



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

**EPIDEMIOLOGIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA**

Cascavel

2018

HIAGO FELIPE DOS SANTOS GALBARDI

**EPIDEMIOLOGIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Centro Universitário da Fundação Assis
Gurgacz, FAG, Curso de Farmácia.

Prof. Orientador: Leyde Daiane de Peder

Cascavel

2018

HIAGO FELIPE DOS SANTOS GALBARDI

**EPIDEMIOLOGIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho apresentado no Curso de Farmácia do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação do Professor Leyde Daiane de Peder.

BANCA EXAMINADORA

Leyde Daiane de Peder
Doutora pelo Programa de Pós-Graduação
em Biociência e Fisiopatologia

Claudinei Mesquita Da Silva
Doutor em Ciências da Saúde

Vagner Fagnani Linartevichi
Doutor em Farmacologia

Cascavel, 30 de Novembro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus avós por me proporcionarem esse momento tão importante na minha vida, essa conquista é para eles em especial a minha vó Maria que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me incentivando a nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por esse momento tão especial a ser vivido, sem ele não teria chegado até aqui. Agradeço ao meu pai Valderlei e minha mãe Alzeni pela minha existência mesmo eles estando longe sempre me apoiaram e estão presentes nessa caminhada.

Agradeço imensamente ao meu avô Jose Benedito e minha avó Maria Margarida, por não medirem esforços para que eu continuasse estudando e por nunca ter permitido que eu desistisse, fazendo com que esse sonho seja realizado, mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigado por serem os melhores avós do mundo sem o amor e carinho de vocês nada disso teria acontecido.

Agradeço aos meus amigos por fazerem parte dessa trajetória e entenderem a minha ausência e mesmo assim nunca me deixaram. Camila Boni, Josi Malizan, Amanda Pimentel, Keth, Francielli Gandra, Mari, Mayra, Carla Possato e em especial Michelly Monick por todos os conselhos e aprendizado, muito obrigado.

Agradeço a minha amiga Karla Mazini vulgo (Nelso) por sempre estar ao meu lado nos (ROLÊ) nos momentos de alegria e tristeza, por sempre estar na minha casa para passarmos o dia juntos (Comendo mesmo quando você não quer).

Agradeço a minha segunda família Cicera (Tita) e Karina duas pessoas maravilhosas o meu carinho por vocês é grandioso me falta palavras para agradecer o que vocês fizeram por mim todos esses anos e o quanto vocês foram importantes na minha vida.

Agradeço ao João Manuel por estar ao meu lado nesse momento tão especial da minha vida e por estar fazendo parte dessa trajetória. Obrigado por todos os conselhos, puxões de orelha, pelos ensinamentos, e por todo carinho e compreensão que você teve comigo.

Aos meus amigos Marcela e José Romão pelos ensinamentos pelos plantões e por sempre confiarem no meu potencial, sou imensamente grato.

Agradeço aos meus metres do Centro Universitário FAG que estiveram presentes nessa caminhada, por toda a sabedoria e comprometimento depositados.

Agradeço a profª Suzana Bender por todo carinho e amor que ela me proporcionou e todo ensinamento que dedicou durante as aulas.

E por fim, mas não menos importante agradeço em especial a minha Orientadora, Leyde Daiane de Peder, a qual tenho uma imensa admiração, carinho e respeito. Agradeço pela paciência para me orientar acredito que sem você nada disso teria acontecido fica minha imensa gratidão por toda aprendizagem que tive.

GRATIDÃO!

Sumário

1 - REVISÃO DA LITERATURA	7
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
2 - ARTIGO CIENTÍFICO	29
ANEXO - NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA - REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO.....	46

1 - REVISÃO DA LITERATURA

ASPECTOS GERAIS

O assunto sexo é algo natural ao ser humano, e muitos são os problemas ocasionados ao praticar ato sem os devidos cuidados. Por esse motivo, surgiram as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) nas civilizações antigas, época na qual os indivíduos conviviam em uma sociedade promíscua, sendo um dos determinantes para o desenvolvimento das IST na população. O termo “doenças venéreas” surge então pelas sacerdotisas dos templos de Vênus que exerciam a prostituição como culto à deusa. (BAINES, 1996).

Ao longo da história da humanidade, sempre estiveram presentes os sentimentos que se desperta sobre a sexualidade. Várias obras de arte da Antiguidade, ou mesmo desenhos pré-históricos, retrataram o corpo humano com ênfase nos órgãos genitais (masculinos principalmente). Algumas referências em relação ao amor e ao desejo sexual são encontradas desde a Idade Antiga (4.000 a 3.500 a.C.) nos escritos do filósofo Platão.

O ato sexual, para os antigos egípcios, não era apenas um momento de prazer, mas sim a ação criadora, ou da origem da vida. Semelhante a outras religiões antigas, na crença egípcia os deuses faziam amor e sexo, sentiam o prazer sexual. Esse sentimento, e o desejo pelo sexo e fertilidade, era um dos vários elos que ligavam estas divindades aos homens que viviam na antiguidade egípcia (ARAÚJO, 1995).

Freud (1856-1939), nos seus estudos, desafiou a moral rígida de sua época ao lançar uma nova compreensão sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, no qual a “inocência” das crianças era até então inquestionável.

PRINCIPAIS IST

As IST podem revelar-se por meio de feridas, corrimentos ou verrugas. Determinadas IST são herpes genitais, sífilis, gonorreia, infecção pelo papilomavírus Humano, HPV e hepatites virais B e C. As IST aparecem especialmente no órgão genital, mas podem surgir também em outras partes do corpo como palma das mãos, olhos e língua. O corpo precisa ser observado durante a higiene pessoal, o que pode

auxiliar e identificar uma IST no seu estágio inicial (RODRIGUES e CARNEIRO, 2009).

Deste modo, a doença pode não apresentar manifestações clínicas, pode haver um alto índice de disseminação e, além disso, pode causar graves danos à saúde do indivíduo. Aliadas a isso estão às práticas sexuais promíscuas, como mudança frequente de parceiros, as baixas condições socioeconômicas, má condição dos serviços de saúde, educação sexual inadequada e, sobretudo, a não utilização de métodos preventivos, o que proporciona um aumento nos índices de incidência das IST (OLIVEIRA et al, 2013).

Sintomas:

Corrimentos pela uretra em quantidades e cores variadas; ardor ao urinar; dores e inchaço nos testículos; vermelhidão no palato ou na faringe; dor difusa no intestino; Inchaço e úlceras no ânus; corrimentos com mau odor em nível da vagina; prurido, ulcerações, abscessos, inflamação da vulva e/ou no interior da vagina; dores e ardor ao ter relações sexuais; hemorragias fora do período de menstruação; inflamação na zona genital; menstruação irregular; dor difusa no cólon; inflamações, ulceração no ânus.

HEPATITE B

Hepatite é uma inflamação no fígado que resulta em degeneração e necrose das células hepáticas, cuja causa pode ser infecciosa ou tóxica. As infecciosas são causadas por vírus e as tóxicas resultam de deficiências alimentares, deficiências sanguíneas, alcoolismo ou reações alérgicas a substâncias químicas presentes em alguns medicamentos (SPETHMANN, 2003).

Causada pelo vírus da hepatite B VHB, é uma doença infecciosa, a qual ocorre no fígado, podendo esta ser aguda ou crônica, sintomática ou assintomática (Martins Rac, 1996). A profilaxia dessa patologia pode ocorrer através de medidas de biossegurança, evitando contato com sangue ou secreções contaminadas; uso de preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais (vaginal, anal e oral) e tratamento precoce dos doentes. Para a Hepatite B, existe imunoprofilaxia com dois tipos de imunobiológicos.

A imunoglobulina anti-B proporciona proteção temporária (3 a 6 meses), indicada para pessoas expostas ao VHB que nunca tiveram hepatite B e nunca receberam vacina para esse tipo de hepatite. Outro imunobiológico é a vacina anti-Hepatite B, indicada tanto para profilaxia pré quanto para a pós-exposição (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2007).

O VHB está presente em todas as secreções e fluidos corporais, mas apenas a saliva, o sêmen, o leite materno, o sangue, as secreções vaginais e o líquido amniótico estão associados à sua transmissão (Chávez, 2003). A transmissão do HBV ocorre pela exposição vertical, através da relação sexual, pela exposição ao sangue ou derivados, pelo transplante de órgão ou tecidos e através de seringas compartilhadas pelos usuários de drogas intravenosas (BEASLEY e HWANG, 1987).

HERPES GENITAL

Herpes genital é uma doença infecto contagiosa com recidivas, e apresenta como agentes etiológicos duas cepas diferentes do vírus herpes simples HSV-I e o tipo HSV-II. Ambas estão relacionadas com a causa da doença, mas a ampla variedade dos casos tem como etiologia o HSV-II (NAHMIAS, STANBERRY, 2000).

O vírus herpes simples pertence à família Hesperiviridae, cujos membros acometem um espectro de hospedeiro muito amplo, apresentando ciclo reprodutivo curto (PENELLO, 2010). A transmissão incide, principalmente, pelo contato sexual (inclusive orogenital), podendo também ser transmitido da mãe para o filho durante o parto (BROWN et al, 1997).

Em muitos casos, a fonte de contaminação não é definida. O contato com lesões ulceradas ou vesiculadas é a via mais comum, mas a transmissão também pode ocorrer através do paciente assintomático. Pode ainda ocorrer a auto inoculação. A ocorrência de transmissão em períodos assintomáticos é inegável, sendo mais comum nos três primeiros meses após a doença primária por HSV-II, na ausência de anticorpos contra o HSV-I. É incomum a reinfecção por diferentes cepas, além disso, o herpes genital está associado a um risco de contaminação do HIV, que pode ser responsável por 40 a 60% das infecções pelo HIV em população com elevada prevalência pelo HSV-II (RINALDO e REYNOLDS, 2005).

O herpes genital é uma infecção comum e ascendente, tanto em países industrializados como naqueles em desenvolvimento. A maioria dos casos é causada pelo HSV-II, embora a prevalência do HSV-I encontre-se em ascensão, principalmente na população jovem e devido à prática de sexo oral. Superinfecção por HSV-I e HSV-II também tem sido relatada. A maior parte dos indivíduos com sorologia positiva para herpes genital não sabe que possui o vírus (Cowan, et al,1994), embora o paciente seja capaz de reconhecer as lesões após orientação e conhecimento das características da doença (WALD, ASHLEY-MORROW, 2002).



