UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

MURILLO CARLOS DE MORAES

DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE SAÚDE SEXUAL DAS PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RIBEIRÃO PRETO

2021

MURILLO CARLOS DE MORAES

DIRETRIZES PARA O CUIDADO DE SAÚDE SEXUAL DAS PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Programa de Pós Graduação: Mestrado Profissional de Medicina

Área de concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Outros pesquisadores: Yhaslen Cavalieri Rocha

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo, pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de documentação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP

Moraes, Murillo Carlos de

Diretrizes para o cuidado de saúde sexual das pessoas idosas: uma revisão sistemática / Murillo Carlos de Moraes. – Ribeirão Preto, 2021.

72 p. il., 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Mestrado Profissional de Medicina. Área de concentração: Medicina de Família e Comunidade.

Orientador: Marques, João Mazzoncini de Azevedo

Outros pesquisadores: Rocha, Yhaslen Cavalieri

1. Diretrizes de prática clínica. 2. Saúde sexual. 3. Idosos. 4. Revisão Sistemática.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Murillo Carlos de Moraes

Título: Diretrizes para o Cuidado de Saúde Sexual das Pessoas Idosas: uma Revisão Sistemática

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Programa de Pós Graduação: Mestrado Profissional de Medicina

Área de concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Outros pesquisadores: Yhaslen Cavalieri Rocha

Exame de Qualificação realizado em: 25 de julho de 2020.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a).:_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

Prof(a). Dr(a).:_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

Prof(a). Dr(a).:_____
Instituição:_____
Julgamento:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À minha mãe **Isabel**, meu pai **Osvaldo**, meu irmão **Leonardo** e minha avó **Quilmes**: minha família, luz do meu caminho, sem a qual não teria chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Isabel** e **Osvaldo**, meu irmão **Leonardo** e minha avó **Quilmes**, pelo acolhimento e amor, por me incentivarem a ser uma pessoa melhor a cada dia, por serem o sopro em minhas costas para sair para o mundo e viver minhas paixões e transformar a existência aqui um lugar melhor por meio da busca conhecimento.

Ao Professor Doutor **João Mazzoncini de Azevedo Marques** que aceitou ser meu orientador nesse trabalho, pela paciência em me guiar ao longo desse percurso, pelo suporte e cuidado com os detalhes, pela confiança depositada em mim e pelo exemplo de profissional.

À minha querida amiga, **Yhaslen Cavalieri Rocha**, por ter assumido a difícil missão de ser uma das revisoras e trabalhar comigo para transformar esse projeto-sonho em realidade.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que é minha casa acadêmica, onde passei por uma grande revolução pessoal e aprendi a arte da Medicina, saber e prática sagrados, os quais carrego comigo como um tesouro.

Ao Núcleo de Saúde da Família “Enfermeira Maria Teresa Romão Pratali”, no qual conheci uma equipe incrível e pude ultrapassar fronteiras e me tornar Médico de Família e Comunidade, especialista no cuidado integral das pessoas, independente de sexo, idade, queixas, garantindo o cuidado coordenado e longitudinal para todos os tipos de família.

Aos Desenvolvedores do aplicativo Rayyan, do *Qatar Computing Research Institute - Hamad Bin Khalifa University,* os quais disponibilizam essa ferramenta de forma gratuita para ajudar os autores de revisões sistemáticas a realizar seu trabalho de maneira rápida, fácil e agradável.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - *Finance Code 001.*

RESUMO

MORAES, Murillo Carlos de. **Diretrizes para o cuidado de saúde sexual das pessoas idosas: uma revisão sistemática.** 2021. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A tendência mundial de envelhecimento da população evidencia a necessidade de ações para gerir a saúde dos idosos de forma integrada. Um dos aspectos desse cuidado é a abordagem da saúde sexual, o qual é frequentemente negligenciado. **Objetivo:** Investigar o estado de qualidade, escopo e consistência das diretrizes sobre cuidado não-farmacológico com a sexualidade do idoso com aplicação do instrumento *AGREE-II*, e utilizar os dados levantados para desenvolver um protocolo para desenvolvimento de uma diretriz sobre o tema adaptada ao contexto brasileiro. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática com busca nas bases de dados: MEDLINE/*PubMed, Embase, LILACS, PsycINFO, Scopus, Web of Science, The Cochrane Library* entre outros. Foram incluídos documentos em inglês, espanhol e português, sem restrição em relação ao tempo de publicação, que abordam o cuidado com a sexualidade do idoso, com intervenções não farmacológicas, preferencialmente no cenário da atenção primária à saúde. Foram excluídos trabalhos que discutem idosos com comorbidades específicas ou comprometimento cognitivo. (PROSPERO 2020 CRD42020165135) **Resultados:** Foram identificados 851 relatos, os quais foram analisados por dois revisores (MCM e YCR) de forma independente. Três trabalhos foram considerados elegíveis para síntese qualitativa, os quais tiveram avaliação global com pontuação acima da média (75%) pela aplicação do instrumento AGREE-II. Foi desenvolvido um protocolo para o desenvolvimento de uma diretriz para o cuidado não-farmacológico da saúde sexual do idoso adaptada ao contexto brasileiro. **Conclusão:** Considerando o baixo número de estudos elegíveis encontrados, é preciso fomentar a discussão dessa questão no meio científico, apoiar iniciativas como a deste trabalho que iniciou a construção de uma diretriz específica, adaptada ao contexto brasileiro, com a perspectiva do profissional de saúde e da pessoa idosa, e, por meio de trabalhos futuros, finalizar e implementar diretrizes de prática clínica para essa questão.

Palavras-chave: Diretrizes de prática clínica. Saúde sexual. Idosos. Revisão Sistemática.

ABSTRACT

MORAES, Murillo Carlos de. ***Clinical practice guidelines for sexual health care in elderly people: a systematic review.*** 2021. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: *The global trend of an aging population highlights the need for actions to manage the health of the elderly in an integrated manner. One aspect of this care is the sexual health approach, which is often overlooked.* ***Objective:*** *To investigate the state of quality, scope and consistency of the guidelines on non-pharmacological care for the sexuality of the elderly with the application of the AGREE-II instrument, and to use the data collected to develop a protocol for the development of a guideline on the theme adapted to the Brazilian context.* ***Methods:*** *A systematic review was carried out with a search in the databases: MEDLINE / PubMed, Embase, LILACS, PsycINFO, Scopus, Web of Science, The Cochrane Library, among others. Documents in English, Spanish and Portuguese were included, with no restriction on the time of publication, which address care for the sexuality of the elderly, with non-pharmacological interventions, preferably in the setting of primary health care. Studies that discuss elderly people with specific comorbidities or cognitive impairment were excluded. (PROSPERO 2020 CRD42020165135)* ***Results:*** *851 reports were identified, which were analyzed by two reviewers (MCM and YCR) independently. Three papers were considered eligible for qualitative synthesis, which had an overall assessment with a score above the average (75%) by applying the AGREE-II instrument. A protocol was developed for the development of a guideline for the non-pharmacological care of sexual health of the elderly adapted to the Brazilian context.* ***Conclusion:*** *Considering the low number of eligible studies found, it is necessary to encourage the discussion of this issue in the scientific community, to support initiatives such as this work that started the construction of a specific guideline, adapted to the Brazilian context, with the perspective of the health professional and of the elderly person, and, through future work, finalize and implement clinical practice guidelines for this issue.*

Keywords: *Clinical practice guidelines. Sexual health. Elderly people. Systematic Review.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Domínios e itens do instrumento AGREE II 30

Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados 41

Quadro 3 – Estratégia de busca nos sites de diretrizes 42

Quadro 4. Pontuações dos domínios após aplicação do instrumento AGREE II 51

Quadro 5. Avaliação global após aplicação do instrumento AGREE II 52

Quadro 6 – Proposta de desenvolvimento de diretriz de prática clínica dirigido para o cuidado de saúde sexual do idoso. 57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. – Porcentagem da população com idade maior ou igual que 60 anos no mundo. 17

Figura 2. Estimativa do número da população idosa até 2100 18

Figura 3. Porcentagem da população com idade maior ou igual que 60 anos no Brasil 19

Figura 4. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2000 20

Figura 5. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2020 20

Figura 6. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2050 21

Figura 7. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2100 21

Figura 8 Determinantes do envelhecimento ativo 23

Figura 9. Uma estrutura de saúde pública para um envelhecimento saudável: oportunidades para ações de saúde pública ao longo da vida 24

Figura 10. A proposta de nova pirâmide de medicina baseada em evidências. 28

Figura 11. Escala de pontuação para os itens dos domínios do AGREE II 31

Figura 12. Escala de pontuação para avaliação da qualidade global 34

Figura 13. Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão 46

Figura 14. Número de trabalhos encontrados nas bases de dados 47

Figura 15. Número de trabalhos encontrados nos sites de diretrizes 48

Figura 16. Gráfico da porcentagem final da pontuação de cada domínio e avaliação global do instrumento AGREE II 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Exemplo de atribuição de notas ao Domínio 2 pelo instrumento AGREE II 32

Tabela 2 – Justificativa para exclusão dos estudos na fase de leitura do texto completo 49

Tabela 3 – Estudos incluídos na síntese qualitativa da revisão 50

Tabela 4 – Porcentagem da pontuação total de cada domínio e da avaliação global (%) 52

LISTA DE SIGLAS

AGREE II	*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*
APS	Atenção Primária à Saúde
CPG	*Clinical Practice Guidelines*
EUA	Estados Unidos da América
GIN	*Guidelines International Network*
GRADE	*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	*Institute of Medicine*
IPCHS	*Integrated People-Centered Health Services*
JMAM	João Mazzoncini de Azevedo Marques
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCM	Murillo Carlos de Moraes
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MeSH	*Medical Subject Headings*
MS	Ministério da Saúde
NAMS	*North American Menopause Society*
NGC	*National Guideline Clearinghouse*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PRISMA	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
QCRI	*Qatar Computing Research Institute*
SIGN	*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
YCR	Yhaslen Cavalieri Rocha

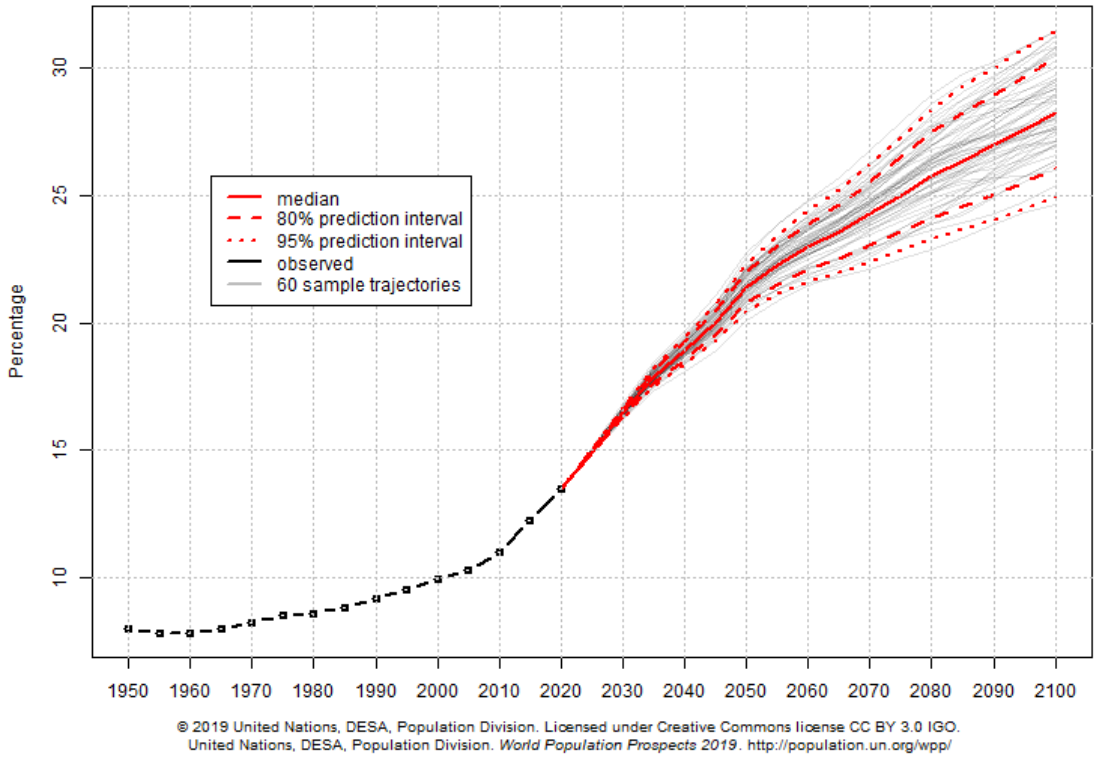
SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 17
2. JUSTIFICATIVA 36
3. OBJETIVOS 37
a. Objetivo geral 37
b. Objetivo específico 37
4. MATERIAIS E MÉTODOS 38
5. RESULTADOS 46
6. DISCUSSÃO 58
7. CONCLUSÃO 61
8. REFERÊNCIAS 62
APÊNDICES 66
Apêndice A. Cronograma de execução (2019-2020) 66
Apêndice B. Formulário para aplicação do instrumento AGREE II e as avaliações dos revisores MCM e YCR 67
Apêndice C. Protocolo de revisão sistemática submetido no Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) 68

1. INTRODUÇÃO

Os dados das Nações Unidas sobre as estimativas da dinâmica populacional evidenciam o aumento do número de indivíduos idosos na população mundial (Figura 1), com perspectiva de crescimento cada vez maior devido ao aumento da longevidade, como indicam os cálculos do intervalo das projeções do aumento do número de idosos, representados pela cor vermelha. (UNITED NATIONS, 2019) (WHO, 2017) (WHO, 2019)

