⁹ O próprio entrevistado define sua cor, método utilizado pelo IBGE (autoclassificação ou autodeclaração).⁶⁹
- Escolaridade (anos de estudo concluídos): nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e mais de 12 anos.
- Estado civil: casado/união estável, solteiro, separado e viúvo.
- Renda: individual e para análise foi dividida em; 0-1, 2-3, 4-5 e maior que 5 salários mínimos, sendo na época o valor do salário de R\$ 545,00.
- Religião: católica, testemunha de Jeová, evangélico, kardecista, crê em Deus e outros.
- As ocupações referidas pelos idosos foram agrupadas através da Classificação de Ocupação Brasileira:⁷⁰
 - ✓ Fora da força de trabalho: aposentado, do lar, pensionista, auxílio doença, estudante.
 - ✓ Comerciais/Proprietários: comerciante, vendedora, pecuarista, agropecuarista.
 - ✓ Técnicos, científicos e auxiliares: economista, supervisora de ensino, auxiliar de enfermagem e agente de organização escolar.
 - ✓ Agrícola: trabalhador rural/lavrador.
 - ✓ Industriais: costureira, mecânico, eletricista, pedreiro, encanador e alfaiate.

- ✓ Transporte: motorista.
- ✓ Prestação de serviço: auxiliar de serviços gerais, porteiro, vigilante noturno, empregada doméstica e catador.
- ✓ Religião: Católico, testemunha de Jeová, Evangélico, Kardecista, crê em Deus e outros, surgindo budista e mulçumano.

3.5.2 Variáveis de caracterização sobre comportamento sexual

Foram utilizadas as variáveis:

- Parceiro fixo (caracterizando companheiro e não parceiro sexual): sim ou não.
- Relação sexual: sim ou não.
- Outros parceiros sexuais: sim ou não.
- Orientação sexual (pratica(va) relação sexual com...): homem, mulher, homem que faz sexo com homem (HSH), mulher que faz sexo com mulher e outros.
- Sabe o que é Doença Sexualmente Transmissível? : sim ou não. Nesta questão o entrevistado explicava o que era DST. Mediante a resposta foi classificado como conhecedor ou não. Porém não houve um teste aplicativo para este conhecimento.
- Se, realizou algumas das sorologias estudadas, anteriormente: sim ou não.
- Teve alguma DST, anteriormente: se sim, qual? ou não. As doenças citadas foram: Gonorreia, sífilis, hepatite (não especificada), se desconhece e outras doenças (linfogranuloma venéreo, pediculose pubiana e cancro).
- Sabe o que é preservativo (camisinha)? : sim ou não.
- Uso do preservativo na vida: usou todas as vezes, não usou, às vezes.
- Motivo de não usar preservativo: não gosta, não sabe usar, parceiro(a) não aceita, confia no parceiro e outros (define somente como método contraceptivo, déficit de conhecimento e déficit de informação, condições de acesso, despreparo, infidelidade, alergia ao produto, disfunção sexual).

3.6 Análise estatística

Foi utilizada estatística descritiva com frequência e porcentagem para as variáveis qualitativas e para quantitativas (renda e idade), optou-se por categorizar respectivamente por salários mínimos e faixa etária.

Para verificar a associação entre as variáveis de interesse, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher quando necessário. Considerado $p < 0,05$ como nível de significância. Quando significância em análise univariada, foi realizada regressão logística para análise multivariada, a fim de constatar influência de alguma variável. E as análises foram feitas pelo programa SAS for Windows versão 9.2.

3.7 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da UNESP, ofício nº 324/11, número de protocolo: 3949-2011, em 01/08/2011 (ANEXO I). Todos os indivíduos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE III) após receber informações sobre a pesquisa, objetivos, benefícios e prejuízos; foi orientado aos entrevistados o direito desistir da mesma em qualquer momento de sua realização.

3.7.1 Aconselhamento

Ressalta-se que os indivíduos foram orientados antes (aconselhamento pré-teste) da realização das sorologias e após (aconselhamento pós-teste), mediante resultado positivo para alguma das sorologias ofertadas pelo estudo, o usuário foi assistido em sua integralidade quanto ao diagnóstico, e, quando necessário, pelo serviço especializado; assim o aconselhamento pós-teste foi realizado pela pesquisadora.

Aconselhamento é uma ação realizada pelo profissional de saúde em oferecer escuta ao indivíduo que se propõe a colher as sorologias correspondente à DST/aids; de forma acolhedora, com transmissão de confiança e empoderamento do sujeito para com sua saúde e mudanças. O aconselhamento pré-teste inclui o caráter confidencial da testagem, informar sobre janela imunológica, abordar possíveis resultados do teste (considerar o impacto e apoio emocional), enfatizar a prevenção frente a essas doenças (demonstrar como usar o preservativo entre outros).⁷¹

O aconselhamento pós-teste com resultado negativo deve abordar o significado do teste negativo (não está infectada no momento, mas diante a uma situação de risco pode se infectar e também sobre a infecção recente, janela imunológica), reforçar as práticas preventivas. Com resultado positivo: ofertar apoio emocional, retirar as dúvidas (infecção pelo HIV e estar com aids), reforçar ainda mais as práticas preventivas, identificar parceiro(s) para testagem, manter a assistência psicológica (individual ou grupo).⁷¹

3.7.2 Condutas frente a sorologias positivas

Os idosos, com sorologias de Hepatite B (AgHBs) e HIV (Anti-HIV) positivas, foram encaminhados ao Serviço de Ambulatório Especializado (SAE) de Infectologia Domingos Alves Meira- FAMESP.

Os idosos com Anti-VHC positivo foram encaminhados para o Ambulatório de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas de Botucatu, para realizarem teste qualitativo (pesquisa qualitativa de HCV-RNA), pois o Anti-HCV positivo não permite dizer se o indivíduo foi infectado e adquiriu imunidade ou se está com o vírus da hepatite C.⁷²

A sífilis é a única doença com tratamento na unidade. O Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) é o teste quantitativo, se este é positivo automaticamente o laboratório realiza o teste treponêmico (exame qualitativo).

O VDRL e o teste treponêmico tornam-se reativos após duas semanas do contágio e estão elevados na fase secundária. A titulação abaixa naturalmente após o primeiro ano de evolução da doença. Depois do tratamento, o exame de VDRL tende a negativar ou ter baixas titulações por tempo ou por toda vida, o que chamamos de “cicatriz” ou “memória”.⁷³

O teste treponêmico pode ficar positivo para toda a vida após a infecção, mesmo após tratamento, por isso é usado como controle de cura da doença, e sim como diagnóstico. Somente o VDRL é usado para controle. As pessoas não tratadas previamente devem receber o tratamento, embora a transmissão seja incomum após o primeiro ano da infecção, pois o objetivo do tratamento é evitar complicações.⁵⁷

Somente a sífilis é notificada na unidade de saúde. As outras doenças são notificadas no serviço de referência, após exames confirmatórios.

