



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO
DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO
DAS IST NO IDOSO**

Maria José Robalo

Orientadora de Dissertação:

Professora Doutora Ana Carvalheira

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007.

*Às três mulheres da minha vida;
A minha mãe;
A minha filha Sílvia;
A minha filha Maria Beatriz.*

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Introdução.....	1
Envelhecimento.....	3
Sexualidade no Envelhecimento.....	5
Aspectos Biológicos.....	10
Aspectos Psicossociais.....	12
Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	13
A Importância da Prevenção.....	15
O Papel do Psicólogo.....	16
Pertinência e Justificação do Projecto.....	18
Caracterização do Programa de Intervenção.....	20
Avaliação da Intervenção.....	23
Metodologia.....	23
Tipo de estudo.....	23

Amostra.....	24
Instrumentos.....	25
Procedimentos.....	27
Referências Bibliográficas.....	29
Anexos.....	32
Anexo I- Questionário.....	33
Anexo II – Procedimento de pesquisa	37
Anexo III – Quadro síntese de Infecções Sexualmente Transmissíveis..	40
Anexo IV – Panfleto (Frente).....	45
Anexo IV – Panfleto (verso).....	46
Anexo V - Cartaz.....	47

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho muitos foram os que através do seu contributo possibilitaram a sua realização. Não poderia deixar de expressar a minha gratidão a todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta permitiram sustentar a elaboração do mesmo.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento vai para a Professora Doutora Ana Carvalheira, minha orientadora, pela sua preciosa ajuda em termos de clarificação daquilo que é o meu objecto de estudo, assim como todo o apoio, disponibilidade e prontidão com que acedeu em esclarecer as minhas dúvidas e orientações para alternativas mais viáveis. Tendo assim muito contribuído para a conclusão desta etapa.

Às minhas colegas e companheiras desta jornada Daniela e Catarina pelo seu manifesto apoio ao longo destes dois anos. O meu obrigado.

À minha amiga de sempre Anabela Alves, pela força, objectividade e ajuda. Obrigada amiga.

À minha mãe, e às minhas filhas, pelo apoio incondicional, pela forma como souberam prescindir da minha presença e companhia e pela compreensão, amor e ajuda manifestada. O meu obrigado especial.

Resumo

Pretende-se com este estudo implementar e avaliar o projecto “*Implementação e Avaliação de um Programa de Prevenção das IST no Idoso*”, numa área geográfica definida pelos concelhos de Arruda dos Vinhos, Alenquer, Vila Franca de Xira, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras. A sua implementação será efectuada em colaboração com as Juntas de Freguesia e Associações Recreativas da zona de intervenção. Os principais objectivos deste projecto são, por um lado, um melhor conhecimento dos comportamentos nesta população específica e, por outro, criar hábitos de saúde que eliminem comportamentos de risco.

A pertinência deste programa advém do progressivo aumento no número de infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com mais de 65 anos de idade. A falta de informação generalizada sobre o tema, que durante muito tempo foi e ainda é considerado tabu, ou de difícil abordagem, justifica a componente de prevenção associada a todo o projecto.

O levantamento das necessidades de informação será feito através de um questionário, seguido de uma sessão de *brainstorming* para trocar conhecimentos e, por fim, a implementação da acção de formação.

Palavras-Chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Idoso; Sexualidade; Prevenção.

Abstract

This study aims to implement and evaluate the project "Implementation and Evaluation of a Program for Prevention of STIs in the Elderly," in a geographical area defined by the Concelhos of Arruda dos Vinhos, Alenquer, Vila Franca de Xira, Sobral de Monte Agraço and Torres Vedras. Its implementation will be carried out in collaboration with the Juntas de Freguesia and recreative associations in the area of intervention.

The main objectives of this project are, by one hand to get a better knowledge of the behavior of the population over 65 years and, by the other, create habits that contribute to eliminate health risk behaviors.

The relevance of this program can be found in the progressive increase in the number of sexually transmitted infections in people over 65 years of age. The widespread lack of information on the topic, which long has been and is still considered taboo, or of difficult approach, justificate the component of prevention of the project.

The survey of information needs will be done through a questionnaire, followed by a brainstorming session to change knowledge, finally, implementation of a clarification action.

Keywords: Sexually Transmitted Infections; Elderly; Sexuality; Prevention.

INTRODUÇÃO

“O sentido da vida é redimensionado a partir de uma maior consciência da sua temporalidade, permitindo relativizar o que, noutros momentos da vida, foi motivo de preocupação”

López e Fuentes

O presente projecto “Implementação e Avaliação de um Programa de Prevenção das IST no idoso” insere-se no âmbito do Seminário de Monografia em Psicologia da Saúde, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

O crescimento exponencial de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em pessoas com mais de 65 anos justifica a elaboração do presente trabalho na medida em que até à data não existem muitos estudos sobre o assunto. Verificando-se por um lado o aumento da esperança média de vida de ambos os sexos, constata-se de igual forma um acréscimo nos níveis de infecções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária. Diferentes testemunhos de profissionais de saúde no terreno atestam da necessidade urgente de se quantificar manifestações da infecção, assim como em contexto de acompanhamento psicológico se constatou por parte dos idosos total desconhecimento dos meios de contágio das IST e dos comportamentos de risco por eles praticados.

A pertinência da investigação prende-se com a necessidade de alertar a população idosa para a prevenção das IST. Para tal, partindo da caracterização de um grupo de estudo, e explanando os passos do procedimento, utilizaremos como instrumento um questionário que nos vai permitir aferir o grau de conhecimento da população. Na sequência dos resultados obtidos será elaborada uma acção de esclarecimento que tem como fim alterar comportamentos, sendo o resultado da mesma estimável através da distribuição do mesmo questionário num curto prazo de tempo de forma a identificar o que possa ter mudado.

A sexualidade na Terceira Idade deve ser encarada, acima de tudo, com naturalidade, tendo em conta que contribui para o bem-estar global do indivíduo. De acordo com Steinke (1997) a sexualidade em pessoas com mais de 65 anos é encarada pela nossa sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde como um

tema tabu, carregada de estigma e preconceitos, acarretando atitudes e comportamentos que em alguns casos podem elevar a vulnerabilidade dos idosos.

O autor assume que um dos principais factores para a alteração da actividade sexual na Terceira Idade resulta essencialmente de mudanças físicas inerentes ao próprio envelhecimento, sendo que as mudanças psicossociais têm um papel determinante na questão da sexualidade. Sexualidade essa que mercê do total desconhecimento sobre o assunto, não é ainda encarada como um factor de qualidade de vida.

Wouten-Bielski (1999) alerta para o facto de o estado de negação da sociedade em geral referente ao tema da sexualidade nos idosos, leva a que se negue os riscos que estas pessoas têm para contrair infecções sexualmente transmissíveis, tal como o HIV/SIDA.

O objectivo geral, de acordo com esta abordagem é implementar e avaliar um programa de prevenção das IST no Idoso, relevando questões da sexualidade e das IST associadas à Terceira Idade e definindo o papel que o psicólogo detém, como agente preventivo. Como objectivo final, pretende-se saber se a acção de formação alertou os sujeitos participantes para os eventuais comportamentos de risco.

Envelhecimento

O Envelhecimento Demográfico em Portugal deixou de ser um problema meramente psicológico, pessoal e familiar para se tornar num problema social. De acordo com os dados estatísticos, estima-se um aumento em valor absoluto e em importância relativa do número de idosos. O envelhecimento da população é um fenómeno universal e por conseguinte, transversal a todos os países e sociedades. Podendo ser abordado sob diversos prismas, este é, antes de mais uma, questão demográfica.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2001), dos indivíduos com mais de 65 anos, 41% apresenta mais de 75 anos e 20,9% tem mais de 80. No recenseamento de 2001, o grupo etário entre os 80 e 84 anos era de 201.706, o que permite prever que em 2010 existam 282.674 idosos verificando-se uma diminuição em 25% da população portuguesa.

Não obstante, demográficos a nível mundial têm vindo a focalizar a sua atenção e a alertar a opinião pública e o poder político, para os efeitos catastróficos que este fenómeno poderá acarretar a todos os níveis para as sociedades contemporâneas se a tendência registada se continuar a manter.

Segundo Custódio (2008), o aumento progressivo do envelhecimento demográfico deve-se: ao aumento da qualidade e esperança de vida no Idoso e a uma diminuição significativa da taxa de natalidade. A progressiva gestão da velhice, durante anos, estava limitada à esfera privada, um tema de família, após um longo período de transformações sociais o tema da velhice passa para a esfera pública. A alteração da visão social da velhice a partir da segunda metade do século XIX, faz com que a velhice seja tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais.

Com o avanço da idade, um processo contínuo de perdas, quer físicas quer psicológicas, encontram-se por norma associadas a esta etapa de vida como elementos negativos inexoravelmente estereotipados (Debert, 2004). Contudo, dado ao facto de estarmos numa sociedade em profunda mudança e cada vez mais envelhecida, o envelhecimento deixa de estar associado a pessoas incapacitadas mas sim a pessoas que

vivem esta etapa activamente, o que se denominou por envelhecimento activo. Como refere Debert (2004, 14) “a ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca de prazer e da satisfação pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são sonhos que oferecem oportunidades de realizar projectos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profundas como o mundo dos mais jovens”.

Neste sentido, torna-se imperativo compreender a identidade do idoso, reconhecendo o que há de importante e específico nessa etapa de vida, para que a possa usufruir da melhor forma.