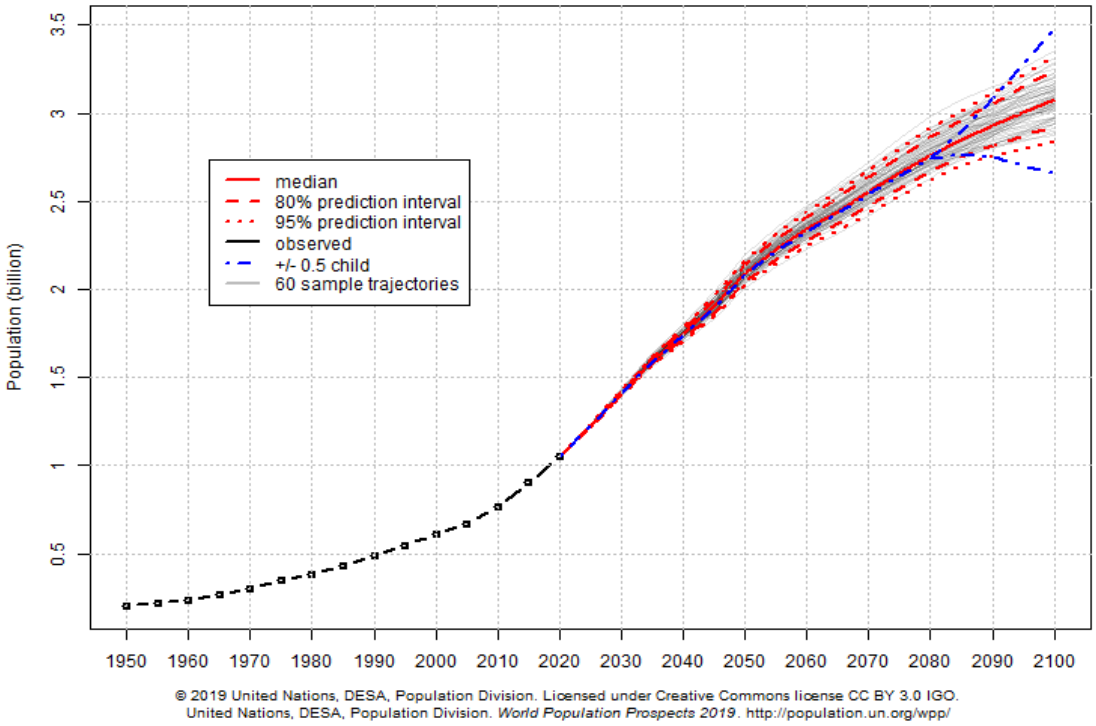
Figura 1.– Porcentagem da população com idade maior ou igual que 60 anos no mundo.



Até o ano de 2050 estima-se que uma em cinco pessoas terá mais que 60 anos, contabilizando cerca de dois bilhões de idosos no mundo todo, como mostra a Figura 2. As projeções baseadas em previsões de fertilidade alta e baixa estão evidenciadas em azul. São considerados dois cenários nesse caso: fertilidade máxima, em que a fertilidade total é presumida como sendo metade de um filho por mulher a mais do que na previsão média para a maior parte do

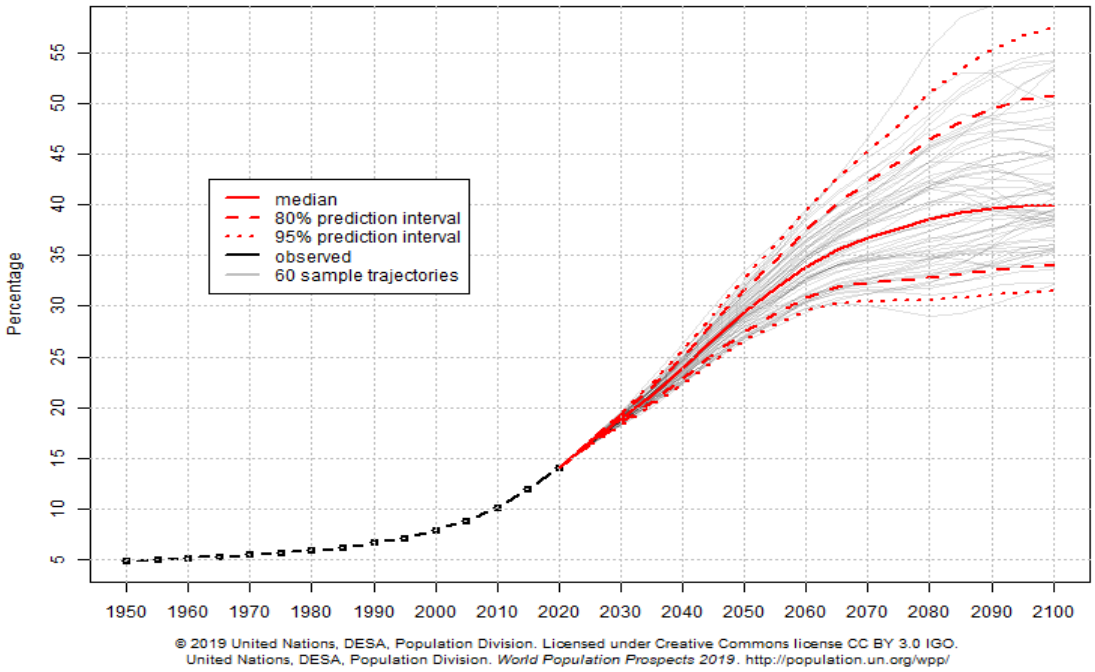
período de projeção; e a fertilidade mínima, na qual presume-se que seja meio filho menor que a previsão média. (UNITED NATIONS, 2019) (WHO, 2017) (WHO, 2019)

Figura 2. Estimativa do número da população idosa até 2100



No Brasil, a transição demográfica teve início na década de 1950 e a tendência de envelhecimento da população se mantém, com crescimento de 18% em 2018, em relação a 2012, por exemplo. (IBGE, 2018) O percentual atual de 15% de idosos na população brasileira tem o potencial de se tornar 40% no caso de seguir a mediana das projeções de estimativas populacionais, como mostra a Figura 3. (UNITED NATIONS, 2019)

Figura 3. Porcentagem da população com idade maior ou igual que 60 anos no Brasil



Essa tendência do envelhecimento da população é ilustrado na comparação das pirâmides etárias em Figura 4, Figura 5, Figura 6 e Figura 7, nas quais temos a representação de um momento em que a base (população jovem) estava mais alargada que o topo (população idosa) nos anos 2000, em seguida, em 2020, a transição em que a base passa a diminuir e o topo alargar e por fim, na projeção de 2050, em que o topo passa a ser mais largo que a base, tendência que se consolida para as estimativas para o ano de 2100. (UNITED NATIONS, 2019)