Todos os pacientes com sorologia positiva foram informados à unidade de origem e acompanhados na finalização do tratamento no caso da sífilis ou se compareceram ao serviço especializado para confirmação diagnóstica, no caso da hepatite C e acompanhamento

das demais. Paciente resistente a procurar o serviço especializado, também foi informado à unidade de saúde.

3.7.3 Métodos Diagnósticos

Os exames de Hepatite B e C, VDRL e treponêmico foram realizados pelo laboratório clínico do Hospital das Clínicas Unesp - Botucatu com a utilização dos seguintes métodos diagnósticos:

- Hepatite B: Para o Anti-HBs foi utilizado o ensaio ARCHITECT Anti- HBs e para AgHBs o ensaio ARCHITECT HBsAg, o primeiro determina a concentração de anticorpos contra o antígeno de superfície da hepatite e o segundo determina o antígeno de superfície da Hepatite B em soro e plasma humano.
- Sífilis: VDRL test, suspensão de antígeno estabilizado para testar VDRL alterado na detecção da sífilis e o ensaio ARCHITECT Syphilis TP, também um imunoensaio Quimioluminescente por Micropartículas para a detecção qualitativa de anticorpos contra o *Treponema pallidum* para auxiliar no diagnóstico da sífilis.
- Hepatite C: Ensaio ARCHITECT Anti-VHC, sendo um imunoensaio Quimioluminescente por Micropartículas para a determinação do anticorpo para o vírus da Hepatite C (Anti-VHC), utilizado em soro ou plasma humano. Anti-VHC positivo: Polymerase Chain Reaction (PCR), isto é, reação em cadeia da polimerase, método do qual o ácidos nucleicos, no caso o RNA do vírus da hepatite C (RNA-VHC), é amplificado a partir de uma única célula.

O exame de HIV e o PCR foram realizados pelo Laboratório de Sorologia do Hemocentro de Botucatu/ Departamento de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Para o HIV utilizou-se como método diagnóstico primeiramente o ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo Reagent Kit, imunoensaio de Micropartículas Quimioluminescentes para detecção simultânea do antígeno p24 do HIV e dos anticorpos contra a imunodeficiência humana tipo 1 e/ou tipo 2. Em caso positivo, foram utilizados os testes para confirmação: ELISA e Western Blot.

4 - Resultados

4 RESULTADOS

A maior parte dos idosos estudados era do sexo feminino (61,8%), na faixa etária de 70 anos ou mais (50,8%), da cor branca (69,4%), com até sete anos de estudo (82%), casado ou união estável (61%), com renda até três salários mínimos (84,9%) e maioria católico (67,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	236	61,8
	Masculino	146	38,2
Idade	60-69	188	49,2
	70-79	141	36,9
	>80	53	13,9
Cor	Branca	265	69,4
	Preta	14	3,7
	Amarela	5	1,3
	Parda	97	25,4
	Indígena	1	0,3
Escolaridade	Analfabeto	58	15,2
	De 1 a 3	121	31,7
	De 4 a 7	134	35,1
	De 8 a 11	49	12,8
	De 12 a mais	20	5,2
Estado Civil	Casado/União estável	233	61,0
	Solteiro	14	3,7
	Separado	26	6,8
	Viúvo	109	28,5
Renda* (n=362)	0-1	158	43,7
	2-3	149	41,2
	4-5	37	10,2
	>5	18	5,0
Religião	Católico	259	67,8
	Test. Jeová	7	1,8
	Evangélico	95	24,9
	Kardecista	9	2,4
	Crê em Deus	10	2,6
	Outros**	2	0,5

*Renda individual, por salário mínimo, sendo um salário igual a R\$545,00.

**Um mulçumano e um budista

A população economicamente ativa foi de 14,2% e a maioria (85,8%) encontram-se fora da força de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2 – Ocupações dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Ocupação	n	%
Fora da força de trabalho	328	85,8
Comerciais/Proprietário	9	2,4
Técnicos, científicos e auxiliares	4	1,0
Agrícola	3	0,8
Industriais	9	2,4
Transporte	2	0,5
Prestação de serviço	27	7,1
Total	382	100,0

Fora da Força de Trabalho: Aposentado, do lar, pensionista, auxílio doença, estudante. **Comerciais/Proprietários:** Comerciante, vendedora, pecuarista, agropecuarista. **Técnicos, científicos e auxiliares:** Economista, supervisora de ensino, auxiliar de enfermagem e agente de organização escolar. **Agrícola:** Trabalhador rural/lavrador. **Industriais:** Costureira, mecânico, eletricitista, pedreiro, encanador e alfaiate. **Transporte:** motorista. **Prestação de serviço:** auxiliar de serviços gerais, porteiro, vigilante noturno, empregada doméstica e catador.

Tinham relação sexual 45% dos idosos; 7% tinham parceiro (a) eventual; dois idosos referiram orientação bissexual e 11,8% revelaram história prévia de DST (Tabela 3).

Tabela 3 – Comportamento sexual e história prévia de DST em idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Variável	Categoria	n	%
Parceiro (a) Fixa	Sim	253	66,2
	Não	129	33,8
Relação Sexual	Sim	172	45,0
	Não	210	55,0
Parceiro Eventual	Sim	27	7,0
	Não	145	38,0
	Não se aplica	210	55,0
Orientação Sexual	Heterossexual	380	99,5
	Bissexual	2	0,5
DST/Prévia	Sim	45	11,8
	Não	337	88,2

Com relação ao histórico de DST relatadas pelos 45 idosos, a gonorreia foi a doença mais citada pelos idosos como contraída anteriormente (28), seguida pela sífilis (8) (Tabela 4).

Tabela 4 – Doenças sexualmente transmissíveis relatadas pelos idosos. Botucatu, 2012

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Gonorreia	28	7,3	354	92,7
Hepatite	3	0,8	379	99,2
Sífilis	8	2,1	374	97,9
Outras doenças*	8	2,1	374	97,9
Não Sabe	4	1,1	378	98,9

* Linfogranuloma venéreo, pediculose pubiana, papiloma vírus, cancro.