Figura 1 Herpes Genital. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

GONORREIA

A gonorreia é uma doença infectocontagiosa ocasionada por uma bactéria *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), a qual é Gram-negativa. É adquirida, na maioria das vezes, por contato sexual com outro indivíduo contaminado, mas também pode ser transmitido por via placentária, entrando em contato com uma lesão ativa (boca, pele e olho), transfusão sanguínea e acidentes laboratoriais. É a segunda infecção bacteriana sexualmente transmissível mais prevalente globalmente, estando atrás somente da Clamídia. A infecção está associada com alta morbidade e consequências socioeconômicas e permanece sendo um problema de saúde pública em todos os países (NAKAYAMA et al, 2011).

Se a infecção não for tratada, o agente etiológico progride, acarretando na sua multiplicação e levando ao comprometimento do funcionamento de tecidos e órgãos. O local infectado de maior prevalência pela *N. gonorrhoeae* é a uretra, ocasionando ardor e secreção purulenta. O diagnóstico deve advir de uma boa anamnese, com enfoque principal no sexo desprotegido e nos sintomas de lesões genitais e manifestações clínicas na pele (MEIRA e GAGLIANI, 2015).

O tratamento para essas infecções são as cefalosporinas de terceira geração ao antibiótico contra co-infecções possíveis de *Chlamydia trachomatis*. Parceiros sexuais precisam ser avaliados e tratados. Não há vacina efetiva para proteção específica contra a gonorreia. Vacinas que consistem de proteínas são pouco eficazes, devido a grande potência que esta bactéria possui em sofrer mutações que interfiram na resistência a medicamentos. A evolução da resistência a classe dos antimicrobianos da *N. gonorrhoeae* tem afetado seu controle (TAVARES et al, 2012).



Figura 2 Gonorreia. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

CLAMÍDIA

A clamídia corresponde a um grupo de bactérias Gram-negativas patogênicas, de vida intracelular obrigatória, sendo responsáveis por diversas doenças com repercussões clínicas e importância para saúde pública (Bebear, 2009). Em especial, *Chlamydia trachomatis* é a espécie mais prevalente do gênero, estando entre os principais patógenos transmitidos sexualmente. Estimou-se que a prevalência mundial de infecção por clamídias em 2012 foi de 4,2% nas mulheres e 2,7% nos homens, o que ocasionou cerca de 130 milhões de casos ao ano (NEWMAN et al, 2015).

A infecção por *C. trachomatis* está amplamente disseminada entre os adultos com vida sexual ativa, normalmente são assintomáticos (MYLONAS, 2012). Desse modo, a infecção genital e, conseqüentemente, neonatal são problemas de saúde pública que podem ter conseqüências para a fertilidade, gravidez e saúde do recém-nascido. Dessa maneira, a investigação de fatores que predisponham a infecção, assim como as complicações provenientes é de crucial importância para a prevenção do impacto sobre os nascidos vivos (HAGGERTY, 2010).

Estudos relatam que cerca de 30% dos homens e 70% das mulheres infectados por *C. trachomatis* são assintomáticos ou cursam com doença subclínica. Nos Estados Unidos, um estudo de corte transversal realizado durante 2012 e 2013, com 14.322 participantes, demonstrou que 95% dos casos positivos para clamídia não apresentavam sintomas 24 horas antes da coleta para exame diagnóstico. Evidenciando mais uma vez a característica silenciosa da endemia das infecções por clamídia (NEWMAN et al, 2015).



Figura 3 Clamídia. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

SÍFILIS

A sífilis ou lues é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, que ocupa uma importância significativa entre os problemas mais frequentes nos serviços de saúde. O agente causador da sífilis foi denominado em 1905, como sendo o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta adquirida na maioria dos casos durante relações sexuais, segundo Santana et al, (2006). Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e,

apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo. A infecção é classificada de acordo com suas diferentes vias de transmissão, se sífilis adquirida ou sífilis congênita (AVELLEIA e BOTTINO, 2006).

Na sífilis adquirida o contágio extragenital é raro. Raramente, a transmissão sexual da sífilis ocorre por transfusões de sangue e por inoculação acidental. Já a sífilis congênita é o efeito da disseminação hematogênica do *T. pallidum* de gestante infectada não tratada ou tratada inadequadamente para o embrião por via transplacentária (transmissão vertical). A infecção do conceito pode acontecer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna (BRASIL, 2010).

Os principais fatores que causam a possibilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Deste modo, a transmissão acontece com maior frequência nas fases iniciais da doença, onde as espiroquetas estão em maior quantidade na circulação com uma taxa de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Quando o recém-nato passa pelo canal do parto que tenha lesões genitais há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum*. Critérios clínicos, sorologia, radiografia e microscopia direta são parâmetros que fundamentam o diagnóstico da sífilis congênita. Casos em que a sífilis se evidencia antes de dois anos de vida, é conhecida como sífilis congênita precoce e, posteriormente, é conhecida como sífilis congênita tardia. A doença compromete os órgãos, causando hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite e anemia (MAYA, 2001).

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames deverão considerar a fase evolutiva da doença, podendo ser direto, ou seja, feito pela demonstração do treponema. A partir da segunda ou terceira semana, a sorologia pode ser feita com o aparecimento do cancro, episódio em que os anticorpos tendem a ser destacados (ROTTA, 2005).

A crescente preocupação com novos casos movimentou o trabalho de muitos médicos e cientistas, fazendo com que, cada vez mais, fosse estudado o vírus *T. Pallidum*, e em 1928, com a descoberta do poder bactericida da penicilina por Fleming, modificou a história da sífilis e de outras infecções. A penicilina age de maneira que interfere na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *T. Pallidum*. O

resultado é a entrada de água no mesmo, o que acarreta em sua destruição (FLEMING, 1999).

Estudos feitos por Mahoney (1943) mostraram que a penicilina age em todos os estágios da sífilis. A sensibilidade que treponema tem à essa droga acarreta em respostas rápidas com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose, são vantagens que levam a ser esta a droga de escolha.



Figura 4. Sífilis. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

TRICOMONAS

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário cujo agente etiológico tricomoníase, e responsável pela IST não viral mais comum mundialmente, que foi descrito pelo médico francês Alfred Donné, em 1836. A tricomoníase consiste em um intenso corrimento vaginal espumante e amarelo-esverdeado, com irritação e dor vulvar, no períneo e na raiz da coxa, além de dispareunia e disúria, e é causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* (LÓPEZ et al, 2000).

A prevalência da parasitose é cerca de 180 milhões de casos, especialmente no gênero feminino e na faixa etária de 15 a 45 anos. Embora haja esse aumento no número de casos, pouco se discute sobre sua variabilidade biológica. Nas mulheres, o flagelado costuma se alojar no muco e secreção vaginal e em homens, colonizam na uretra, próstata e epidídimo, e assim, reproduz-se por divisão binária simples

longitudinal, tendo tropismo, em específico, pelo epitélio escamoso do trato genital (SHIMP, 2002).

O principal meio de contágio do parasito decorre no ato sexual. No entanto, há outros meios de contaminação, um exemplo disso é fômites (de uso pessoal), dentre outros, desta maneira comprova-se a presença em recém nascidos, e na população que se ausenta da prática sexual. (HOFFMAN et al, 2003).



Figura 5. Tricomoníase. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

CONDILOMA

O Papilomavírus humano HPV é o principal agente causador de muitas patologias epiteliais e mucosas, incluindo as verrugas genitais, e é considerada a doença mais comum entre a população sexualmente ativa (Júnior et al, 2011). Ao final do século XX, observou-se, em todo o mundo, o surgimento de novas doenças, associadas, principalmente, às mudanças no comportamento sexual (Pinheiro et al, 2013). Em 1920, foram feitas as primeiras associações entre as lesões verrugosas cutâneas ou mucosas com um agente infeccioso, porém, somente na década de 70, o conhecimento sobre a etiologia da doença teve um maior avanço, constataram que essa associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão sexual (NAKAGAWA, SCHIRMER e BARBIERI, 2010).

Em 1980 a relação entre o HPV e o câncer cervical foi conclusa. Em decorrência dessas modificações, foi aumentando o interesse pelo estudo do HPV e atualmente, essa

infecção se tornou a infecção sexualmente transmissível mais comum em todo mundo (LETO et al, 2011).

Sendo o HPV uma infecção sexualmente transmissível, a relação sexual desprotegida é a principal fonte de contaminação, além do contato com a pele e mucosas de indivíduos infectados e a transmissão perinatal e outras vias são: hetero ou autoinoculação a partir de lesões cutâneas ou genitais, de uma maneira menos frequente a contaminação por toalhas, roupas íntimas, etc. ou por instrumental ginecológico que não esteja totalmente esterilizado (QUEIROZ e CANO, 2007).

O tratamento para o HPV tem uma forma simples e se baseia em eliminar os sintomas, melhorando o aspecto estético do paciente, diminuindo as lesões e assim, a transmissão. Portanto, o que vai definir a escolha do tratamento é o tamanho, a quantidade, o aspecto e o local da lesão. Além disso, a preferência do paciente também é priorizada, bem como o valor do tratamento (FIGUEIREDO et al, 2013).



Figura 6. Condiloma. Fonte: Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial

SINTOMAS DAS IST

As infecções sexualmente transmissíveis estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde, e podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, aborto espontâneo, más-formações congênitas e até o óbito, se não tratadas (SANTOS; ASSIS, 2011).

Aumenta, portanto, em dez vezes, a chance de ocorrer a contaminação por HIV. Por se tratarem de doenças que apresentam uma forma assintomática, muitas vezes é de

difícil detecção, uma vez que ocasiona poucos, quando nenhum, sintomas nos indivíduos. Cada vez mais o problema vem sendo agravado, devido aos indivíduos se automedicarem sem o diagnóstico específico, acarretando à resistência à classe dos antimicrobianos. Outro aspecto pertinente à alta prevalência das IST é que, repetidamente, as orientações proporcionadas aos pacientes não consideram atitudes adequadas para se prevenir a reincidência da doença e a terapêutica dos parceiros. O acometimento principalmente de adultos em idade reprodutiva, com disseminação entre parceiros, e a probabilidade de maior transmissão vertical contrastam com um tratamento fácil e de baixo custo (BELDA; SHIRATSU; PINTO, 2009).

TRANSMISSÃO

Segundo Romero et al, (2007), os indivíduos não possuem conhecimento sobre o contágio das IST, como adquiri-las por sexo genital, oral, anal, uso de drogas injetáveis compartilhando seringas e agulhas e verticalmente, de mãe para filho. Contudo, o autor afirma que embora as IST sejam tratadas com certa importância, a falta de conhecimento é tão extensa que a sociedade, e muitas vezes, o próprio indivíduo, se considera suja, o que descreve uma forma de preconceito e um estado de ignorância.