Figura 4. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2000

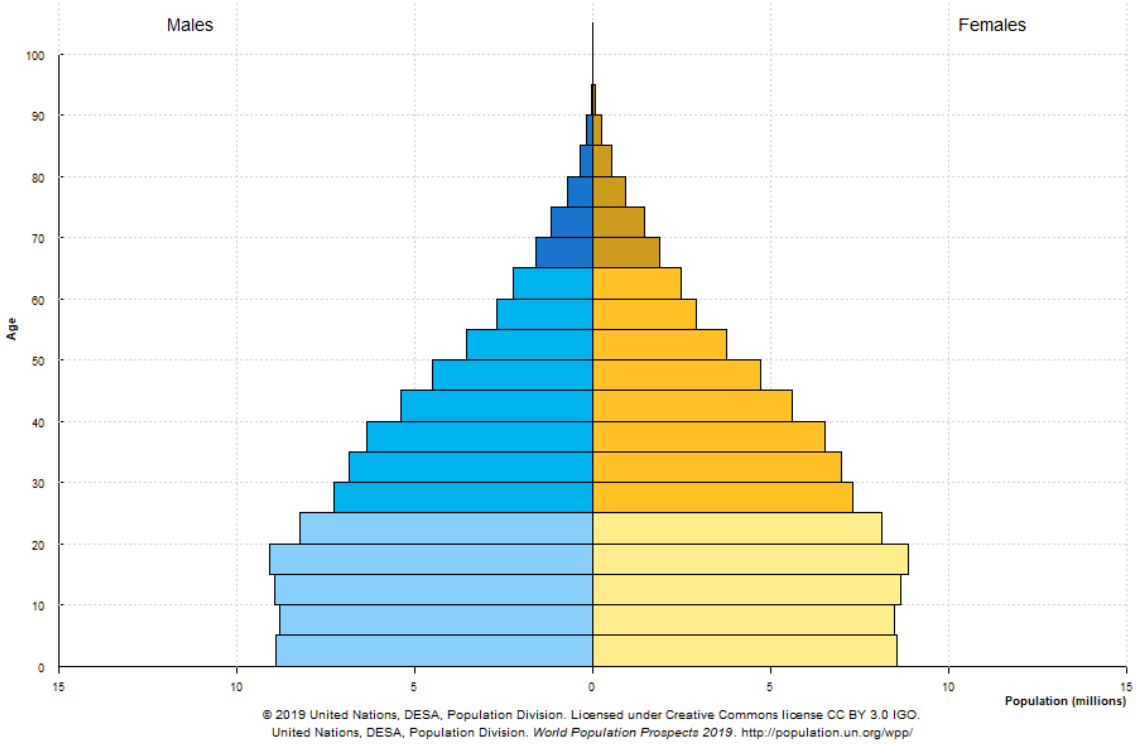


Figura 5. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2020

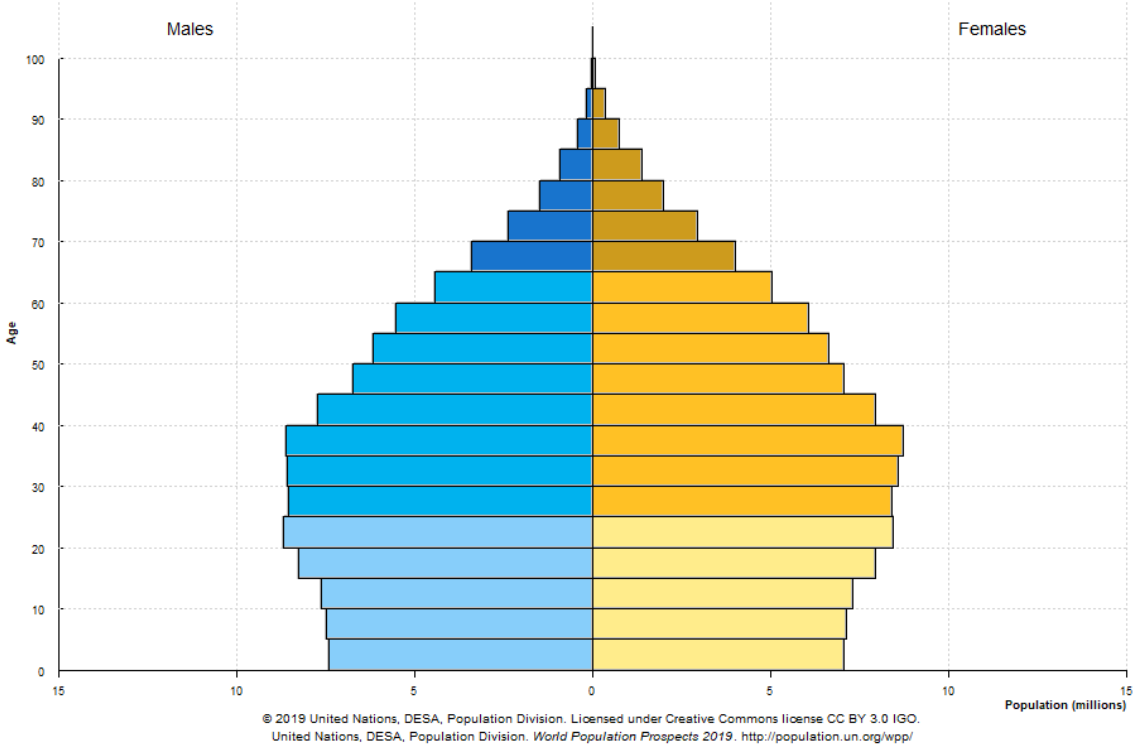


Figura 6. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2050

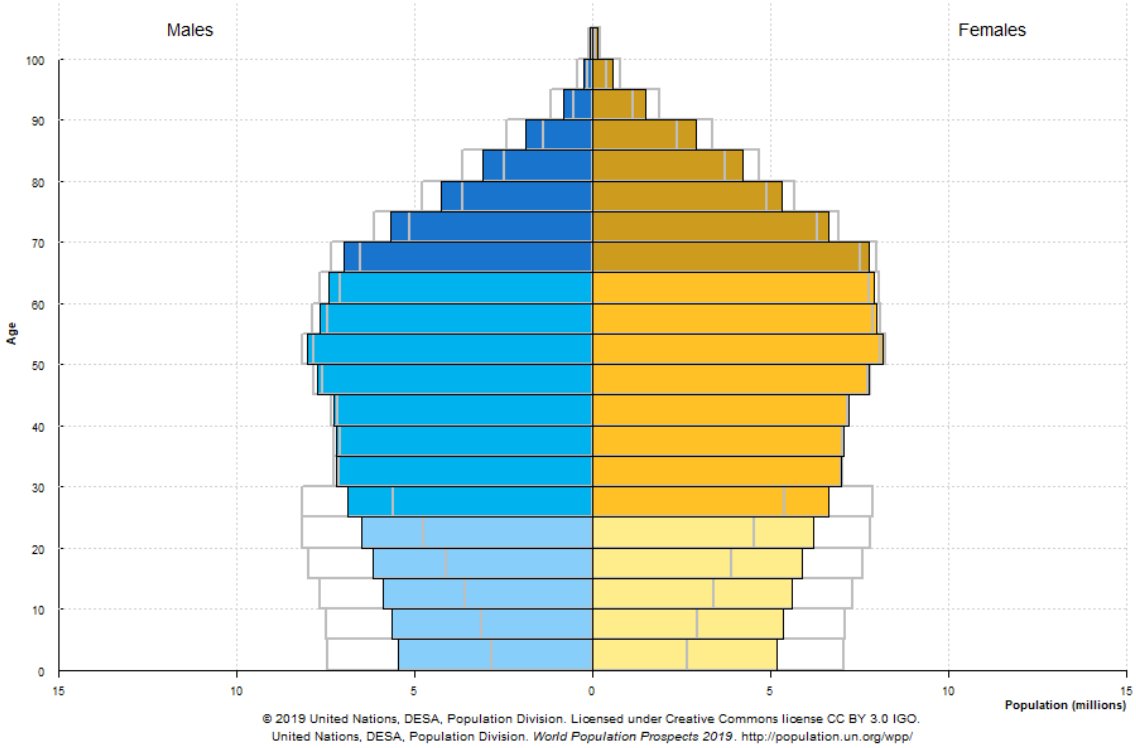
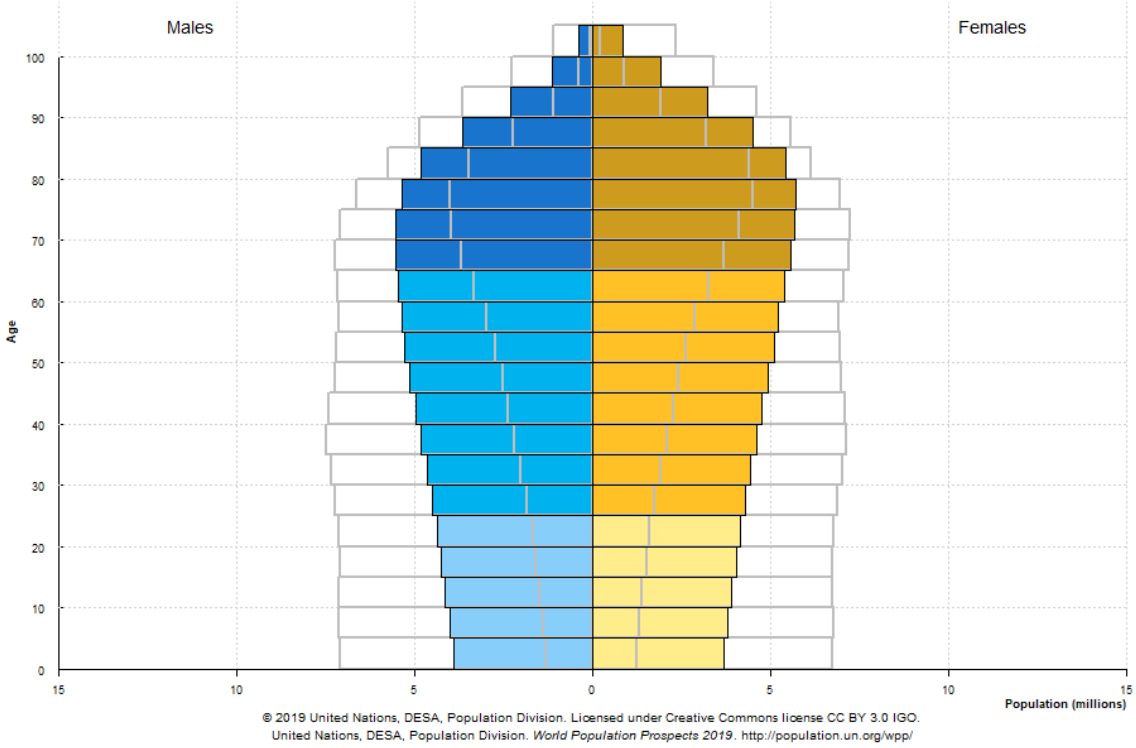


Figura 7. Pirâmide etária da população brasileira no ano 2100



Essa mudança do perfil populacional causa impacto nos sistemas de saúde, por isso, o desenvolvimento de políticas públicas para a população idosa em ascensão é imprescindível para o cuidado integral desses indivíduos e o manejo das diversas necessidades dessa faixa etária, para manter a qualidade de vida, visando diminuir morbidade e mortalidade, para que todos tenham oportunidade de desfrutar uma vida longa e saudável. (VASCONCELOS; GOMES, 2012) (MORTON, 2017) (WHO, 2017)

Assim é importante alinhar as necessidades dessa população aos sistemas de saúde que irão oferecer o cuidado para essas pessoas, e evitar a difusão do etarismo, ou seja, comportamentos e atitudes negativas direcionadas ao indivíduo idoso e ao envelhecimento, um problema cada vez mais importante conforme a população idosa cresce, pois está relacionado com precarização da saúde e negligência de qualidade de vida na terceira idade. (LYTLE et al., 2018) (WHO, 2017)

A senescência é o processo natural de envelhecimento, porém é muitas vezes confundida com senilidade, processo patológico de envelhecimento, relacionando a velhice à uma etapa da vida intrinsecamente ligada à doença e incapacidade, e por isso na abordagem à saúde do idoso, muitos profissionais não reconhecem o potencial físico, mental e social dos pacientes da terceira idade, impossibilitando que haja o cuidado integral adequado. (DE ALENCAR et al., 2014).

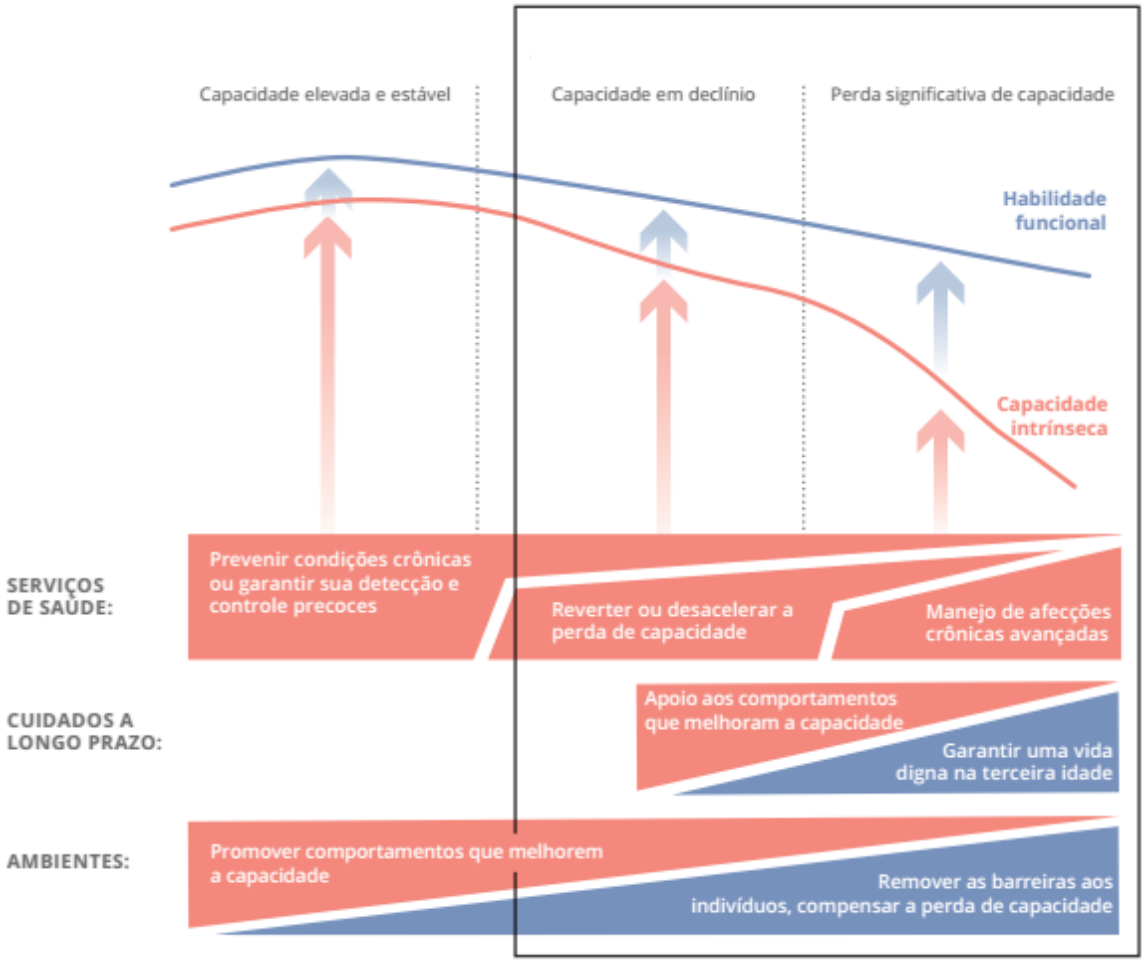
Por isso, é fundamental aplicar o conceito de envelhecimento ativo criado pela OMS no cuidado a essa população e valorizar os seus determinantes: acesso a um sistema de saúde de qualidade; participação ativa no meio social, econômico, cultural, espiritual; segurança e acessibilidade para melhorar a qualidade de vida das pessoas conforme elas envelhecem, tanto no contexto populacional, como também no individual. (Figura 8) (WHO, 2002)

Figura 8. Determinantes do envelhecimento ativo

Fonte: (WHO, 2002)

Proporcionar o envelhecimento ativo é um processo de desenvolver e manter a habilidade funcional do indivíduo, promovendo o equilíbrio de sua capacidade intrínseca, o meio em que vivencia o seu envelhecimento e as relações que desenvolve com o ambiente e outras pessoas, instituições e o sistema de saúde. Para isso, é importante que os serviços de saúde estejam organizados para reconhecer condições crônicas precocemente, manejar condições crônicas avançadas, reverter ou desacelerar possíveis incapacidades e promover educação em saúde sempre que possível. (Figura 9) (WHO, 2015)

Figura 9. Uma estrutura de saúde pública para um envelhecimento saudável: oportunidades para ações de saúde pública ao longo da vida



Fonte: (WHO, 2015)

Longitudinalmente é necessário apoiar os comportamentos saudáveis que melhoram a capacidade intrínseca, e um desses comportamentos é a atenção à sexualidade do indivíduo, o qual é frequentemente negligenciado, especialmente para o paciente idoso. A saúde sexual é parte do envelhecimento ativo e por isso deve ser valorizada para o bem-estar, satisfação e qualidade de vida das pessoas da terceira idade, além de ser um direito fundamental do indivíduo. (MORTON, 2017)

Pela definição da OMS: “A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos

sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. (WHO, 2006)

Estudos apontam que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Ainda assim, as dificuldades encontradas para abordar a questão da sexualidade são múltiplas e podem estar relacionadas ao profissional de saúde, ao paciente e/ou ao contexto em que se encontram. São comuns pensamentos de que a sexualidade no idoso não existe, ou que viver a sexualidade na terceira idade é errado e/ou que a sexualidade do idoso é engraçada e sujeita a piadas. (BRASIL, 2006) (CHERPAK; SANTOS, 2016)

Os problemas envolvendo a sexualidade são frequentes entre os idosos, porém os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do idoso têm resistência em iniciar a conversa sobre tema com o paciente, já que nesses casos é preciso avaliar a pessoa de forma integral e elaborar um plano de cuidado individualizado e não enxergar apenas sintomas e doenças de forma isolada e fragmentada. (LINDAU et al., 2014) (WHO, 2019)

Além disso, há muitos fatores limitantes para esse cuidado, como a crença incorreta de que o idoso seja assexual, o medo de constranger os pacientes, a falta de confiança nas próprias habilidades de discutir questões sexuais, não possuir tempo para abordar o tema de forma adequada, o desconforto do cuidador com o tema, o desinteresse do profissional em relação a essa questão. (NUSBAUM; SINGH; PYLES, 2004)

Estudos prévios já demonstraram que o treinamento para melhorar o entendimento sobre os riscos e fatores de proteção envolvendo a saúde sexual na terceira idade pode aprimorar o diálogo entre os idosos e seus cuidadores, implementando o cuidado centrado na pessoa em processo de envelhecimento, fazendo com que esse processo aconteça de forma saudável. (KLEINSTÄUBER, 2017)

A insegurança e falta de treinamento dos profissionais de saúde para abordagem da saúde sexual é presente tanto no manejo dos problemas que

envolvem intervenções farmacológicas, como também quando é necessário oferecer o cuidado com intervenções não farmacológicas, como aconselhamento sexual, orientações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, educação sobre o processo de envelhecimento e seus reflexos na vida sexual da pessoa idosa.

A maioria das disfunções sexuais que eventualmente aparecem com o envelhecimento tem potencial manejo com orientação e educação da pessoa idosa. Essas intervenções não farmacológicas não envolvem alto grau de complexidade e por isso podem ser desempenhadas pelos profissionais atuantes na atenção primária à saúde (APS), na maioria dos casos, sem necessidade de encaminhamento para especialistas focais ou centros altamente especializados. (BRASIL, 2006)

Ainda que sejam de fácil aplicabilidade na APS, é preciso treinamento adequado para lidar com essas intervenções não farmacológicas e as questões de saúde sexual, seja durante sua formação do profissional, como também por meio de educação permanente através de protocolos, consensos ou diretrizes de prática clínica.

Diretrizes de prática clínica são definidas pelo Instituto de Medicina (IOM) como documentos ou declarações para suporte na tomada de decisões que foram elaboradas com metodologia rigorosa e sistemática, envolvendo em sua construção a busca por revisões sistemáticas e metanálises, estudos randomizados controlados, estudos de caso-controle, coorte, relatos de caso, consulta com especialistas, rodadas de discussão, consulta com as partes interessadas (profissionais, gestores de saúde, pacientes), visando ao gerenciamento de problemas específicos na prática clínica com objetivo de melhorar o cuidado em saúde ao paciente. (SEMLITSCH et al., 2015)

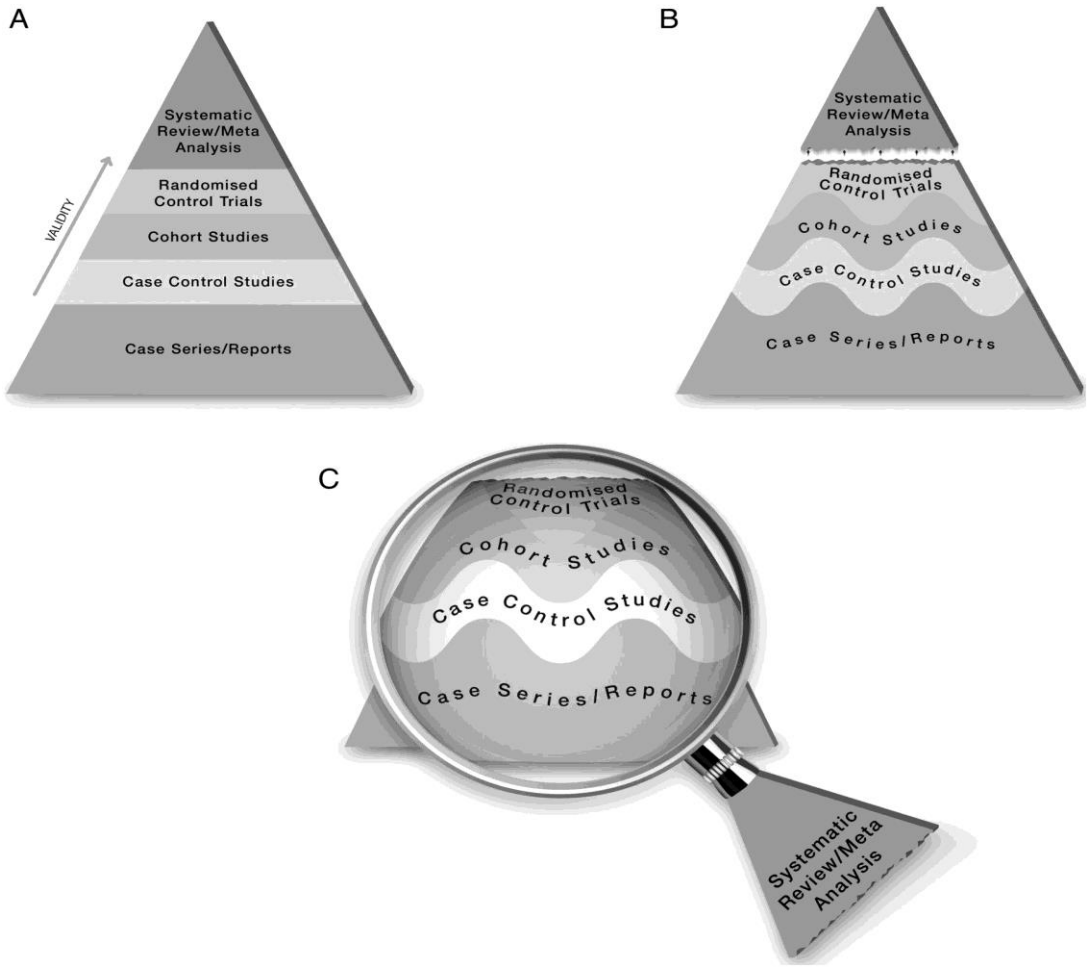
Existe uma hierarquia para a tomada de decisões de acordo com a fonte da evidência apresentada, a qual é mais forte quanto mais rigorosa for a metodologia do estudo sob o qual foi demonstrada essa evidência. Na Figura 10 podemos perceber como esse modelo vem sendo discutido pela comunidade científica.

Em (A), na Figura 10, vemos o modelo de pirâmide de evidências tradicional, no qual há uma hierarquia rígida entre os estudos que são fontes das evidências, os estudos “fracos” compõem a base da pirâmide, como relato de casos e relatos de séries de casos, seguido por estudos de caso-controle e coorte integrando o corpo da pirâmide, em seguida, mais acima ensaios clínicos randomizados (RCTs), e no topo, revisões sistemáticas e meta-análises, porque teoricamente são as revisões que tem além de metodologia rígida, possuem a capacidade de integrar estatisticamente as evidências de outros estudos e discutir criticamente os possíveis vieses. (MURAD, 2016)

Seguindo na Figura 10, em (B), observa-se a proposta de revisão da pirâmide de evidências: as linhas que separam os projetos de estudo tornam-se onduladas, indicando que a hierarquia entre os estudos é mais fluida, pois certas limitações metodológicas de um estudo, imprecisão, inconsistência e vieses, são fatores independentes de desenho do estudo e podem afetar a qualidade da evidência. (MURAD, 2016)

As revisões sistemáticas e metanálises são "cortadas" da pirâmide, porque em (C) a pirâmide revisada mostra que as revisões sistemáticas são uma lente através da qual as evidências são vistas e aplicadas. Assim, a revisão sistemática (o processo de seleção os estudos) e meta-análise (a agregação estatística que produz um tamanho de efeito único) são ferramentas para consumir e aplicar as evidências das partes interessadas. (MURAD, 2016)

Figura 10. A proposta de nova pirâmide de medicina baseada em evidências.



Fonte: (MURAD, 2016)

Além da pirâmide da medicina baseada em evidências, para avaliar uma diretriz clínica antes de adotá-la em sua prática, o profissional de saúde pode utilizar ferramentas validadas como o instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument II* (AGREE II), disposto no Quadro 1.

O instrumento AGREE foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores e desenvolvedores de diretrizes internacionais: *The AGREE Collaboration*. Publicada em 2003, a versão original é uma escala com 23 itens divididos em seis domínios, e cada domínio corresponde a uma dimensão única da qualidade da diretriz. Já foi traduzida e validada para vários idiomas, citada em mais de 600 publicações e endossada por várias organizações de saúde. (AGREE, 2009)

O objetivo da *AGREE Collaboration* foi desenvolver uma ferramenta para avaliar a qualidade das diretrizes, e ainda manter o grupo ativo para continuar atualizando e aprimorando a ferramenta, trabalhando no seu desenvolvimento contínuo, assim, vários membros do *AGREE Collaboration* formaram o *AGREE Next Steps Research Consortium,* um frente de trabalho para aprimorar ainda mais a confiabilidade e a validade do AGREE Instrument. (AGREE, 2009)

O resultado desses esforços foi o AGREE II, publicado em 2010, em substituição ao instrumento AGREE original. O manual do usuário AGREE II foi atualizado periodicamente desde seu lançamento público em 2009 para incorporar orientações adicionais solicitadas pelos usuários e para atualizar referências e links de sites. O instrumento e as instruções para utilizá-lo podem ser encontrados em http://www.agreetrust.org. (AGREE, 2009)

Quadro 1. Domínios e itens do instrumento AGREE II

Domínio 1. Escopo e finalidade
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) diretriz(es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
13. A diretriz foi revisada externamente por expertsantes da sua publicação
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.
Domínio 4. Clareza da apresentação
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.
Domínio 5. Aplicabilidade
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.
Domínio 6. Independência editorial
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.
Avaliação global da diretriz clínica
1. Classifique a qualidade global dessa diretriz.
2. Eu recomendaria o uso desta diretriz

Fonte: Elaborado pelo autor

Cada item do AGREE II é classificado em um escala do tipo Likert com sete pontos e que varia do polo “discordo totalmente” ao polo oposto, “concordo totalmente” (Figura 11). O escore 1 é dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item em questão ou se o conceito é muito fracamente relatado. Já o escore 7 é usado quando a qualidade da informação

do item é excelente e quando todos os critérios e considerações articulados no Manual do Usuário estão atendidos.

Figura 11. Escala de pontuação para os itens dos domínios do AGREE II

Discordo totalmente	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo totalmente**

Fonte: Elaborado pelo autor adaptado de AGREE II

Uma nota entre 2 e 6 pode ser concedida quando a informação referente ao item do AGREE II não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas.

Para cada um dos seis domínios do AGREE II, um índice de qualidade é calculado independentemente. O cálculo da porcentagem final de cada domínio é obtido observando as etapas descritas em A, B e C abaixo.

A) Calculo da pontuação máxima e mínima do domínio analisado:

   a. Nota máxima: número de itens do domínio multiplicado por 7 (nota máxima de cada item) multiplicado pelo número de avaliadores que aplicaram o instrumento AGREE II;

   b. Nota mínima: número de itens do domínio multiplicado por 1 (nota mínima de cada item) multiplicado pelo número de avaliadores que aplicaram o instrumento AGREE II;

B) Nota dos avaliadores: é a pontuação obtida pela soma das notas de todos os avaliadores de cada item do domínio avaliado;

C) A razão entre (nota dos avaliadores – pontuação mínima) e (pontuação máxima – pontuação mínima) e a porcentagem do valor obtido em C é a pontuação para o domínio avaliado.

Por exemplo, dois avaliadores atribuíram as pontuações para o Domínio 2 (Envolvimento das partes interessadas) na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Exemplo de atribuição de notas ao Domínio 2 pelo instrumento AGREE II

	Item 4	**Item 5**	**Item 6**	**Total**
Avaliador 1	7	4	7	18
Avaliador 2	7	5	7	19
Total	14	9	14	37

Fonte: Elaborado pelo autor

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 2 (avaliadores) = 42

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 2 (avaliadores) = 6

Nota dos avaliadores = 18 + 19 = 37

O cálculo da porcentagem total no domínio será:

$$\frac{\textbf{Nota dos avaliadores – Pontuação mínima}}{\textbf{Pontuação máxima – Pontuação mínima}}$$

Nesse caso:

$$\frac{37 - 6}{42 - 6} =$$

$$\frac{31}{36} = 0{,}8611111 \text{ ou } 86{,}11\%$$

No caso de itens específicos não se aplicarem na avaliação de determinado trabalho e por isso não forem incluídos na pontuação, é necessário que haja modificações para os cálculos das pontuações máximas e mínimas possíveis.

No Domínio 1 (itens 1, 2 e 3) tem a finalidade de analisar o objetivo geral da diretriz, as questões específicas de saúde abordadas, o escopo, finalidade, fundamentação, justificativa e para quais pessoas essa diretriz é dirigida, a população alvo, deve estar bem descrita.

A observação de em que medida a diretriz foi desenvolvida com a participação das partes interessadas é avaliada no Domínio 2 (itens 4, 5 e 6). A maneira como foi composta o grupo que construiu a diretriz, se foi definido algum método de revisão externa, se foi considerada a perspectiva da população-alvo.

Para verificar o processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização desse processo de construção contínuo da diretriz são analisados pela aplicação dos itens 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14 do Domínio 3.

É por meio da observância da qualidade nesses itens do Domínio 3 que se garante um documento final de qualidade metodológica sistemática, diferente de documentos que são construídos apenas por meio de revisões de caráter narrativo-descritivo, sem protocolo de pesquisa ou rigor no desenvolvimento.

Explorar a forma de apresentação da linguagem das diretrizes, sua estruturação e seu formato dizem respeito aos itens 15, 16 e 17 do Domínio 4 do instrumento. Nessa etapa é importante que as recomendações-chave estejam destacadas, resumidas, assertivas, sem ambiguidade e sejam facilmente encontradas no trabalho.

O Domínio 5 (itens 18, 19, 20 e 21) relaciona os prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação e estratégias para favorecer a aplicação na prática das recomendações da diretriz. Além disso, observa como está descrito o envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz e sua implementação e disseminação nos sistemas de saúde.

E para o respaldo de todas as observações realizadas nos domínios anteriores é preciso assegurar que a formulação das recomendações não

possui vieses decorrentes de conflito de interesse. Nesse sentido, os itens 22 e 23 do Domínio 6 observa-se questões relativas ao financiamento dos estudos para a construção da diretriz e sobre as pessoas envolvidas nesse processo.

Após o cálculo das pontuações de cada domínio, por fim, é realizada uma avaliação global em duas etapas: primeiro classificar a qualidade geral da diretriz e segundo, se mesma pode ser recomendada ou não para o uso na prática.

Na primeira etapa que avalia a qualidade global da diretriz, o avaliador atribui nota que varia de 1 a 7, em escala do tipo Likert, a qual representa dois polos como ilustrado na Figura 12 abaixo.

Figura 12. Escala de pontuação para avaliação da qualidade global

Qualidade mais baixa possível	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Qualidade mais alta possível**

Fonte: Elaborado pelo autor adaptado de AGREE II

O cálculo da porcentagem final da avaliação global é realizado da mesma forma como a dos domínios avaliados no instrumento:

$$\frac{\textbf{Nota dos avaliadores – Pontuação mínima}}{\textbf{Pontuação máxima – Pontuação mínima}}$$

Na segunda etapa, o avaliador responde se recomendaria o uso da diretriz na prática clínica e pode responder de três formas:

- Sim;
- Sim, com modificações;
- Não.

Assim, este estudo se propõe a revisar as diretrizes existentes para intervenções não farmacológicas do manejo da saúde sexual do idoso, preferencialmente no contexto de serviços de atenção primária à saúde, que orientem os profissionais para se capacitar para esse cuidado dessa população específica, além de analisar essas diretrizes encontradas com o instrumento

AGREE II e por fim, construir um protótipo de protocolo de uma diretriz a ser construída em projeto futuro com as recomendações sugeridas no protótipo.

2. JUSTIFICATIVA

A resolução da Organização Mundial da Saúde sobre "*Integrated People-Centred Health Services*" (*IPCHS*) - aprovada na sua 69ª Assembleia, em maio de 2016 e da qual o Brasil é signatário – recomenda que o cuidado à saúde deva ser centrado nas pessoas e não apenas em suas doenças, de forma fragmentada. Dessa maneira, o cuidado centrado no idoso deve ser realizado de forma integral, considerando todos os aspectos do indivíduo.

Entre as abordagens estratégicas sugeridas para a implementação dessa resolução está a definição de prioridades de acordo com o ciclo de vida, a construção de sistemas fundamentados em APS sólida, com coordenação do cuidado individual e coletivo, capacitando provedores e implementando programas de saúde. (WHO, 2016)

Com a acentuada mudança no perfil demográfico da população brasileira em direção a uma expectativa de vida maior, a saúde na faixa etária a partir dos 60 anos apresenta cada vez mais importância. Por isso, existe uma demanda crescente por parte de usuários de serviços, prestadores e gestores da área de saúde sobre o manejo da sexualidade nessa população, como um dos componentes-chave da qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

a. Objetivo geral

Realizar uma revisão sistemática das intervenções não farmacológicas que aparecem nas diretrizes de prática clínica para abordagem da saúde sexual do indivíduo idoso e analisar a qualidade e o grau de recomendação dos trabalhos encontrados por meio da aplicação do instrumento AGREE-II.

b. Objetivo específico

Utilizar os dados levantados para desenvolver um protocolo de como desenvolver uma diretriz, com intervenções não farmacológicas, para abordagem da saúde sexual nessa faixa etária, adaptada para uso dos profissionais de atenção básica no Brasil, que poderá ser totalmente desenvolvida, aperfeiçoada e validada em um programa futuro de pesquisa para implementação na prática clínica da atenção primária à saúde.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo se trata de uma revisão sistemática, a qual envolve a elaboração de uma pergunta de forma clara, para identificar, selecionar e avaliar com metodologia rigorosa, os estudos pertinentes, e assim coletar e analisar dados dos trabalhos selecionados pelo processo de metodologia da revisão sistemática seguindo o protocolo registrado em: PROSPERO 2020 CRD42020165135 (Apêndice C). (MOHER et al., 2009) (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015)

A partir desse processo, construir um protocolo de desenvolvimento de diretriz, a ser desenvolvida completamente no futuro. Para isso, a pesquisa seguiu a metodologia do instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), a partir da seguinte pergunta norteadora: qual é o estado de qualidade, escopo e consistência das diretrizes com intervenções não farmacológicas no cuidado da saúde sexual em pessoas idosas, com foco no contexto da atenção primária à saúde?

Essa pergunta foi construída de acordo com estratégia PICO, na qual ‘P’ é população alvo do estudo; ‘I’ é a intervenção estudada ou variável de interesse; ‘C’ é a comparação com outras intervenções ou grupos; ‘O’ se refere ao desfecho (*outcome*) ou desfechos de interesse. Dessa maneira:

- População: pessoas idosas;
- Intervenção: intervenções não farmacológicas para cuidado de saúde sexual;
- Comparação: diretrizes de prática clínica com diferentes níveis de qualidade e graus de recomendação;
- Desfecho: avaliação do nível de evidência e grau de recomendação.

A população de interesse, os idosos, é definida pela legislação brasileira como os indivíduos com idade maior ou igual que 60 anos. O mesmo conceito que é utilizado pela OMS, a qual reconhece a condição de pessoa idosa para

os indivíduos nessa mesma faixa etária para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. (BRASIL, 2003) (WHO, 2002)

Foram considerados documentos com recomendações de especialistas desenvolvidas por consenso informal de grupos de especialistas, sociedades científicas ou organizações governamentais; diretrizes criadas pela busca formal de consensos e/ou evidências; ou, por fim, diretrizes contendo todos os elementos do desenvolvimento sistemático: comitê representativo, síntese de evidência e processo de consenso estruturado.

Não foi estabelecida restrição em relação ao período de publicação dos trabalhos, para que fosse possível incorporar o maior número possível de trabalhos no processo de revisão. Em relação ao idioma dos documentos investigados, foram incluídos apenas os publicados em inglês, espanhol e português.

Para identificação dos trabalhos de interesse foram usadas as seguintes bases de dados: MEDLINE/*PubMed; Embase; LILACS; PsycINFO; Scopus; Web of Science; The Cochrane Library*; *National Guideline Clearinghouse* (www.guideline.gov); NICE: *National Institute for Health and Care Excellence* (www.nice.org.uk); *Canadian CPG Infobase*: *Clinical Practice Guidelines Database* (www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx); *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* (www.sign.ac.uk); *Australian Clinical Practice Guidelines* (http://www.clinicalguidelines.gov.au/); *Guidelines International Network* (http://www.g-i-n.net/); e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde do Brasil (https://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes).

Em busca preliminar na base de dados PROSPERO (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/) não foram encontradas revisões sistemáticas ou protocolos de revisão com assunto igual ou similar, assim o protocolo desta revisão foi submetido para registro em 1º de fevereiro de 2020, está registrado como PROSPERO 2020 CRD42020165135, e está reproduzido no Apêndice C.

Sobre a pré-busca realizada nas bases de dados escolhidas para desenvolver a revisão, foi observada quantidade suficiente de trabalhos para elaborar esta revisão sistemática, e a busca formal foi iniciada em dois de março de 2020, com previsão de terminar em 15 de março de 2020.

A estratégia de busca variou entre as bases de dados de acordo com a especificidade de cada uma delas. Foram utilizados *Medical Subject Headings* (*MeSH*), palavras-chave, operadores booleanos de forma a abranger o maior número de trabalhos de interesse, como ilustrado no Quadro 2 e Quadro 3. As pesquisas foram executadas novamente antes da análise final e a busca formal se encerrou em 12 de março de 2020

Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados

Data de acesso	Base de dados	Estratégia de busca utilizada
02/03/2020	MEDLINE/*PubMed*	("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Senior Centers"[Mesh] OR "Middle Aged"[Mesh] OR elderly OR "old adult" OR "old people") AND ("Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guideline"[Publication Type]) AND ("Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh])
02/03/2020	*LILACS*	((Idoso OR Aged OR Anciano) OR (Idoso de 80 Anos ou mais OR Aged, 80 and over OR Anciano de 80 o más Años) OR (Instituição de Longa Permanência para Idosos OR Homes for the Aged OR Hogares para Ancianos) OR (Assistência Integral à Saúde OR Comprehensive Health Care OR Atención Integral de Salud) OR (Serviços de Saúde para Idosos OR Health Services for the Aged OR Servicios de Salud para Ancianos)) AND (Guias como Assunto OR Guidelines as Topic OR Guías como Asunto OR Guia de Prática Clínica OR Practice Guideline OR Guía de Práctica Clínica) AND (Saúde Sexual OR Sexual Health OR Salud Sexual OR Comportamento Sexual OR Sexual Behavior OR Conducta Sexual OR Disfunções Sexuais Fisiológicas OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Disfunciones Sexuales Fisiológicas OR Coito OR Coitus OR Coito)
02/03/2020	*Scopus*	(TITLE-ABS-KEY (elderly OR "older adults") AND TITLE-ABS-KEY (guidelines) AND TITLE-ABS-KEY ("Sexual Behavior" OR "Sexual Health" OR "Sexual Dysfunction, Physiological" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Dysfunctions, Psychological")
05/03/2020	*Web of Science*	(elderly OR "aged people" OR "older adult" OR aged) AND TÓPICO: ("guidelines" OR "Practice Guidelines as Topic" OR "Practice Guideline") AND TÓPICO: ("Sexual Behavior" OR "Sexual Health" OR "Sexual Dysfunction, Physiological" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Dysfunctions, Psychological")
05/03/2020	*EMBASE*	(elderly OR "aged people" OR "older adult" OR aged) AND TÓPICO: ("guidelines" OR "Practice Guidelines as Topic" OR "Practice Guideline") AND TÓPICO: ("Sexual Behavior" OR "Sexual Health" OR "Sexual Dysfunction, Physiological" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Dysfunctions, Psychological")
05/03/2020	*PsycINFO*	aged OR "aged, 80 and over" OR "middle aged" OR "senior centers" AND "guidelines" OR "Practice Guidelines as Topic" OR "Practice Guideline" AND "Sexual Behavior" OR "Sexual Health" OR "Sexual Dysfunction, Physiological" OR "Sexual Partners" OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"
07/03/2020	*The Cochrane Library*	(elderly OR older adults) AND guidelines AND (Sexual Behavior OR Sexual Health OR Sexual Dysfunction, Physiological OR Sexual Partners OR Sexual Dysfunctions) in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3 – Estratégia de busca nos sites de diretrizes

Data de acesso	Base de dados	Estratégia de busca utilizada
08/03/2020	*National Guideline Clearinghouse*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
08/03/2020	*NICE*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
08/03/2020	*Canadian CPG Infobase*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
08/03/2020	*SIGN*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
12/03/2020	*Australian Clinical Practice Guidelines*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
12/03/2020	*Guidelines International Network*	elderly AND guidelines AND “sexual health”
12/03/2020	*PCDT/MS Brasil*	Foi realizada a leitura de todos os títulos dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas presentes no site

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na fase de seleção e avaliação de elegibilidade, foi utilizado o Rayyan, um aplicativo online e gratuito desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI) que auxilia autores de revisão sistemática oferecendo uma grande variedade de recursos como: criar uma revisão, convidar colaboradores que podem trabalhar em forma de cegamento ou não, fazer upload de trabalhos em diferentes formatos, visualizar painel de todas as avaliações, navegar pelos trabalhos por meio de filtros com palavras ou ordem cronológica, habilitar sugestões baseadas em aprendizado automático para exclusão/inclusão de artigos, decisões colaborativas e gráficos de similaridade para citações usando pesos de atributos. (OUZZANI et al., 2016)

Nesta revisão o Rayyan permitiu a identificação das duplicatas e sua exclusão, para que assim dois revisores (MCM e YCR) aplicassem, de forma independente e duplo-cego, os critérios de elegibilidade para rastrear os trabalhos, numa primeira fase, por leitura de título e resumo, para que em uma segunda fase fossem escolhidos os documentos que seriam lidos na íntegra para nova seleção para decisão sobre os trabalhos elegíveis para a revisão sistemática.

Os critérios de inclusão integraram as diretrizes de prática clínica, consensos, recomendações de grupos de especialistas, documentos de políticas de saúde com elaboração por meio de evidência científica e que abordem intervenções não farmacológicas para saúde sexual de idosos, preferencialmente focados no cenário da atenção primária à saúde, como delineado pela estratégia PICO apresentada e publicados em inglês, espanhol ou português.

Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados:

- Outras revisões sistemáticas;
- Diretrizes de prática clínica, consenso ou documentos de políticas de saúde que não estejam focados na população idosa, ou que sejam dirigidos aos adolescentes ou adultos jovens (indivíduos com idade menor que 60 anos);

- Trabalhos direcionados para população idosa com condições de alta vulnerabilidade, como doenças degenerativas (demências, doença de Parkinson), idosos institucionalizados, idosos com comportamento sexual inadequado (desinibição por comprometimento cognitivo), idosos atingidos por maus tratos ou violência, idosos com comorbidades graves (tratamento de câncer, cuidados paliativos, insuficiência cardíaca grave, doença renal crônica avançada, transplantados);
- Documentos limitando a população do estudo a idosos com comorbidades específicas;
- Artigos publicados em idiomas que não sejam o inglês, espanhol ou português.

As discordâncias entre os revisores na fase de triagem por título e resumo foram resolvidas por consenso, e caso os revisores não conseguissem entrar num acordo, a divergência seria resolvida por uma terceira parte (JMAM), como consta no protocolo da revisão.

Da mesma forma, na fase de confirmação da elegibilidade dos artigos pela leitura do texto completo, MCM e YCR trabalharam independentemente, utilizando o aplicativo Rayyan e respaldados pelos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente, operando por meio de consenso em caso de discordância ou por meio de uma terceira parte (JMAM) em última instância.

O *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* é uma classificação para escalonar a qualidade da evidência e o grau de recomendação das pesquisas e estudos desenvolvidos pela comunidade científica. Esse sistema desenvolvido pelo *Grade Working Group* foi criado em 2000 e vem sendo cada vez mais difundido e utilizado na construção do conhecimento (GRADE WORKING GROUP, 2000) (BRASIL, 2014)

A qualidade de evidência é caraterizada pelo nível de evidência, o qual representa a confiança na informação utilizada em apoio a uma determinada

recomendação. Nessa caracterização a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alto, moderado, baixo, muito baixo, a depender dos vieses ou fatores de imprecisão/inconsistência. (GRADE WORKING GROUP, 2000) (BRASIL, 2014)

O grau de recomendação do sistema GRADE determina com que força uma determinada conduta deve ser adotada ou contra indicada, considerando potenciais vantagens, como aumento de expectativa de vida, redução de morbidade, melhora de qualidade de vida; e, considerando também as desvantagens, como efeitos adversos, riscos para a saúde, potencializar agravos à saúde etc. (GRADE WORKING GROUP, 2000) (BRASIL, 2014)

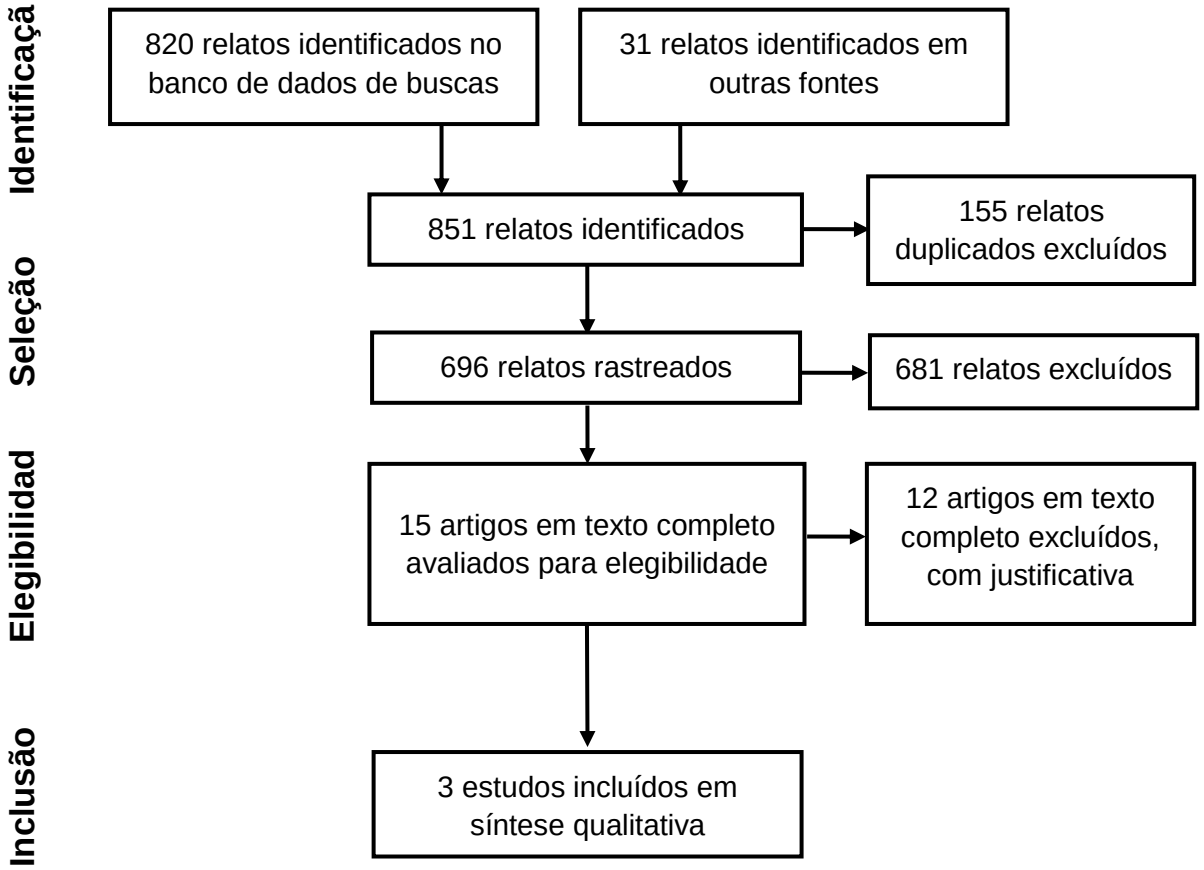
Por fim, foram escolhidos os estudos elegíveis para síntese qualitativa do processo de revisão sistemática, no qual foi aplicado o instrumento AGREE-II, o qual foi elaborado e refinado para tratar sobre a variabilidade na qualidade de diretrizes e avaliar o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida. (AGREE, 2009)

MCM e YCR aplicaram o instrumento AGREE-II de forma independente para análise e discussão posterior, seguindo as recomendações do manual criado pelo grupo que desenvolveu a ferramenta. Além disso, o instrumento serviu de inspiração para a construção do protótipo de protocolo de diretriz criado neste trabalho, seguindo as recomendações esperadas para documentos de qualidade.

5. RESULTADOS

A Figura 13 apresenta o fluxograma com os resultados dos processos de identificação, seleção e inclusão dos documentos desta revisão sistemática.

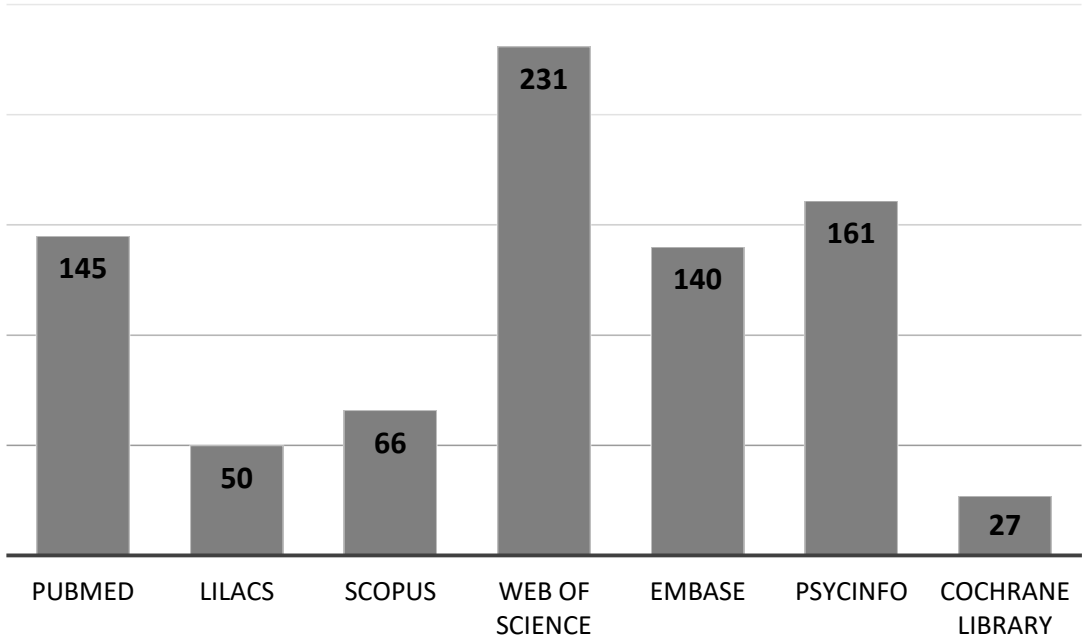
Figura 13. Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão



Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram identificados 820 trabalhos nas bases de dados utilizadas executando as estratégias de busca explicitadas no Quadro 2. Na Figura 14 está ilustrada a quantidade de documentos encontrados em cada uma das bases de dados em eu foi feita a busca. Esses documentos foram adicionados no aplicativo Rayyan, o qual identificou 153 duplicatas automaticamente, e os revisores (MCM e YCR) identificaram mais duas duplicatas, que foram todas excluídas.

Figura 14. Número de trabalhos encontrados nas bases de dados



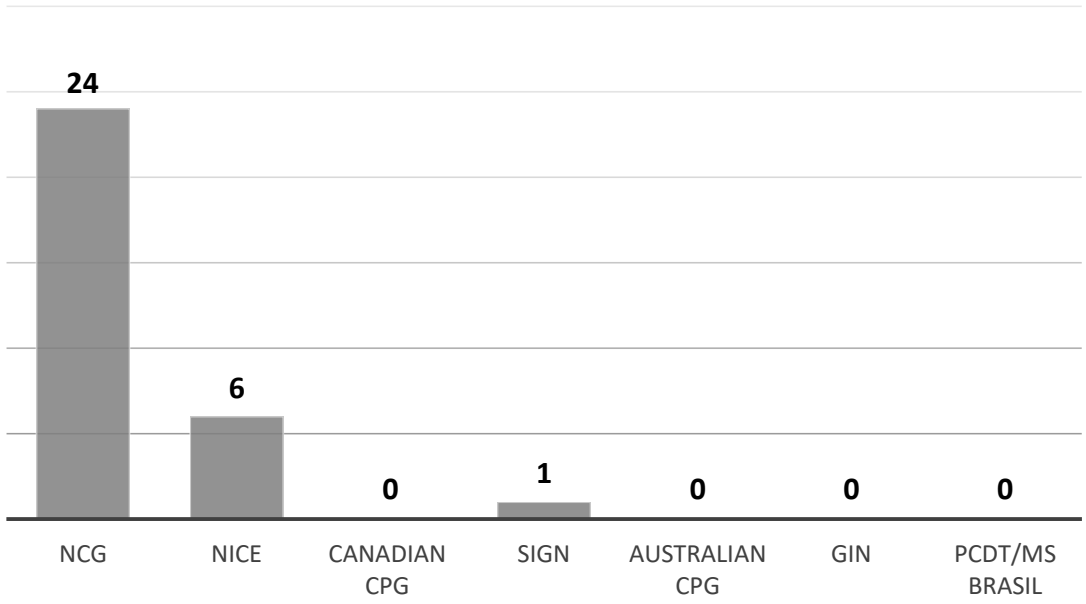
Fonte: Elaborado pelo autor

Na fase de rastreamento e triagem por título e resumo a aplicação do Rayyan permitiu o trabalho colaborativo de revisores de maneira independente e duplo-cego, com registro das decisões, com possibilidade de categorizar as razões de exclusão. Foram eliminados 650 relatos oriundos das bases de dados classificados como inelegíveis.

Não foi possível exportar os 31 trabalhos encontrados nos sites de diretrizes (Figura 15) para o aplicativo Rayyan, pois não foi possível transformar as referências para os formatos aceitos no programa, por isso o processo de rastreamento e triagem desses trabalhos foi realizado fora do

Rayyan, mas ainda assim, seguindo o princípio de avaliação independente entre os revisores.

Figura 15. Número de trabalhos encontrados nos sites de diretrizes



Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda que tenha sido utilizada estratégia de busca mais ampla como descrito no Quadro 3, nenhum desses 31 documentos atingiu os critérios de elegibilidade na fase de triagem de leitura de título e resumo, assim foram excluídos todos os documentos encontrados em outras fontes. Quando foram utilizadas estratégias de busca mais direcionadas como as descritas no Quadro 2, nenhum trabalho foi encontrado nos sites de depósitos de diretrizes consultados.

Então, para a etapa seguinte, foram selecionados 15 trabalhos para leitura de texto completo e avaliação em relação aos critérios de inclusão e exclusão, por meio do aplicativo Rayyan, continuando o procedimento independente e com cegamento entre os revisores MCM e YCR.

Nessa fase foram excluídos 12 trabalhos, como pode ser visualizado na Tabela 2, principalmente por não preencherem o critério de diretriz, por não possuir protocolo sistemático para sua construção, sem evidências ou grau/força de recomendação.

Em vez disso, esses artigos dispõem de caráter descritivo-narrativo, sem metodologia clara, sem apresentação de recomendações, ou quando apresentadas, sem conexão com evidências ou grau/força de recomendação. Além disso, três trabalhos foram excluídos devido foco em intervenções farmacológicas, as quais não são de interesse para essa revisão.

Esses documentos de caráter narrativo-descritivo, os quais não apesentam metodologia sistemática definida, podem apresentar conteúdo de qualidade, porém não possui embasamento científico do nível das evidências dissertadas e também não levanta o grau de recomendação das orientações ou condutas discutidas em seu texto. Em casos assim, não é possível aplicar o Domínio 3 do instrumento AGREE II, sobre o rigor do desenvolvimento, por exemplo.

Tabela 2 – Justificativa para exclusão dos estudos na fase de leitura do texto completo

Autor principal	Ano	País	Justificativa de exclusão
(WILLIAMS; E)	2002	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(ARDUCA, P)	2003	Austrália	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(CALVET,H M)	2003	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo que tem enfoque em intervenções farmacológicas.
(SZWABO, P A)	2003	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(MONTORSI, F)	2003	Alemanha	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo que tem enfoque em intervenções farmacológicas.
(DALLRED, C)	2006	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(HILLMAN, J)	2008	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(JOHNSON, B K)	2013	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(MILSPAW; A)	2016	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(HARLEY; D A,)	2016	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(MORTON, L)	2017	EUA	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo.
(NAPPI; R E)	2018	Itália	Não preenche critérios de diretriz, revisão de caráter narrativo, com enfoque em intervenções farmacológicas.

Fonte: Elaborado pelo autor

Por fim, foram selecionadas três publicações que atendiam aos critérios de elegibilidade de forma satisfatória, apresentadas na Tabela 3, e para as quais foi aplicado o instrumento AGREE-II completo, para análise dos seis domínios, descrita no Quadro 4, e da avaliação global, detalhada no Quadro 5. O cálculo da porcentagem final da pontuação de cada domínio e da avaliação global está representado na Tabela 4 e na Figura 16.

Tabela 3 – Estudos incluídos na síntese qualitativa da revisão

Autor principal	Ano	País	Título	Intervenções não farmacológicas
NAMS	2013	EUA	Management of symptomatic vulvovaginal atrophy	Uso de lubrificantes, hidratante vaginal, educação sexual.
Sanchez-Borrego, R.	2014	Espanha	Spanish consensus on sexual health in men and women over 50.	Aconselhamento sexual, terapia de casal, psicoterapia, fisioterapia do assoalho pélvico, uso de lubrificante a base de água.
Reid, R.	2014	Canadá	Managing menopause.	Educação sexual no contexto do processo de envelhecimento

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 4. Pontuações dos domínios após aplicação do instrumento AGREE II

Diretriz analisada	(NAMS, 2013)		(SANCHEZ-BORREGO et al., 2014)		(REID et al., 2014)	
Revisor	MCM	YCR	MCM	YCR	MCM	YCR
Domínio 1						
Item 1	7	7	7	7	7	7
Item 2	7	7	7	7	7	7
Item 3	7	7	7	7	6	6
Domínio 2.						
Item 4	7	7	7	7	7	7
Item 5	7	6	4	5	4	5
Item 6	3	2	1	1	7	7
Domínio 3.						
Item 7	7	7	1	2	7	7
Item 8	5	5	1	2	7	7
Item 9	6	7	4	4	7	7
Item 10	5	5	4	4	3	4
Item 11	7	7	7	7	7	7
Item 12	7	7	1	2	7	7
Item 13	7	7	1	2	7	7
Item 14	2	2	1	2	1	2
Domínio 4.						
Item 15	7	7	7	7	7	7
Item 16	7	7	7	7	7	7
Item 17	7	7	7	7	7	7
Domínio 5.						
Item 18	3	4	4	5	1	4
Item 19	1	2	4	5	1	2
Item 20	1	2	1	2	1	2
Item 21	3	2	1	2	3	2
Domínio 6.						
Item 22	7	7	7	7	1	2
Item 23	4	4	7	7	1	2

Fonte: elaborado pelo autor

Quadro 5. Avaliação global após aplicação do instrumento AGREE II

Diretriz analisada	(NAMS, 2013)		(SANCHEZ-BORREGO et al., 2014)		(REID et al., 2014)	
Revisor	MCM	YCR	MCM	YCR	MCM	YCR
Classifique a qualidade global	5	6	5	6	6	5
Eu recomendaria o uso desta diretriz	Sim*	Sim	Sim*	Sim*	Sim*	Sim*