Sabiam o que era DST/aids 50,8% dos idosos e apenas 5% não sabiam o que era preservativo. Em relação à sorologia, aproximadamente 20%, haviam realizado pelo menos uma delas anteriormente (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento dos idosos sobre DST e prevenção. Botucatu, 2012

Variável	Categoria	n	%
Sabe o que é DST	Sim	194	50,8
	Não	188	49,2
Sabe o que é preservativo	Sim	363	95,0
	Não	19	5,0
Realizou alguma dessas sorologias*	Sim	75	19,6
	Não	307	80,4

*HIV, hepatite B e C, VDRL.

Os idosos não possuem o hábito de utilizar o preservativo, somente 4,7 % referiram utilizar sempre e 56,5% e 38,8%, não usavam ou às vezes usavam, respectivamente.

A confiança no parceiro foi a justificativa relatada pelos idosos (42,7%), seguido por outros (34,6%) e por não gostarem de usar o preservativo (16%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Motivo do não uso do preservativo por idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Não gosta	61	16,0	321	84,0
Não sabe usar	5	1,3	377	98,7
Parceiro não aceita	21	5,5	361	94,5
Confia no parceiro	163	42,7	219	57,3
Outros*	132	34,6	250	65,4
Não se aplica	18	4,7	364	95,3

*Define somente como método contraceptivo, déficit de conhecimento e déficit de informação, condições de acesso, despreparo, infidelidade, alergia ao produto, disfunção sexual.

Ocorreu sorologia positiva para HIV em apenas um caso e 16 VDRL reagente, destes um teve treponêmico não reagente, portanto não considerado sífilis. Cinco foram classificados como cicatriz sífilítica, e ao final dez foram diagnosticados com sífilis. Dois idosos tiveram resultado reagente para hepatite B, 13,1% deles tiveram o Anti-HBs reagente. Para hepatite C, 11 idosos tiveram Anti-VHC reagente, destes três tiveram PCR positivo, ou seja, em três foram detectado a hepatite C. Um idoso do sexo feminino apresentou Anti-VHC reagente e PCR negativo, porque já tinha passado por tratamento de hepatite C e por isso teve PCR não detectável (Tabela 7).

Tabela 7 – Doenças sexualmente transmissíveis e hepatite C de idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Sorologias	Resultado	n	%
HIV	Não Reagente	381	99,7
	Reagente	1	0,3
Sífilis	Não Reagente	367	96,1
	Reagente	10	2,6
	Cicatriz	5	1,3
Hepatite B	Não Reagente	380	99,5
	Reagente	2	0,5
Hepatite C	Não Reagente	379	99,2
	Reagente	3	0,8

Houve significância entre sexo e DST/aids ($p < 0,05$), sendo que o feminino tem 94,9% das sorologias positivas. Também ocorreu significância entre DST/aids e atividade sexual. Não houve associação entre hepatite C e essas duas variáveis (Tabela 8).

Devido à significância em análise univariada, foi realizada análise multivariada com regressão logística e constatou que as variáveis perderam significância. Porém não se pode afirmar que o número de mulheres influencia na univariada.

Tabela 8 – Associação entre DST/aids com sexo e atividade sexual dos idosos participantes do estudo. Botucatu, 2012

Variável	Categoria	DST/aids*				X²	p
		Não		Sim			
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	145	(99,3)	1	(0,7)	5,3116	0,0206
	Feminino	224	(94,9)	12	(5,1)		
Atividade Sexual	Sim	170	(98,9)	2	(1,2)	4,777	0,0288
	Não	199	(94,8)	11	(5,3)		

*DST/aids= Somatória dos resultados positivos para sorologias de Sífilis, Ag HBS e HIV.

As verificações de associação de DST/aids e hepatite C foram realizadas, também, com parceria fixa, orientação sexual, conhecimento sobre DST e história prévia de DST e uso do preservativo; porém não ocorreu significância com nenhuma das variáveis citadas.

5 - Discussão

5 DISCUSSÃO

O predomínio em mulheres, possivelmente, esteja relacionado com a procura mais frequente destas aos serviços de saúde por questões sociais; e porque, historicamente, o cuidado da saúde do corpo está intrínseco à mulher ^{74,75} nos diversos ciclos da vida, desde o acompanhamento do desenvolvimento infantil através da puericultura, realização de exames preventivos, acompanhamento de pré-natal, entre outros. Visto que o número de mulheres idosas do município é maior que o de homens, pois, na faixa etária de 60 a 69 anos, a proporção é de oito homens para dez mulheres e, no grupo 80 anos ou mais, existirem cinco homens para dez mulheres. ⁷⁶

Estudo realizado no CTA de Passos, Estado de Minas Gerais, obteve predomínio de idosos do sexo masculino (74%). Quanto à faixa etária dos idosos, 51,3% encontravam-se entre 60-69 anos, verificando-se que a procura de idosos é maior quanto menor a idade deles. ⁷⁷

A maioria dos idosos referiu estar aposentados, porém exercia atividade extra para complementar a renda familiar. Em estudo com a população idosa, no Brasil, encontram-se nesta condição, evidenciado em 24% que continuam ativos, pois frequentemente são mantenedores do lar. ⁷⁸

Quanto ao conhecimento dos idosos às DSTs, resultou em “sim” ou “não”, quando afirmativo induzia-se explicação, a partir desta o entrevistador avaliava a resposta e detectou que, somente, 50,8% tinham o conhecimento do que era DST.

Em outros estudos, em que esse conhecimento foi analisado, os idosos referiram desconhecer as formas de transmissão do HIV, e a maioria afirma que a infecção ocorre pela picada do mosquito. ^{36,79} Lisboa (2007) ⁷ evidenciou que os idosos não sabem da possibilidade de se infectar com HIV, por não estar mais em idade reprodutiva, e também, por desconhecerem a fase de latência do vírus.

Pessoas maiores de 50 anos infectadas pelo HIV, 81% sabiam o significado de DST, ainda existindo o desconhecimento desta questão entre os idosos infectados. ²⁷ Dado preocupante, uma vez que o ideal seria que todos soubessem dessa relação DST/aids, enfatizando a vulnerabilidade desta faixa etária pela falta de informação. ^{7,27}

Em pesquisa com 510 idosos, 11% referiram exames prévio de DST/aids. ³⁶ No presente estudo, verifica-se que a porcentagem de exames realizados anteriormente foi maior (19,6%). No município de Botucatu existe o serviço do CTA, campanha “Fique Sabendo”,

oferta da sorologia nas unidades de saúde sem burocracias, somente dependendo dos profissionais de saúde em solicitar; talvez por esses motivos os idosos do presente estudo tenham mais contato prévio com esses exames do que da região do Vale dos Sinos- Rio Grande do Sul.