É de conhecimento geral que inúmeros fatores estão relacionados ao crescimento da incidência das IST, dentre eles, o uso inadequado de contraceptivos durante as relações sexuais, aliado à questão financeira, que de certa forma, intervém no acesso a esses métodos, bem como no grau de liberdade e autonomia alcançadas pelos indivíduos. O uso adequado de contraceptivos é relevante na proteção contra as IST, porém, o uso abusivo de anticoncepção de emergência, que serve como uma prática emergencial em casos de falhas de outros contraceptivos, como ruptura do preservativo, afastamento do dispositivo intrauterino, entre outros, tem mera finalidade de evitar gestações, esquecendo-se a não interferência na transmissão das IST, o que eleva, consideravelmente, o número de contaminados por IST. Estas infecções têm adquirido caráter muito abrangente e acessível às mais diversas estratificações sociais. (DIRCE e PINHO, 2002)

Com o aumento dos fatores de risco e a multiplicidade das IST, faz-se necessária a intervenção dos serviços de saúde no âmbito familiar, para que venha a proporcionar

uma orientação adequada e diminuir estes fatores. É por tal fato que as IST estão entre as cinco principais causas de busca pelos serviços de saúde. (OLIVEIRA et al, 2013)

IST apresentam um sério problema na saúde reprodutiva dos adolescentes, por causarem esterilidade, doenças inflamatórias pélvicas, câncer no colo uterino, gravidez ectópica, além de interferir negativamente sobre a autoestima. Entre os fatores apontados como responsáveis está o despreparo familiar para orientar seus jovens sobre a sexualidade. Pesquisas apontam que os adolescentes de escola pública iniciam as relações sexuais aproximadamente aos 17 anos, supondo a influência de fatores socioeconômicos, já os de escolas privadas entram na vida sexual mais tardiamente (MARTINS et al, 2006).

USO DE PRESERVATIVO

A resistência ao uso de preservativos por parte dos idosos está associada ao constrangimento, ao desconhecimento de como utilizar, ao medo de perder a ereção e ao conceito de que o preservativo serve apenas para evitar uma gravidez. Esse não uso vem favorecendo o aparecimento de novos casos de IST nessa faixa etária da população. Além disso, uma maior utilização do medicamento Citrato de Sildenafil pelos idosos, gera novas relações sexuais desprotegidas, fazendo com que cresça o risco de IST (MÁS e EDAD, 2008).

Estudo de Garcez et al, (2010) sobre o conhecimento e a percepção do grau de risco quanto às IST e ao uso do preservativo entre idosos, demonstrou que a maioria dos entrevistados não fazia uso do contraceptivo durante as relações sexuais, principalmente as mulheres, devido à dificuldade de diálogo com seu parceiro na hora do ato sexual.

Estudos feitos por Lima e Padilha, (2017) demonstram que a maioria dos idosos revelou não fazer o uso de preservativo, o que envolve confianças e valores morais integrados ao casamento, por acreditarem que, estando em uma união estável, estariam protegidos do risco de se infectar.

Castro et al, (2013) relata que idosos sugerem ao parceiro ou parceira que o uso do preservativo poderia prejudicar a relação, já que isso resultaria na suspeita de traição e/ou desconfiança. A ocorrência de utilizar as medidas preventivas em todas as relações sexuais entre casais não estabelece uma relação baseada na confiança. Mas a não

utilização coloca as suas vidas em risco, visto que não há como garantir que jamais ocorrerá a traição.

Levando em consideração as questões empregadas em respeitar a cultura e crenças de cada pessoa, ocorrendo uma troca de conhecimentos, tendo cada indivíduo sua história, seus valores, os profissionais de saúde devem incluir certas atitudes para levar a prevenção e conhecimento a estes indivíduos. As equipes necessitam ter respeito, focando sempre na promoção e prevenção em saúde, abrangendo assim, uma negociação de significados, o que na questão do uso de preservativo, sexualidade e IST, é algo essencial (MARTINS et al, 2006).

Observa-se que a população acaba sendo influenciada pelos meios de comunicação, desta forma, deixa de procurar auxílio dos profissionais da saúde, apesar de ter consciência da credibilidade dos mesmos. Sob esse ponto de vista, os profissionais de saúde devem falar mais abertamente sobre as prevenções das IST, quebrando os tabus sobre a sexualidade. É comum que o indivíduo procure o serviço de saúde somente quando já está infectado, para dar início ao tratamento, perdendo a chance de ter se prevenido (FERNANDES et al, 2000).

Sabendo que algumas IST não apresentam sintomas, o homem ou a mulher podem se contaminar e tomar conhecimento disto, por isso a importância de que, se praticar sexo sem a devida proteção, de risco, precisa-se buscar um atendimento com profissional de saúde e que façam-se exames regularmente, pois uma IST não tratada ou diagnosticada a tempo pode levar a complicações graves. (BRASIL, 2010).

Estudos feito por Frugoli Junior, (2011) mostram que a sociedade é marcada por preconceitos diante dos idosos por ser a fase da vida mais carregada de proibições e limitações, especialmente quando relacionado à sexualidade dos idosos. Compreende que quando se trata de campanhas de prevenção de IST, e diversas ações relacionadas ao sexo e sexualidade, os profissionais de saúde se voltam aos jovens, excluindo os idosos desse público por adotarem pensamentos onde os idosos não praticam sexo. Essa é umas das principais crescentes para o aumento das estatísticas de idosos acometidos pelas IST.

O envelhecimento é processo natural do ser humano, no Brasil o número de pessoas que chegam a terceira idade está aumentando, no quesito saúde, a preocupação é saber conduzir informações e saber trabalhar com a problemática, estando aptos a

intervir positivamente na saúde e na qualidade de vida destes indivíduos. (CASTRO et al, 2013).

A adoção de políticas públicas de saúde que empreguem sua atenção na população idosa, assim como, a prática de programas de prevenção voltada para o atendimento de pessoas acima de 60 anos deve atentar-se aos assuntos de sexualidade no envelhecimento. A sexualidade nesta idade, na maioria dos casos, é ignorada. Os idosos devem ser notados como indivíduos que sentem desejos, necessidades sexuais e fazem planos para o futuro (MASCHIO, 2011).

IST EM IDOSOS

O envelhecimento é determinado como progressivas alterações biológicas e psicológicas ao longo da vida do ser humano e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é avaliado o idoso um indivíduo com idade superior ou igual a 60 anos, para países em crescimento, e 65 anos para os desenvolvidos. O Brasil estará entre o sexto país no mundo em quantidade de idosos até o ano de 2025, segundo dados do Ministério da Saúde, representando 15% de sua população (ANDRADE et al, 2017).

A sexualidade permanece ativamente presente em seus conhecimentos e informações, inclusive, ocasionando consequências para o futuro de cada indivíduo. A sexualidade não está pautada apenas ao ato sexual, ela se manifesta através de valores, crenças, cultura, condutas e atitudes. (LIMA e PADILHA, 2017)

Há uma certa contradição entre ações, pois ao mesmo tempo que se tem consciência sobre a prudência com a doença, os indivíduos falam sobre sexualidade, sobre prevenção, mas nada é feito para que se protejam, acreditam ser imunes a infecções sexualmente transmissível, acabam ocasionando uma dicotomia entre o caminho da precaução e o pensamento de se estar longe da infecção sexualmente transmissível. Com o crescente número de pessoas infectadas por IST, surge o questionamento da real informação da população sobre a sua sexualidade e suas atitudes perante estes episódios. Diante deste fato, cresce a necessidade de uma visão mais realista na organização do serviço e que também acomode um maior impacto na percepção e conhecimento sobre sexualidade relacionada à prevenção das IST e promoção de saúde. (MÁS; EDAD, 2008)

Já no contexto da sexualidade, Andrade et al, (2017) mostra que os idosos continuam sendo sexualmente ativos, inclusive após 80 anos de idade. Estudos realizados no Brasil demonstram que nesse país muitos idosos mantêm a vida sexual ativa, com desejos e prazeres, vivenciando a prática sexual, muitas vezes sendo de forma insegura, por não terem conhecimento da vulnerabilidade dos riscos de se contrair uma IST. Essa vulnerabilidade é individual, pois está relacionada ao grau e à qualidade da informação que os idosos possuem de tal problema e da possibilidade de enfrentá-los (GARCIA, 2012).

Frugoli Junior, (2011) indica que, quanto a faixa etária, indivíduos acima de 55 anos são os principais usuários de programas de saúde. Já que é nesta fase que a sexualidade é vivenciada de diversas formas, ocorrendo a redução da atividade sexual, mas não a ausência dela.

Alguns idosos acreditam, erroneamente, que por estarem em uma faixa etária, de certa forma, mais avançada, automaticamente estão isentos de adquirir uma IST. Além disso, o fornecimento de informações referentes às IST por parte dos profissionais aos idosos ainda é deficiente, por considerarem, muitas vezes, o idoso como uma pessoa assexuada. Este entendimento errado resulta em uma menor procura por informações por parte dos idosos nos serviços de saúde, por medo ou vergonha de serem, muitas vezes, discriminados (PAULO, WAJNMAN, OLIVEIRA, 2013).

A maioria dos idosos vive na zona urbana e têm filhos, facilitando assim com que eles tenham acesso ao serviço de saúde. Nesta situação, aponta-se também o número notável de idosos morando sozinhos, sendo autônomos e independentes financeiramente (AZEVEDO, 2008).

De acordo com Garcia et al, (2012), esse prolongamento da vida sexual dos idosos é explicado pelas evoluções científicas que visam melhorar a qualidade de vida dessa população, como o aparecimento de drogas que completam o desempenho sexual, esses benefícios fazem com que os idosos se tornem mais sexualmente ativos, entretanto eleva a exposição desse grupo às infecções sexualmente transmissíveis.

As IST estabelecem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconômico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo acréscimo da incidência em muitos países, mas, sobretudo pelas suas

consequências em nível da saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal e, ainda, pela sua competência de facilitar a transmissão e aquisição da infecção (GARCEZ et al, 2010).

De acordo com Alencar e Ciosak, (2016) a sexualidade na terceira idade é um assunto delicado para ser debatido no âmbito de pesquisa, e isso tem refletido na assistência desses indivíduos na população. O acréscimo do número de idosos convivendo com alguma IST no Brasil, e em outros países, comprova a necessidade e seriedade dos profissionais de saúde em rever sua atuação, inserindo abordagens da sexualidade dos idosos.

A investigação realizada no serviço de saúde sobre a sexualidade e a prevenção para IST possibilitou produzir conhecimentos sobre a temática, e espera-se que esse estudo possa contribuir para o direcionamento de políticas de saúde, em especial, à pessoa idosa, para que seja possível planejar uma intervenção com ações futuras relacionadas às IST (CEZAR, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, R. A.; Ciosak, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Rev Bras. Enferm*, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2016

ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 8–15, 2017.