O envelhecimento não é um processo homogéneo mas sim uma experiência diversificada dependente de influências externas (sociais, históricas e culturais) e internas (classe, género e etnia) do indivíduo. Segundo Albuquerque, Lima, Tavares, Jimenez e Araújo (2008) o processo de envelhecimento para além de um fenómeno fisiológico é uma aprendizagem social, que se encontra directamente dependente de factores intrínsecos ao indivíduo que podem acelerar ou retardar o processo.

De acordo com Fernandes (2002,30), estas pessoas encontram-se “colectivamente identificados como um grupo etário com direito a prestações financeiras (...) como contrapartida à perda do estatuto de membro activo, dependente financeiramente da sociedade e representando um subcapital humano”.

Começa a verificar-se que um número crescente de pessoas com mais de 65 anos de idade passam a ter um papel mais activo na sociedade, contribuindo para o aumento da riqueza quer através da integração no mercado de trabalho quer pelo desenvolvimento de actividades de carácter lúdico. Esta mudança deve-se à forma como a sociedade começa a encarar as potencialidades dos indivíduos que se encontram nesta fase, como também ao auto conceito que têm sobre si próprios e a percepção do contributo que podem dar nas comunidades onde se inserem.

Assim, o envelhecimento deixa de ser apenas uma fase biológica, passando a ser encarado como uma construção social que se sustenta através de relações de poder e das expectativas geradas nas relações sociais que o idoso estabelece com o meio envolvente.

Sexualidade no Envelhecimento

A sexualidade na Terceira Idade é um tema tabu na nossa sociedade, quer pelos próprios idosos quer pelos profissionais de saúde (Steinke, 1997). O estigma referente à sexualidade na terceira idade que se manifesta culturalmente leva a que a maioria das pessoas reprima o seu desejo sexual (Ballone, 2001; Zamlutti, 1996).

Contudo, uma vez que o número de pessoas desta faixa etária tende a aumentar, denota-se que existem cada vez mais pessoas integradas, o que resultou numa alteração ao nível das aprendizagens sociais e das experiências sexuais que desta forma deixam de ser menosprezadas, passando a ser encaradas como uma parte essencial na vida do indivíduo. Um dos primeiros trabalhos a demonstrar que as pessoas idosas continuam a ter desejos sexuais que não são mais perceptíveis na sociedade porque se encontram segregados pela massa social surge em 1948 com Kinsey e colaboradores, posteriormente surgem outros na mesma linha como o de Christenson & Gagno (1965) e o de Pfeiffer, Verwoerd & Wang (1968).

A partir destes trabalhos verifica-se que existe uma sexualidade activa entre os idosos mas que não é proporcional a informação que estes contêm sobre infecções e doenças sexualmente transmissíveis. Albuquerque *et al* (2008,131) afirma que existe: “défice de informações sobre o processo de envelhecimento e as mudanças no exercício da sexualidade, surgimento de novas doenças, inclusive infecções sexualmente transmissíveis – IST- na população idosa tem contribuído para manutenção de preconceitos e tabus que limitam o pleno exercício da sexualidade em diferentes faixas etárias”.

Butler e Lewis (1985, citados por Gavião, 2000, 367) alertam que em alguns casos o desinteresse sexual em pessoas com mais de 65 anos, pode ter como causa o condicionamento social, de experiências prévias traumatizantes, que em alguns casos pode ser considerado um factor de alívio e de ajustamento. Autores como Hillman e Stricker (2000 citado por Gavião, 2000, 368) defendem que seria pertinente apostar em intervenções educacionais, de forma a existir um maior conhecimento sobre sexo na velhice. Para os autores a aposta na informação é importante para que se desperte uma

conscientização sobre o que é o sexo e os seus riscos, dado o facto que na nossa sociedade essa informação dirigida à terceira idade é escassa ou inexistente.

Albuquerque *et al* (2008) afirma que a sociedade e os próprios idosos não têm consciência do aumento da propagação de doenças sexualmente transmissíveis, apontado como justificação a falta de campanhas informativas e o facto de se recusarem a adoptar o uso do preservativo como algo fundamental na prevenção para o sexo seguro. Prevalece ainda a ideia que o preservativo só se utiliza para evitar uma futura gravidez, e pelo facto de nesta faixa etária as companheiras não se encontrarem num período fértil, optam por não usar o mesmo.

De acordo com Albuquerque *et al* (2008, 133) “os idosos não foram educados para o uso de preservativos, visto que era conhecido apenas como um dos métodos contraceptivos e não como um método preventivo contra IST. (...) a grande maioria dos idosos não faz uso desse artifício, uma vez que tal método não faz parte de sua geração e de sua cultura”.

Na maioria dos casos as pessoas só se apercebem dos riscos e da gravidade que as IST têm quando infectadas, sendo alguns casos detectados tardiamente levando ao óbito (Albuquerque, 2008).

O autor supracitado refere que “as atitudes das pessoas frente a uma enfermidade grave, nem sempre são acompanhadas da percepção de que são susceptíveis de se infectarem e contaminarem os seus parceiros, o que leva, por vezes, à negligência quanto aos modos de prevenção, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais, (...) um desafio para as actuais políticas, que concentram mais a atenção na população jovem” (Albuquerque, 2008, 134).

O conhecimento apresentado pela maioria das pessoas é limitado, o que causa que as mesmas não detectem precocemente a infecção. É imperativo que os profissionais de saúde alertem os idosos para esta realidade para que se leve a cabo um plano de prevenção eficaz.

A sexualidade na terceira idade deve ser encarada, acima de tudo, com naturalidade, tendo em conta que contribui para o bem-estar global do indivíduo. Amaro & Silva (1999, 34) enunciam algumas regras para lidar com a sexualidade nesta faixa etária, sendo estas:

- Aceitar sem preconceito que a sexualidade é uma actividade humana natural em qualquer idade e que a idade por si só não é impeditiva de uma sexualidade saudável;
- Cultivar os atractivos de cada idade. As pessoas idosas devem cuidar do corpo e cultivar a arte do relacionamento interpessoal. Devem desenvolver o sentido de humor e manter-se informadas sobre a actualidade, de modo a poderem projectar-se no futuro;
- Combater pensamentos negativos e depressivos. Devem ser estimulados pensamentos e atitudes positivas através de actividades físicas e intelectuais adequadas às suas possibilidades;
- Aceitar que não há “coisas” próprias de cada idade, mas sim que determinadas “coisas” são tratadas de forma diferente com o passar dos anos.

Atendendo a que a sexualidade destes sujeitos foi marcada por um período de tabus, vigente durante anos, este é, actualmente, um tema que se discute abertamente, em parte devido aos meios de comunicação social e à abertura ao debate de novos assuntos que fazem parte do ciclo de vida. Nem sempre esta temática é abordada da melhor forma pelos meios de comunicação social. Por vezes é banalizada, abordada de maneira sensacionalista, pouco clara e sem rigor científico.

Kaiser (1996) verifica que a prevalência da actividade sexual na idade avançada é um facto inegável. Através do levantamento de estudos verificou que 95% dos homens com idade entre os 46 e 50 anos tem sexo semanalmente; nos homens com 66 a 71 anos este valor decresce para os 28%. No caso de pessoas em comunhão de facto, com idade superior aos 76 anos, apresentam um valor de 24% de vida sexual activa (Kaiser, 1996).

Kaiser (1996) valida as suas hipóteses através do estudo realizado por Bratschneider. O autor defende que 63% dos homens e 30 % das mulheres, entre 80 e 102 anos eram sexualmente activos.

Segundo Kaiser (1996) verifica-se que em ambos os sexos sexualmente activos, eram indivíduos que tinham tido uma vida sexual activa também na sua juventude. De acordo com as conclusões, torna-se imperativo compreender e analisar como a sexualidade é vivenciada por esta faixa etária e as alterações ocorridas a um nível biológico e psicossocial.

Outro estudo a referir é o de Gott e Hinchliff (2003), realizado em Sheffield Institute for Studies on Ageing (SISA), sobre a sexualidade na velhice no Reino Unido, cujo objectivo era compreender qual a importância do sexo na percepção da qualidade de vida dos idosos. Os autores concluíram que o sexo em idades avançadas é encarado como uma componente importante dentro de uma relação afectiva, na qual para se entender o que é ser sexualmente activo, torna-se necessário redefinir o significado de “sexo” como também o de “intimidade física”. Puderam ainda observar que a idade não influi directamente sobre a importância do sexo. Citando Foucault (1979, 105) para a sua explicação, através do facto de que as diferenças comportamentais ao nível sexual nas diferentes faixas etárias reflectem entendimentos da sexualidade como “construção histórica”.

O estudo de Gott e Hinchliff (2003) contribuiu para combater a ideia preconcebida socialmente que os idosos são seres assexuados, demonstrado que o sexo é uma componente imprescindível para uma velhice bem sucedida.

Posteriormente Gott (2006) desenvolve um estudo intitulado “Saúde Sexual e os Novos Idosos” onde salienta a importância de existir uma mudança sócio-cultural centrada na forma de pensar as questões sobre saúde sexual na Terceira idade. Para o autor uma das alterações será a promoção de serviços de encontros entre pessoas mais velhas e de aconselhamento sobre como estabelecer relacionamentos íntimos de forma segura. Gott (2006) defende que estas medidas seriam uma forma de travar o crescimento de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV em pessoas com mais de 65 anos.