Contudo, iniciativas de prevenção como: sorologia para HIV com slogan “Fique sabendo” e existência de CTA, entre outras atividades, são disponibilizadas, porém não possui dados para analisar se houve aumento do acesso aos testes sorológicos para HIV, na população com maior vulnerabilidade.³²

Mas, por outro lado, a campanha do “Fique Sabendo”, para alguns profissionais da atenção primária do município do interior paulista, foi um *start* para oferecer o exame de HIV para os idosos, uma vez que parte deles nunca havia ofertado.⁴³

Ao avaliar o programa nacional de DST/aids em três unidades da região metropolitana de São Paulo, Ferraz (2009)⁸⁰ verificou que as consultas eram rápidas focadas principalmente na queixa e quando havia inferência de DST não realizava-se orientação de prevenção. Também foi observada oferta de sorologias a gestante sem aconselhamento, somente com informação do resultado. Embora não tenha sido foco os idosos, o estudo mostra a dificuldade dos profissionais em abordar as questões relacionadas DST/aids em qualquer faixa etária.

Alencar (2012)⁴³ avaliou a prática de solicitação de sorologias de DST/aids para idosos em município do interior paulista na rotina dos profissionais de saúde da atenção básica e esta somente ocorreu quando se esgotaram todos os recursos para diagnóstico, e também constatou o não conhecimento de vulnerabilidade por estes profissionais, pois ainda se limitavam em pedir sorologia de HIV a pessoas de risco.

Entretanto, esta não é uma realidade somente brasileira, no Reino Unido detectou-se ausência de campanhas de prevenção à população idosa e falta de percepção da vulnerabilidade.³⁷

O uso do preservativo como método preventivo é desconhecido pelos idosos, devido a esta geração ter tido pouco contato e culturalmente defini-lo como dispositivo indicador da promiscuidade.⁷⁵ Desta forma, conforme o aumento da idade diminui o uso do preservativo,⁸¹ mesmo com HIV positivo os idosos não adotam o hábito de usar o preservativo.^{18,27,43}

Em pessoas acima de 50 anos, servidores da secretaria do município de Cuiabá, 13,3% afirmaram usar sempre o preservativo⁸ e 16,5% dos idosos com vida sexual ativa, afirmaram o uso em todas as relações;⁷⁹ porcentagem superior à população da presente

pesquisa (5%).

A realização prévia de sorologias de DST/aids foi um fato observado neste estudo, porém o uso de preservativo entre os idosos não é consistente, pois constatou-se que 56,3% não usam e 38,7% às vezes. Talvez o serviço de saúde do município em questão disponibilize as sorologias sem barreiras, mas não dispõe de políticas públicas para prevenção das DSTs para esta faixa etária.

Quanto ao motivo de não usar preservativo os idosos destacaram várias justificativas: não gostar, não saber usar, confiar no parceiro, entre outras, em associar o uso do preservativo somente como método contraceptivo. Embora não tenha realizado comparação entre homens e mulheres com relação ao preservativo, a literatura traz dados semelhantes com distinção.

Sobre a vulnerabilidade em contrair DST, mulheres acreditam não estarem em risco, mas identificam outras pessoas como vulneráveis; as que não têm relação estável e que têm vários parceiros;⁸² em contraponto, outro autor afirma que pessoa com número maior de parceiros se previnem mais.⁸³

A confiança no parceiro pode estar associada à resistência masculina, ao de não desapontar o parceiro e à dificuldade em negociar.^{33,82} Desta forma as mulheres reconhecem a desinformação e confiança no parceiro como fatores de risco.⁸² Rocha (2011),¹² também identifica o medo de fracassar na relação sexual, além da confiança no parceiro e falta de conhecimento, como fator que atribui à não aderência ao preservativo. Garcia e Souza (2010)³³ evidenciam que homens não gostam de usar preservativo por prejudicar a sensibilidade e ereção.

Antecedentes de DST entre idosos apenas 11,8% relataram, destes 7,3% referiram à gonorreia, sem distinção entre os sexos. Porém a uretrite gonocócica em homens entre 50 a 80 anos foi a doença mais comum relatada, no Estado de Washington.⁸⁴ No Brasil estudo revelou que 21,1% dos homens entre 55 a 65 anos de idade relataram sinal para corrimento uretral, compatível com gonorreia.⁸⁵ Comparando os dados deste estudo aos referidos, é relativamente menor, porém vale considerar o fato dos idosos não ter tido o diagnóstico real, ou também, desconhecem essa informação para repassá-la.

A proporção entre homens e mulheres infectados pelo HIV está diminuindo, ao passo que o número de mulheres infectadas vem aumentando, caracterizando a feminização da epidemia.^{18-21,26,49,53,86-88}

A sorologia para o HIV foi reagente em apenas um caso, sendo do sexo feminino. O número de mulheres participantes neste estudo foi maior em relação aos homens, portanto o fato da positividade para o HIV em um caso pode não configurar a feminização da epidemia.

Todavia, dados do Boletim epidemiológico referem maior número de casos de aids em mulheres acima de 60 anos (10,8%) do que em homens da mesma idade (6,4%).⁵¹

Em relação à sífilis foram diagnosticados 10 (2,6%) casos de sífilis, e somente um deles pertence ao sexo masculino. Mais uma vez evidenciou a vulnerabilidade feminina às DSTs, esse fator compromete a saúde e aumenta a possibilidade para contrair o HIV.

Nesse sentido sabe-se que pessoas vivendo com HIV/aids, com idade média de 32 anos, 19,2% encontravam-se infectados pelo *Treponema Pallidum* e prevaleceu entre os homens.⁸³ Não descartando a possibilidade de idosos HIV positivos contraírem outras doenças sexualmente transmissíveis.

O maior número de casos de sífilis em mulheres pode ser por diversos fatores, associados ao não emprego do preservativo nesta geração, por todos os motivos citados anteriormente como a falta de informação, confiança no parceiro, dificuldade em negociar além, da cultura da época em aceitar a infidelidade e múltiplas parceiras pelo gênero masculino, tornando as mulheres mais vulneráveis.⁸⁹

Outra DST investigada foi a hepatite B. Dois idosos do sexo feminino (0,5%) foram AgHBs reagentes. Nos Estados Unidos também há maior número de mulheres infectadas, 1% de incidência para as idosas e 0,05% para os idosos.⁵⁴ Contudo outro estudo verificou maior predominância da hepatite B entre os homens (62,5%) e 12,5% eram em pessoas entre 60-69anos, de ambos os sexos.⁹⁰

No Boletim de Hepatites Virais no ano de 2012, a taxa de detecção de hepatite B em pessoas maiores de 60 anos foi de 8,1% para o sexo masculino e 5,0% para o sexo feminino. Em outro estudo, na região sudeste, constatou-se possibilidade maior de positividade para o Anti-HBc no sexo masculino e na faixa etária de mais idade.⁶⁰

O Anti-HBs foi reagente em 13,1% dos idosos, porém não se pode afirmar que somente estes tiveram contato com o vírus da hepatite B, pois o marcador pode ser indetectável com o passar do tempo, portanto seria necessário o Anti-HBc, o qual não foi solicitado, visto que o objetivo era verificar a positividade para AgHBs. Porém a vacina para hepatite B não é preconizada para esta faixa etária, então, possivelmente os idosos com Anti-HBs reagente tiveram contato com o vírus, caso não tenham sido vacinados por alguma indicação.