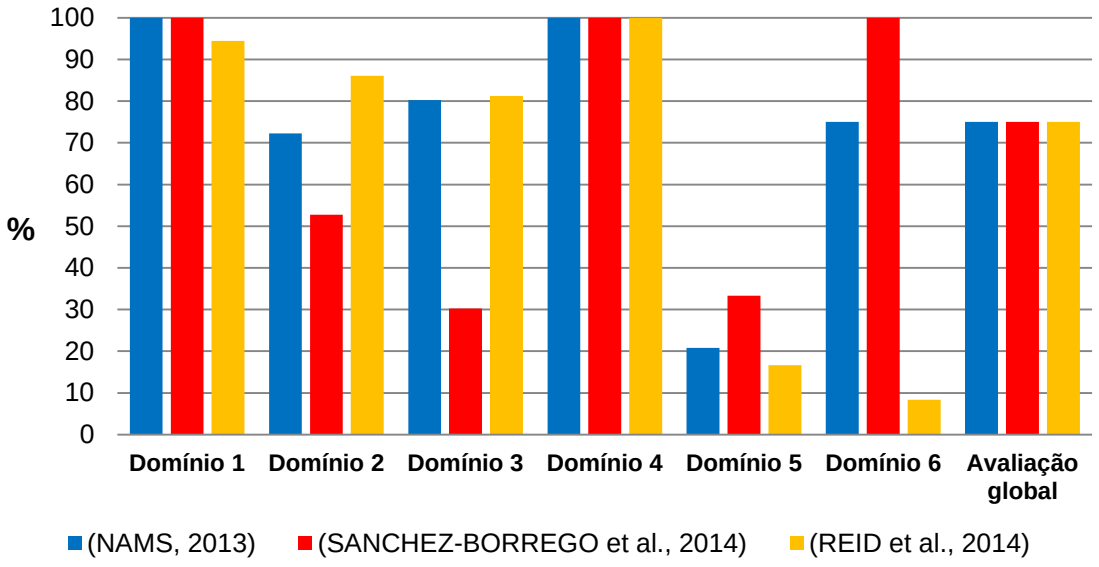
Fonte: elaborado pelo autor

Tabela 4 – Porcentagem da pontuação total de cada domínio e da avaliação global (%)

Domínios Instrumento AGREE-II	**(NAMS, 2013)**	**(SANCHEZ-BORREGO et al., 2014)**	**(REID et al., 2014)**
1 - Escopo e finalidade	100	100	94,44
2 - Envolvimento das partes interessadas	72,22	52,78	86,11
3 - Rigor do desenvolvimento	80,21	30,21	81,25
4 - Clareza da apresentação	100	100	100
5 – Aplicabilidade	20,83	33,33	16,67
6 - Independência editorial	75	100	8,33
Avaliação global	75	75	75

Fonte: elaborado pelo autor

Figura 16. Gráfico da porcentagem final da pontuação de cada domínio e avaliação global do instrumento AGREE II



Fonte: elaborado pelo autor

A publicação da North American Menopause Society (NAMS, 2013) é uma atualização de uma diretriz de 2007 e tem objetivo de direcionar o manejo da atrofia vulvo-vaginal sintomática nas mulheres em pós-menopausa, população que abrange mulheres com mais de 60 anos. O trabalho foi realizado por painel de especialistas em saúde genitourinária.

A atrofia vulvo-vaginal sintomática pode impactar significativamente na qualidade de vida das mulheres afetadas e em geral é subdiagnosticada. Na maioria dos casos, essa condição pode ser tratada com sucesso com uso de intervenções não farmacológicas, e em alguns casos com tratamento hormonal tópico. (NAMS, 2013)

As recomendações de intervenções não farmacológicas do trabalho que são baseadas em evidência científica:

- A primeira linha de terapia para manejo de atrofia vulvo-vaginal sintomática é o uso de lubrificantes não hormonais no coito e, se indicado, creme hidratante vaginal de longa ação.

- Spotting ou sangramento uterino anormal em mulheres na pós-menopausa que têm útero intacto requer uma avaliação que pode incluir ultrassonografia transvaginal e/ou biópsia de endométrio.

Ainda, baseado em opinião de especialistas recomenda-se que haja educação proativa sobre saúde vaginal para as pacientes na pós-menopausa. O Quadro 4 e Quadro 5 ilustram a demonstração da aplicação do instrumento AGREE-II e as pontuações dos itens, que foram elaboradas de forma independente pelos revisores MCM e YCR considerando como foram elaboradas as recomendações.

O trabalho espanhol (SANCHEZ-BORREGO et al., 2014) é um consenso entre especialistas com atuação relacionada à saúde sexual com o objetivo analisar os fatores que impactam a saúde sexual de homens e mulheres com mais de 50 anos e fornecem recomendações, medidas diagnósticas e terapêuticas mais apropriadas para essa faixa etária.

Foram envolvidos profissionais da Sociedade Espanhola de Menopausa, da Associação Espanhola de Andrologia, da Associação de Medicina Sexual e Reprodutiva, da Federação Espanhola de Sociedades de Sexologia, e da Sociedade Espanhola de Médicos da Atenção Primária.

O conteúdo abordado inclui fatores que impactam a saúde sexual de homens e mulheres acima dos 50 anos, como disfunção erétil, dispareunia, transtorno do orgasmo, diminuição da libido, aconselhamento sexual, com recomendações para diagnóstico e tratamento. No Quadro 4 e Quadro 5 é possível visualizar as pontuações dos revisores MCM e YCR para essa publicação.

Para dimensionar o grau de força das recomendações nesse trabalho foi utilizado o sistema GRADE, uma forma de escalonamento da qualidade das evidências relacionadas com as recomendações e que é muito utilizada em trabalhos científicos.

Os tratamentos para disfunções sexuais podem ser adaptados às necessidades do paciente e pode utilizar uma abordagem multidisciplinar que

envolva o casal, médicos, fisioterapeutas, psiquiatras e terapeutas sexuais, como o aconselhamento sexual. (SANCHEZ-BORREGO et al., 2014)

A principal recomendação em relação ao diagnóstico no estudo das disfunções sexuais apresentada na diretriz é obter um registro clínico, uma história sexual e um exame físico detalhado, a qual tem maior nível de evidência para esse manejo da sexualidade. Os autores ainda apontam que tratamentos farmacológicos devem ser restritos a mulheres com disfunções sexuais para as quais intervenções não farmacológicas se mostraram ineficazes.

Os algoritmos montados pelos autores ressaltam a importância de mudanças de estilo de vida (atividade física e dieta saudável), cessar tabagismo e etilismo, além do controle de comorbidades (diabetes e hipertensão) como fatores importantes no contexto de saúde sexual.

A diretriz canadense (REID et al., 2014) foi elaborada pelo *Menopause and Osteoporosis Working Group*, revisada pelo *Clinical Practice Gynaecology and Family Physician Advisory Committees*, e aprovada pelo *Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.*

O objetivo é providenciar recomendações para profissionais de saúde envolvidos no manejo da menopausa em mulheres saudáveis assintomáticas, assim como em mulheres que apresentam síndrome climatérica. No Quadro 4 estão exibidas as pontuações de cada domínio concedidas pelos revisores, e no Quadro 5 as pontuações da avalição global.

O capítulo 8 da publicação aborda especificamente a questão da sexualidade na fase da peri e pós menopausa. São discutidas as disfunções sexuais femininas mais comuns, relacionadas com essa fase do ciclo de vida. As recomendações são graduadas de acordo com o ranking *da Canadian Task Force on Preventive Health Care.*

Os autores postularam que profissionais de saúde devem reconhecer que mulheres idosas podem ser sexualmente ativas, mas podem não querer iniciar uma discussão sobre problemas relacionados a essa questão, por isso,

os profissionais de saúde devem ser sensíveis a mudanças na sexualidade das mulheres à medida que envelhecem ou adoecem desenvolve.

Ainda segundo Reid et al, as mulheres e seus parceiros devem ser educados sobre as mudanças que afetam a sexualidade e que ocorrem no processo de envelhecimento. Também, no caso da mulher ter desejo sexual diminuído e isso não ser uma queixa da paciente, nenhuma terapia é necessária.

A partir das pontuações dos itens do instrumento AGREE-II foi possível calcular a porcentagem da pontuação total de cada domínio, além da porcentagem da pontuação total da avaliação global, as quais estão dispostas na Tabela 4.

A partir dos resultados obtidos, foi realizada uma proposta de desenvolvimento de diretriz de prática clínica dirigido para o cuidado de saúde sexual do idoso, com abordagem não farmacológica, atendido na atenção primária à saúde, no contexto brasileiro, na sistemática proposta pelo IOM e pelo AGREEII, apresentado no Quadro 6.

Como esse instrumento é especifico para a avaliação de diretrizes, ele não se aplica à avaliação de trabalhos que não preenchem critérios de diretriz e possuem caráter narrativo, como já explicitado na Tabela 2.

Quadro 6 – Proposta de desenvolvimento de diretriz de prática clínica dirigido para o cuidado não-farmacológico de saúde sexual do idoso.

Título: Diretrizes de Atenção ao idoso: saúde sexual
1) Formação de grupo para elaboração da diretriz, composto de profissionais da saúde relacionados com o cuidado da população-alvo, ou seja, os potenciais usuários-alvo da diretriz das áreas de: medicina (geriatria, medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia) enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia. Também considerar representante da população-alvo da diretriz no grupo de elaboração, ou buscar a perspectiva dessa população por meio de entrevistas ou revisão da literatura.
2) Formação de outro grupo para realizar a revisão da diretriz, composto de maneira similar ao grupo da elaboração.
3) Definição do PICO: População-alvo (idosos, indivíduos com idade maior ou igual que 60 anos); Intervenção (intervenções diagnósticas, terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas); Comparação (comparar intervenções com a ausência de abordagem da questão da sexualidade do idoso); Outcome/Desfecho (qualidade de vida com melhora do cuidado do idoso).
4) Declaração de financiamento e possíveis conflitos de interesse relacionado com o grupo de elaboração e revisão da diretriz, de forma a prevalecer a independência editorial.
5) Definição de objetivos claros e especificamente descritos para a construção das perguntas norteadoras de buscas de modo sistemático para elaboração das recomendações, de maneira característica e sem ambiguidade, com diferentes opções de abordagens para o problema estudado, e que sejam de fácil localização para os usuários-alvo.
6) Determinação de métodos sistemáticos para busca de evidências para a elaboração das recomendações, preferencialmente por meio de revisão sistemática da literatura, seguindo os princípios do PRISMA, com descrição sobre os critérios de seleção das evidências.
7) Utilização do sistema GRADE para explicitar os pontos fortes e fracos em relação às recomendações obtidas, associado com descrição dos benefícios, efeitos colaterais ou indesejados potenciais.
8) Utilização de técnicas formais para chegar em consenso sobre as recomendações elaboradas pelo grupo de autores da diretriz.
9) Descrição dos fatores limitantes e dos facilitadores da aplicação da diretriz no contexto escolhido (atenção primária à saúde) e de que maneira a diretriz pode ser aplicada no cotidiano, quais os recursos que devem ser empregados para que isso aconteça, elaborando um plano para implementação.
10) Disponibilização de um processo para atualização da diretriz.
11) Apresentação de critérios de monitoramento e auditoria da diretriz.

Fonte: Elaborado pelo autor

6. DISCUSSÃO

Observou-se na análise do estudo da NAMS durante a aplicação do instrumento AGREE-II que os usuários-alvo da diretriz são os médicos responsáveis pelo cuidado da mulher na pós-menopausa, as quais podem apresentar atrofia vulvovaginal sintomática. Não foi encontrada descrição detalhada sobre os critérios de elegibilidade dos trabalhos que o grupo de trabalho utilizou pra fundamentar suas recomendações e nem sobre a força de recomendação.

Está registrado que as decisões dos autores foram tomadas em consenso, porém não foi localizada descrição detalhada sobre técnicas formais de métodos para formular as recomendações no texto da diretriz, ainda assim recebeu conceito de 80,21% no domínio sobre rigor de desenvolvimento, valor que representa que a descrição do método de busca de evidências foi descrito com detalhes ao longo da diretriz estadunidense.

O estudo da NAMS apresentou fraqueza no domínio de aplicabilidade, porém as outras diretrizes também não obtiveram nota maior que 50% nesse quesito, que mostra que as diretrizes avaliadas não apresentaram caracterização dos facilitadores e barreiras para a aplicação na prática clínica diária de suas recomendações.

Na avaliação de (SANCHEZ-BORREGO et al., 2014) foi identificada a obtenção da perspectiva da população alvo apenas por meio de revisão da literatura, em vez de consulta direta ou entrevista, além de que os usuários para os quais a diretriz é dirigida são caracterizados de forma vaga, por isso, o domínio de envolvimento das partes interessadas recebeu a menor pontuação entre as três diretrizes em análise (Tabela 4).

Em relação ao domínio de rigor do desenvolvimento, o trabalho espanhol também apresentou uma nota mais baixa, já que não descreve qual foi a metodologia utilizada para busca de evidências que dão suporte a diretriz,

ainda que os autores tenham utilizado o sistema GRADE para comparar o grau de força de recomendação.

Sobre o estudo de Reid et al., chama a atenção o menor grau de independência editorial, visto que não foram encontradas informações de suporte. Também teve menor nota no domínio de aplicabilidade, devido a escassez de informações novamente em relação ao tema. Ainda assim, obteve avaliação global similar às outras diretrizes.

Em relação ao conteúdo das diretrizes estudas, há predominância da abordagem de problemas relacionados à síndrome climatérica, como a atrofia vulvovaginal, com uma lacuna para orientações baseadas em evidências para abordagem da sexualidade do homem que não se limitem à prescrição de medicação para disfunção erétil ou encaminhamento para serviços especializados.

A pouca experiência dos revisores/aplicadores com o instrumento AGREE-II, apesar de sua fácil aplicação, pode ser um dos fatores limitantes desse estudo, além do instrumento ter sido aplicado apenas por duas pessoas. Para diminuir o viés, o instrumento foi aplicado após estudo intensivo do manual de instruções disponibilizado no site do grupo desenvolvedor da ferramenta, além do que os revisores trabalharam de forma independente.

Pela apuração dos autores, essa é a primeira revisão sistemática de diretrizes para o cuidado não-farmacológico de saúde sexual dos idosos, assim como a pioneira a examinar a qualidade das diretrizes encontradas aplicando o instrumento AGREE-II completo, avaliando todos os domínios e garantindo que a avaliação global seja mais fidedigna possível.

O estudo apresenta caráter inovador em relação ao tema para a população idosa, a qual é cada vez mais relevante devido ao seu crescimento mundial, fator que aumenta a necessidade de estudos como esse que fomentam o aprimoramento do cuidado do idoso, e principalmente pela criação do protótipo de protocolo para desenvolvimento futuro de uma diretriz voltada para o manejo saúde sexual para favorecer o envelhecimento ativo.

A utilização da ferramenta AGREE II, auxilia na avaliação de diretrizes publicadas, e pode ajudar a construir novas diretrizes como no caso desse trabalho que se baseou na observância dos itens de cada domínio do instrumento para decidir como estruturar o protótipo de protocolo para desenvolvimento de uma diretriz voltada para o cuidado integral da sexualidade dos idosos, no contexto da atenção primária à saúde brasileira.

7. CONCLUSÃO

A revisão sistemática para identificar e avaliar as diretrizes de cuidado sexual da pessoa idosa encontrou um número pequeno de diretrizes elegíveis para avaliação, o que era esperado pelos autores. Por isso é preciso fomentar cada vez mais a discussão dessa questão, tanto na perspectiva do profissional de saúde, quanto na do paciente idoso, além de ampliar a variedade de conteúdos de temas relacionados à sexualidade abordados.

Pelos resultados obtidos é evidente a necessidade de desenvolver diretrizes com maior rigor metodológico, seguindo os passos de um instrumento como o AGREE-II, que norteia os passos para alcançar qualidade na elaboração dessas publicações que auxiliam na prática clínica e devem ser baseadas em evidências sólidas e bem fundamentadas.

Considerando o baixo número de estudos elegíveis encontrados, é preciso fomentar a discussão dessa questão no meio científico, apoiar iniciativas como a deste trabalho que iniciou a construção de uma diretriz específica, adaptada ao contexto brasileiro, com a perspectiva do profissional de saúde e da pessoa idosa, e, por meio de trabalhos futuros, finalizar e implementar diretrizes de prática clínica para essa questão.

8. REFERÊNCIAS

AGREE Next Steps Consortium (2009). **The AGREE II Instrument** [versão eletrônica]. Acesso em 14/02/2020 de http://www.agreetrust.org.

ARDUCA, P. Erectile dysfunction. A guide to diagnosis and management. **Australian family physician**, v. 32, n. 6, p. 414–420, jun. 2003.

BRASIL, Lei nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, Outubro de 2003. BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social Lei n. 8.842. Política.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

CALVET, H. M. Sexually transmitted diseases other than human immunodeficiency virus infection in older adults. **Clinical Infectious Diseases**, v. 36, n. 5, p. 609–614, 2003.

CHERPAK, G. L.; SANTOS, F. C. DOS. Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 14, n. 2, p. 178–184, 2016.

DALLRED, C. Cervical cancer screening in older women. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 10, n. 1, p. 31-3, 2006.

DE ALENCAR, D. L. *et al*. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: Uma revisão integrativa. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533–3542, 2014.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A.; HARRAD, D. Principais itens para

relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015.

GRADE WORKING GROUP (2000). **The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.** [versão eletrônica]. Acesso em 14/02/2020 de https://www.gradeworkinggroup.org/

HARLEY, D. A.; TEASTER, P. B. (EDS.). **Handbook of LGBT elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and policies.Handbook of LGBT elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and policies.** Harley, Debra A.: University of Kentucky, Lexington, KY, US, dharl00@email.uky.eduSpringer Science + Business Media, 2016.

HILLMAN, J. Sexual Issues and Aging Within the Context of Work With Older Adult Patients. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 3, p. 290–297, 2008.

IBGE. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018 - PNAD Contínua. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, p. 8, 2018.

JOHNSON, B. K. Sexually transmitted infections and older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 39, n. 11, p. 53–60, 2013.

KLEINSTÄUBER, M. Factors associated with sexual health and well being in older adulthood. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 30, n. 5, p. 358–368, 2017.

LINDAU, S. T. *et al*. Sexual Activity and Counseling in the First Month After Acute Myocardial Infarction Among Younger Adults in the United States and Spain A Prospective, Observational Study. **CIRCULATION**, v. 130, n. 25, p. 2302+, 2014.

LYTLE, A. *et al*. Sexual Orientation and Gender Differences in Aging Perceptions and Concerns Among Older Adults. **Innovation in Aging**, v. 2, n. 3, p. 1–9, 2018.

MILSPAW, A.; BRANDON, K.; SHER, T. Including Sexual function in patient evaluation in the rehabilitation setting: Considerations for the geriatric population. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 32, n. 3, p. 221–228, 2016.

MOHER, D. *et al*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-

analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

MONTORSI, F. *et al*. The ageing male and erectile dysfunction. **BJU International**, v. 92, n. 5, p. 516- 520+ii, 2003.

MORTON, L. Sexuality in the Older Adult. **Primary Care - Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 3, p. 429–438, 2017.

MURAD, M. H. *et al*. New evidence pyramid. **BMJ Evidence-Based Medicine**. v. 21, p. 125-127. 2016.

NAMS. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. **Menopause**, v. 20, n. 9, p. 884–888, 2013.

NAPPI, R. E.; PALACIOS, S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. **Climacteric**, v. 17, n. 1, p. 3–9, 2014.

NUSBAUM, M. R. H.; SINGH, A. R.; PYLES, A. A. Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 1, p. 117–122, 2004.

OUZZANI, M. et al. Rayyan---a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 2016.

REID, R. et al. Managing Menopause. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 9, p. 830–833, 2014.

SANCHEZ-BORREGO, R. *et al*. Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. **Maturitas**, v. 78, n. 2, p. 138–145, 2014.

SEMLITSCH, T. *et al*. Bewertung von leitlinien: Ein überblick über die wichtigsten qualitätsaspekte. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 112, n. 27–28, p. 471–478, 2015.

SZWABO, P. A. Counseling about sexuality in the older person. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 19, n. 3, p. 595–604, 2003.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects**. Acesso em 14/02/2020 de: < https://population.un.org/wpp/ >.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

WILLIAMS, E.; DONNELLY, J. Older Americans and AIDS: Some guidelines for prevention. **Social Work**, v. 47, n. 2, p. 105–111, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Active ageing: a policy framework. **World Health Organization**, p. 59, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual. **World Health Organization.** Genebra, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. **World Health Organization.**. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework on integrated people-centred health services. .-Sixty-Ninth World Health Assembly. **World Health Organization.**. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and action plan on ageing and health**. World Health Organization,** Genebra. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services**. World Health Organization,** Genebra. 2019

APÊNDICES

Apêndice A. Cronograma de execução (2019-2020)

A) Proposta inicial

Atividades	Períodos (ano/semestre)			
	2019/1	2019/2	2020/1	2020/2
Desenvolvimento e apresentação do projeto	x			
Execução do processo de revisão	x	x		
Análise dos dados levantados		x		
Qualificação da dissertação			x	
Elaboração do texto final			x	X
Defesa da dissertação				X

B) Cronograma das atividades até o momento

Atividades	Períodos (ano/semestre)				
	2019/1	2019/2	2020/1	2020/2	2021/1
Desenvolvimento e apresentação do projeto					
Execução do processo de revisão					
Análise dos dados levantados					
Qualificação da dissertação					
Elaboração do texto final					
Defesa da dissertação					

: fase concluída

Apêndice B. Formulário para aplicação do instrumento AGREE II e as avaliações dos revisores MCM e YCR

Instrumento AGREE-II		
Diretriz analisada		
Revisor	MCM	YCR
Domínio 1. Escopo e finalidade		
1. O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) diretriz(es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).		
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).		
3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.		
Domínio 2. Envolvimento das partes interessadas		
4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.		
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)		
6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.		
Domínio 3. Rigor do desenvolvimento		
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.		
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos		
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.		
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.		
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.		
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.		
13. A diretriz foi revisada externamente por expertsantes da sua publicação		
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.		
Domínio 4. Clareza da apresentação		
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.		
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.		
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.		
Domínio 5. Aplicabilidade		
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.		
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.		
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.		
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.		
Domínio 6. Independência editorial		
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.		
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.		
Avaliação global da diretriz clínica		
1. Classifique a qualidade global dessa diretriz.		
2. Eu recomendaria o uso desta diretriz		

Apêndice C. Protocolo de revisão sistemática submetido no Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas (PROSPERO)

Clinical practice guidelines for sexual health care in elderly people: a systematic review.

Murillo Carlos Moraes, Yhaslen Cavalieri Rocha, João Mazzoncini de Azevedo Marques

Citation

Murillo Carlos Moraes, Yhaslen Cavalieri Rocha, João Mazzoncini de Azevedo Marques. Clinical practice guidelines for sexual health care in elderly people: a systematic review.. PROSPERO 2020 CRD42020165135 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020165135

Review question

What is the quality state, scope and consistency of clinical practice guidelines for sexual health care in elderly people?

Searches

The search for clinical practice guidelines for sexual health in elderly people will be carried out using documents issued by national scientific societies or by government organisations, without time or publication period restriction, in English, Portuguese, Spanish, French or Italian, through the use of suitable keywords and the following search engines: PubMed; LILACS, PsycINFO, Scopus, Web of Science, The Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov); NICE: National Institute for Health and Care Excellence (www.nice.org.uk); Canadian CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines Database (www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx); Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (www.sign.ac.uk); Australian Clinical Practice Guidelines (http://www.clinicalguidelines.gov.au/); and Guidelines International Network (http://www.g-i-n.net/).

Additional research will be conducted on Google to look for unpublished studies.

The searches will be re-run prior to the final analysis.

Types of study to be included

We will include clinical practice guidelines, consensus statement and health policy documents.

We will not include systematic reviews.

Condition or domain being studied

Sexual health as outlined by World Health Organization: "the state of physical, emotional and social wellbeing related to sexuality." Therefore, this healthcare domain being studied is not merely the lack of disease, dysfunction or sexual impairment/inability; preferably, it is a health marker that should be managed by health care providers, and fully exercised by the elderly people.

Participants/population

Men and women aged 60 years and older (elderly people over 60).

Intervention(s), exposure(s)

Clinical practice guidelines, consensus statement or health policy documents that address elderly people sexual health, preferably focusing in primary health care setting.

Comparator(s)/control

Not applicable

Main outcome(s)

The main outcome of the study will be to help the improvement of the quality of guidelines, highlight messages of common recommendations, and to stimulate further research on discordant recommendations and the issues of international guidelines in order to unify medical behaviour.

**** Measures of effect***

Not applicable

Additional outcome(s)

As additional outcome, we aim to answer a scope question list evaluating the clinical practice guidelines that we will find in the review:

- Elderly people should receive evidence-based information and support for make informed decisions about their sexual health care? (Sexually Transmitted Diseases prevention, for example)

- Which health care provider (family doctor, general practioner, nurse) should offer information about sexual health in primary health care setting?

- How this information should be provided? (Individually, in groups, by educational material?)

- How often sexual health should be discussed with elderly patients?

- How should start the investigation of common sexual dysfunction in primary health care setting?

- When is it necessary to refer the elderly patient with sexual dysfunction to a specialist?

- How should sexual counselling be offered in primary health care setting?

**** Measures of effect***

Not applicable

Data extraction (selection and coding)

Study selection

Two reviewers (MCM and YCR) will apply the following eligibility criteria and select studies for inclusion in the systematic review:

- Original studies or clinical practice guidelines focusing on the sexual health, intimacy or sexuality of people aged 60 years and over and if applicable, their partners.

Two reviewers (MCM and YCR) will apply the following ineligibility criteria and select studies for exclusion from the systematic review:

- Other systematic reviews.

- Clinical practice guidelines or studies focusing on elderly people with cognitive impairment, hyper-sexuality problem or inappropriate sexual behavior and sexual, intimate disinhibitions, abuse, sexual abuse, mistreatment, maltreatment, Parkinson's disease or elderly people living in nursing homes.

Rayyan software system will be used for recording decisions taken by the reviwers.

Data extraction

The selection process will be depicted in a flowchart.

In the first selection phase, duplicates will be removed and all titles and abstracts will be screened by two reviewers (MCM and YCR).

Publications which meet the inclusion criteria and those which are uncertainty about will be forward to the second selection phase.

In the second phase two reviewers (MCM and YCR) will assess abstracts and full text versions of publications

independently and will be blinded to each other's' decisions.

The disagreements between individual judgements of the two reviewers will be resolved by third part (JMAM)

Missing data is not applicable in this review.

Risk of bias (quality) assessment

We will assess six domains:

1)scope, purpose,

2)stakerhold involvement,

3)rigour of development,

4)clarity of presentation,

5)applicability and

6)editorial independence

For this purpose we will use the APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II (AGREE II) instrument, on studies/clinical practice guidelines level.

Two reviewers (MCM and YCR) will be involved in the quality assessment of the clinical practice guidelines.

Strategy for data synthesis

The minimum number of studies or level of consistency required for synthesis is three studies or clinical practice guidelines.

Data synthesis will be performed in guideline topics, such as 'sexually transmitted diseases', 'sexual counselling', 'sexual education', for example.

We will also manually extract recommendations for clinical practice from all included documents.

Quantitative statistical analysis will not be performed as it does not apply to this review.

Analysis of subgroups or subsets

Not applicable.

Contact details for further information

Murillo Carlos de Moraes

murillo.moraes@usp.br

Organisational affiliation of the review

Universidade de São Paulo

https://sites.usp.br/mpmed/

Review team members and their organisational affiliations

Mr Murillo Carlos Moraes. Universidade de São Paulo
Mrs Yhaslen Cavalieri Rocha. Universidade de São Paulo
Dr João Mazzoncini de Azevedo Marques. Universidade de São Paulo

Type and method of review

Systematic review

Anticipated or actual start date

02 March 2020

Anticipated completion date

15 March 2020

Funding sources/sponsors

The authors received no financial support for the research.

Conflicts of interest

Language

English, Portuguese-Brazil

Country

Brazil

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

MeSH headings have not been applied to this record

Date of registration in PROSPERO

28 April 2020

Date of first submission

01 February 2020

Stage of review at time of this submission

The review has not started

Stage	*Started*	*Completed*
Preliminary searches	*No*	*No*
Piloting of the study selection process	*No*	*No*
Formal screening of search results against eligibility criteria	*No*	*No*
Data extraction	*No*	*No*
Risk of bias (quality) assessment	*No*	*No*
Data analysis	*No*	*No*

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.