ARAÚJO, Luíz M. de. *Estudos Sobre Erotismo No Antigo Egito*. Lisboa: Colibri, 1995.

AVELLEIRA Jcr, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2): 111-26.

AZEVENDO, J. Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Sexualidade & Planejamento Familiar*, v. 50/51, p. 43–45, 2008.

BAINES, John. *O mundo egípcio: Deuses, templos e faraós*. Madri: Edições Del Prado, v. 1, 1996.

BEASLEY RP & Hwang LY. (1987). Postnatal infectivity of hepa- 157 titis B surface antigen-carrier mothers. *J Infect Dis* 147: 185-190.

BEBEAR C, Barbeyrac B de. Genital Chlamydia trachomatis infections. *Clin Microbiol Infect*. 2009; 15(1): 4–10.

BELDA, W.; Shiratsu, R.; Pinto, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 84, n. 2, p. 151–159, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8a ed., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 7-53.

BROWN Za, Selke S, Zeh J, Kopelman J, Maslow A, Ashley RL et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med* 1997; 337:509-15.

CASTRO, S. et al. Sexualidade na terceira idade -a percepção do... sexualidade na terceira idade -a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sexuality in old age: nurse's perception at the family health strategy sexualidad en la tercera edad: la percepción del. *Inglês Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 7, n. 10, p. 5907–14, 2013.

CEZAR, A. K.; Aires, M.; Paz, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 745-750, 2012.

CHÁVEZ Jh, Campana SG, Haas P. Panorama da Hepatite B no Brasil e no estado de Santa Catarina. *Rev panam salud pública*. 2003; 14(2): 91-6.

COWAN Fm, Johnson AM, Ashley R, Corey L, Mindel A. Antibody to herpes simplex virus type 2 as serological marker of sexual lifestyle in populations. *BMJ* 1994; 309:1325-9.

DIRCE, M.; Pinho, G. Juventudes , Raça e Vulnerabilidades Luís Carlos de Araújo Lima. n. Xiii, 2002.

FERNANDES, A. M. dos S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. suppl 1, p. S103–S112, 2000.

FIGUEIRÊDO, m.b.c; Alves, s.d.l; Silva, r.a.c.c; Soares, r.l.f.m; luz, m.c.c; Figueirêdo, g.t; Ferreira, a.p; neto, R.J.P . Abordagem terapêutica para o Papilomavírus humano (HPV). *Rev. Bras. Farm.* V. 94, n.1, p. 4-17, 2013

FLEMING DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999; 75:3–17.

FRUGOLI, A.; Júnior, C. A. DE O. M. a Sexualidade Na Terceira Idade Na Percepção De Um Grupo De Idosas E Indicações Para a Educação Sexual. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, v. 15, n. 1, p. 85–93, 2011.

GARCEZ BS, Garcez JS, Paixão MRP, Fernandes ACV, Santos RB. Conhecimento e percepção do grau de risco sobre DST e HIV/ AIDS e a utilização do preservativo entre idosos: o autocuidado sadio e a enfermagem neste contexto. *Rev Pesq Cuid Fundam*.2010;2(Ed Supl):654-6.

GARCIA, G. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HiV/aids: tendências da Produção científica atual no brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 24, n. 3, p. 183–188, 2012.

HAGGERTY Cl, Gottlieb SL, Taylor BD, Low N, Xu F, Ness RB. Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women. *J Infect Dis.* 2010; 201 Suppl(Suppl 2):S134-55.

HOFFMAN Dj, Brown GD, Wirth Fh, Gebert BS, Bailey CL, Anday EK. Urinary tract infection with *Trichomonas vaginalis* in a premature newborn infant and the development of chronic lung disease. *J. Perinatol* 2003; 23:59-61.

JÚNIOR, L.F.S; Fernandes, M.C.M; Heráclio, A.S; Souza, E.R.P; Maia, D.M.M; Prevalência dos genótipos do papilomavírus humano: comparação entre três métodos de

detecção em pacientes de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.33, n.10, p.315-20, 2011.

LETO, P.g.m; Júnior, S.F.G; Porro, M.A; Tomimori, J. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *An. Bras. Dermatol*, v.86, n.2, 2011.

LIMA, L. C. de; Padilha, S. L. C. P. M. A. C. *Revista Gepesvida – Uniplac* - 2017. v. 1, p. 106–120, 2017.

LÓPEZ Lb, Braga mb, López jo, Arroyo R, Costa e Silva Filho F. Strategies by which some pathogenic-trichomonads integrate diverse signals in the decision-making process. *An Acad Bras Cienc* 72: 173-186 2000.

MARTINS Rac. *Cadernos hemominas: hepatites virais*. Belo Horizonte (MG): Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais; 1996.

MARTINS, L. B. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 315–323, 2006.

MÁS, C. O. N. O.; Edad, A. D. E. Enfermedades Sexualmente Transmisibles En Un Grupo De Personas Behavior , Knowledge and Perception of Risks About Sexually Transmitted Diseases in a Group of People Over 50 Years Old Sexualmente Transmissíveis Em Um Grupo De Pessoas Com 50 Anos E Mais De v. 16, n. 4, 2008.

MAYA tc, Maceira JP. Sífilis. In: *Dermatopatologia bases para o diagnóstico morfológico*. São Paulo: Roca; 2001p. 101-2.

MEIRA, L.; Gagliani, L. H. a Patonogese Da Gonorreia E Sua Disseminação Pelo Mundo. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 12, n. 26, p. 56–57, 2015.

MYLONAS I. Female genital Chlamydia trachomatis infection: Where are we heading? *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 285(5): 1271–85.

NAKAYAMA, J. K. and magnus u. s., s. h., k. i. , s.m. o. , d. g., ken shimuta, T. *Antimicrob. Agents Chemother*. July 2011 vol. 55 no. 7 3538-3545

NEWMAN L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143304.

OLIVEIRA, A. L. de et al. *Doenças sexualmente transmissíveis e contraceptivas: o discurso do sujeito coletivo de adolescentes*, 2013.

PAULO, m. A.; wajnman, s.; oliveira, A. M. C. H. DE. A relação entre renda e

composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 30, p. S25–S43, 2013.

PENELLO, A. Herpes Genital. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 22, n. 2, p. 64–72, 2010.

PINHEIRO, M.m; Queiroz, c.l.l; Queiroz, s.c.c.r; Pinto, l. m.m.j. HPV e o desenvolvimento de neoplasias: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. Ciênc. Saúde* v.15, n. 1, p. 19-27, 2013.

QUEIROZ, A.m.a; Cano, m.a.t; Zaia, j.e. Papiloma human virus (HPV) in women taken care of for the SUS, the city of Patos de Minas – MG. *Rev Bras Anal Clín*, v. 39, n.2, p.151-157, 2007.

RINALDO Cr Jr. Immune suppression by herpesviruses. *Annu Rev Med* 1990; 41:331-8.

RODRIGUES, J. A.; Carneiro, W. S. Doenças Sexualmente Transmissíveis : Conhecimento De Alunos Do Ensino Médio. v. 21, n. 2, p. 63–68, 2009.

ROMERO, K. T. et al. O conhecimento dos adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, p. 14–19, 2007.

SANTANA Rl, Parahyba MJPC, Alencar MJ, Marques DA. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. *RBAC*, 2006;38(2):71-73.

SANTOS, A. F. D. M.; 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*, v. 14, n. 1, p. 147–157, 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (RP). Manual de vacinação. Ribeirão Preto (SP): Prefeitura Municipal; 2007.

SHIMP L. A vaginal and vulvovaginal disorders. In: Berardi RR, DeSimone EM, Newton GD, Oszko MA, Popovich NG, Rollins CJ, Shimp LA, Tietze KJ, editors. *Handbook of nonprescription drugs*. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association; 2002. P.129-147.

SPETHMANN Cn. Medicina alternativa de A a Z. 6a ed. Uberlândia (MG): Natureza; 2003.

STANBERRY Lr, Cunningham AL, Mindel A, Scott LL, Spruance SL, Aoki FY et al. Prospects for control of herpes simplex virus disease through immunization. *Clin Infect Dis* 2000; 30:549-66.

TAVARES, Ermelindo Cândida Fernandes, Maria José borrego, Ana Rodrigues, Jorge Cardoso. Revista SPDV 70(4) 2012; Resistência aos antibióticos em *N. gonorrhoeae*.

WALD A, Ashley-Morrow R. Serologic testing for herpes simplex virus HSV-1 and HSV-2 infection. Clin Infect Dis 2002; 35: S173-82.

**EPIDEMIOLOGIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA**

**EPIDEMIOLOGY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE
ELDERLY ATTENDED AT A PUBLIC HEALTH SERVICE**

Nomes

Hiago Felipe Dos Santos Galbardi - Acadêmico do Curso de Farmácia da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Cascavel-PR, Brasil. E-mail: hiago_gal@hotmail.com

Leyde Daiane de Peder

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Biociências e Fisiopatologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG). Cascavel-PR, Brasil. E-mail: leydepeder@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Hiago Felipe dos Santos Galbardi. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. Avenida das Torres, 500 – Loteamento FAG, Cascavel, Paraná, Telefone: (45) 33213900, CEP: 85806-095. E-mail: hiago_gal@otmail.com

2 - ARTIGO CIENTÍFICO SEGUNDO AS NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

EPIDEMIOLOGIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA

RESUMO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconômico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas, sobretudo, pelas suas consequências em nível da saúde sexual. A relevância deste estudo se encontra no objetivo de verificar a prevalência de IST entre idosos, bem como das características da população afetada. Estudo transversal e descritivo, realizado com prontuários de pacientes com IST, atendidos no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias no município de Cascavel, Paraná, Brasil. Foram coletadas informações sociodemográficas dos prontuários médicos, dentre elas, sexo, etnia, estado civil, comportamento sexual, escolaridade, uso de tabaco, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, uso de preservativos, se houve reinfecção, se possui monoinfecção ou coinfecção com outras doenças, presença de HPV, presença de Herpes. Foi observado que os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos mais acometidos relataram ser do sexo masculino (57,14%), com etnia parda (50%), casados (47,37%), comportamento sexual heterossexual (100%). Faz-se necessária a educação permanente dos profissionais dentro da temática, de forma que possam contribuir para a implantação exitosa das políticas de promoção e prevenção às IST, enfatizando a população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Prevalência. Infecções Sexualmente Transmissíveis. População idosa. Sexualidade.

INTRODUÇÃO

Cerca de 10,8% da população brasileira tem idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, aproximadamente, 20,5 milhões de pessoas, segundo dados do IBGE, (2011). Neste contexto, entende-se que o envelhecimento leva a uma grande quantidade de mudanças no organismo, principalmente aquelas envolvidas em estruturas encarregadas das respostas sexuais. A exemplo disso, no homem, a estimulação sexual acontece de modo retardado, se comparado a um indivíduo do mesmo sexo, porém mais jovem, já na mulher, há limitações dos hormônios sexuais na menopausa. Porém, ainda assim, a maior parte dos casais permanece ativo sexualmente após os 60 anos de idade (CASTRO et al, 2013).

Considerando os diversos ganhos que essa população vem conquistando nas últimas décadas, o prolongamento da vida sexual é um assunto merecedor de destaque. O prolongamento da qualidade de vida aliado aos avanços tecnológicos em saúde, como os tratamentos de reposição hormonal e medicamentos para impotência, têm permitido o redescobrimiento de novas experiências, como o sexo entre os idosos. No entanto, a ocorrência de práticas sexuais de maneira inseguras colabora para que essa população se torne mais vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis (IST) (LAROQUE et al, 2011).

Estudos realizados no Brasil demonstram que muitos idosos mantêm a vida sexual ativa, com desejos e prazeres, vivenciando a prática sexual, muitas vezes de forma insegura, por não terem conhecimento da vulnerabilidade dos riscos de se contrair uma IST. Essa vulnerabilidade é individual, pois está relacionada ao grau e à qualidade da informação que os idosos possuem de tal problema e possibilidade de enfrentá-lo (GARCIA, 2012).

Há certa contradição entre ações, pois, ao mesmo tempo em que se tem consciência sobre a prevenção da doença, nada é feito para que os indivíduos se protejam, acreditando ser imunes às infecções sexualmente transmissíveis. Os indivíduos falam sobre sexualidade, sobre prevenção, mas ao mesmo tempo acabam ocasionando uma dicotomia entre o caminho da precaução e o pensamento de imunidade às IST. Com o crescente número de pessoas infectadas, surge o questionamento da real informação da população sobre a sua sexualidade e suas atitudes perante estes episódios. A partir deste fato, cresce a necessidade de uma visão mais realista na organização do serviço de saúde e que também acomode um maior impacto na percepção e conhecimento sobre sexualidade relacionada à prevenção das IST e promoção da saúde (MÁS e EDAD, 2008).

As IST constituem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconômico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas, especialmente pelas suas decorrências em nível da saúde sexual (GARCEZ et al, 2010). A investigação acerca da prevalência de IST realizada no serviço de saúde pública possibilitou produzir conhecimentos sobre a temática, onde espera-se que esse estudo possa contribuir para o

direcionamento de políticas de saúde, em especial, à pessoa idosa, para que seja possível planejar uma intervenção com ações futuras relacionadas às IST (CEZAR, 2012).

Diante da problemática das IST para os idosos e suas repercussões individuais e coletivas, a relevância deste estudo se encontra no objetivo de informar a comunidade e os profissionais de saúde a respeito da prevalência de IST entre idosos, bem como das características da população afetada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado com prontuários de pacientes com IST, atendidos no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) pertencente à 10^a Regional de Saúde (RS) do Paraná (PR), que atende pacientes de 25 municípios do estado e está situada no município de Cascavel, PR, Brasil. A amostra analisada foi constituída por pacientes que tiveram acesso ao serviço de saúde no período de abril de 2012 a março de 2017, e tiveram diagnóstico comprovado de infecção sexualmente transmissível. A coleta dos dados foi realizada entre julho e setembro de 2018.

O CEDIP de Cascavel destina-se ao atendimento municipal e regional de usuários (crianças e adultos) portadores de doenças infecciosas e parasitárias, realizando ações de prevenção, diagnóstico e reabilitação, especialmente das IST, hepatites virais B e C e doenças infecciosas e parasitárias. Conta em sua estrutura com Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o qual realiza atendimento à toda a população, Hospital Dia para HIV/AIDS, Ambulatório de HIV/AIDS, Ambulatório de IST, Ambulatório de infecto Adulto e Pediátrico, Ambulatório de Ginecologia, Ambulatório de Violência Sexual e PEP (profilaxia pós-exposição sexual), Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM - Antirretrovirais), Programa de Redução de Danos e Programa de Prevenção aos Profissionais do Sexo, Travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH), entre outras.

Informações sociodemográficas, fatores de risco e laboratoriais dos pacientes foram coletados dos prontuários médicos, dentre elas gênero, etnia, estado civil, comportamento sexual, escolaridade, uso de tabaco, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, uso de preservativos, se houve reinfecção, se possui monoinfecção ou coinfecção com outras doenças, presença

de HPV, presença de Herpes, presença de outras doenças com provável ou comprovada transmissão sexual, como cervicite e/ou doença inflamatória pélvica, donovanose, candidíase, molusco contagioso, vírus linfotrópico T humano (HTLV) e/ou a vaginose, uretrite, epididimite, balanite e/ou balanopostite; presença de sífilis e presença de síndrome do corrimento uretral (SCU). As informações relativas à identificação dos portadores de ISTs não fizeram parte da coleta de dados, o que garantiu o anonimato dos pacientes da pesquisa.

Todos os exames foram realizados pelo laboratório responsável pelo diagnóstico dos pacientes atendidos no CEDIP de acordo com as normas em vigor do Ministério da Saúde, seguindo as instruções dos fabricantes dos testes. Para o imunodiagnóstico da sífilis, as amostras foram analisadas com teste não treponêmico, Reagente Rápido de Plasma (RPR LABORCLIN/BRAS®), e as amostras reagentes foram analisadas com teste treponêmico, ELISA (Trepanostika® TP recombinante), conforme estabelecido na Portaria Número 3242 das diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria 3242/2011) (BRASIL, 2011).

Para o diagnóstico de síndrome do corrimento uretral, herpes e condiloma, a abordagem sindrômica foi considerada. Nesta, as infecções são consideradas dentro de síndromes pré-estabelecidas, as quais são baseadas em sinais e sintomas. Isto favorece o tratamento imediato sem esperar pelos resultados dos testes confirmatórios (SUS, 2016). Assim, as características clínicas dos pacientes foram observadas e a visualização de lesões sugestivas ou relatos de secreções foram considerados e validados pela equipe médica.

Para fins de comparação das características, o estudo foi dividido em dois grupos, indivíduos com idade menor ou igual a 59 anos (denominados adultos) e indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (denominados idosos).

Os dados coletados para o estudo foram armazenados em Microsoft *Excel*® e, posteriormente, a análise estatística foi realizada pelo software Bioestat®. As variáveis quantitativas foram categorizadas e os resultados expressos em média e desvios-padrão ($\pm$ DP) ou frequências e porcentagens. As análises foram realizadas por qui-quadrado (χ^2) em nível de significância de 5,0%. Odd ratios (OR) e os respectivos intervalos de confiança (IC) foram calculados para cada variável. Valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, a qual dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, sendo apreciado e aceito em 25 de Agosto de 2015, mediante o número do parecer 1.206.008. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 48025815.2.0000.5219.

RESULTADOS

No período de estudo, foram atendidos e diagnosticados como portadores de IST, 2793 pacientes, sendo que destes, 77 (2,76%) possuíam idade igual ou superior a 60 anos. A mediana da idade dos idosos que apresentaram alguma IST foi 66 anos com Relação Inter Quartil (RIQ) 63.0-71.0, sendo que, 33 (42.86%) eram do sexo feminino e 44 (57.14%), do masculino.

Fatores de risco associados às IST em idosos estão relatados na Tabela 1. Os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos mais acometidos relataram ser do sexo masculino (57,14%), com etnia parda (50%), casados (47,37%), comportamento sexual heterossexual (100%), com menos de 8 anos de escolaridade (79,45%) e relataram não fazer uso de tabaco (78,95%), álcool (5,17%) e drogas ilícitas (0%). Quando as variáveis preditoras entre indivíduos com idade menor ou igual a 59 anos e indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos foram comparadas, notou-se que houve diferença significativa em relação ao estado civil, nível educacional e uso de drogas ilícitas. Verificou-se maior prevalência de infecção entre os solteiros e aqueles que usam drogas ilícitas e possuem menos de 59 anos. Já para os idosos, a maior prevalência de infecção foi entre os que possuem menor nível educacional. Conforme o nível educacional, a maioria (79,45%) dos idosos infectados relatou ter 8 anos ou menos de escolaridade.

Verificou-se na Tabela 1 que em relação ao estado civil, há diferença entre os dados, isto é, a maioria dos pacientes mais jovens são solteiros, enquanto os pacientes idosos são casados ou viúvos. Ao contrário do comportamento sexual, em que em ambos os casos, o comportamento heterossexual é mais frequente do que os outros.

Tabela 1. Características epidemiológicas de pacientes portadores de IST atendidos em um serviço de saúde pública, 2012-2017

Características epidemiológicas*	≤ 59 anos n (%)	≥ 60 anos n (%)	Total n (%)	p value
Sexo				
Feminino	1092 (40,21)	33 (42,86)	1125 (40,28)	0,812
Masculino	1624 (59,79)	44 (57,14)	1668 (59,72)	
Etnia				
Branca	920 (43,48)	30 (46,88)	950 (43,58)	0,712
Parda	1118 (52,84)	32 (50,00)	1150 (52,75)	
Negra	68 (3,21)	1 (1,56)	69 (3,17)	
Outros	10 (0,47)	1 (1,56)	11 (0,50)	
Estado civil				
Solteiro	1650 (62,95)	9 (11,84)	1659 (61,51)	<0,001
Casado	848 (32,35)	36 (47,37)	884 (32,78)	
Separado	102 (3,89)	10 (13,16)	112 (4,15)	
Viúvo	21 (0,80)	21 (27,63)	42 (1,56)	
Comportamento sexual				
Heterossexual	2212 (90,21)	69 (100,00)	2281 (90,48)	0,006
Homossexual	173 (7,06)	0 (0,00)	173 (6,86)	
Bissexual	67 (2,73)	0 (0,00)	67 (2,66)	
Educação				
≤ 8 anos	762 (28,77)	58 (79,45)	820 (30,12)	<0,001
> 8 anos	1887 (71,23)	15 (20,55)	1902 (69,88)	
Fumante				
Sim	526 (23,29)	12 (21,05)	538 (23,24)	0,832
Não	1732 (76,71)	45 (78,95)	1777 (76,76)	
Álcool				
Sim	209 (9,22)	3 (5,17)	212 (9,11)	0,403
Não	2059 (90,78)	55 (94,83)	2114 (90,89)	
Drogas ilícitas				
Sim	270 (11,90)	0 (0,00)	270 (11,61)	0,001
Não	1998 (88,10)	57 (100,00)	2055 (88,39)	

*Os dados não foram relatados na sua totalidade nos prontuários. Para comparação entre os grupos foi realizado teste de Qui Quadrado. n, número de pacientes.

Conforme descrito na Tabela 2, pacientes com outro estado civil, quando comparados aos viúvos, apresentaram maior risco de adquirir IST (OR 47.27; IC 95% 23.27-96.00; $p < 0.001$), em relação ao número de parceiros, verificou-se maior chance

de adquirir uma IST entre aqueles que tiveram somente um parceiro sexual no último ano (OR 3,68; IC 95% 1.99-6.80; $p < 0,001$).

Além disso, 75% dos pacientes apresentaram maior risco em relação àqueles que apresentaram múltiplos parceiros, o que não se exclui a hipótese de que os outros podem ter relações sexuais com outros parceiros. Verificou-se também que um grande número de pacientes (90%) relatou não fazer uso de preservativo ou usar de modo irregular, porém sem significância estatística ($p = 0,418$).

Tabela 2. Características epidemiológicas de pacientes portadores de IST com idade igual ou superior a 60 anos atendidos em um serviço de saúde pública do Brasil, 2012-2017.

Características epidemiológicas*	Pacientes n (%) 77 (2,76)	OR (IC 95%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	33 (42,86)	1	0,640
Masculino	44 (57,14)	1,11 (0,70-1,76)	
Estado civil			
Viúvo	21 (27,63)	1	<0,001
Outros	55 (72,37)	47,27 (23,27-96,00)	
Número de parceiros nos últimos 12 meses			
Único	42 (75,00)	3,68 (1,99-6,80)	<0,001
Múltiplos	14 (25,00)	1	
Uso de preservativos			
Regular	4 (10,00)	1	0,418
Irregular ou não usa	36 (90,00)	1,53 (0,54-4,33)	
Reinfecção			
Sim	4 (5,63)	2,25 (0,81-6,23)	0,107
Não	67 (94,37)	1	

*Alguns dados não foram relatados na sua totalidade nos prontuários. n, número de pacientes. OR – odds ratio, IC – intervalo de confiança.

Monoinfecção esteve presente em 90,91% dos casos (70) e a coinfecção entre dois agentes ou mais esteve presente em 9,09% (7). As infecções mais comuns entre os idosos foram sífilis (49,35%), seguida por condiloma (25,97%). Quando comparada a infecção por SCU, a chance de adquirir sífilis foi estatisticamente maior (OR 7,76; IC 95% 1,84-32,71; $p < 0,001$), conforme Tabela 3.

Tabela 3. Infecções do trato genital em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos atendidos em um serviço de saúde pública, Brasil, 2012 a 2017.

Infecções	Total n (%) 77 (2,76)	OR	IC 95%	p-value
Monoinfecção	70 (90,91)			
Sífilis	38 (49,35)	7,76	1,84-32,72	<0,001
HPV	20 (25,97)	3,08	0,71-13,30	0,112
Herpes	4 (5,19)	3,74	0,67-20,84	0,105
Outras infecções	6 (7,79)	2,35	0,46-11,79	0,283
SCU *	2 (2,60)		1	
Coinfecção **	7 (9,09)	1,87	0,38-9,10	0,428

Na Figura 1, foi analisado o aumento na prevalência de casos de sífilis em pacientes idosos. Foi verificado que no início da coleta de dados, a prevalência de idosos com sífilis era de 15.79% e no ano de 2015 essa prevalência saltou para 34.21% dos casos.

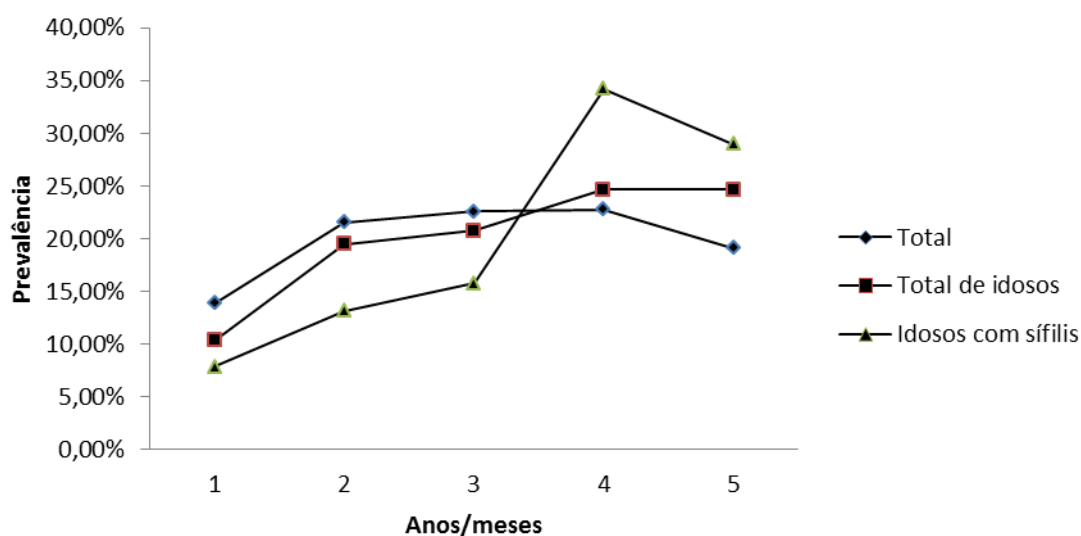


Figura 1. Prevalência de pacientes atendidos em um serviço de saúde pública entre 2012 e 2017. Meses/anos: 1 - Abril de 2012 a março de 2013; 2 – Abril de 2013 a março de 2014; 3 - Abril de 2014 a março de 2015; 4 – Abril de 2015 a março de 2016; 5 – Abril de 2016 a Março de 2017.

Verificou-se ainda que 3,90 % (3) apresentavam histórico de IST, 2,60 % (2) possuíam parceiros portadores de IST, 5,63 % (4) apresentaram reinfecção e

aproximadamente 50, 65 % (39) não retornaram após tratamento. Também, 68, 75 % (22) dos pacientes procuraram por diagnóstico depois de pelo menos um mês após o aparecimento dos sintomas e destes, 25,00 % (8) possuíam lesões há mais de um ano.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a prevalência de IST em um grupo atendido em um serviço de saúde pública. As estimativas e conhecimentos reais a respeito da prevalência são difíceis, seja em condição global ou regional, devido à fragilidade e inconformidade dos sistemas de vigilância. Entretanto, são avaliados os seus conflitos, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto para a saúde sexual e reprodutiva. A Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à transcendência das IST, expõe, periodicamente, estimativa da magnitude destas infecções no mundo, para subsidiar a efetivação de políticas públicas para seu controle (BELDA; SHIRATSU; PINTO, 2009).

As publicações sobre prevalência de IST têm sido insuficientes, no Brasil, as únicas IST de notificação obrigatória são os casos de sífilis (na gestação, congênita e adquirida), HIV (criança exposta, criança infectada, adulto e gestante), AIDS (criança, gestante e adulto) e hepatites virais (casos suspeitos e com confirmação laboratorial em até 180 dias). Prevalência mais elevada deve ser considerada devido aos pacientes assintomáticos (FERREIRA, 2017).

A análise dos dados revelou uma população majoritariamente masculina com o nível de escolaridade baixo. Este fato é um indicador importante para o aumento das taxas de idosos com IST, visto que pessoas com menor tempo de estudo tendem a assimilar as informações de forma imprópria, tornando deficiente a absorção do conhecimento sobre a infecção. Dessa forma, a escolaridade é uma variável importante de estratificação social, tornando os indivíduos com menor escolaridade mais vulneráveis a essas doenças infecciosas (SILVA et al, 2011).

O presente estudo mostra, estatisticamente, que os idosos com o nível de escolaridade baixa têm mais chances de contrair uma IST em relação aos mais jovens, comparado com estudo de Silva et al, (2011) em que traz que os idosos assimilam as informações controversas em que só os jovens correm o risco de contrair as IST.

Alguns idosos acreditam, erroneamente, que pelo fato de estarem em uma faixa etária de certa forma avançada, automaticamente eles estão isentos de adquirir essas infecções. Além disso, o fornecimento de informações referentes às IST por parte dos profissionais aos idosos ainda é falho, por considerarem, muitas vezes, o idoso como um indivíduo que não seja sexualmente ativo. Entretanto, compreendemos que o tempo não faz com que o mesmo deixe de ter desejos e prazeres sexuais, porquanto a sexualidade está presente em todas as fases da vida.

O sexo e a sexualidade na terceira idade podem ser experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes, que realçam os anos vindouros. Essa concepção errada resulta em uma baixa procura de informações por parte dos idosos nos serviços de saúde, por medo e vergonha de serem vistos recebendo orientações sexuais e, muitas vezes, discriminados (GARCIA et al, 2012).

Estudo realizado por Lima e Padilha, (2017) demonstra que a maioria dos idosos revelou não fazer o uso de preservativo, o que está associado ao constrangimento em adquiri-lo, ao desconhecimento de como usá-lo, o que envolve confiança e valores morais integrados ao casamento, por acreditarem que estando em uma união estável, estariam protegidos do risco de se infectarem.

Castro et al, (2013) relata que idosos sugerem ao parceiro ou parceira o uso do preservativo, mas que poderia prejudicar a relação, já que isso resultaria na suspeita de traição e/ou desconfiança. A utilização de medidas preventivas em todas as relações sexuais entre casais não estabelece uma relação baseada na confiança. Mas a não utilização coloca as suas vidas em risco, visto que não há como garantir que jamais ocorrerá a traição (SERRA, 2013). Além disso, existe o aumento da utilização do Cloridrato de Sildenafil, medicamento utilizado pelos idosos, estimulando a ereção, além da reposição hormonal para as mulheres. O que gera novas relações sexuais desprotegidas, ampliando o risco de IST (SOUZA, 2008; GARCEZ, 2010).

O presente estudo demonstra que os indivíduos que têm múltiplos parceiros, têm risco menor quando comparado aos que têm apenas um parceiro, onde se acredita que a utilização do preservativo com o seu cônjuge acarreta em traição. Já em relação aos viúvos, o risco é baixo devido a esses idosos viverem de uma tradição mais antiga onde os mesmos relatam que parceiro ou parceira é apenas um em suas vidas e acabam preferindo ficar sozinhos.

A incidência das IST tem aumentado nos últimos anos, sendo considerada como um problema de Saúde Pública (RODRIGUES, 2017). Dados da OMS (2013) relatam que mais de um milhão de indivíduos adquirem uma IST todos os dias. Em estimativa 500 milhões de indivíduos são acometidos a cada ano por alguma das IST (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoniase). Ainda sobre análise dos dados, estima-se que 530 milhões de indivíduos sejam diagnosticados com o vírus da herpes genital (HSV-2, do inglês *Herpes Simplex Vírus* tipo 2), e, analisando outra variável tem-se que em media 290 milhões de mulheres tenham se infectado pelo HPV.

A sífilis foi a infecção com maior prevalência neste estudo, é uma doença infecciosa crônica, que há séculos desafia a humanidade. Acomete, praticamente, todos os órgãos e sistemas e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde pública (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

O número de casos de sífilis no Brasil cresceu no período de 2014 a 2016, um dos motivos, foi o desabastecimento da penicilina, isso ocorreu em nível global, além do aumento de notificação, que pode ser atribuída à ampliação da distribuição do teste rápido. Em 2016, foram notificados no Brasil 87.593 casos de sífilis adquirida, a sífilis em gestantes foi de 12,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos, e para a sífilis congênita, foram notificados um total de 20.474 casos. Vale ressaltar que foram notificados 2.795 casos de pacientes idosos com sífilis (SBI, 2017).

Na literatura, são encontrados cerca de 23% dos artigos tratando de informações sobre ISTs (DORNELAS NETO et al, 2015). As informações provêm de estudos em populações específicas, sendo notada uma insuficiência de estudos multicêntricos. Dados epidemiológicos sobre IST evidenciam um aumento global em diversos países. Na Austrália, informações mostram que os casos de clamídia em pessoas com mais de 50 anos dobraram entre 2004 e 2010, além de mostrarem tendência no aumento de casos de gonorreia. Nos Estados Unidos, estudos apontam aumento de 43% na taxa de sífilis e clamídia entre idosos, além de outras IST, como herpes viral e condiloma. Na China, dentre todos os casos de IST (sífilis, gonorreia, clamídia, condiloma acuminado e herpes simples), 15,8% e 9,8% ocorreram respectivamente em homens e mulheres acima de 50 anos, simultaneamente (BRASIL, 2018).

No Canadá, Coreia do Sul e países africanos verifica-se a mesma situação. Já no Brasil, sobre dados da Organização Mundial da Saúde, há em torno de 1,5 milhão de

casos de gonorreia e cerca de dois milhões de infecções por clamídia a cada ano. Contudo, o estudo de casos em idosos pelo índice de transmissão de IST ainda é escasso, mesmo porque não são doenças de notificação compulsória (MINICHIELLO, 2012).

Já no contexto da sexualidade, Andrade et al, (2017) mostra que os idosos continuam sendo sexualmente ativos, inclusive após 80 anos de idade. Estudos realizados no Brasil demonstram que nesse país, muitos idosos mantêm a vida sexual ativa, com desejos e prazeres, vivenciando a prática sexual, muitas vezes sendo de forma insegura, por não terem conhecimento da vulnerabilidade dos riscos de se contrair alguma IST.

Segundo estudo realizado por Frugoli e Junior, (2011), a sociedade é marcada por preconceitos diante dos idosos por ser a fase da vida mais carregada de proibições e limitações, especialmente quando relacionada com sexualidade dos idosos. Compreende que quando se trata de campanhas de prevenção de IST, e outras ações relacionadas ao sexo e sexualidade, os profissionais de saúde se voltam aos jovens, excluindo os idosos desse público, por adotarem pensamentos onde os idosos não praticam sexo. Essa é uma das principais crescentes para o aumento das estatísticas de idosos acometidos pelas IST.

Os profissionais precisam reconhecer que há alterações que são decorrentes desse procedimento, mas que isso não anula a sexualidade e é necessário que essas alterações sejam discutidas no serviço de saúde, proporcionando uma melhor assistência ao idoso. É importante, também, que o profissional de saúde se aperfeiçoe para abordar temas da sexualidade com os idosos, permitindo um espaço para que eles sintam confiança e possam adquirir conhecimentos, tirar dúvidas para que passem por essa fase com qualidade de vida sexual.

Estudo realizado por Castro et al, (2013) demonstrou que os profissionais de saúde declaram abordar esse tema unicamente quando percebem que os idosos não se previnem contra tal ocorrência e quando fazem os exames da citologia, para que possam entrar no assunto sem parecer indiscretos. Dentro desse argumento, observa-se que a maior parte dos profissionais de saúde está direcionada às doenças crônicas, em especial hipertensão e diabetes, limitando a atenção à saúde do idoso ao plano biológico,

contrariando, dessa maneira, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que prevê um atendimento integral e multidimensional.

De acordo com Alencar e Ciosak, (2016), a sexualidade na terceira idade é um assunto delicado para ser debatido no âmbito de pesquisa, e isso tem refletido na assistência desses indivíduos na população. O aumento do número de idosos convivendo com IST no Brasil, e em outros países, comprova a necessidade e seriedade dos profissionais de saúde em rever sua atuação, inserindo abordagens da sexualidade dos idosos.

Investigação realizada no serviço de saúde sobre a sexualidade e a prevenção para IST possibilitou produzir conhecimentos sobre a temática, e espera-se que esse estudo possa contribuir para o direcionamento de políticas de saúde, em especial, à pessoa idosa, para que seja possível planejar uma intervenção com ações futuras relacionadas às IST (CEZAR, 2012).

CONCLUSÃO

Percebe-se que a terceira idade corresponde a uma fase de grande vulnerabilidade às IST e que os resultados apresentam-se elevados. Inúmeras são as causas que justificam esse aumento e, por esse motivo, faz-se necessária a disseminação de informações sobre o assunto.

Embora seja evidente o aumento das IST em indivíduos com mais de 60 anos e dos vários desafios deparados no manejo dessas situações, nota-se que esse grupo de indivíduos está, em grande parte, excluído das políticas públicas de promoção da saúde no contexto das IST. A falta de importância da sexualidade faz com que todos os empenhos de prevenção, diagnóstico e tratamento estejam voltados para populações mais jovens e naquelas compreendidas como mais vulneráveis. Para tanto, faz-se necessária a educação constante dos profissionais na temática, de forma que possam colaborar para a implantação exitosa das políticas de prevenção às IST, ressaltando a população idosa.

EPIDEMIOLOGY OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE ELDERLY ATTENDED AT A PUBLIC HEALTH SERVICE

ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections are a public health problem worldwide, with a growing economic weight, not only by the high number of infected people and the increased incidence in many countries, but, above all, by its consequences at the level of sexual health. The relevance of this study is in order to verify the prevalence of STIS among elderly people, as well as the characteristics of the affected population. The Sectional descriptive study, conducted with medical records of patients with STIS, treated at specialist center of infectious parasitic diseases in the city of Cascavel, PR, Brazil. Demographic information was collected from the medical records, among them, gender, ethnicity, marital status, sexual behavior, education, tobacco use, alcohol use, illicit drug use, number of sexual partners in the last 12 months, use of condoms, if there was, if you have monoinfecção reinfection or coinfection with other diseases, the presence of HPV, presence of herpes. It was observed that patients with age greater than or equal to 60 years affected most reported being male (57.14%), with mixed ethnicity (50%), married (47.37%), heterosexual sexual behavior (100%). It is necessary to continuing education of professionals within the theme, so that they can contribute to the successful implementation of policies for the promotion and prevention of STIS, emphasizing the elderly population.

KEYWORDS: Prevalence. Sexually Transmitted Infections. Elderly population. Sexuality.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer ao Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP) de Cascavel, Paraná, Brasil. E todos seus colaboradores.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. A.; Ciosak, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Rev Bras. Enferm*, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2016

ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 1, p. 8–15, 2017.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 81, n. 2, p. 111–126, 2006.

BELDA, w.; shiratsu, r.; pinto, v. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis.

Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 84, n. 2, p. 151-159, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. DST no Brasil [Internet]. [acessado 2018 nov. 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis.v.48, n. 36. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº-3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta recomendações. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 30 de dezembro. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 99-106, 2015.

BRAZIL. Ordinance Number 3242 of December 30, 2011. Provides on the Syphilis Laboratory Flowchart and the use of rapid tests for syphilis screening in special situations and presents other recommendations. Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes/>

CASTRO, S. et al. Sexualidade na terceira idade -a percepção do... sexualidade na terceira idade -a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sexuality in old age: nurse's perception at the family health strategy sexualidad en la tercera edad: la percepción del. Inglês Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 7, n. 10, p. 5907–14, 2013.

CEZAR, A. K.; Aires, M.; Paz, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 65, n. 5, p. 745-750, 2012.

DORNELAS NETO, J. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, dez. 2015.

DUQUE V, Malcata L, Serra E et al. Doenças infecciosas: o desafio da clínica. 2008; 53 56,130-131.

FERREIRA, F. S. Implantação de um Ambulatório com Funcionamento em horário diferenciado para o Tratamento de IST em Homens da Região Metropolitana de Recife. 2017

FRUGOLI, A.; Júnior, C. A. DE O. M. a Sexualidade Na Terceira Idade Na Percepção De Um Grupo De Idosas E Indicações Para a Educação Sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 15, n. 1, p. 85–93, 2011

GARCEZ BS, Garcez JS, Paixão MRP, Fernandes ACV, Santos RB. Conhecimento e percepção do grau de risco sobre DST e HIV/AIDS e a utilização do preservativo entre idosos: o autocuidado sadio e a enfermagem neste contexto. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2010;2(Ed Supl):654-6.<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>

GARCIA, G.S. et al. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. *DST – J Bras Doenças Sex Trans*, V. 27, p. 183-188, 2012.

IBGE, Instituto brasileiro de geografia e estatística– *Dados sobre população do Brasil, Pnad* (pesquisa nacional por amostra de domicílios), 2001. Disponível em:<<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> acesso março 2018.

LAROQUE, M. F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. 774–780, 2011.

LIMA, L. C. de; Padilha, S. L. C. P. M. A. C. *Revista Gepesvida – Uniplac* - 2017. v. 1, p. 106–120, 2017.

MÁS, C. O. N. O.; Edad, A. D. E. Enfermedades Sexualmente Transmisibles En Un Grupo De Personas Behavior , Knowledge and Perception of Risks About Sexually Transmitted Diseases in a Group of People Over 50 Years Old Sexualmente Transmissíveis Em Um Grupo De Pessoas Com 50 Anos E Mais De v. 16, n. 4, 2008.

MINICHIELLO V, Rahman S, Hawkes G, Pitts M. STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspect Public Health* 2012; 132(4):178- 181.

RODRIGUES, Diana Madeira. Aplicação do teste rápido para IST/aids como diagnóstico preliminar da clientela demandada para o desenvolvimento de campanhas educativas nas ações de orientação, controle e combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis na Estratégia de Saúde da Família do bairro do Tenoné/Belém/PA. 2017.

SERRA A, Sardinha AHL, Lima SCVS, Pereira ANS. Perfil comportamental de idosos com HIV/AIDS atendidos em um centro de referência. *Rev Enferm UFPE*. 2013;7(2):407-13. <http://dx.doi.org/10.5205/r euol.3049-24704-1-LE.0701201311>

SILVA, H. R. et al. Características clínico- epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 20, n. 4, p. 499-507, 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Coleção Guia de Referência Rápida - Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro. 1 ed. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). O desafio da sífilis. *Boletim out/2017*, p. 06.

SOUSA JL. Sexualidade na terceira idade: Uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST J Bras Doenças Sex Tansm. 2008;20(1):59-64.

VARELLA RB, Pires IL, Saraiva CA, Guimarães ACC, Guimarães MAAM. Diagnóstico laboratorial da infecção pelo vírus herpes simples (HSV) em pacientes transplantados e não transplantados. J Bras Patol Med Lab 2005; 41(4).

ANEXOS - NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

A RBCEH publica artigos científicos que representem contribuição efetiva para a área do conhecimento interdisciplinar em ciências do envelhecimento humano. O trabalho enviado para publicação deve estar acompanhado por uma comunicação assinada por todos os autores, na qual declaram que o trabalho ou pesquisa é original; não foi apresentado para publicação em outro periódico; foi desenvolvido sem interesses pessoais, de agências ou de organizações; foi conduzido dentro dos princípios éticos e legais.

Também devem declarar total aprovação e responsabilidade pelo seu conteúdo e elaboração. Todos os artigos deverão trazer endereço(s), telefone(s) e área de especialidade do(s) autor(es). Em caso de mais de um autor, deve ser indicado o responsável pelo trabalho para correspondência. Todo artigo será submetido à apreciação do Conselho Editorial; posteriormente, os autores serão notificados pelo Editor, tanto no caso da aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões do trabalho.

Eventuais modificações da forma, estilo ou interpretação do artigo só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es). Os conceitos emitidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial e do Conselho Consultivo da revista. Todos os direitos autorais do artigo publicado, inclusive de tradução, serão transferidos para a RBCEH, permitindo-se, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição e com a devida citação de fonte.

No caso de aceitação e antes da publicação do artigo, o(s) autor(es) deverá(ão) redigir uma declaração transferindo formalmente os direitos autorais à revista. As provas para correção de erros de digitação na preparação da versão final para publicação serão enviadas ao autor correspondente e deverão ser devolvidas dentro de um prazo de 72 horas por correio expresso, ou eletrônico. Os originais e as ilustrações publicadas não serão devolvidos aos autores, a não ser por sua solicitação expressa quando da publicação do trabalho.

Cada autor terá direito a um exemplar da revista. O artigo para publicação deverá ser encaminhado em formato para edição, exclusivamente por meio eletrônico para o seguinte endereço: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh>. Para contato com um membro do Conselho Editorial, encaminhar correspondência para o seguinte endereço: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento humano Faculdade de Educação Física e Fisioterapia Universidade de Passo Fundo Campus 1- Bairro São José - BR 285 Caixa Postal 611 - CEP 99001-970 Passo Fundo - Rio Grande do Sul - Brasil E-mail: rbceh@upf.br Apresentação do texto Para efeito de padronização gráfica, os trabalhos deverão seguir, rigorosamente, as normas abaixo especificadas, sob o risco de não serem aceitos, independentemente da adequação do conteúdo.

1. O artigo destinado à RBCEH, seja redigido em português, espanhol ou inglês, devem contemplar, quanto ao estilo e à norma, a ABNT NBR 6022/2003. A formatação, empregando um editor de texto MS Word, deve ser em espaço duplo numa única face de folha tamanho A4, fonte Times New Roman 12 pt, margem de 3 cm de cada lado; as páginas, numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito, perfazendo o total de, no máximo, 21 laudas, incluindo ilustrações, tabelas e demais recursos gráficos.

2. O título do artigo (em português e inglês), assim como os subtítulos que compõem o artigo científico (resumo, palavras-chave, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusão, abstract, keywords, notas, agradecimentos, referências) deverão ser grafados em negrito. No caso de artigo de revisão e de relato clínico, a metodologia citada não necessita, obrigatoriamente, ser seguida. Deverão ser grafados em itálico os itens como gênero e espécie de organismos, força gravitacional (g), palavras e abreviaturas em latim (ex.: e.g., i.e, in vitro, invivo) ou em inglês (fritting), os títulos de periódicos e de livros mencionados nas referências, além de palavras estrangeiras com emprego não convencional e neologismos.

3. A página de rosto deverá conter título completo do artigo em português e inglês; nome(s) do(s) autor(es) por extenso, acompanhado(s) pelos títulos universitários ou cargos que indiquem autoridade em relação ao assunto; local onde o estudo foi realizado e endereço para correspondência do responsável pelo trabalho. O arquivo

contendo a página de rosto deverá ser enviado em arquivo diferente (como documento suplementar) daquele do artigo a ser avaliado.

4. Para a elaboração do artigo, deve ser observada a seguinte estrutura:

a) Título: deve estar na primeira linha da primeira página;

b) Resumo: duas linhas abaixo do título do trabalho, com no máximo 250 palavras, em português ou espanhol, seguido de no máximo cinco palavras-chave, com a primeira letra de cada palavra em maiúscula e o restante em minúscula (palavras-chave uma linha abaixo do resumo);

c) Títulos das seções: devem ser posicionados à esquerda, sem numeração (o título da primeira seção deve ser posicionado duas linhas abaixo das palavras-chave);

d) Corpo do texto: deve iniciar uma linha abaixo do título ou subtítulos da seção (os parágrafos das seções devem ser justificados);

e) Título em inglês: deve estar duas linhas abaixo da seção “Conclusões” ou “Considerações finais”;

f) Abstract: uma linha abaixo do título em inglês do trabalho, com no máximo 250 palavras (se o artigo estiver em português ou espanhol, o abstract deve ser em inglês; se o artigo estiver em inglês, o abstract deve ser em português), seguido das keywords, que devem estar uma linha abaixo;

g) Notas: duas linhas abaixo das keywords (numeradas em ordem crescente, de acordo com a indicação que aparece no texto); notas de rodapé não devem ser usadas;

h) Agradecimentos: devem estar duas linhas abaixo das notas, descritos num único parágrafo (destina-se a fazer referência às fontes de financiamento, às instituições ou às pessoas que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa);

i) Referências: deve estar duas linhas abaixo dos agradecimentos.

5. Resumo e palavras-chave: o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, frases concisas (não em tópicos), com verbos na voz ativa e na terceira pessoa do

singular; as palavras-chave devem aparecer logo abaixo do resumo, separadas por ponto.

6. Ilustrações, tabelas e outros recursos visuais: deverão ter identificação completa (legenda e fonte) e ser numeradas consecutivamente, inseridas o mais próximo possível da menção no texto. Por se tratar de publicação em preto e branco, recomenda-se, na elaboração de gráficos, uso de texturas no lugar de cores. Em caso de fotos ou ilustrações mais elaboradas, deverá ser enviado arquivo anexo com os originais. Tabelas e quadros deverão estar no formato de texto, não como figura. Imagens e/ou ilustrações deverão ser enviadas como “Documentos suplementares” em arquivo à parte, no formato JPG, ou TIF, em alta resolução (no mínimo 200 dpi). O autor é responsável pela autorização de publicação da imagem, bem como pelas referências correspondentes.

7. Símbolos: todos os símbolos deverão ser definidos no texto. Cada símbolo de medida deverá apresentar as unidades entre parênteses. Os grupos sem dimensão e os coeficientes deverão ser assim definidos e indicados.

8. Unidades e expressões matemáticas: as unidades de medição e abreviaturas deverão seguir o Sistema Internacional. Outras unidades poderão ser indicadas como informação complementar. As expressões matemáticas deverão ser evitadas ao longo do texto, como parte de uma sentença, orientando-se digitá-las em linhas separadas. As expressões matemáticas deverão ser identificadas em sequência e referidas no texto como Eq. (1), Equação (2) etc.

9. Siglas: na primeira vez em que forem mencionadas, devem, antes de constar entre parênteses, ser escritas por extenso, conforme exemplo: Universidade de Passo Fundo (UPF).

10. Notas: deverão ser utilizadas apenas as de caráter explicativo e/ou aditivo. Não serão aceitas notas de rodapé (converter em notas de fim).

11. Citações: deverão obedecer à forma (SOBRENOME DO AUTOR, ano) ou (SOBRENOME DO AUTOR, ano, p. xx). Diferentes títulos do mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser diferenciados adicionando-se uma letra depois

da data (SOBRENOME DO AUTOR, ano, p. xx). As citações com mais de três linhas devem constar sempre em novo parágrafo, em corpo 10, sem aspas, com espaçamento entrelinhas simples e recuo de 4 cm na margem esquerda. Deverá ser adotado uso de aspas duplas para citações diretas no corpo de texto (trechos com até três linhas). No caso de mais de três autores, indicar sobrenome do primeiro seguido da expressão latina *et al.* (sem itálico). A referência reduzida deverá ser incluída após a citação, e não ao lado do nome do autor, conforme exemplo: De acordo com Freire (1987, p. 69), “[...] o educador problematizador (re)faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscitividade dos educandos” (1987, p. 69).

12. Referências: deverão constar, exclusivamente, os textos citados, em ordem alfabética pelo nome do autor, seguindo as normas da ABNT. Deverá ser adotado o mesmo padrão em todas as referências: logo após o sobrenome, que será grafado em caixa alta, apresentar o nome completo ou apenas as iniciais, sem misturar os dois tipos de registro (FREIRE, Paulo ou FREIRE, P.) Exemplos de referências mais recorrentes: Livros: SOBRENOME, Nome. Título do livro: subtítulo. Cidade: Editora, ano. Capítulos de Livros: SOBRENOME, Nome. Título do capítulo. In: SOBRENOME, Nome (Org.). Título do livro: subtítulo. Cidade: Editora, ano. p.xx-yy. (página inicial - final). Artigos em periódicos: SOBRENOME, Nome. Título do artigo. Nome do Periódico, Cidade: Editora, v. ____, n. ____, p. xx-yy (página inicial - final), mês abreviado. ano. Textos de publicações em eventos: SOBRENOME, Nome. Título. In: NOME DO EVENTO, número da edição do evento, ano em que o evento ocorreu, cidade de realização do evento. Título dos Anais. Cidade: Editora, ano. p.xx-yy (página inicial - final). Teses / Dissertações: SOBRENOME, Nome. Título da D/T. Ano. Dissertação/Tese (Mestrado em.../Doutorado em...) – Nome do Programa de Pós Graduação ou Faculdade, Nome da IES, Cidade, Ano. Sites: [Informações variáveis]. Disponível em: . Acesso em: dd.mm.aaaa.