O Anti-HCV indica que a pessoa teve contato com o vírus da hepatite C, porém não confirma imunidade ou infecção ativa pelo mesmo,⁷² dessa forma, pode-se afirmar que 2,9% dos idosos tiveram contato com o vírus.

Dados semelhantes foram encontrados no interior de Santa Catarina (2,2%)⁹¹ e no centro da Itália (2,4%),⁹² porém a prevalência de pessoas maiores de 50 anos mostrou-se maior em alguns estudos (média 3,4%), enfatizando tendência diretamente proporcional, isto é, quanto maior a idade, maior a prevalência de Anti-HCV.^{92,93}

Em estudo realizado no conjunto das capitais brasileiras, a prevalência de Anti-VHC foi de 1,56% em indivíduos entre 20 a 69 anos, sendo observado maior chance de soropositividade nas pessoas submetidas à transfusão em algum momento da vida e aquelas hospitalizadas nos últimos 12 meses.⁶⁰

Dos 11 casos com Anti-HCV positivo, somente dois eram do sexo masculino e três foram confirmados a infecção ativa pelo vírus da hepatite C, por meio do PCR, sendo um homem e duas mulheres. Em inquérito realizado por Cruz, no período de 2004 a 2007, em hospital público na cidade de São Paulo, certificou dados semelhantes, maior prevalência no feminino.⁹⁰ Contudo ao verificar associação entre sexo e prevalência de Anti-VHC não houve significância. Em estudo de prevalência de Anti-VHC, também não houve esta associação.⁶⁰

Entretanto, no presente estudo, ao associar as DSTs ao sexo, há significância, sendo o feminino mais vulnerável. A vulnerabilidade feminina é demonstrada por outro autor, quando refere que as mulheres muitas vezes não se consideram vulneráveis às DSTs, 40% acham impossível acontecer e 24% quase impossível, mesmo com relato que 72% delas não terem usado o preservativo na última relação.⁹⁴ Mesmo reconhecendo a gravidade da aids, mulheres não adotam ações de prevenção.⁹⁵

Ocorreu significância entre a variável atividade sexual e DST/aids, a positividade às doenças encontram-se em maior número na categoria que não mantém relação sexual, no momento da entrevista, assim remete à reflexão de que os idosos contraíram DST anteriormente.

Entretanto, 60,5% dos idosos eram casados e 65,7% tinham parceria fixa, mas isso não significa vida sexual ativa, pois 44,7% referiram manter relação sexual e 7% responderam ter outros parceiros sexuais.

Ao estudar o comportamento sexual de mulheres entre 18 a 94 anos, Patel (2003)⁸¹ constatou poucos relatos de atividade sexual nos idosos, e afirma que a frequência e ocorrência diminuem com a idade, porém as casadas têm maior chance. Em oposição, em

outro estudo, muitos idosos tinham vida sexual ativa e a maioria envolvida com um ou mais parceiros.³⁷

Sabe-se que o vírus da hepatite C tem possibilidade de ser transmitido via sexual, principalmente em idosas menopausadas que apresentam ressecamento vaginal o que aumenta as chances de fissuras e contato com sangue,¹⁰ também podendo ocorrer o mesmo mecanismo no sexo anal.⁵⁹ Não se obteve associação entre hepatite C com atividade sexual; porém dados relativos ao tipo de sexo –vaginal, anal e oral– não foram pesquisados.

Em virtude das transformações na epidemiologia do HIV, termos foram introduzidos para identificar os fatores de vulnerabilidade; com a possibilidade de associá-los às outras DSTs. Destacam-se como fatores de vulnerabilidade a escolaridade (pauperização), cor, orientação sexual; porém, ao realizar as associações, não revelou significância estatística.

O conhecimento da população em relação à doença e à prevenção está relacionado ao nível de instrução, pois quanto menor, maiores serão as dificuldades de acesso a essas informações bem como o entendimento.⁹⁶ Mulheres com HIV/aids que nunca usaram preservativo até a infecção, a maioria tinha até 4ª série do Ensino Fundamental.⁹⁷

No presente estudo, 46,9% informaram até três anos de estudo, porcentagem possivelmente reduzida para haver associação desta variável com DST/aids. Esperava-se número maior de pessoas nessa faixa de escolaridade, pois a população estudada é usuária do serviço da atenção básica.

Para Anti-VHC, também não ocorreu associação com escolaridade, porém em inquérito nacional, observou-se uma significância estatística limítrofe entre Anti-VHC reagente para analfabetismo e menor possibilidade de infecção para indivíduos com curso superior.⁶⁰

Salienta-se a importância em perguntar a cor para direcionar as políticas públicas de prevenção, pois os grupos populacionais são submetidos diferentemente ao processo de adoecimento,⁶⁹ sendo a cor indicador de vulnerabilidade, visto que a disseminação do HIV/aids na população negra é maior, africana em especial.²² Contudo a população negra neste estudo foi de apenas 3,7%, talvez por isso, não tenha ocorrido significância entre cor e DST.

Possivelmente o preconceito ainda existente e intenso, tenha dificultado no primeiro contato de pessoas assumirem a orientação sexual; homo ou bissexual. Assim é plausível referir que os números destas orientações podem estar mascarados, em decorrência da falta de vínculo entre entrevistado e entrevistador e/ou as incertezas, medos e preconceitos do entrevistado.

A bissexualidade foi referida por dois homens com ausência de positividade para as sorologias de DST/aids e 98,7% declararam-se heterossexuais, mas sem significância estatística; embora tanto para HIV quanto para hepatite B, estudos apontam maior índice de infecção em heterossexuais.^{21,54} Contudo, outros estudos, revelam maior número de casos de HIV em homens que fazem sexo com homens.^{18,88,98}

É importante salientar que são poucos os estudos voltados a faixa etária de 60 anos e mais, os encontrados, ainda, se limitam ao HIV/aids. Visto que a maioria sugere a melhoria das políticas de saúde direcionadas à prevenção de DST/aids em idosos, como também capacitação dos profissionais em abordar o tema a esta população. Referente à hepatite C, os estudos são escassos, independente da faixa etária, o que dificulta melhor discussão dos resultados encontrados.