Nos Estados Unidos, Munk e Jenison (s.d) desenvolveram um estudo cujo objectivo era compreender como os idosos contraíam o HIV e como se manifesta. Este estudo surge devido ao número de idosos diagnosticados, que representa já um total de 78.000 indivíduos com mais de 50 anos. As razões apresentadas para explicar o contágio, são:

- Os serviços de saúde não testarem idosos;
- Os idosos podem não compreender qual o risco em contrair HIV;
- Muitos idosos encontram-se recentemente sozinhos, quer pelo divórcio ou pela perda do companheiro(a) e ignoravam as mensagens de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis;
- Falta de campanhas educacionais de prevenção a idosos;
- Crença que as infecções sexualmente transmissíveis só atinge os jovens;

- Relações sexuais desprotegidas;
- Resistência em usar o preservativo, muitos idosos têm a crença, errada, que o uso do preservativo dificulta as erecções.

Munk e Jenison (s.d) afirmam ainda que o uso de fármacos para combater a disfunção erétil pode também contribuir, embora indirectamente, para o aumento de infecções sexualmente transmissíveis.

A falta de interesse sobre o tema infecções sexualmente transmissível é visível quer por parte das agendas políticas quer pela comunidade científica. Como se pode verificar pela revisão elaborada por Becca *et al*, (2007) entre 1 de Janeiro de 1994 e 1 de Janeiro de 2005, onde se verifica que pessoas com mais de 65 anos foram excluídas em mais de 89% dos ensaios. Após o estudo, o autor enfatiza o quanto é urgente elaborar campanhas de sensibilização sobre o que são e como se previnem IST, uma vez que o número de indivíduos infectados tende a aumentar.

Emlet (2006) chama a atenção para as áreas da educação e prevenção, para a necessidade de confrontar atitudes e crenças da sociedade, dos idosos e dos profissionais de saúde, sobre envelhecimento e sexualidade. O preconceito e a discriminação contra os idosos portadores de HIV inseridos na sociedade são o resultado do pouco esforço de prevenção ao nível das políticas de Saúde e dos atrasos e erros de diagnósticos dos profissionais de saúde.

No contexto Português, Dias *et al* (s.d) verificou, pela análise do documento oficial da Comissão de Vigilância Epidemiológica de Infecções Sexualmente Transmissíveis (CVEDT), que existe um crescimento exponencial no número de casos de indivíduos infectados com HIV, em especial no grupo etário acima dos 65 anos de idades. Dos casos identificados em Portugal desde 1983, 8% são assintomáticos e 12,4% já contraiu SIDA. Os dados analisados desde 2005, referente ao primeiro semestre, Dias *et al* (s.d) alerta para a necessidade de esclarecimento junto dos profissionais de saúde e da população em geral de forma a se contrariar os dados estatísticos.

O aumento do número de pessoas idosas infectadas revela que este grupo etário tem estado excluído das políticas de protecção e prevenção. Entender o idoso na sua integralidade, especificamente na questão da sexualidade é uma obrigação da actual sociedade.

Aspectos biológicos

O envelhecimento fisiológico é uma chave importante para entender, em parte, a diminuição da actividade sexual que se produz nesta etapa de vida, mesmo que não seja possível explicar todas as mudanças do ponto de vista biológico, esta apresenta uma grande cota parte na sua diminuição. Como afirmam Masters e Johnson (1986) “ a resposta sexual humana pode ir ficando mais lentificada ao longo do processo de envelhecimento, mas certamente não deixa de existir” (citados por Cardoso, 2004, 7).

De acordo com Canhão (1997, 13), o diminuir da actividade sexual em pessoas com mais de 65 anos reflecte-se biologicamente. Segundo o autor, o processo de envelhecimento sexual passa por alterações do organismo, tais como: existir uma maior demora para conseguir a erecção, os estímulos eróticos não funcionarem tão rapidamente, parece existir uma quebra entre a reacção mental e a física, entre outros. Para Fooker (1994 citado por Gavião, 2000, 368) indubitavelmente existe uma causa directa entre problemas de saúde e sexualidade, contudo os seus dados revelam que a libido sexual entre pessoas com mais de 65 anos centra-se essencialmente no seu bem-estar psicológico e na sua auto-imagem positiva.

Contudo Ballone (2002) diferencia o desejo sexual entre sexos, defende que os homens idosos apresentam um maior interesse ou desejo sexual enquanto no caso feminino denota-se menos interesse sobre a sexualidade.

O autor defende que as mulheres apresentam, a nível sexual um declínio a partir da menopausa, segundo o mesmo, nove em cada dez mulheres na menopausa apresenta irritabilidade nervosa. Contudo em alguns casos verifica-se que a menopausa é encarada como um período onde retiram maior prazer da sua vida sexual.

Para Cardoso (2004,p.9), a passagem de uma fase reprodutiva para uma fase pós- reprodutiva exige “um ajustamento físico e psicológico, no qual as hormonas e emoções balanceiam a caminho de um novo equilíbrio, por vezes difícil de alcançar”.

Após o período da menopausa o corpo feminino sofre um conjunto de alterações que se verificam na diminuição de produção de estrógeno e progestágenos, como também ocorre alteração anatómica do aparelho genital. As alterações supracitadas podem fazer com que o coito se torne doloroso, apesar de mais ténue e com menor

número de contracções as mulheres idosas podem manter a sua capacidade multi-orgásmica (Kaiser, 1996).

Segundo Ballone (2002) é necessário frisar que as mudanças anatómicas e fisiológicas do envelhecimento ocorrem de uma forma universal, contudo cada corpo feminino responde às mudanças de uma forma particular. A mulher após a entrada na menopausa é estigmatizada socialmente, porque o seu corpo deixa de ter a função de procriar, a que se associa uma auto-percepção de menor atracção pessoal. (Cardoso, 2004).

No homem também existe um decréscimo ao nível da produção de esperma e de testosterona. Para Ballone (2002) as mudanças fisiológicas não surgem de forma inesperada, é uma mudança gradual, que os indivíduos devem de estar atentos, de forma a não sofrerem de angústias antecipadas referente ao seu desempenho sexual. Masters e Johnson (1970,p.326) fazem referência ao desempenho sexual e ao facto específico do maior controlo fisiológico sobre o processo ejaculatório que se pode “ganhar” com a idade (citados por Cardoso, 2004, 12). Por outro lado, o autor supracitado apresenta alguns sintomas que poderão ocorrer nesta fase, tais como:

- A erecção pode tornar-se mais flácida;
- É necessário mais tempo para alcançar o orgasmo, que é de menor duração;
- Diminui o número de erecções nocturnas involuntárias;
- O período refractário depois da erecção aumenta marcadamente;
- A ejaculação retarda;
- Reduz-se o líquido pré-ejaculatório;
- A ejaculação é menos intensa.

Para Schiavi (1995) e Lewis (1998) estas alterações podem apresentar como causas diversos factores, quer hormonais, neurais e vasculares.

Deve-se salientar, desta forma, que a menopausa e a andropausa não são uma doença mas sim um processo natural. Tal como a sexualidade não deve ser encarada como uma prática exclusiva dos mais jovens mas sim um actividade natural que deve ser vivenciado por todos independentemente da sua idade.

Aspectos psicossociais

A sociedade delimita que os idosos expressem a sua sexualidade de uma forma livre e espontânea, negando-lhes a sexualidade no envelhecimento com base em factores culturais, tornando-a um tema tabu, o que indirectamente influi nos comportamentos e atitudes dos próprios. Em alguns casos, a sociedade encara a sexualidade na velhice como se os indivíduos fossem seres assexuados, o que influi no comportamento dos idosos e na maneira de se relacionar sexualmente com os seus parceiros, inibindo, por vezes, qualquer vontade de cariz sexual.

Outro agente que influencia o comportamento sexual nos idosos, segundo Kaiser (1996), é o aumento de transtornos psicopatológicos (depressão e ansiedade) que tem por base factores de stress, tais como, perda do companheiro, alterações na sua vida sócio económica, problemas de saúde, alteração da sua vida familiar.

Segundo Ballone (2002), a maioria dos investigadores verificam que a causa central para o baixo nível de actividade sexual nos idosos não se centra somente nas alterações fisiológicas que o corpo apresenta, mas sim nas influências de atitudes e nas expectativas geradas nesta nova etapa da sua vida, o envelhecimento. Para Schiavi (1995), os factores psicossociais podem ser a principal causa dos problemas sexuais que possam advir em pessoas com mais de 65 anos.

Segundo Sanches e Ulacia (1998) as dificuldades psicológicas nas pessoas mais velhas, pode contribuir para que a sexualidade seja limitada. Muitas vezes nesta etapa da vida, tanto os familiares como os profissionais de saúde têm receio e dificuldade de questionar ou abordar temas como este. Neste sentido é de toda a pertinência que os Lares e Centros de Dia, sendo locais onde existe uma maior concentração de idosos, assumam um papel importante na socialização e abordagem da temática com os mesmos. Tanto o homem como a mulher nestas idades têm um modelo diferente nas suas relações interpessoais, baseado no carinho e na afabilidade de pequenos gestos, neste sentido é muito importante que o idoso tenha vínculos afectivos estáveis para que as suas relações sejam gratificantes.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS)¹ são como o nome indica infecções que se propagam na maioria dos casos através do contacto sexual, seja ele oral, vaginal ou anal.

A maioria das IST apresentam os primeiros sinais ao nível do aparelho reprodutor, contudo existem determinadas IST tal como o HIV que apresentam repercussões em todo o organismo. Estas infecções são causadas por diferentes agentes infecciosos tais como: fungos, bactérias ou vírus, que se transmitem através de diversos fluidos corporais (sangue, esperma, secreções vaginais e urina). As consideradas, pelos especialistas de mais perigosas são as de origem virál.

De acordo com Gomes da Costa (s.d) pode-se enumerar as seguintes IST:

Chlamydia - O local da infecção depende do tipo da relação sexual que originou o contágio. No homem, aparece corrimento escasso, ardor mais ou menos intenso ao urinar, sintomas mais frequentes de manhã. Na mulher, na maior parte dos casos, a infecção não produz sintomas, podendo ocasionar corrimento ligeiro. No entanto, se não for tratada a tempo, a infecção pode alastrar, ocasionando uma inflamação nas trompas e nos ovários, que pode provocar infertilidade.

A infecção por clamídia cura-se facilmente recorrendo ao tratamento correcto. É uma infecção perigosa, frequentemente não tem sintomas e, por isso, evolui sem tratamento: em cerca de 75% das mulheres e 25% dos homens, não existe qualquer queixa inicial.

Gonorreia - Uma das mais frequentes infecções sexualmente transmissíveis. É causada por a bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, que se aloja nas membranas mucosas que protegem a garganta, o colo do útero, a uretra ou o ânus. Transmite-se por contacto sexual (genital, anal e oral). Os principais sintomas, nos homens, são o aparecimento de secreções amareladas, viscosa ou purulenta do pénis. Na mulher, é o aumento do muco vaginal, ardor ao urinar e pode provocar alterações na menstruação. Pode causar, ainda,

¹ Anexo 1

Doença Inflamatória Pélvica em cerca de 40% das pessoas não tratadas, assim como, pode causar esterilidade.

Hepatite B - A hepatite B é uma infecção provocada por vírus e que ataca o fígado. Este vírus vive no sangue, na saliva, no suor, no esperma e no corrimento vaginal. Muitos casos de hepatite resultam da partilha de agulhas e seringas infectadas, mas a transmissão sexual é também frequente. O risco de contrair hepatite B é oito vezes superior ao de contrair SIDA.

Herpes - Esta infecção é provocado pelo vírus *Herpes simplex*. Manifesta-se pelo aparecimento na área genital de pequenas manchas avermelhadas, que provocam sensação de queimadura, sobre as quais surgem pequenas bolhas ou vesículas que ao fim de alguns dias rompem, ocasionando feridas que se cobrem de crostas. Após cerca de uma a duas semanas as lesões curam sem deixar cicatrizes.

O herpes genital é uma infecção crónica recorrente, ou seja que evolui por surtos, sendo o intervalo entre eles variável. Há medicamentos que tratam as lesões de herpes e prolongam os intervalos livres da infecção. Não há ainda nenhum medicamento que cure definitivamente a infecção. O herpes não é uma infecção grave embora seja incómoda. Enquanto existirem lesões na pele ou mucosa genital há perigo de contágio para o(a) parceiro(a), pelo que a actividade sexual deve ser suspensa.

Papilomavírus Humano (PHV) - Cerca de 33% das mulheres estão contaminadas com este vírus, que pode causar cancro do colo do útero e do pénis, para além de desconforto e dores intensas a nível genital.

Pediculose Púbica - Transmitida por um tipo de piolho específico (*Phthirus pubis*), esta infecção é popularmente conhecida como "chatos".

SIDA / VIH / HIV / AIDS - São todos eles termos para designar aquela que já foi chamada "a doença do século". Actualmente é a 6ª causa de morte na América e Europa. A infecção, pelo vírus, é actualmente fatal, pois ainda não existe cura para a mesma.

Sífilis – A causa desta infecção é a bactéria *Treponema Pallidum*, os principais sintomas são, inicialmente, úlceras indolores na boca, genitais ou anos. Posteriormente, entre o primeiro e o sexto mês, o indivíduo começa a apresentar sintomas parecidos aos da gripe, nódulos linfáticos nas virilhas, axilas ou pescoço, manchas no peito, costas e extremidades e percas de cabelo. Se não for tratada, pode levar a úlceras na pele e órgãos internos, ou em casos mais graves a lesões no cérebro, coração, ou mesmo à morte. As consideradas mais perigosas são as de carácter viroso.

A Importância da Prevenção

As alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento da população em toda a Europa, a que Portugal não fica alheio, e as transformações que ocorrem nas sociedades actuais, proporcionaram as condições para que se considere o processo de envelhecimento e a velhice como uma situação problemática a necessitar de apoio ao nível da prevenção da saúde. O reconhecimento da necessidade de intervir com políticas sociais orientadas para o desenvolvimento e optimização de programas ao nível da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis é cada vez mais uma urgência.

O grande desafio do futuro será o de conseguir assegurar aos indivíduos, a maior longevidade possível, associada a uma velhice bem sucedida. Esta longevidade é apanágio das sociedades modernas, perversamente, as mesmas parecem ter criado mecanismos de segregação a esta população.

Se déssemos aos idosos condições de vida óptima, a sua sexualidade seria também bastante melhorada (Félix Lopes & António Fuertes, 1999).

Segundo Kalanche, a idade mais madura é um processo de envelhecimento lógico e psicológico que diz respeito à faixa etária com mais de 65 anos.

Constata-se actualmente que as expectativas e qualidade de vida tornam-se prementes na nossa sociedade. Logo é de extrema importância implementar serviços de educação específica na área da sexualidade, como também se deve fomentar o método de pesquisas centradas na relação entre o idoso e IST. O aumento da população idosa no mundo está a fazer surgir novas vulnerabilidades em relação às IST. Neste contexto, os idosos devem ter mais acesso à saúde e à informação de forma a evitar os comportamentos de risco.

A maioria dos idosos vive com pouco rendimento disponível para ter qualidade de vida. As medidas que são tomadas pelos governos, normalmente, não abrangem políticas de apoio social para a terceira idade.

O idoso quando se depara com uma IST tem vergonha da família bem como daqueles que o rodeiam. Deste modo, a prevenção surge como solução possível para atenuar esta situação.

De acordo com a Gerontologia, face ao binómio saúde doença todo o Ser Humano é passível de intervenção, o que significa que a prevenção deve começar num momento anterior a este escalão etário. Só deste modo é possível obter um elevado sucesso no combate à infecção bem como disciplinar a actividade humana.

O Papel do Psicólogo

Dado que a atitude social face à sexualidade se tem modificado, permitindo um maior acesso à informação ao longo dos últimos anos, é de esperar um aumento na procura de ajuda por parte dos idosos para a resolução dos seus problemas sexuais.

O psicólogo da saúde tem um papel importante no que concerne a esta temática, pois cabe a ele a obrigação de informar para prevenir. Informar, em primeiro lugar, sobre as alterações típicas do envelhecimento. As preocupações e falsas interpretações são mais responsáveis pelo mau funcionamento sexual do idoso do que o próprio envelhecimento normal, levando-o facilmente à desistência de todo e qualquer contacto físico.

A sexualidade deve ser um processo de constante e contínua aprendizagem e comunicação, o que facilita uma adaptação permanente às inevitáveis alterações fisiológicas.

Os equipamentos de terceira idade nas suas diferentes valências, lares, centros de dia e apoio domiciliário, como locais de interacção privilegiada entre idosos são muitas vezes campo para o desenvolvimento da expressão sexual. No entanto, este tipo de manifestação é geralmente reprimida, quer pelo próprio idoso, por força de uma educação condicionada, quer pelo pessoal auxiliar por falta de formação e sensibilidade para este tipo de questão. Cabe ao psicólogo identificar a problemática envolvente, desmistificá-la e fazer a ponte entre os diferentes intervenientes no sentido de se aceitar com mais naturalidade a existência das manifestações sexuais.

Reforçar que a sexualidade não é só actividade coital, que esta é apenas um dos aspectos da relação do casal e não a finalidade do seu relacionamento afectivo.

A sexualidade nas pessoas idosas dependerá, essencialmente, do modo como as mudanças próprias do passar dos anos vão ser encaradas e partilhadas.

Segundo Gomes (1987) as medidas profiláticas e de aconselhamento simples são aquelas a que os idosos melhor aderem e estas assentam numa correcta informação sexual, dirigida à população em geral e aos idosos em particular. O aconselhamento é importante para a prevenção, pois promove a reflexão que possibilita a percepção dos

riscos e a adopção de práticas sexuais mais seguras, favorecendo o fim de estigmas, noções erradas e preconceitos. Passa por identificar e clarificar as crenças acerca das IST, por exemplo formas de contágio, parceiros de risco, acompanhamento médico, profilaxia, enfatizando sempre os benefícios do uso correcto do preservativo. Esta será a melhor forma de destruir mitos e mudar atitudes nomeadamente recorrendo a actividades de sensibilização e formação dos auxiliares e dos técnicos em contacto com os idosos, no sentido destes abordarem o assunto numa postura esclarecedora e compreensiva, antes mesmo de os idosos lhes colocarem as questões ou dúvidas, pois como ainda é um assunto tabu em alguns meios, o técnico tem o dever de se antecipar a falar do mesmo.

Os equipamentos que acolhem idosos têm de ter uma postura mais pró-activa e de abertura à mudança, assim como estarem preparados para situações cada vez mais frequentes de utentes portadores de HIV.

Por norma, os idosos tentam evitar a expressão sexual, reprimindo-a, sendo então necessário esclarecer para eliminar os preconceitos associados, nomeadamente, de que a abstinência em doenças cardiovasculares é vantajosa. Nos idosos que não têm parceiros sexuais, a única forma de expressão sexual é, muitas vezes, a solitária. Nestes casos, uma informação correcta e esclarecedora, no sentido de desmistificar a masturbação será a mais indicada.

Toda a acção educativa e desmistificadora deve ser alargada aos jovens, não só porque serão os velhos de amanhã, mas também, porque são dos que mais reagem à existência de uma vida sexual dos idosos seus familiares.

Dado que a atitude social face à sexualidade se tem modificado, permitindo um maior acesso à informação ao longo dos últimos anos, é de esperar um aumento na procura de ajuda por parte dos idosos para a resolução dos seus problemas sexuais. Ainda assim o conhecimento apresentado pela maioria das pessoas é limitado, o que causa que as mesmas não detectem precocemente a infecção. É imperativo que os profissionais de saúde alertem os idosos para esta realidade de forma a se elaborar um plano de prevenção eficaz, por esse facto o presente estudo detém um papel importante.

Pertinência e Justificação do Projecto

Na actualidade, um dos grandes desafios da nossa sociedade é assegurar que as pessoas com mais de 65 anos tenham mais qualidade de vida. O envelhecimento da população provocado pela melhoria das condições económicas e sociais, criou uma faixa etária que já não sendo considerada população activa é composta por elementos com uma vida social e afectiva activa. Este fenómeno tem-se verificado por toda a Europa, o que leva a que a sociedade sofra profundas alterações. Com uma população cada vez mais envelhecida a imagem da pessoa idosa alterou-se, e o envelhecimento deixa de estar associado a pessoas incapacitadas mas sim a pessoas com envelhecimento activo nomeadamente a nível sexual. Este aumentar de actividade a nível sexual gera igualmente uma diversidade de comportamentos, para os quais os profissionais de saúde devem estar alerta, visto nem sempre os indivíduos estarem preparados para os eventuais riscos que acarreta a ocasionalidade de parceiros e as consequências de alguma falta de prevenção. “Psicologia da saúde é o domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia, com vista à promoção e protecção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde” Matarazzo (1982).

O presente estudo intitula-se “Implementação e Avaliação de uma acção de prevenção das IST no Idoso”, salienta a importância de implementar serviços de educação específica na área da sexualidade, como também se deve fomentar o método de pesquisas centradas na relação entre o idoso e as IST. Torna-se necessário intervir com políticas sociais orientadas para o desenvolvimento e optimização de programas ao nível da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

A pertinência em implementar e avaliar um programa de prevenção prende-se essencialmente pelo aumento do número de casos de IST na população idosa e pelo facto de actualmente estarmos numa sociedade envelhecida demograficamente mas que assume activamente a sua sexualidade na sociedade. Desta forma, como afirmam

autores como Hillman e Stricker (citado por Gavião, 2000, p.368), apostar em intervenções educacionais, é uma forma de garantir maior conhecimento sobre sexo na velhice para que nesta fase da vida se combata o pudor e o sexo passe a ser encarado como algo positivo e saudável.

O acesso do idoso aos meios de comunicação vai-lhe permitir uma maior abertura e desinibição na abordagem de assuntos relacionados com a convivência sexual. De igual forma o desenvolvimento da indústria farmacêutica permitiu o aparecimento de fármacos que facilitam a função erétil e melhorar a performance sexual. A “confiança” gerada por estes aumenta o número de relações sexuais conseguidas, o que pode desembocar em comportamentos de risco.

Pretende-se através de acções informativas, como a que aqui expomos, direccionadas para esta faixa etária, levar a que a sexualidade na Terceira Idade seja encarada, acima de tudo, com naturalidade, tendo em conta que contribui para o bem-estar global do indivíduo.

Caracterização do Programa de Intervenção

O presente estudo tem por objectivo implementar um programa de prevenção sobre IST nos idosos. A população alvo para este estudo, são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos dos concelhos de Arruda dos Vinhos, Alenquer, Vila Franca de Xira, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras.

Para a implementação do programa de prevenção estabeleceu-se parcerias com as Juntas de Freguesia de cada concelho e com as diversas Associações Recreativas, promotoras de encontros para a Terceira Idade.

Implementar um programa de prevenção sobre IST nos idosos advém da necessidade de não existirem acções de sensibilização sobre sexualidade nesta faixa etária, técnicos e serviços informativos, como se verifica existir para os jovens. Negar que as pessoas com mais de 65 anos têm uma vida sexual activa é negar os dados que demonstram que o número de fármacos da estirpe fosfodiesterase 5 (Viagra, Cialis, Levitra), que visa uma melhoria na sua performance sexual, aumenta exponencialmente as vendas de ano para ano.

O programa de intervenção a aplicar terá início com a divulgação da sessão de esclarecimento (entrada livre) através da afixação de cartazes (Anexo V) nas farmácias, locais públicos de maior afluência e nos locais habitualmente frequentados por idosos (por exemplo, matinés dançantes e bailes da terceira idade). Em simultâneo e na sequência de uma parceria entre juntas de freguesia e farmácias serão distribuídos panfletos com uma mensagem directa e sintética centrada no despertar de consciências sobre esta problemática (Anexo IV). Nas farmácias, estes panfletos irão servir de invólucro a um preservativo que será distribuído gratuitamente aos adquirentes de fármacos estimuladores da performance sexual. Após a afixação dos cartazes serão distribuídos, nas matinés dançantes, para além de panfletos, questionários de resposta simples cujo objectivo é perceber qual o grau de conhecimento dos idosos, sobre este assunto. Na sequência dos dados recolhidos da análise desse questionário, elaborar-se-á uma sessão informativa, a ter lugar no espaço das Matinés Dançantes, apontado previamente pelos idosos como o local central para encontros.

Para a sessão estarão presentes um psicólogo, um enfermeiro e um educador social, cujo objectivo máximo é alertar para quais os comportamentos de risco que existem, o que é IST, as suas causas, formas de contágio e sintomas mais frequentes, reflectindo sobre os seus tratamentos, curas e consequências caso não sejam

devidamente tratadas, sublinhando sempre a importância do uso do preservativo. O tempo estimado para a sessão de esclarecimento será de 1 hora, tendo como lema central: "Sexo não tem Idade, Prevenção também não".

A sessão será dividida em três momentos: inicial, de esclarecimento e final ou de avaliação, quer no momento inicial quer no final será aplicada uma dinâmica que tem por objectivo colocar os participantes a interagir entre si.

A sessão tem início com a dinâmica intitulada por *Brain-Storm*. A actividade centra-se em compreender o que os idosos sabem sobre IST, ao lançarem conceitos que do seu ponto de vista estão relacionados com a temática, ao mesmo tempo que o moderador aponta no quadro a "chuva" de conceitos lançados pelos participantes. A aplicação da dinâmica de pré-sessão irá permitir que as pessoas se integrem no espaço e com os outros (quebrar o gelo, aquecimento do grupo). Após a dinâmica o moderador da sessão inicia a acção de esclarecimento onde, de uma forma acessível explana (fazendo uso de apresentação em *power-point*):

- Infecções (Hepatite Vírica (A, B, C e D); Moluscum Contagiosum; Cancro; Pediculose Pública; Gonorreia (Gonococla); Clamídia; Condilomas; Sífilis; Sarna; Vaginite; Bacteriana; Candidíase; Herpes Genital; Tricomoniase; VIH/SIDA)

- Causas;
- Sintomas;
- Tratamento;
- Cura;
- Consequências;
- Importância do uso do preservativo;
- Comportamentos sexuais de risco.

A par desta explicação mais técnica, vai-se intercalando uma explicação mais humana tentando manter a atenção dos presentes e permitir-lhes fazer a transposição para a vivência pessoal. Abre-se o espaço para questões a colocar pelos participantes aos convidados (psicólogo, educador social, enfermeiro).

Para finalizar a sessão aplica-se outra dinâmica denominada por *Post-it*. A dinâmica irá permitir verificar se a informação transmitida foi assimilada pelos participantes. A técnica consiste em escrever o nome de uma Infecção Sexualmente Transmissível num *post-it*. Sendo os participantes distribuídos por grupos de cinco elementos, debaixo do tampo da mesa de cada grupo será previamente colado o *post-it* com o nome da infecção, sendo todas diferentes. O grupo terá de verificar qual a

infecção que está escrita no *post-it* que se encontrava colado debaixo da mesa, serão dados 10 minutos para discutir o que é a infecção, quais os sintomas, tratamentos e como pode se evitada. Com o *terminus* dos 10 minutos o porta-voz do grupo irá expor à sala o que o mesmo consensualmente concluiu. A aplicação desta dinâmica permite verificar se a informação foi apreendida pelos sujeitos participante. No final da sessão serão distribuídos o panfleto (Anexo 2) e um preservativo a cada participante.

Por fim irá proceder-se a avaliação do programa de avaliação e de intervenção através da aplicação de um questionário ao fim de 1 mês, de forma a compreender se existiu efectivamente alterações ao nível de comportamentos de riscos em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Ao fim de 6 meses faz-se o *Follow-up*, com a finalidade de verificar a eficácia da intervenção.

Avaliação da Intervenção

Metodologia

Tipo de Estudo

A investigação científica traduz-se num processo de carácter sistemático, com o objectivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir novos. Estes irão, de forma directa ou indirecta, influenciar a prática (Burns & Grove, citados por Fortin, 2003).

Todo o trabalho realizado proveniente da investigação científica deve encontrar-se assente numa metodologia científica que permita a captação e a análise dos dados disponíveis, de uma forma correcta para garantir elevados padrões de qualidade nos resultados obtidos.

O presente estudo caracteriza-se como longitudinal, descritivo, qualitativo e comparativo, tendo como objectivo final implementar e avaliar um programa de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o que o torna num estudo descritivo, que satisfaz pelo menos os seguintes princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população (...) e a descrição das características de um conceito de uma população no seu conjunto (...).” (Fortin, 2003,p 162). Considerando que as pesquisas descritivas têm como principal objectivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno, o estabelecimento de reacções ou de associações entre variáveis ou o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Amostra

No presente estudo participam um total de 100 sujeitos, com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que 50 são homens e as outras 50 são mulheres. Pretende-se que a amostra seja recolhida em várias Associações Recreativas que promovem matinés dançantes e bailes para a Terceira Idade dos concelhos de Arruda dos Vinhos, Sobral de Monte Agraço, Vila Franca de Xira, Alenquer e Torres Vedras: Clube Recreativo e Desportivo de Arruda dos Vinhos, Associação Cultural Sobralense, Ateneu de Vila Franca de Xira, Rancho Folclórico de Alenquer e o Centro de Convívio Torriense. Em cada baile ou matine dançante promovida pelas diferentes associações pretende-se que seja recolhida uma amostra de 20 sujeitos, sendo 10 homens e 10 mulheres.

De acordo com Fortin (2003, 202): “ a amostra é um sub-conjunto de uma população ou um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo (...) representativo da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

Os participantes incluídos no estudo cinge-se a sujeitos com uma idade igual ou superior a 65, de ambos os sexos. Outro critério a ter em consideração centra-se na participação activa em encontros de Terceira Idade promovidos pelas Associações Recreativas dos concelhos acima referidos, quer em Matinés dançantes quer em outro tipo de encontros. A triagem é feita através da promoção da acção, divulgando-a, convidando e apelando à participação.

Pode-se considerar esta amostra não probabilística ou intencional, mas sim uma amostra nomeada de sequencial, pois todos os sujeitos são elegíveis para participar no projecto e são incluídos desde que mostrem vontade de participar, até o investigador perfazer o número pretendido de sujeitos (Ribeiro, 1999).

Instrumentos

Para o presente estudo a amostra será convidada a participar na sessão, através de cartazes afixados nos locais públicos de maior afluência, farmácias, Juntas de Freguesia e matinés dançantes, sendo uma sessão aberta a toda a população, ainda que vocacionada para sujeitos com mais de 65 anos.

A escolha do instrumento incide na utilização de três questionários anónimos de auto-resposta, devido ao facto deste permitir um maior grau de padronização, autonomia e rapidez na recolha de informação.

O instrumento de colheita de dados será estruturado de forma a que o seu preenchimento se torne facilmente perceptível, garantido desta forma que a taxa de não resposta seja diminuta. Este tipo de instrumento será o mais apropriado na recolha de dados, uma vez que garante fiabilidade e segurança dos participantes e do próprio investigador. Para facilitar o preenchimento dos questionários elaborou-se uma folha de rosto onde se descreve o objectivo do estudo e apresenta-se um conjunto de informações que se considere pertinentes e facilitadoras para a participação e adesão quer da parte dos idosos quer dos próprios profissionais.

O presente estudo procede-se em três fases constituídas por a aplicação de três questionários:

- Questionário Sócio-Biográfico - consiste em classificar os diferentes elementos em diferentes grupos dando-lhes sentido e ordem. Neste caso concretos os factores a considerar, foram: Género, Idade, Habilitações Literárias, com quem vive, Estado Civil e Situação Relacional.

- Questionários de Comportamentos Sexuais: A partir da análise da literatura e com base no conhecimento prévio da população alvo, considerou-se pertinente questionar aspectos sobre a vida sexual tais como: Quando foi a última vez que teve algum contacto sexual? (avaliar a frequência das relações sexuais); Presentemente gostaria de ter actividade sexual com mais frequência; Quantos parceiros sexuais, teve nos últimos 6 meses; (no sentido de averiguar se tem um comportamento sexual de risco) Usa preservativo nas relações sexuais? (para averiguar se usa e com que frequência usa preservativo nas relações sexuais); Preocupa-se com o facto de poder ficar infectado com alguma doença sexualmente transmissível? (saber se o sujeito tem a

percepção do risco); Alguma vez realizou exames ou análises para ver se tinha alguma IST?

- Questionário sobre a Prevenção: Construído com base na percepção do investigador, quando da análise de dois questionários que passou como pré-teste a dois sujeitos participantes nas matinés dançantes. Foram elaboradas seis questões referentes ao conhecimento sobre IST e à prevenção que o idoso faz da mesma. Este ultimo questionário pretende, após terem presenciado a acção informativa sobre o que são IST, sintomas, como se propagam e qual a cura, pretende-se verificar qual o conhecimento que cada participante reteve da sessão. A primeira parte considera-se mais holística parte-se do conhecimento geral sobre IST para o particular, onde se questiona directamente o seu comportamento sexual, a sua opinião sobre as acções informativas e sobre o tema.

Por fim, após a aplicação e recolha dos questionários irá proceder-se ao tratamento estatístico dos dados desta amostra, o qual será efectuado através da ferramenta de tratamento estatístico de dados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Procedimentos

O factor decisivo para a escolha da população amostra localizada nos concelhos atrás referidos prende-se com o facto de exercer a minha actividade profissional como psicóloga nesta área geográfica, tendo através do exercício da mesma detectado comportamentos de risco na população idosa.

De forma a viabilizar este estudo serão efectuadas reuniões com os respectivos Presidentes das Juntas de Freguesia em causa, com os dirigentes das Associações Recreativas Locais e com os proprietários das farmácias localizadas na área, com a finalidade de lhes explicar os objectivos do projecto, a sua pertinência e assim obter a sua participação. Na sequência de uma resposta positiva e adesão das entidades contactadas será elaborado protocolo onde ficarão definidos os procedimentos a adoptar e os papéis dos respectivos parceiros.

O contributo de cada parceiro estrutura-se da seguinte forma:

- Juntas de Freguesia: contribuir com material didáctico (canetas, post-it, papel, computador portátil, data show para apresentação em power-point, quadro); impressão de questionários; impressão de panfletos; impressão e afixação de cartazes

- Farmácias: disponibilizar expositores para distribuição de panfletos; constituição de parceria com empresas da indústria farmacêutica no sentido de se obter preservativos para distribuição gratuita; sensibilizar os seus colaboradores para o papel importante que desempenham na acção de incentivo do uso do preservativo por parte dos idosos que adquirem fármacos para a performance sexual.

- Associações Recreativas: disponibilizam espaço físico (sala para acção de formação), cadeiras e mesas.

Nesta sequência serão marcadas as datas para desenvolvimento do projecto, a agendar inicio em Junho e Follow-up em Novembro, o que concretiza um prazo de 6 meses.

Para além do contributo das entidades acima referidas, contam-se como meios humanos envolvidos, o psicólogo, o enfermeiro e o educador social.

A escolha de ser constituída a amostra nas matinés dançantes prende-se, essencialmente com a facilitação dos procedimentos de recolha face à abordagem e concentração de idosos nestes locais.

Os questionários foram elaborados pelo investigador, tendo sido aplicados inicialmente a dois sujeitos com mais de 65 anos, como forma de pré-teste, de modo a surgir uma reflexão sobre os mesmos, que permita que o processo de aplicação seja o mais claro possível. Observou-se que o tempo útil de preenchimento se situava, em média nos 10 minutos. O investigador está presente e assegura o esclarecimento de qualquer dúvida quando solicitado, dado que se trata de uma população idosa e com poucas habilitações literárias. Igualmente compete-lhe proporcionar as condições necessárias para os sujeitos responderem com privacidade ao questionário.

Guiados pelo conceito de consentimento informado, os sujeitos são elucidados acerca da natureza do projecto, bem como do direito de aceitação ou recusa de participação.

É necessário realçar que cada questionário aplicado nas diversas fases já referidas, é acompanhado de uma folha de rosto (Anexo 1) onde cada participante assume concordar em participar do estudo em questão. Este documento é criado numa linguagem acessível onde consta o objectivo da investigação e onde se garante o anonimato e a participação voluntária.

Ao finalizar-se a fase de avaliação e de recolha de informação os dados serão tratados através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Referências Bibliográficas

- Amaro, F., Silva, G. (1999). E o amor continua. In *Cidade Solidária*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. A. 2, n.º 3 (2.º semestre), 30-34.
- Albuquerque, D., Deoclécio de Lima, Tavares, Jimenez, Araújo (2008). Conhecimento de idosas sobre infecções sexualmente transmissíveis. *Enferm UFPE*, 2(2): 130-137.
- Ballone G..Sexo nos Idosos. PsiquWeb Psiquiatria Geral. 22 Abril 2009 <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>.
- Becca, R. *et al.* (2007). Pessoas mais velhas excluídas dos ensaios clínicos da redução de risco de doenças sexualmente transmissíveis. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 34; n. 8, p. 541-544. 14 Abril 2009. <<http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=7997>>.
- Canhão, A. (1997). Sexualidade e Envelhecimento. In *Geratria*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, vol. 10, n.º 92, 12-18.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Planeamento familiar. *Associação do Planeamento família*. nº 38-39, 713.
- Custódia, C.,(2008). Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado, Universidade Aberta, Tese de Mestrado.
- Debert, G. (2004). Género e envelhecimento. Estudos Feministas, Menopausa, reposição Hormonal e a construção social da idade Madura. *Velhice e Sociedade*, 2(3): 33-51.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P.,(s.d), A infecção VIH/SIDA na população com mais de 50 anos: análise estatística com população com + de 50 anos infectada em

Portugal.10 de Maio de 2009

http://www.aidscongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf.

Emlet, C., (2006), You're awfully old to have this disease: experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS, *Gerontologist*, v. 46, n. 6, 781-790.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*, Coimbra: Quarteto Editora.

Fortin, M., (2003). *O processo de investigação*, 3ª ed. Loures: Lusociência.

Foucault, M.,(1979). *The history of sexuality: the will to knowledge*. v. I. London:Allen Lane, 105.

Gavião, A. (2000). Sexualidade do Idoso e o Cuidado em Domicílio. In Y. Duarte, M. Diogo (cords). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, São Paulo: Editora Atheneu.

Gavião, A. (2002). *A passagem dos tempos e suas ressonâncias íntimas- psicanálise, Rorschach e envelhecimento*, São Paulo:Vetor.

Gomes,F. (s/d) Doenças sexualmente transmissíveis. 5 d Abril de 2009
<http://www.sexualidades.com/sections.php?op=listarticles&secid=6>.

Gomes, A., Albuquerque, A. & Nunes, S., (1987). *Sexologia em Portugal*, Lisboa: Texto Editora.

Gott, M., Hinchliff, S., (2003). How important is sex in later life? The views of older people., *Social Science & Medicine*, v.56, 1617–1628.

Gott, M., (2006). Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing*, v. 35, n. 2, 106–107.

- Kaiser, F. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology* -Urol Clin North Am 23(1): 99-107.
- Lewis, M. (1998). Sexualidade, In, W. Abrams, R. Berkow. *O Manual Merck de Geriatria*, Barcelona: Edições Doyma.
- Liebweman, R., (2000),HIV in Older Americans na Epidemiologic perspective, *Journal of Midwifery Women's Health*. V.45(2): 176-182.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*, Lisboa: APF.
- Masters, H & Johnson, V. (1984). *A resposta sexual humana*, São Paulo, Roca.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: século do envelhecimento*. Lisboa: Lusociência.
- Munk, R. ; JENISON, S. ,(s.d) , *Older people and HIV*. New México: AIDS Education and Trainig Center.2 de Maio de 2009 < www.aidsinfont.org>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Sánchez, F., Ulacia, J. (1998). *Sexualidad en la vejez*, Psicología Pirámide, Madrid.
- Schiavi, R., Rehman, J. (1995). Sexuality and Aging . *Impotence*, 22(4): 711-725.
- Steinke, E., (1997). Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff, *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 28(2): 59-63.
- Wooten-Bielski K.,(1999). HIV and AIDS in older adults. *Geriatric Nursing*, 20 (5): 268-272.

Anexos

Anexo I- Questionário**QUESTIONÁRIO****IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DAS IST NO IDOSO**

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pretende-se a elaborar um projecto de Investigação, com o seguinte tema: “IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DAS IST NO IDOSO”

Este questionário tem como objectivo avaliar conhecimentos sobre o risco de contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Por conseguinte, a sua opinião é fundamental para que possamos criar sistemas de prevenção cada vez mais eficazes.

Visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nesta área, gostaria que colaborasse neste estudo, respondendo a um conjunto de questões, assinalando com um X a sua resposta.

Pretende-se, apenas, a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é de natureza confidencial e anónima.

Tomei conhecimento do âmbito e dos objectivos do estudo e aceito participar no mesmo.

☐ Sim

☐ Não

Obrigado pela sua participação

M^a José Robalo

I – Questionário Sócio- Biográficos

1. Género

- ☐ Masculino
☐ Feminino

2. Idade ____

3. Habilitações literárias:

- ☐ Não sabe ler nem escrever
☐ Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
☐ 1º Ciclo (até à 4ª classe)
☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano)
☐ 3º Ciclo (7º- 9º ano)
☐ Ensino Secundário (10º-12º ano)
☐ Ensino superior

4. Com quem vive:

- ☐ Familiares
☐ Sozinho
☐ Instituição
☐ Outro. Qual? _____

5. Estado Civil:

- ☐ Solteira (o)
☐ Casada (o)
☐ União de facto
☐ Divorciada (o)
☐ Viúva (o)

6. Situação Relacional (para além do Estado Civil)

- ☐ Com relação de compromisso. Há quanto tempo? _____ meses _____ anos
☐ Sem relação de compromisso mas com parceiros sexuais
☐ Sem relação de compromisso e sem parceiros sexuais

II – Questionário de Comportamentos Sexuais

1. Quando foi a última vez que teve algum contacto sexual?

- ☐ Na última semana
- ☐ No último mês
- ☐ Nos últimos 3 meses
- ☐ Nos últimos 6 meses
- ☐ Nos últimos 12 meses
- ☐ Há mais de 1 ano
- ☐ Há mais de 1 ano mas menos de 3 anos
- ☐ Há mais de 3 anos

2. Presentemente, gostaria de ter relações sexuais com mais frequência?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

3. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 6 meses: _____

4. Com que frequência usa preservativo nas relações sexuais?

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas Vezes
- ☐ Algumas Vezes
- ☐ Muitas Vezes
- ☐ Sempre

5. Preocupa-se com o facto de poder ficar infectado com alguma doença sexualmente transmissível?

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas Vezes
- ☐ Algumas Vezes
- ☐ Muitas Vezes
- ☐ Sempre

6. Alguma vez realizou exames ou análises para ver se tinha alguma Infecção Sexualmente Transmissível?

- ☐ Sim
- ☐ Não

III – Prevenção

1. Quais destas infecções é sexualmente transmissível?

- | | |
|--|---|
| ☐ Cancro | ☐ Condilomas |
| ☐ Pedra Vesicular | ☐ Pneumonia |
| ☐ HIV | ☐ Sífilis |
| ☐ Diabetes | ☐ Gripe |
| ☐ Hepatite Vírica (A,B,C,D e D) | ☐ Insuficiência Respiratória |

2. A Gonorreia apresenta os seguintes sintomas:

- ☐ Secreção amarelada ou viscosa do pénis
- ☐ Indigestão ou diarreia
- ☐ Aumento do muco vaginal
- ☐ Febre
- ☐ Ardor ao urinar
- ☐ Dores abdominais

3. As acções de prevenção e esclarecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis são importantes.

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Nem concordo/ nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

4. Já presenciou alguma acção de esclarecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5. O preservativo é o meio mais eficaz para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?

- ☐ Concordo totalmente
- ☐ Concordo
- ☐ Nem concordo/ nem discordo
- ☐ Discordo
- ☐ Discordo totalmente

6. Qual é o melhor método para prevenir as IST?

- ☐ Pílula
- ☐ Preservativo
- ☐ Coito interrompido

OBRIGADO!

Anexo II - Procedimento de pesquisa

O presente trabalho vai de encontro a necessidade social de despertar consciências sobre o tema IST em pessoas com mais de 65 anos de idade. Deste estado de alerta suscitado pelo contacto profissional com idosos enquanto psicóloga, advém o título “Implementação e Avaliação de um Programa de Prevenção das IST no idoso”

Após a escolha do tema e de ter delineado o objectivo final de elaborar uma sessão informativa em colaboração com as Juntas de Freguesia, é imperativo a procura de material bibliográfico que servisse de suporte para a realização deste trabalho.

Procedeu-se posteriormente a pesquisa de material bibliográfico que serviria de suporte as hipóteses lançadas inicialmente através de bibliotecas e de bases de dados on-line, tais como B-on, Scielo, Google Scholar, Google, Google Académico, EBSCO. As palavras-chaves utilizadas na pesquisa foram ageing, HIV, Sexualidade nos idosos, idosos, envelhecimento.

Da pesquisa on-line nos servidores acima referidos obteve-se os seguintes artigos:

Albuquerque, D., Deoclécio de Lima, Tavares, Jimenez, Araújo (2008). Conhecimento de idosas sobre infecções sexualmente transmissíveis. *Enferm UFPE*, 2(2): 130-137.

Ballone G..Sexo nos Idosos. PsiqWeb Psiquiatria Geral. 22 Abril 2009
<<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>.

Becca, R. *et al.* (2007) Pessoas mais velhas excluídas dos ensaios clínicos da redução de risco de doenças sexualmente transmissíveis. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 34; n. 8, p. 541-544. 14 Abril 2009.
<<http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=7997>>.

Debert, G. (2004). Género e envelhecimento. Estudos Feministas, Menopausa, reposição Hormonal e a construção social da idade Madura. *Velhice e Sociedade*, 2(3): 33-51.

Dias, A., Fonseca, S., Renca, P.,(s.d), A infecção VIH/SIDA na população com mais de 50 anos: análise estatística com população com + de 50 anos infectada em

Portugal.10 de Maio de 2009
http://www.aidscongress.net/pdf/50_anos_abstract_233_comunic_266.pdf

Emlet, C., (2006), You're awfully old to have this disease: experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS, *Gerontologist*, v. 46, n. 6, 781-790.

Gavião, A. (2000). Sexualidade do Idoso e o Cuidado em Domicílio. In Y. Duarte, M. Diogo (cords). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, São Paulo: Editora Atheneu.

Gavião, A. (2002). *A passagem dos tempos e suas ressonâncias íntimas- psicanálise, Rorschach e envelhecimento*, São Paulo:Vetor.

Gomes,F. (s/d) Doenças sexualmente transmissíveis. 5 d Abril de 2009
<http://www.sexualidades.com/sections.php?op=listarticles&secid=6>

Gott, M., Hinchliff, S., (2003). How important is sex in later life? The views of older people., *Social Science & Medicine*, v.56, 1617–1628.

Gott, M., (2006). Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing*, v. 35, n. 2, 106–107.

Kaiser, F. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology -Urol Clin North Am* 23(1): 99-107.

Lewis, M. (1998). Sexualidade, In, W. Abrams, R. Berkow. *O Manual Merck de Geriatria*, Barcelona: Edições Doyma.

Liebweman, R., (2000),HIV in Order Americans na Epidemilologic perspective, *Journal of Midwifery Women's Health*. V.45(2): 176-182

Masters, H & Johnson, V. (1984). *A resposta sexual humana*, São Paulo, Roca.

Munk, R. ; JENISON, S. ,(s.d) , *Older people and HIV*. New México: AIDS Education and Trainig Center.2 de Maio de 2009 < www.aidsinfonet.org>

Schiavi, R., Rehman, J. (1995). Sexuality and Aging . *Impotence*, 22(4): 711-725.

Steinke, E., (1997). Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff, *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 28(2): 59-63.

Wooten-Bielski K.,(1999). HIV and AIDS in older adults. *Geriatric Nursing*, 20 (5): 268-272.

Anexo III - Quadro síntese de Infecções Sexualmente Transmissíveis

Doença	Causas	Sintomas mais Frequentes	Tratamento	Cura	Consequências Se não se trata.
Hepatite Vírica (A,B;CeD)	Vírus que afecta o fígado	A infecção pode adquirir desde um estado assintomático até um quadro clínico de sintomas gastrointestinais(escassos apetite, indigestão diarreia) Debilidade aguda, febre, icterícia, vômitos, dores abdominais.	Tratamento sintomático. Na hepatite C utiliza-se o Alfa interferon que pode impedir que o vírus destrua as células do fígado.	Pode ser Reincidente	Embora a hepatite C seja mais severa se não se tratam adequadamente podem desencadear a cirroses ou cancro de fígado
Moluscum Contagiosum*	Vírus pox vírus	Erupções múltiplas, como borbulhas cor de laranja rosáceo Aparece nos genitais, coxas ventre	Cicatrização das Lesões (nitrogénio líquido ou dióxido de carbono congelado. Pode desaparecer espontaneamente sem tratamento	Sim	Desconhecidas
Cancro	Bactéria Hemophilus, Ducrey, apresenta-se como úlcera ou “cancro mole”	Lesão dolorosa de localização genital ou perineal. Por vezes pode ser portas de entrada para a sífilis Mulheres: Úlceras principalmente na vagina afectando, lábios clitoris, cervix, área interior vaginal e recto; Inflamação dos gânglios das virilhas	Antibióticos (Eritromicina ou Ceftriaxona)	Sim	Se não se detiver a evolução da doença pode ser muito destrutivo localmente.

Pediculose Pública	Parasita Phthirus Pubis do Tamanho da cabeça de um alfinete que vive no pelo público e outras partes do corpo. Também através de roupa.	Ardor na zona pública. Podem aparecer pequenos pontos de sangue e ver-se os piolhos á vista desarmada	Loções, champôs, cremes, óleos específicos. Desinfecção de roupas.	Sim	Erupção alérgica. Infecção como consequência de uma ferida.
Gonorreia (Gonococla)	Bactérias Gonococo, que vive principalmente na uretra e no colo uterino. Transmite-se por contacto sexual (genital anal e oral). Até em beijos.	Nem sempre aparecem ou fazem-no tardiamente; mais nos Homens. Homens: Secreção amarelada viscosa ou purulenta do pénis; ardor ao urinar. Mulheres: Aumento do muco vaginal; alterações na menstruação; ardor ao urinar.	Antibióticos (penicilina)	Sim	Homens: Infecções nas articulações (artrites); dores e virilhas; esterilidade. Mulheres: Infecções nas articulações (artrites); doença inflamatória pélvica; esterilidade; Recém nascidos: Cegueira ou pneumonia.
Clamídia	Bactéria Clamídia Tracomatis.	A maioria dos infectados não apresenta sintomas Parecidos aos Gonorreia e normalmente, difíceis de detectar. Mais facilmente reconhecível no homem (inflamação epididimal e uretral).	Antibióticos (tetracilina)	Sim	Semelhantes ás da Gonorreia.

Condilomas	Vírus Papon Humano	Homens: Verrugas na glande, ânus, prepúcio e pele do pénis. Mulheres: Os sintomas são mais observáveis Lesões indolores de aspecto verrugoso normalmente na vagina, colo do útero e nos genitais externos e arredores.	Homens; Anti-virais; Mulheres Crioterapia Laser. Electro-coagulação, etc	Sim	Sufocos frequentes e nas mulheres grande aumento do riscos de cancro cervical. Recém nascidos: Papiloma Laríngeo do recém-nascido/contágio no momento do nascimento.
Sífilis	Bactéria Treponema Pallidum	Etapas 1 (de 2 a 4 semanas) Úlceras indolores na boca, genitais ou ânus. Etapas 2 (de 1 a 6 meses depois) Sintomas parecidos aos da gripe Nódulos Linfáticos nas virilhas, axilas ou pescoço. Manchas no peito , costas e extremidades, percas de cabelo. Etapas 3(Latência sem sintomas). Etapas 4 (depois de 3 a 4 anos). Úlceras na pele e órgãos internos Percas de sensibilidade nas extremidades.	Antibióticos (penicilina)	Sim	Lesões destrutivas no sistema circulatório e no sistema nervoso, causando paralisias, demência, morte Transtornos oculares que podem conduzir à cegueiras Surdez. Recém-nascidos: Malformações e morte.
Sarna*	Provocada por um ácaro Sarcops-caliei, que também vive em zonas com pêlo.	Ardores nocturnos em todo o corpo menos na cara. Podem ver-se Sulcos na pele.	Loções Roupa desinfectada. Banhos regulares.	Sim	Desconhecidos.
Vaginite	Alteração de	Ardores nocturnos em todo o	Loções Roupa	Sim	Desconhecidos.

Bacteriana*	microorganismos que habitam na vagina (floral vaginal). Um tipo de bactérias é a <i>Gardenerella Vaginalis</i>	corpo menos na cara. Podem ver-se sulcos na pele.	desinfectada Banhos regulares.		
Candidíase*	Fungo Candida Albicans que se encontra em ambientes húmidos e se pode transmitir por objectivos, roupa e contacto sexual Presente na boca, cavidade intestinal e genitais	Homens: Ardor e enrugamento da glândula. Mulheres: Aumento da secreção vaginal que se torna branca e espessa. Por vezes ardor intenso na vulva e vagina.	Tratamento local com cremes e óvulos específicos.	Pode ser Reincidente	Quando se apresenta em pessoas com Sida, as consequências podem ser graves. Recém nascidos: Afecções na boca e consequências intestinais ao passar pelo canal de parto em mulheres infectadas.
Herpes Genital	Vírus Herpes Simplex (I e II)	Inflamação em redor dos genitais e do ânus Ardor ao urinar, febre, dores de cabeça Ampolas dolorosas ao redor da boca Etapa 1:	Evitar todo o contacto sexual enquanto persistam as ampolas (Acylovir)	Não Somente se controla	Reaparecimento dos sintomas em situação de stress Mulheres: Risco de aborto e do cancro cervical Meningites acética. Recém nascidos: Riscos de morte

		Sintomas parecidos com gripe			ou doença grave.
Tricomoniase*	Parasita Protozoo (Tricomonas) Pode sobreviver nas roupas e toalhas húmidas, inodoros, mas o mais frequente é que se transmita por contacto sexual Limita-se á vagina e uretra	Homens: Moléstias no pénis Ardor ao urinar Secreção aquosa Mulheres: Secreção vaginal amarela, espumosa e malcheirosa Dores abdominais e ao urinar.	Antibiótico/antiparasitas	Sim	Infecções urinárias
Infecções VIH/SIDA*	Vírus Imunodeficiên cia Humana	Normalmente não há sintomas visíveis durante muitos anos, podendo transmitir-se a doença a outros.	Medicamentos para diminuir a velocidade de progressão	Não Existe	Transmissão ao feto Grande vulnerabilidade a infecções Cancros raros Problemas neurológicos Morte

Anexo IV - Panfleto
Frente

Infecções Sexualmente Transmissíveis

**PREVENIR
É A CHAVE PARA COMBATER ESTA INFECÇÃO
SILENCIOSA**

Como posso saber se estou infectado?
Que doenças existem?
Quais os riscos?
Como se pode prevenir?

Infecções Sexualmente Transmissíveis

SEM SINTOMAS MUITO MARCADOS AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS AFECTAM UM GRANDE Nº DE PESSOAS COM MAIS DE 65 ANOS

Verso

SENTE?

- Corrimentos abundantes amarelados ou esverdeados na vagina ou no pénis;
 - Mau-Cheiro nos órgãos genitais
- Comichão ou vermelhão constantes nos órgãos genitais;
- Verrugas na vagina, pénis, boca ou ânus;
- Ardor a urinar;
- Dor durante as relações sexuais.

Converse com seu médico

**USE PRESERVATIVO
EM TODAS AS RELAÇÕES
SEXUAIS**

Que infecções existem?

Hepatite Vírica
Sífilis;
Candidíase;
Herpes genitais
Vaginose
Cancro Mole
Clamídia
Gonorreia
VIH/SIDA
Herpes

**As Infecções Sexualmente
Transmissíveis (IST) são
doenças graves que
podem trazer vários riscos
para a saúde.**

Sexo não tem idade, Prevenção também não

Anexo V - Cartaz

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Como se pode prevenir?

Que doenças existem?

Dia 20 de Junho pelas 15h

***Sessão de Esclarecimento na Junta de
Freguesia de Arruda dos Vinhos***

APAREÇA, CONTAMOS CONSIGO!

Quais os riscos?

Como posso saber se estou infectado?

Sexo não tem idade, Prevenção também não