6 - Conclusão

6 CONCLUSÃO

A amostra e o instrumento foram apropriados, o que permitiu atingir os objetivos propostos pelo estudo.

Possibilitou verificar que os idosos são vulneráveis à DST/aids, muitas vezes por serem desprovidos de informação, por desconhecerem a forma de contágio, terem pouco contato com o preservativo e por isso não possuírem o hábito de usá-lo, como também, não se enxergarem potenciais infectados por não estarem no período reprodutivo. Visto que estas informações não atingem os idosos, pois praticamente metade da população não sabia o que era DST, a maioria conhecia o preservativo, mas não usa de forma consistente por não gostarem.

Os idosos, ao contrário do que se acredita, mantêm relação sexual e poucos afirmaram ter parceiras (os) eventuais e somente dois idosos relataram a bissexualidade. Parcela relativa de idosos tinha realizado as sorologias anteriormente, das ofertadas neste estudo, embora números menores foram mencionados na literatura, podendo este fato estar relacionado à dificuldade dos profissionais em abordar aspectos relacionados à sexualidade com os idosos, pois não os veem como vulneráveis, assim como a falta de política pública de prevenção voltada a esta faixa etária.

Os casos positivos para as doenças foram predominantes em mulheres, e houve significância entre DST/aids positivos e sexo, porém após análise multivariada perdeu significância. Não se pode afirmar que o número de mulheres sendo maior influenciou a associação.

Houve dificuldade em encontrar artigos relacionados às DSTs em idosos, pois a maioria estão voltados ao HIV. Isso inviabilizou a comparação de dados e discussão.

Vale ressaltar que este estudo foi extremamente relevante por possibilitar a oferta de sorologias, o que proporcionou o conhecimento do diagnóstico das DSTs/aids e hepatite C, viabilizando o tratamento e consequentemente melhorando a qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo, possivelmente, trarão mudanças significativas no olhar dos profissionais de saúde à vulnerabilidade dos idosos frente às DSTs/aids e hepatite C, e também dos gestores a fomentar políticas públicas de saúde voltadas à prevenção destas doenças para as pessoas acima de 60 anos.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Organização Pan Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
3. OMS. Innovative care for chronic conditions meeting report. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
4. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2012 agosto 28]. Disponível em: www.ibge.com.br
5. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010, região de São Paulo. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2012 maio 06]. Disponível em: www.ibge.com.br
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):7-18.
7. Lisboa MES. A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/aids. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Epidemiologia, prevenção e saúde pública [Internet]. Lisboa; 2007 [acesso 22 de abril de 2011]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
8. Oliva M, Santana RG, Mathias TAF. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. Rev Latino-am Enferm. 2008; 16(4):679-85.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Souza JL. Sexualidade na terceira idade: Uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST J Bras Doença Sex Transm. 2008; 20(1):59-64.

11. Fontes KS, Saldanha AAW, Araújo LF. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Ciência social e comportamental. Lisboa; 2007 [citado 2011 abr 22]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
12. Rocha FCV, Melo SBS, Chaves NN, Silva Junior FJG, Sousa CMM, Alves ELM. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. Rev Pesqui Cuidad Fundam Online. 2011; (ed. supl.):63-9.
13. Carvalho NS. Bioética e doenças sexualmente transmissíveis. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2003; 15(2):57-61.
14. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. Brasília; 2007 [acesso 23 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
15. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e aids. Plano estratégico do Programa Nacional de DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Caldas JPM, Gessolo KM. Aids depois dos 50 anos: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Epidemiologia, prevenção e saúde pública. Lisboa; 2007 [citado 2011 abr 22]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
17. Mota M. A infecção VIH nos idosos. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Ciência social e comportamental. Lisboa; 2007 [citado 2011 abr 22]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
18. Sousa ACA, Daniella SBS, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com aids. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2009; 21(1):22-6.
19. Pereira ECAP, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Aldrighi JM. Tendências da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(5):422-5.
20. WHO. Aids epidemic update: special report on HIV/aids. WHO; 2006.

-
21. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids [Briefing]. Bol. Epidemiol. [Internet] 2011 jan/jun [acesso 03 jan 2012]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/noticia/2011/50650/briefing_boletim_25112011_pdf_29679.pdf.
22. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5(3):286-310.
23. Alves MMM. Distribuição espaço-temporal da aids no estado de Rondônia, 1994-2008 [dissertação]. Rondônia: FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
24. Feitoza AR, Souza AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV/aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004; 16(4):32-7.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST. Brasília; 2007.
26. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: característica dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(3):338-51.
27. Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(2):75-9.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico - aids e DST. Brasília; 2010.
29. Brito AM, Castilho EAC, Szwarcwald L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Med Trop. 2001; 34(2):207-17.
30. Campos TS, Ribeiro LCC. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV/aids no alto Vale do Jequitinhonha, 1995-2008. Rev Med Minas Gerais. 2011; 21(1):14-8.
31. Reis CT. A interiorização da epidemia de HIV/aids e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. Cad Saude Pública. 2008; 24(6):1219-28.

-
32. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:9-17.
33. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc*. 2010; 19(2):9-20.
34. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 16(5):923-8.
35. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.117-39.
36. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hadrich M, Tonin M, Caputo P, Sprinz E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2008; 13:1833-40.
37. Pratt G, Gascoyne K, Cunningham K, Tunbridge. Human immunodeficiency virus (HIV) in older people. *Age Ageing*. 2010; 39:289-94.
38. Vasconcellos D, Novo RF, Castro DP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol (Natal)*. 2004; 9(3):413-9.
39. Carneiro RS, Falcone E, Clarck C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit*. 2007; 20(2):229-37.
40. Santos AFMS, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/aids: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):7-16.
41. Gross JB. O estudo de portadores HIV/aids após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz; 2005.

-
42. Centro de Referência e Treinamento em DST/aids. Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos. Bepa. 2011; 8(92):15-23.
43. Alencar RA. O idoso vivendo com HIV/aids: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
44. Oliveira ICV, Araújo LF, Saldanha AAW. Percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(2):143-7.
45. Saldanha AAW, Araújo LF. A aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Ciência social e comportamental. Lisboa; 2007 [citado 2011 abr 22]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
46. Souza VC, Saldanha AAW, Araújo LF. Viver com aids na terceira idade. In: Associação Lusófona, organizadora. Anais do 7º Congresso Virtual HIV/aids (o VIH/Sida na criança e no idoso). Ciência social e comportamental. Lisboa; 2007 [citado 2011 abr 22]. Disponível em: www.aidscongress.net/html/lancamento_livro2007.pdf
47. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
48. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº18. HIV/aids e outras DSTs. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2006.
49. Ribeiro LCC, Jesus MVN. Avaliando a incidência dos casos notificados de aids em idosos no Estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. Cogitare Enferm. 2006; 11(2):113-6.
50. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Doenças de notificação compulsória. Brasília; 2011.
51. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de vigilância em saúde. Caderno 6. Brasília; 2010.

-
52. Passos MRL. Dassetologia, DST5. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
53. Godoy VS, Ferreira MD, Silva EC, Gir E, Canini RMS. O perfil epidemiológico da aids em idosos utilizando o sistema de informações em saúde do DATASUS: Realidade e desafios. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2008; 20(1):7-11.
54. Center Disease Control. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. Morb Mortal Wkly Rep. 2006; 55(RR-16):1-40.
55. Center Disease Control. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Morb Mortal Wkly Rep. 2001; 50(RR-11):1-42.
56. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(4):473-87.
57. Center Disease Control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Morb Mortal Wkly Rep. 2010; 59(RR-12):1-116.
58. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. Brasília; 2008.
59. Ministério da Saúde. Programa Nacional para Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Manual de aconselhamento de hepatites virais. Brasília: Programa Nacional para o Controle das Hepatites Virais; 2005.
60. Universidade de Pernambuco. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil. Recife: Universidade de Pernambuco; 2010.
61. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de hepatites virais: versão preliminar. Brasília; 2012.
62. Castelo A, Pessoa MG, Barreto TCBB, Alves MRD, Denizar VA. Estimativas de custo da hepatite crônica B no sistema único de saúde brasileiro em 2005. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(6):486-91.

-
63. Vandelli C, Renzo F, Romanò L, Tisminetzky S, De Palma M, Stroffolini T, et al. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol*. 2004; 99(5):855-9.
64. Martins T, Schiavon JLN, Schiavon LL. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 57(1):107-12.
65. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol*. 2007; 13(17):2436-41.
66. Teixeira R, Martins OAF, Oliveira GC. Hepatite C: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1761-5.
67. Sistema Municipal de Informações em Saúde. Total de pacientes acima de 60 anos cadastrados no sistema por equipe de saúde em março de 2011. Botucatu: SIMS; 2011.
68. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST/aids. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento em aids (Manual de utilização). Brasília; 2005.
69. Secretaria do Estado de São Paulo. Perguntar não ofende. Qual é a sua cor ou Raça/Etnia? Responder ajuda a prevenir. São Paulo; 2009.
70. Código Brasileiro de Ocupação. Portaria nº397, de 9 de outubro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2012 abr 25]. Disponível em: www.receita.fazenda.gov.br/publico/Previdencia/.../Tabela_CBO.doc.
71. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. Aconselhamento em DST e HIV/aids, diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 1998.
72. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional para a prevenção e o controle das hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
73. UNICEF. Guia para Gestores. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município. Brasília: UNICEF; 2008.

-
74. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio aos serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(1):105-9.
75. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
76. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Retratos de São Paulo. População de Botucatu. São Paulo; 2012 [citado 2012 nov 11]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/retratosdesp/view/index.php?temaId=1&indId=4&lcId=3507506&busca=População>
77. Souza NR, Bernardes EH, Carmo TM, Nascimento E, Silva ES, Souza BNA, et al. Perfil da população idosa que procura o centro de referência em DST/aids de Passos/MG. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(4):198-204.
78. Wajnman S, Oliveira AMHC, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: Tendências e consequências [Internet] 2012 [acesso 28 ago 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_23_Cap_14.pdf
79. Pereira GS, Borges CI. Conhecimento sobre HIV/aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):720-5.
80. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de prevenção das DST/aids na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):240-50.
81. Patel D, Gillespie B, Foxman B. Sexual behavior of older women. Results of a Random-digit-dialing survey of 2000 women in the United States. *Am Sex Transm Dis Assoc*. 2002; 30(3):216-20.
82. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina em contrair DST. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):401-6.
83. Bassicheto KC, Mesquita F, Zacaro C, Santos EA, Oliveira SM, Veras MASM, et al. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para HIV. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3):302-10.

-
84. Xu F, Schillinger JA, Aubin MR, Louis ME, Markowitz LE. Sexually transmitted diseases of older persons in Washington State. *Sex Transm Dis.* 2001; 28(5):287-91.
85. Bastos F, Cunha CB, Hackerl MA. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(1):98-108.
86. Minayo MCS, Sousa RE, Assis SG, Cruz Neto O, Deslandes SF, Silva CMFP. Avaliação dos centros de orientação e apoio sorológico/CTA/Coas da região nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(2):355-67.
87. Abe-Sandes K, Bomfim TF, Machado TMB, Abe-Sandes C, Acosta AX, Alves CRB, et al. Ancestralidade genômica, nível socioeconômico e vulnerabilidade ao HIV/aids na Bahia, Brasil. *Saúde Soc.* 2010; 19(2):75-84.
88. Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(4):544-54.
89. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/aids: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(1):147-57.
90. Cruz CRB, Shirassu MM, Martins WP. Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo. *Arq Gastroenterol.* 2009; 46(3):225-9.
91. Fagundes GD, Bonazza V, Ceretta LB, Back AJ, Bettio J. Detecção do vírus da hepatite C em uma população de adultos. *Rev Latino-am Enferm.* 2008; 16(3):1-6.
92. Kondili LA, Chionne P, Costantino A, Villano U, La Noce C, Pannozzo F, et al. Infection rate and spontaneous seroreversion of anti-hepatitis C virus during the natural course of hepatitis C virus infection in the general population. *Gut.* 2002; 50(5):693-6.
93. Aquino JA, Pegado KA, Barros LP, Machado LFA. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do Estado do Pará. *Ver Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(4):334-7.
94. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(6):670-7.

95. Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/aids: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3):518-25.
96. Batista AFO, Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(1):39-48.
97. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2):321-33.
98. WHO. UNICEF. UNAIDS. Progress report 2011: Global HIV/aids response. Epidemic update and health sector progress towards universal access. Geneva; 2011.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE I – Ficha de abordagem sobre comportamento sexual

Ficha de abordagem sobre comportamento sexual

1.DADOS DO USUÁRIO

Foi a unidade para: _____ Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Número: _____

Contato: (1) telefone _____ (2) Carta no domicílio: _____

Sexo: (1) Masc. (2) Fem. Data de Nascimento: __/__/__ idade: _____

Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena.

Escolaridade (anos de estudo concluídos):

(1) Nenhum (2) De 1 a 3 (3) De 4 a 7 (4) De 8 a 11 (5) De 12 a mais

Estado Civil: (1) Casado/União estável (2) Solteiro (3) Separado (4) Viúvo

Ocupação: _____ Renda: _____

Religião: (1) Católico (2) Test. Jeová (3) Evangélico (4) Kardecista (5) Crê em Deus
(6) outros _____

2.ANTECEDENTES PESSOAIS/ INFORMAÇÕES SOBRE DST/aids

Tem parceiro (a) fixo (a) (1) sim (2) não

Tem relação Sexual (1) sim (2) não

Tem relação sexual com outros parceiros (1) sim (2) não (3) não se aplica

Pratica (va) relação sexual com (1) Homem (2) Mulher (3) HxH (4) MxM (5) outros _____ (6)
não se aplica

Sabe o que é Doença Sexualmente Transmissível (DST) (1) sim (2) não

Já teve alguma DST (1) sim. Qual _____ (2) não

Já fez alguma vez na vida teste para HIV, Sífilis, Hep. B/C (1) sim (2) não

Sabe o que é preservativo (camisinha) (1) sim (2) não

Uso de preservativo (1) usou todas as vezes (2) Não usou (3) às vezes (4) não se aplica

Motivo de não usar preservativo (camisinha)

(1) Não gosta (3) Parceiro (a) não aceita (5) Não se aplica

(2) Não sabe usar (4) Confia no parceiro (6) Outros _____

APÊNDICE II – Coleta de Sorologia**Coleta de Sorologia**

Coleta de sangue (1) sim. Data __/__/____ (2) não

Anti-HIV (1) sim (2) não **Resultado** (1) não reagente (2) reagente

VDRL (1) sim (2) não **Resultado** (1) não reagente (2) reagente (3) cicatriz

Treponêmico (1) Reagente (2) não reagente (3) não realizado

Hepatite B (1) sim (2) não **AgHBs** (1) não reagente (2) reagente

Anti-HBs (1) não reagente (2) reagente

Hepatite C (1) sim (2) não **Anti-VHC** (1) não reagente (2) reagente

RNA-VHC (1) não reagente (2) reagente

Se sim, informado a unidade exame +: data __/__/____

Encaminhado para (1) hospital dia (2) CTA (3) Resolução na Unidade (4) ambulatório de hepatites virais (5) não se aplica

APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em estudo clínico

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO CLÍNICO

Eu, _____, portador (a) do RG _____, domiciliado (a) na Rua _____ nº _____,

na cidade de _____, fui convidado a participar da pesquisa intitulada: Doenças relacionadas ao sexo em idosos no Município de Botucatu, de autoria de Juliane Andrade e sob a orientação do Prof. Ass. Dr. Jairo Aparecido Ayres, docente do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Medicina – UNESP – Botucatu. Declaro que fui esclarecido (a) e estou de acordo quanto ao(s):

1 – Objetivo do estudo é avaliar o acometimento de idosos com doenças relacionadas ao sexo no município de Botucatu, como também, identificar as sorologias positivas às doenças estudadas, comparar a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em idosos versus classe social, analisar uso de medidas preventivas contra as doenças sexualmente transmissíveis em idosos e sua condição sexual atual.

2 – Conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa poderão auxiliar na abordagem da sexualidade do idoso nas consultas de rotina no posto de saúde.

3 – Esta pesquisa será realizada por meio de entrevista com duração média de 15 minutos e coleta de sangue para sorologias de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.

4 – Em caso positivo das sorologias ofertadas será realizado encaminhamento ao serviço especializado para acompanhamento e tratamento.

5 – As informações deste projeto ficarão em segredo, de forma que seu nome não será exposto;

6 – O (a) senhor(a) tem a liberdade de não participar desta pesquisa, como também desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo/ dano a sua pessoa ou familiares;

7 – Esta pesquisa não prejudicará o (a) senhor (a) em momento algum;

8- Os autores se responsabilizam a entregar duas vias deste consentimento ao entrevistado que, após devidamente orientado, receberá uma cópia, sendo a segunda guardada pelas pesquisadoras.

Assim subscrevem as partes envolvidas nesta declaração.

Paciente

Juliane Andrade (Pesquisadora)

Juliane Andrade, Rua Justino Miranda de Camargo, 1876, casa c, Jd. Mirante, Botucatu. CEP: 18610-630. Fone: (14)97077671. E-mail: juenf_andrade@yahoo.com.br

"Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143."

APÊNDICE IV – Resultado de Exame**Resultado de exame**

Ao participar da pesquisa intitulada como *Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite C em idosos do Município de Botucatu-SP*, foram solicitados exames como: HIV, Hepatite B e C, e Sífilis, informo que os mesmos encontram-se normais, sem alteração.

É IMPORTANTE manter o cuidado com sua saúde.

- observar o seu corpo sempre na procura de feridas, corrimentos, dificuldade e dor ao urinar, nódulos. Se houver qualquer uma dessas alterações procurar o posto de saúde.
- usar camisinha se mantiver relação sexual.
- Procurar o posto de saúde para realizar exames (HIV, SÍFILIS, HEPATITE B e C) regularmente se mantiver relação sexual, ou se houver dúvidas.
- Usar sempre seu próprio material de manicure (se mulher e fazer unha fora).

Em caso de dúvida, qualquer que seja, PROCURE O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO.

CUIDE DE SUA SAÚDE

Anexo

ANEXO

ANEXO I – Comitê de ética



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de agosto de 2011.

Of. 324/11-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Prof. Jairo,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa - (Protocolo CEP 3949-2011) "**Doença relacionada ao sexo em idosos no município de Botucatu**", a ser conduzido por Juliane Andrade, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator, parecer favorável, aprovado em reunião do CEP de 01 de Agosto de 2.011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução do Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO II – Justificativa de Alteração no Título do Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



Fis.
Proc.
Rub.

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Doenças relacionadas ao sexo em idosos do município de Botucatu-SP", aprovado pelo CEP em 01/08/2011, teve seu título alterado para "Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite C em Idosos do Município de Botucatu-SP", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Doutorado.

Botucatu, 11 / 01 / 2013

Nome/Assinatura do(a) aluno(a)

Feliane Andrade

Nome/Assinatura do(a) orientador(a)

[Assinatura]

Dr. Janio Aparecido Ayres

Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

13123 14/01/2013 090008 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP