



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

**SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

MÁRIO ROBERTO AGOSTINHO DA SILVA

RECIFE
2011

MÁRIO ROBERTO AGOSTINHO DA SILVA

**SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS
PARTICIPANTES DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Márcia Carréra Campos Leal

RECIFE
2011

Silva, Mário Roberto Agostinho da
Satisfação e função sexual em mulheres idosas
participantes de grupos de convivência / Mário
Roberto Agostinho da Silva. – Recife: O Autor, 2011.
93 folhas: il., fig. e quadro; 30 cm.
Orientador: Márcia Carrera Campos Leal
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2011.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Sexualidade. 2. Satisfação sexual. 3.
Prática sexual. 4. Envelhecimento feminino. I. Leal,
Márcia Carrera Campos . II.Título.

612.6

CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2011-167



Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

MÁRIO ROBERTO AGOSTINHO DA SILVA

No dia 30 de junho de 2011, às 9:00h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública, da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Márcia Carréra Campos Leal (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Ednaldo Cavalcante de Araújo (Doutor(a) do Departamento de Enfermagem da UFPE) Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Mário Roberto Agostinho da Silva, sobre a sua Dissertação intitulada: "**Satisfação e função sexual de mulheres idosas participantes de grupos de convivência**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques *Aprovado*

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo *Aprovado*

Profª. Drª. Márcia Carréra Campos Leal *Aprovado*

Ana Paula de Oliveira Marques

Profª. Drª. **Ana Paula de Oliveira Marques**

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Prof. Dr. **Ednaldo Cavalcante de Araújo**

Márcia Carréra Campos Leal

Profª. Drª. **Márcia Carréra Campos Leal**

Dedico a minha Família,
meu Pai Amaro Agostinho, minha Mãe Luiza Luci e ao meu Irmão Paulo Roberto,
minha primeira Escola de vida.

AGRADECIMENTOS

Parafrazeando o Mestre Raul Seixas “Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”, e foi assim a concretização desse mestrado, um sonho que foi construído por múltiplas mãos.

Desde criança sonhava com uma sala de aula e aos poucos vejo esse sonho ser concretizado, rendo Graças ao Bom Deus por me possibilitar a conquista de mais uma etapa em minha vida.

Vida que não seria possível sem o escopo e amparo de um lar, onde a família é a nossa primeira escola, onde estão meus amados: pai, Amaro Agostinho, mãe, Luiza Luci e irmão, Paulo Roberto. No entorno todos os familiares que com carinho ainda cuidam de mim como se fosse um filho, especialmente minha tia Luiza Tinôco e seus familiares.

No caminho encontramos àqueles que nos acolhem e nos adotam para ser companheiro, amigo e colega, a todos o meu carinho.

Ao meu estimado amigo Dr. Jaime Lima pelo apoio contínuo na execução das etapas dessa dissertação.

As Dras. Janiely Raposo e Dayane Salomão e aos discentes da UFPE Robson, Leandro, Thamilis e Lucila pela colaboração na coleta de dados.

Meu agradecimento especial vai para a pessoa que desde o primeiro dia em que fui aprovado no mestrado tem oferecido todas as condições para que eu possa concluir esta fase, suas mensagens de “olá” nos momentos de silêncio me despertavam para os afazeres. Soube, majestosamente, separar papéis e ser uma Orientadora amiga, ética e responsável. Obrigado Professora Márcia Carréra!

Não diferente foi o papel marcante da Professora Ana Paula Marques que ao lado da Professora Márcia contribuiu e proporcionou este processo, obrigado!

Agradeço também a todos os Professores do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, especialmente aos Professores Antônio Carlos e Adriana Falângola.

À Professora Cristina Raposo do Departamento de Estatística pela atenção e contribuição no processo analítico.

Aos Servidores da UFPE, Moreira (PPGISC), Carlos e Manuel do DMS, Neyde (NAI), Fátima (UnATI) e especialmente a Priscila (PROPLAN) pela paciência e dedicação.

Não poderia esquecer dos amigos que conquistei durante as aulas do mestrado, em especial ao nosso grupo do “paredão”, a todos meu abraço fraterno e saudoso.

Institucionalmente gostaria de agradecer a Equipe de trabalho da Divisão de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde pela parceria e fornecimento de material para as palestras de sexualidade.

Por último, agradecer às coordenadoras dos grupos de convivência para pessoas idosas pela acolhida e em especial as idosas participantes do estudo pela disponibilidade em colaborar e expor sua intimidade.

Monte Castelo

Legião Urbana

*Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos,
Sem amor eu nada seria.*

*É só o amor! É só o amor
Que conhece o que é verdade.
O amor é bom, não quer o mal,
Não sente inveja ou se envaidece.*

*O amor é o fogo que arde sem se ver;
É ferida que dói e não se sente;
É um contentamento descontente;
É dor que desatina sem doer.*

*Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos
Sem amor eu nada seria.*

*É um não querer mais que bem querer;
É solitário andar por entre a gente;
É um não contentar-se de contente;
É cuidar que se ganha em se perder.*

*É um estar-se preso por vontade;
É servir a quem vence, o vencedor;
É um ter com quem nos mata a lealdade.
Tão contrário a si é o mesmo amor.*

*Estou acordado e todos dormem.
Todos dormem. Todos dormem.
Agora vejo em parte,
Mas então veremos face a face.*

*É só o amor! É só o amor
Que conhece o que é verdade.*

*Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos,
Sem amor eu nada seria.*

RESUMO

O exercício da sexualidade de pessoas idosas ainda é tema pouco discutido na sociedade Brasileira. Com o objetivo de avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas de grupos de convivência foi utilizada entrevista estruturada envolvendo aspectos sociodemográficos, percepção de saúde e o Quociente Sexual–Versão Feminina (QS-F) em 276 idosas participantes de 15 grupos de convivência do município do Recife/PE, entre 60-91 anos. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo exploratório de corte transversal, com coleta de dados por conveniência no período de maio a agosto de 2010. Considerou-se práticas sexuais (PS): heterossexual, homoafetiva e autoerotização. A amostra estudada teve a seguinte característica: 42% eram viúvas, 33% casadas, 16% separadas e 9% solteiras. Quanto às práticas sexuais declaradas: 24,6% heterossexual, 0,4% homoafetiva e 8,0% autoerotização. O desempenho/satisfação sexual foi avaliado como bom a excelente 26,1%, ruim a regular 6,9% e sem prática sexual nos últimos seis meses, 67%. Houve associação estatisticamente significativa entre o desempenho/satisfação sexual com: faixa etária; estado conjugal; atitude tomada ao pensar em sexo; contribuir com sustento familiar; morar com o esposo e com morbidades circulatórias e oculares. Podemos concluir que tanto a atividade como a satisfação sexual permanecem ao longo da vida, manifestando-se de diversas formas. Aspectos biopsicossociais e relacionais são dimensões indispensáveis na avaliação da sexualidade ao se envelhecer.

Palavras-chave: Sexualidade, satisfação sexual, prática sexual, envelhecimento feminino.

ABSTRACT

The exercise of sexuality in older people is still little discussed issue in Brazilian society. In order to assess the satisfaction and sexual function of older women from support groups, structured interview was used involving sociodemographic aspects, health perception and Sexual Quotient Female-Version (SQ-F) in 276 elderly women participants in 15 support groups, living in the city of Recife / PE, between 60-91 years. It is a quantitative, exploratory descriptive cross-sectional study, with data collection for convenience in the period from May to August 2010. It was considered sexual practices (PS): heterosexual, homosexual and masturbation. The sample had the following characteristics: 42% were widows, 33% married, 16% separated and 9% were single. Sexual practices declared: 24.6% heterosexual, 0.4% homosexual and 8.0% masturbation. The performance / sexual satisfaction was rated as good to excellent 26.1%, poor to regular 6.9% and without sexual intercourse in the last six months, 67%. There was statistically significant association between performance/satisfaction with: sex, age, marital status, action taken at the thought of sex, contribute to family income, living with a husband and circulatory and ocular morbidity. We can conclude that both the activity and sexual satisfaction remain throughout life, manifesting itself in various ways. Biopsychosocial and relational aspects are essential dimensions in the evaluation of sexuality in aging.

Keywords: Sexuality, sexual satisfaction, sexual practices, female aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------|---|----|
| Quadro 01 - | Fases do ciclo de reação sexual saudável nas perspectivas de Masters e Johnson e de Kaplan..... | 24 |
| Figura 01 – | Ciclo da Resposta Sexual Humana Masculino (a)..... | 25 |
| Figura 02 – | Ciclo da Resposta Sexual Humana Feminino (b)..... | 25 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 01 – Grupos de convivência para pessoas idosas, por gênero, da RPA-04, Recife/PE, 2009..... | 38 |
| Tabela 02 – Perfil sociodemográfico das mulheres idosas do estudo, Recife, 2010..... | 48 |
| Tabela 03 – Perfil sociodemográfico das mulheres idosas do estudo, segundo a situação previdenciária, fonte de renda individual e familiar e a contribuição nas despesas domésticas, Recife, 2010..... | 50 |
| Tabela 04 – Morbidade referida e autopercepção de saúde, Recife, 2010..... | 52 |
| Tabela 05 – Práticas sexuais referidas pelas idosas do estudo, Recife, 2010..... | 54 |
| Tabela 06 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à faixa etária, Recife, 2010. | 55 |
| Tabela 07 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em mulheres de grupo de convivência nos últimos seis meses, Recife, 2010..... | 56 |
| Tabela 08 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em mulheres de grupo de convivência nos últimos seis meses em relação à divisão da moradia, Recife, 2010..... | 56 |
| Tabela 09 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à contribuição com o sustento/despesas da família, Recife, 2010. | 57 |
| Tabela 10 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à morbidade referida, Recife, 2010..... | 58 |
| Tabela 11 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à morbidade referida, Recife, 2010. | 58 |
| Tabela 12 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à presença de pensamento/desejo por sexo, Recife, 2010..... | 59 |
| Tabela 13 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação ao comportamento /atitude na presença de pensamento/desejo em sexo, Recife, 2010. | 60 |
| Tabela 14 – Respostas das mulheres idosas de grupo de convivência ao Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F), Recife, 2010..... | 62 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| AVD - | Atividades de vida diária |
| BOAS - | Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe |
| BPC - | Benefício de Prestação continuada |
| CCS - | Centro de Ciências da Saúde |
| CEP - | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CID/10 - | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão |
| CNS - | Conselho Nacional de Saúde |
| ESF - | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IESA - | Idosos Educadores em Saúde |
| IST - | Infecção Sexualmente Transmissível |
| LOAS - | Lei Orgânica da Assistência Social |
| PDSS - | Padrão de desempenho/satisfação sexual |
| PNI - | Política Nacional do Idoso |
| ProSex - | Projeto Sexualidade |
| QS-F - | Quociente Sexual - Versão Feminina |
| RPA - | Região Política Administrativa |
| SABE - | Brazil Old Age Schedule |
| SM - | Salário mínimo |
| SMS - | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS - | Programa Statistical Package for Social Sciences |
| SS - | Satisfação sexual. |
| TCLE - | Termo de consentimento livre e esclarecido |
| UFPE - | Universidade Federal de Pernambuco |
| UnATI - | Universidade Aberta à Terceira Idade |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 2.1 | O CAMINHO PERCORRIDO PELO ENVELHECIMENTO..... | 17 |
| 2.2 | ASPECTOS DA SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO: CONCEITOS, ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, PSICOSSOCIAIS, CULTURAIS E SITUACIONAIS..... | 19 |
| 3 | OBJETIVOS | 35 |
| 3.1 | GERAL | 35 |
| 3.2 | ESPECÍFICOS..... | 35 |
| 4 | METODOLOGIA | 37 |
| 4.1 | DESENHO DO ESTUDO..... | 37 |
| 4.2 | ÁREA DO ESTUDO..... | 37 |
| 4.3 | POPULAÇÃO DO ESTUDO..... | 37 |
| 4.4 | TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA | 39 |
| 4.4.1 | Crítérios de inclusão..... | 39 |
| 4.4.2 | Crítérios de exclusão..... | 39 |
| 4.5 | ELENCO DAS VARIÁVEIS..... | 40 |
| 4.5.1 | Variável dependente..... | 40 |
| 4.5.2 | Variáveis independentes.... | 40 |
| 4.5.2.1 | Sócio-demográficas..... | 40 |
| 4.5.2.2 | Autopercepção de saúde..... | 42 |
| 4.5.2.3 | Morbidade referida..... | 42 |
| 4.6 | COLETA DE DADOS..... | 42 |
| 4.7 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 45 |
| 4.8 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 46 |
| 5 | RESULTADOS | 47 |
| 6 | DISCUSSÃO | 63 |
| 7 | CONCLUSÃO | 69 |
| | REFERÊNCIAS | 71 |
| | APÊNDICES | 79 |
| | ANEXOS | 91 |

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde os avanços tecnológicos e os investimentos sociais têm promovido um prolongamento da vida, modificando o perfil demográfico e epidemiológico da população, surgindo novas demandas aos profissionais da saúde nas áreas de conhecimento da Gerontologia e Geriatria (ANDERSON, 1998).

Com o aumento da expectativa de vida, observa-se uma preocupação maior da sociedade com a melhoria de condições de saúde das pessoas idosas e conseqüentemente da qualidade de vida. O aumento da inserção de novos medicamentos no arsenal terapêutico tem proporcionado maior desempenho do indivíduo de mais idade nos diversos parâmetros de saúde. Dentre estes medicamentos ressaltamos os estimulantes sexuais que mudaram o padrão de atividade sexual dos idosos, partindo em busca do sexo, muitas vezes sem tomar as medidas de prevenção recomendadas, elevando as taxas das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nesse segmento etário (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Nas três últimas décadas a sexualidade permeia os estudos da Saúde Coletiva, enfocando a fecundidade e as infecções sexualmente transmissíveis (BARBOSA, KOYAMA, 2006). O envelhecimento da população suscita um novo olhar, direcionando-o para as interfaces da sexualidade durante o processo de envelhecimento.

Para que se possa trabalhar com as questões da sexualidade é requerido dos profissionais da saúde conhecimento que ultrapasse a mera suposição de quem pratica ou não sexo. Deve-se procurar compreender as diversas manifestações da sexualidade, sejam clínicas, sociais, psicológicas ou relacionais. Sua pluralidade conceitual suscita ações interdisciplinares, envolvendo interlocutores em diversas áreas do conhecimento, além de estimular a autoreflexão sobre sua sexualidade.

Considerando o aumento da população idosa e as transformações ocasionadas por esse fenômeno, principalmente quando relacionado às condições de vida no Brasil, e em particular as do Nordeste, cresce a necessidade de desenvolver estudos sobre esse segmento etário. Os trabalhos científicos voltados à sexualidade das pessoas idosas são ainda escassos,

sendo um campo fértil para o desenvolvimento de teorias e estratégias de intervenção que visam melhorar a qualidade de vida desta população.

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas participantes de grupos de convivência localizados no município do Recife/PE. Pretende-se, desta forma, ampliar a base de conhecimento existente sobre o tema e fornecer subsídios aos grupos de convivência para pessoas idosas e aos interessados nesta temática.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CAMINHO PERCORRIDO PELO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.

O fenômeno do envelhecimento populacional tem sido responsável pelo maior impacto social, a partir da segunda metade do século XX, influenciando na construção da história do século XXI. Em termos demográficos, destaca-se o aumento significativo da representatividade das pessoas com 60 anos e mais na população e do prolongamento cada vez maior, da esperança de vida ao nascer. Até 2050, o número de idosos aumentará, aproximadamente de 600 milhões a quase dois bilhões. Estima-se que nos próximos 50 anos haverá no mundo mais pessoas acima de 60 anos que menores de 15 anos. De acordo com os dados apresentados, observa-se que o grupo etário de idosos que mais cresce corresponde àqueles com 80 anos e mais. No ano 2000, chegava a 70 milhões, e se projeta que nos próximos 50 anos, aumentará mais de cinco vezes (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Nas Américas, de uma maneira geral, durante as últimas décadas, a taxa de crescimento de pessoas com 60 anos e mais tem sido maior do que aquela correspondente ao total da população. Destaca-se ainda que, no princípio dos anos cinquenta, a esperança de vida ao nascer, neste continente, situava-se em torno de 51 anos, e que atualmente, supera os 68 anos alcançando os 75 anos em vários países (PELAEZ, 2001).

Nos países em desenvolvimento o envelhecimento populacional deverá ocupar posição primordial na pauta das políticas sociais que, de acordo com projeções, envelhecerão rapidamente na primeira metade do século XXI. Estima-se que em 2050, o percentual de pessoas idosas aumentará de 8% a 19%, enquanto que o de crianças cairá de 33% para 22%. Esta mudança demográfica representa um problema importante em matéria de recursos. Embora os países desenvolvidos tenham podido envelhecer gradualmente, enfrentam problemas resultantes da relação entre o envelhecimento e o desemprego e a sustentabilidade dos sistemas de pensões e previdência, enquanto os países em desenvolvimento enfrentam o problema de um desenvolvimento simultâneo com o envelhecimento da população, suscitando o enfrentamento dos desafios oriundos desse processo, fadados ao fracasso caso não ocorram

mudanças significativas em vários setores (KALACHE, 2008; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

No Brasil, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, o aumento da população idosa tem ocorrido de forma bastante acentuada. Isto acontece, principalmente, pelo decréscimo das taxas de fecundidade e mortalidade observado nas últimas décadas (ANDERSON, 1998).

Em 1991, o Brasil tinha cerca de 11 milhões de idosos, o que representava 7,3% da população geral. As estimativas indicam que no ano de 2025 o Brasil deverá ter mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais, o que representará 15% da sua população. Portanto, será a 6ª população de idosos do mundo, em números absolutos. Além das conseqüências sociais e econômicas da mudança na pirâmide etária, pode-se prever conseqüências epidemiológicas de alto impacto para o sistema de saúde, previdência e assistência social (SILVESTRE et al., 1996).

Quanto ao gênero, os dados revelam uma feminização da velhice. O quantitativo de mulheres idosas é superior ao dos homens idosos em todas as faixas. Essa diferenciação deveria nortear a formulação de políticas sobre a situação de mulheres idosas como prioridade. Vários autores destacam a importância em reconhecer os efeitos diferenciados do envelhecimento nas mulheres e nos homens, necessária para se chegar à plena igualdade entre ambos e para formular medidas eficazes e eficientes para fazer frente ao problema. Conseqüentemente, é decisivo conseguir a integração de uma perspectiva de gênero em todas as políticas, programas e leis. (GARRIDO; MENEZES, 2002; PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

De acordo com IBGE (CENSO, 2000) em Pernambuco, a população geral em 2000 era de 7.918.344 habitantes, destes 3.826.657 eram homens e 4.091.687 mulheres. Os com 60 anos e mais representavam 8,9% da população, sendo 307.935 (43,7%) homens e 396.951 (56,3%) mulheres. Neste mesmo ano, Recife, capital do Estado, registrava uma população de 1.422.905 habitantes, composta por 661.690 homens e 761.215 mulheres, com uma proporção de idosos de 9,4% , destes 37% homens e 63% mulheres.

Em 2008, a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura do Recife, realizou um estudo com os participantes de 14 grupos de convivência para idosos, o diagnóstico apresentado revelou uma predominância de mulheres nestes grupos (95,7%). Quanto à idade,

houve um equilíbrio na incidência de idosos com faixa etária de 60 e 69 anos (40,8%) e entre 70 e 79 anos (33,0%) e apenas 9,9% acima dos 80 anos. Registrou-se também participação relevante de pessoas com idade inferior aos 60 anos (16,2%). A maioria (64,3%) declarou condição de viúves, 17,1% moravam sozinhos, 55,7% moravam com filhos e 32,9% com um companheiro. 83% possuíam renda própria, entre um a dois salários mínimos, 65% provenientes de aposentadorias e pensões e 12,1% do Benefício de Prestação continuada (BPC/LOAS), 81% contribuía com o orçamento familiar (RECIFE, 2008).

Levantamentos populacionais mais recentes apontam para um aumento crescente e contínuo desses números. Os dados encontrados revelam uma similaridade com as tendências mundial e nacional sobre o envelhecimento, principalmente quanto à feminização do processo, ressaltando-se as peculiaridades de cada região (IBGE, 2000).

2.2 ASPECTOS DA SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO: CONCEITOS E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, PSICOSSOCIAIS, CULTURAIS E SITUACIONAIS.

“Sexualidade é essa necessidade de receber e expressar afeto e contato que todas as pessoas têm e que traz sensações prazerosas e gostosas para cada um. Assim, sexualidade não é apenas sexo, é o toque, o abraço, o gesto, a palavra que transmite prazer entre pessoas.”

L. Mendonça (Idosa)

No Brasil, o tema da sexualidade tem sido abordado, ainda que de forma periférica, nos estudos da saúde coletiva. Considerando o crescente e contínuo fenômeno do envelhecimento populacional, principalmente as questões de gênero, o estudo da sexualidade da mulher idosa assume status relevante no campo da Saúde Coletiva quando visa investigar as transformações ocorridas na esfera da sexualidade associados à qualidade de vida dessas mulheres (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

A postura adotada pela sociedade é considerar que pessoas de idade avançada não tenham sentimentos, necessidades e práticas sexuais (ALMEIDA; LOURENÇO, 2008). Esta ideia errônea é fruto de estereótipos culturais existentes, os quais reforçam a tendência habitual, entre os mais jovens, em não aceitar a inevitabilidade do processo de envelhecimento. Em muitos casos, circunstâncias como os transtornos na saúde e a perda do

cônjuge criam uma base física e social que justificam a abstinência da atividade sexual, podendo permanecer apenas o interesse sexual (LOPES; TORRES; MAIA, 1994; WAGNER, 1989).

A escassez de informações sobre o processo de envelhecimento e as mudanças na sexualidade em diferentes faixas etárias têm contribuído ao longo dos tempos para a manutenção desses preconceitos, reforçando a assexualização dos idosos. Vasconcelos et al. (2004) revelaram que trabalhar esclarecendo essas distorções difundidas pela sociedade em relação à sexualidade pode contribuir para ressignificar os preconceitos e melhorar a vivência da sexualidade, principalmente para os mais longevos. Renata Silva (2003) ressalta que o idoso deve ser encorajado e apoiado, bem como, orientado a receber informações necessárias e até mesmo tratamento adequado para melhorar a sua sexualidade, contribuindo de forma favorável para sua qualidade de vida.

Os mitos e tabus que envolvem a sexualidade atingem diferentes culturas e classes sociais. Um estudo desenvolvido no Reino Unido, na Inglaterra, com 22 médicos generalistas revelou que a maioria desses profissionais evita investigar a sexualidade dos pacientes com mais de 50 anos, pois além de achar que esse tema não deve ser abordado nesta faixa etária, demonstraram ter dificuldades em lidar com esse conteúdo (GOTT, HINCHLIFF; GALENA, 2004).

Geralmente acreditava-se que com a aproximação da quinta década de vida do ser humano haveria um esperado declínio da função sexual e com ela o indivíduo perdia também a sua função sexual que era a de “procriador”, perdendo seu status social sendo desacreditado quanto à expressão dos seus desejos e potencialidades sexuais (VASCONCELOS et al., 2004).

A sexualidade humana, mesmo com os avanços em diversas áreas do conhecimento, ainda não apresenta, por parte de seus estudiosos, consenso acerca de sua definição. A sexualidade para alguns autores se confunde com o ato sexual, fisiológico, e, em outros envolve outras instâncias subjetivas do ser humano. Vejamos como alguns desses autores descrevem a sexualidade.

Segundo a definição encontrada no Moderno Dicionário Enciclopédico Brasileiro, sexualidade é “qualidade do que é sexual” (p.757). A mesma fonte define sexo como uma “conformação especial que distingue o ser macho da fêmea nos animais e nos vegetais” (p.756) (ÁBILA FILHO, 1983).

Nogueira (1996), por sua vez, concebe que:

[...] a identidade de cada um está diretamente ligada à sexualidade. A sexualidade humana, por sua vez, está vinculada a instintos, a impulsos, mas dentro de uma estrutura psicológica, o que a distingue da sexualidade animal (p. 16).

No Vocabulário de Psicanálise de Jean Laplanche (1992), a sexualidade:

[...] não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função excreção, etc.) e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual (p. 476).

Mattioda, Silvestri e Bastiani (1998), referem-se à sexualidade como reação física e emocional ao estímulo sexual, estando além do impulso e do ato sexual. Segundo a mesma fonte, a sexualidade é parte de nossa identidade básica, expressa-se em nosso estilo de vida, em nossos papéis masculinos ou femininos, nos modos de expressar nossos afetos e, também, no nosso comportamento erótico.

Fonseca e Beresin (2008) referem-se à sexualidade como uma das dimensões do ser humano que envolve, além do corpo, a história, os costumes, as relações afetivas e a cultura.

A psicóloga e sexóloga Heloisa Fleury (2004) destaca a interdependência das dimensões que envolvem a sexualidade:

Sexualidade envolve um processo fisiológico e outras dimensões mais subjetivas do ser humano, como a capacidade de confiar, sentir-se valorizado, aproximar-se e separar-se sem ansiedade excessiva, de manter um padrão de relacionamento com o parceiro diferente de uma relação filial-parental e de vivenciar a própria agressividade sem muita ansiedade. (p.18).

No Compêndio de Psiquiatria Kaplan, Grebb e Sadock (2002) formularam que “A sexualidade de uma pessoa está estreitamente ligada a outros fatores da personalidade, à conformação biológica e ao senso geral do *self*. Inclui a percepção de ser homem ou mulher, e reflete experiências evolutivas com o sexo ao longo de todo o ciclo vital”. Esses autores consideram que “o comportamento sexual é diversificado e determinado por uma interação complexa de fatores. É afetado pelos relacionamentos do indivíduo com outros, pelas próprias circunstâncias de vida e pela cultura na qual ele vive.” (p.616)

Dentre as definições encontradas, talvez seja mais oportuno considerar a apresentada por: Lopes, Torres e Maia (1994).

[...] A sexualidade é uma dimensão inerente à pessoa, presente em todos os atos de sua vida e determinante de um modo particular e individual de ser, de se manifestar, se comunicar, sentir e expressar. Sexualidade é identidade, explicitada na forma como o indivíduo estabelece a relação consigo e com o mundo, e está presente em nós desde a vida intra-útero até o momento de nossa morte. A sexualidade é uma forma de expressão pessoal que não tem um momento para terminar (p. 401).

Em resumo, poderíamos dizer que a sexualidade está relacionada a forma particular de ser e viver no mundo, onde ocorre busca incessante pelo prazer, sendo suas manifestações impulsionadas e direcionadas para a satisfação de uma necessidade do indivíduo, envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e relacionais nesta satisfação.

Segundo Rodrigues, Diogo e Barros (1996) há mudança na forma de apresentação da sexualidade que difere da criança para o adolescente o qual, por sua vez, difere do adulto e assim sucessivamente. A sexualidade seria, portanto, a manifestação sexual que foi introjetada pela pessoa no seu amadurecimento, independente da idade, mas estruturada pelos aspectos biopsicossociais.

Outro tema que também não apresenta consenso acerca de sua definição é o de satisfação sexual (SS). Pesquisadores identificaram que essa indefinição encontra-se tanto no meio acadêmico como no senso comum. Popularmente o conceito de “SS” apresenta significados diversos, uma maior parcela dos homens considera que a “SS” está atrelada à qualidade da ereção, para as mulheres, principalmente as mais jovens, a satisfação estaria na capacidade orgástica, obtida através do ato sexual, outros a concebem como algo muito mais abrangente envolvendo instâncias que se sobrepõem ao ato puramente físico (LOPES; MAIA, 2005; PECHORRO; DINIZ; VIEIRA, 2009; SILVA, M. et al., 2010).

Podemos observar que os estudos que abordam estas temáticas levantam várias discussões, mas também não conseguem deixar clara a definição da sexualidade ou de satisfação sexual, o que talvez ocorra pela sua pluralidade conceitual. Segundo Wagner (1989), essa indefinição conceitual tende a reforçar a concepção de que a sexualidade se limita ao ato sexual reprodutivo, mecânico e, muitas vezes, cercado de tabus e preconceitos, que levam a sociedade a supervalorizar o sexo na juventude e discriminá-lo durante o envelhecimento.

Durante muito tempo e ainda hoje, em algumas culturas cristãs, o sexo assumia única e exclusivamente a função de ato de procriação, sendo punido àqueles que desviassem dessa máxima. Só no final do século XIX que a ciência dá os primeiros passos no processo de dissociação da sexualidade do desígnio bíblico, atrelando ao ato sexual a função de prazer. Intensificando-se nos últimos séculos com as descobertas científicas e, mais recentemente com o estabelecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Hoje, desvinculado parcialmente do ato da concepção, o sexo faz parte de nosso cotidiano (FONSECA; BERESIN, 2008; VASCONCELOS et al., 2004).

Nos últimos anos, as novas conquistas da tecnologia dos hormônios sintéticos, auxiliando na contracepção e reposição hormonal, favoreceram as mulheres à oportunidade de manter a função sexual prazerosa após a menopausa, libertando-a dos ditames carregados de preconceitos acerca de sua sexualidade (FONSECA; BERESIN, 2008).

Na década de 60, os estudos pioneiros do casal de terapeutas sexuais Masters e Johnson (1984) revelaram que o ato sexual é complexo, abrangendo o corpo, a mente e as emoções. A fisiologia do sexo inclui o sistema nervoso e a atividade hormonal, assim como órgãos específicos do corpo. Todos esses elementos estão envolvidos com o ato sexual que segundo estes pesquisadores apresenta quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, comum aos dois gêneros (masculino e feminino). Nesse esquema estariam em ação dois estímulos sexuais, o interno, provocado por pensamentos e fantasias, e o externo, desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão, juntos promoveriam a excitação, que no homem pode ser evidenciada pela ereção peniana e na mulher através da vasocongestão da vagina e da vulva. A permanência desses estímulos aumentaria o nível de tensão sexual, caracterizando a fase de platô, seguida pelo orgasmo. No homem o orgasmo seria acompanhado de ejaculação. Para ambos após essa última fase haveria um período denominado de refratário (resolução), visivelmente mais definido no homem com a baixa da ereção, quando o corpo retornaria às condições físicas e emocionais observadas antes do início deste ciclo. Diferentemente do homem a mulher pode obter outros orgasmos em curto espaço de tempo, sem ter que reiniciar o ciclo (ABDO, 2005), o chamado “orgasmos múltiplos”, que ocorrem em sequência (PARISOTTO, 2001).

A psiquiatra Helen Singer Kaplan (1977), na década de 70, propôs a reformulação nas fases desse ciclo, argumentando que anterior a fase de excitação estaria presente o desejo, uma vontade de estabelecer uma relação sexual, que seria desencadeado por algum estímulo

sensorial (visão, audição, olfato, etc.) assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias. Em vista de ser a excitação crescente que conduz ao orgasmo não se justificaria o platô, considerando assim que o ciclo de resposta sexual compreenderia as fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução, esta última fase estaria mais relacionada ao homem, pois a mulher pode continuar excitada e obter outros orgasmos.

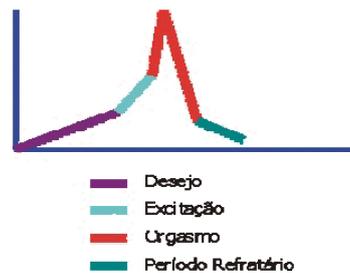
No quadro 01, apresentam-se as correlações entre as duas propostas acerca do modelo do ciclo de resposta sexual humana.

Quadro 01. Fases do ciclo de reação sexual saudável nas perspectivas de Masters e Johnson e de Kaplan.

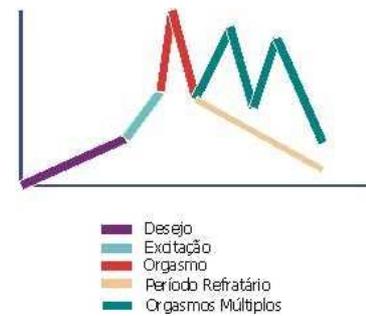
| Fases | Características |
|---|--|
| - A excitação ou fase de início do desejo erótico | – fantasias acerca da atividade sexual e desejo de ter atividade sexual; |
| - Fase de excitação máxima ou fase platô | – sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes, como tumescência e ereção peniana no homem e vasocongestão pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa nas mulheres; |
| - Fase orgásmica ou clímax | – liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores, no homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida de ejaculação do sêmem. Na mulher, contrações da parede do terço inferior da vagina. Há contração rítmica do esfíncter anal em homens e mulheres; |
| - Resolução ou fase de recuperação. | – sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Após essa fase o homem necessitaria de um tempo, de variação individual, para reiniciar a primeira fase, enquanto que a mulher estaria mais de prontidão para reiniciar a primeira fase de imediato. |

Para melhor visualização deste ciclo, expomos nas figuras (01 e 02) as diagramações apresentadas por Luciana Parisotto (2001a, b) alusivas a essas fases em homens e mulheres.

**Figura 01 - Ciclo da Resposta Sexual Humana/
Masculino (a).**



**Figura 02 - Ciclo da Resposta Sexual Humana/
Feminino (b).**



Fonte: Luciana Parisotto (2001a, b)

Uma das consequências da indefinição acerca da sexualidade e da satisfação sexual revela-se na tendência observada entre os autores em associar a satisfação sexual à ausência de transtornos ou disfunções sexuais no chamado ciclo de resposta sexual humana (ABDO, 2009; GALVÃO; ABUCHAIM, 2001; LOPES; MAIA, 2005).

Fleury e Abdo (2005) ressaltam que a etiologia das disfunções sexuais (DS) feminina é multicausal, com determinantes biológicos, psicológicos, socioculturais e relacionais. Recomendam que para o diagnóstico dessas disfunções seja realizada uma avaliação pormenorizada de seus determinantes.

O Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (APA, 2002), utilizando as associações entre os modelos de ciclo de resposta sexual desenvolvidos por Masters e Johnson e de Kaplan estabeleceu critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, define resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Estudo realizado com mulheres brasileiras identificou que a falta de desejo é a maior queixa sexual feminina em todas as faixas etárias atingindo até 73% nas mulheres com mais de 60 anos (ABDO et al., 2002). Em homens e mulheres as disfunções sexuais (DS) podem ser caracterizadas por falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, o que prejudica uma ou mais das fases desse ciclo podendo inclusive bloqueá-lo em determinado momento de sua realização (ABDO, 2009). Na mulher as DSs mais frequentes são o bloqueio ou inibição do desejo (hipoativo), bloqueio do orgasmo

(anorgasmia), presença de dor (dispareunia) e o distúrbio da frequência sexual (GALVÃO; ABUCHAIM, 2001; LOPES; MAIA, 2005).

O conhecimento acerca da sexualidade humana vem avançando com as investigações realizadas em diversos campos, possibilitando identificar particularidades e diferenças entre as características femininas e masculinas da resposta aos estímulos sexuais. Diferenças que podem ser atribuídas a fatores biopsicossociais: hormônios sexuais (estrógenos versus andrógenos), educação sexual (repressora versus permissiva) e o ambiente (controlador versus estimulante) (ABDO, 2005).

A partir da análise dessas diferenças, na avaliação da disfunção do desejo sexual hipoativo, especialistas em sexualidade sugerem a incorporação do Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina (ABDO, 2005, 2010; ABDO; FLEURY, 2006; FLEURY, 2004; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008) desenvolvido pela psiquiatra canadense Rosemary Basson (2000), reformulando o modelo tradicional do ciclo de resposta sexual humana que apresenta sucessivas e invariáveis fases (desejo, excitação, orgasmo e resolução). Segundo este Modelo Circular a mulher em relacionamentos prolongados pode iniciar a relação a partir de uma “neutralidade sexual”. A intimidade é o principal motivador para o sexo, muitas mulheres dão início ao ato sem que estejam interessadas ou entusiasmadas, mas buscam o carinho e aproximação física com o seu parceiro, antes de serem implicadas pelas sensações eróticas, antepondo a excitação ao desejo. Portanto, é o desejo de intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual, não caracterizando uma disfunção do desejo. Neste Modelo Circular a resposta sexual feminina acontece em fases sobrepostas de ordem variável demonstrando o dinamismo da resposta sexual (BASSON, 2005).

Assim como Fleury e Abdo (2005), Lopes e Maia (2005) ressaltam que o enfoque sobre as DSs deve abranger os critérios biopsicossociais que envolvem a relação. Sugerem com base na Sexologia atual a reformulação da forma de abordagem às DSs, ao empregar os conceitos de “adequação e inadequação sexuais” em substituição ao de disfunção. Destacam que a adequação existe quando cada um dos parceiros (**independente do tipo de conjugalidade**) está bem consigo mesmo e com o outro. (grifo nosso) A inadequação apareceria quando não houvesse harmonia entre ambos, podendo impedir a satisfação sexual. Marques, Chedid, Eizerik (2008) exemplificam apresentando um casal com vaginismo (contração involuntária da musculatura da vagina) e disfunção erétil, sendo a disfunção de um

conveniente ao outro, pois ela não deixaria ser penetrada e ele não conseguiria penetrá-la, como se vê, se só um realizasse tratamento haveria uma “inadequação”, pois o disfuncional não suportaria a demanda do outro.

O processo de envelhecimento produz a interrupção normal da fecundação e da ciclicidade hormonal que se manifesta por volta da quinta década de vida da mulher. A partir dos 30 anos será produzido um gradual declínio da capacidade reprodutiva. Igualmente, os transtornos no ciclo menstrual parecem aumentar com a idade. A menopausa está relacionada habitualmente ao término da procriação e, portanto, ocorre uma transição nesta fase que não se dá apenas no ciclo vital psicossocial (KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1985).

O declínio da sensibilidade ovariana e das gonadotrofinas hipofisárias parecem produzir declínio na produção de estrógenos, o que reduz a frequência de ovulações durante os ciclos menstruais dos anos imediatamente anteriores ao início da menopausa, causando várias alterações fisiológicas no corpo. Fisiologicamente, os anos pós-menopáusicos podem evidenciar as consequências da deficiência crônica de estrógenos (DAVIDOFF, 1983).

Terhorst, Castro e Guerra (1998), afirmam que a menopausa teria pouco efeito na resposta sexual da mulher, verificaram que tanto a menopausa natural como a provocada cirurgicamente estavam associadas ao declínio nos níveis de atividade sexual. Apontava-se que tal declínio era motivado, sobretudo, por um menor interesse do cônjuge masculino pela atividade sexual.

Lopes, Torres e Maia (1994) destacaram como as principais alterações fisiológicas no processo de envelhecimento da mulher a diminuição dos níveis de estrógeno e progesterona; do tamanho do colo do útero, do útero e dos ovários; da espessura e elasticidade da vagina e da lubrificação vaginal. Na fase de excitação: resposta mais lenta; a redução da vasocongestão genital, devido à diminuição do fluxo sanguíneo por queda de estrogênio; o aumento no tamanho dos seios como sendo mínimo ou ausente; a menor tensão sexual devido à diminuição da massa muscular; a menor expansão da vagina e menor lubrificação vaginal; a secura vaginal, devido a maior demora e menor lubrificação e o coito, em consequência, produzindo dor. Na fase do orgasmo resposta clitoriana intacta, a diminuição da duração do orgasmo e contrações vaginais mais raras e menos intensas. Na fase de resolução, aumento do tempo de retorno ao estado pré-estimulatório; a redução da capacidade multiorgástica; a irritação fácil do clitóris devido à redução do tecido adiposo e a presença mais frequente de sintomas de cistite ou uretrite.

De Lorenzi e Saciloto (2006) observaram que a longevidade feminina tem provocado crescente interesse no meio acadêmico nas questões que envolvem a sexualidade no climatério, principalmente as referentes às disfunções sexuais.

Apesar das mudanças fisiológicas que ocorrem durante o climatério, estudos que tratam da sexualidade concluem que o desejo e o prazer da mulher mantém-se intactos, não sendo afetados (KOLODNY; MASTERS; JOHNSON, 1985; LOPES; TORRES; MAIA, 1994; TERHORST; CASTRO; GUERRA, 1998; WAGNER, 1989).

O decréscimo dos hormônios sexuais ocorre em ambos os sexos durante o envelhecimento. A resposta sexual do adulto basicamente não difere entre os sexos. As qualidades intrínsecas do orgasmo são também as mesmas para homens e mulheres. Porém, mudanças fisiológicas e capacidades particulares parecem afetar a autoestima individual e ilustram o potencial para os relacionamentos significativos. Com isto, observou-se que quando há diminuição da emergência do coito são valorizados os caminhos que levam ao ato sexual, passando a existir maior valorização do outro (LOPES; TORRES; MAIA, 1994; MATTIODA; SILVESTRI; BASTIANI, 1998).

Concomitante aos fatores fisiológicos que influenciam no declínio ou até mesmo na interrupção por completo da resposta sexual dos idosos está os fatores psicossociais. Wagner (1989), destaca três temas que demonstram a influência dos aspectos culturais na visão da sociedade atual sobre o envelhecimento:

- *no envelhecimento não somos mais desejáveis,*
- *não somos mais desejosos e*
- *não somos mais sexualmente capazes.*

A autora considera que esses temas já se transformaram em estereótipos e que a identidade sexual deve ser definida como um conceito que tem significado específico relacionado com a cultura na qual está inserido. Esta identidade é formada por três componentes que se combinam e interagem: o primeiro seria o cerne da identidade morfológica dado pelo código genético e que determina o ser macho ou fêmea, sem alterações, da concepção à morte; o segundo, o comportamento do papel sexual depende da cultura em que a pessoa vive e que determina e prevê como deve ser sua conduta nas diferentes fases da vida, da infância à velhice e nas mudanças do estado civil, reforçando positivamente os que se pautam pelas regras e penalizando os que as transgridem; o último, a orientação sexual, se reporta à particular experiência de cada pessoa neste campo acrescida de

suas fantasias, desejos e auto-imagens como ser sexual (WAGNER, 1989).

Lopes, Torres e Maia (1994), dizem que a ausência de informações, bem como suas distorções (tabus e mitos), constitui a grande causa de disfunções sexuais em nossa sociedade.

Os mitos mais comuns e que mais influenciam a expressão sexual nessa faixa etária são:

- A mulher tem menos necessidade sexual do que o homem.
- A redução funcional das glândulas (menopausa) assinala o fim da vida sexual.
- O desejo e a potência sexual diminuem sensivelmente após os 40 anos.
- Se a mulher não é charmosa e jovem, não pode gozar de uma boa relação sexual.
- O intercurso pênis-vagina é o único método normal de relações sexuais, ou sexo

significa somente penetração vaginal.

- A mulher não deve ter a iniciativa frente ao sexo.

Na velhice deve-se ressaltar a existência de grande diversidade em relação aos valores, interesses e capacidade sexual entre os indivíduos. Estudos sobre a sexualidade citam que o interesse e a capacidade sexual podem manifestar-se até aos 70, 80, 90 anos e mais, se a pessoa idosa apresenta um estado de saúde satisfatório e dispõe de um(a) companheiro(a) também interessado do ponto de vista sexual (DAVIDOFF, 1983; SILVA, R., 2003; VASCONCELOS et al, 2004; ALMEIDA; LOURENÇO, 2008).

Observa-se, assim, que a sexualidade em diferentes fases da vida parece resultar da interação de componentes biológicos, culturais, psicológicos e relacionais. Com o envelhecimento, esses componentes parecem ser acentuados e levam os idosos a lutarem para combater os sinais que em nossa sociedade formam o estigma da velhice, destituindo a sexualidade na senectude, fazendo homens e mulheres sentirem-se culpados e indignos de vivê-la (GOFFMAN, 1982).

A mistificação da sexualidade parece gerar comportamentos sexuais adversos. O mito da eterna juventude ou da assexualidade na terceira idade parece predizer a atividade sexual dos anos posteriores. Os estudos relatados por Davidoff (1983), revelam que, embora o impulso sexual humano seja inato, os comportamentos que o satisfazem são ativamente moldados por experiências dentro de uma determinada cultura. Na maioria das sociedades, uma mistura de leis, convenções e tabus regula a conduta sexual, dizendo às pessoas não apenas que práticas sexuais são aceitas, mas também quando, onde, como e sob que circunstâncias e com quem a sexualidade pode ser expressa.

Desde o início do século XX a família, leis, costumes, operavam no sentido de abafar a sexualidade da mulher. A Igreja, como ainda hoje, possuía um papel fundamental nesse condicionamento das práticas sexuais femininas, justificando-as através da idéia de que o homem era um ser superior e, como tal, cabia a ele o exercício da autoridade. A mulher, desse modo, tinha como dever, o exercício da maternidade que era visto como o ápice de sua vida. Esse adestramento da sexualidade feminina pressupunha o desvio dos sentidos pelo respeito ao pai, depois ao marido, além de uma educação dirigida exclusivamente para os afazeres domésticos (TERHORST; CASTRO; GUERRA, 1998).

Nos estudos sobre sexualidade, alguns autores como Terhorst, Castro e Guerra (1998) e Barbosa e Parker (1999), destacaram a influência das práticas religiosas. Talvez por estarem alicerçadas em dogmas que direcionam e predizem o comportamento humano, influenciam na forma de expressar os sentimentos de seus seguidores, que na maioria das vezes enchem-se de “culpas” e proibições, que em alguns casos podem desencadear uma inadequação sexual devido ao conflito de pensamento entre os parceiros sexuais.

Davidoff (1983) declarou que a sociedade molda as atitudes e práticas sexuais em seus membros através do ensino direto. Os pais, os pares, as instituições educacionais e religiosas e os meios de comunicação muitas vezes proporcionam instruções explícitas, como “não faça isso” ou “esta é a maneira de se fazer tal e tal coisa”. Os que se acham mais próximos de nós usam aprovação e desaprovação para influenciar nosso comportamento; nossa tendência é a de nos movimentarmos em direções que são apoiadas e a de abandonarmos as que trazem problemas e objeções.

A educação dada pela família era fundamental, no que concerne ao direcionamento da filha que, no futuro, deveria ser boa mãe e dona de casa exemplar, amar incondicionalmente seus filhos, ser responsável pela união de sua família, ser fiel ao seu marido e ser contida sexualmente. O comportamento desviante ficaria para as “desvirtuosas” e àquelas que não tinham uma família.

Caridade (1997) em seu artigo “Sexualidade: Uma dimensão da existência que não tem idade”, chama a atenção que a pessoa idosa, em geral, aprendeu a enquadrar-se no estereótipo cultural que aponta a beleza como um atributo da juventude. Como justificativa diz que isso ocorre porque nos acostumamos a olhar a beleza como um aspecto meramente externo, mas para a autora esse é um grande equívoco cometido por nós. Afirma que a beleza não é apenas um valor objetivo, mas, também, muito subjetivo. Ressalta que uma autoestima

positiva, um gostar de si, um apreciar-se, deixa fluir a sabedoria conquistada, a verdade pessoal interna que é a subjetividade da beleza. Portanto, há uma dimensão de beleza que depende de nossa própria construção. E quando nos achamos bonitos em nosso existir gostamos de amar, de partilhar essa beleza com o outro. Conclui afirmando que a idade não será impedimento para a efetivação da sexualidade.

Assim como Terhorst, Castro e Guerra (1998), Bacelar (2002) observou que no seu processo de subjetivação, a mulher assumiu idéias, preconceitos e falsas informações sobre a própria sexualidade, daí o alto grau de “repressão” a que se submete, seja pelos parâmetros sociais, seja por ignorância a respeito de suas necessidades de prazer.

No Dicionário Escolar, repressão: “é ação ou efeito de reprimir; coibição. Reprimir: sustar a ação ou o movimento de; Oprimir; Violentar” (ABILA FILHO, 1983, p. 719).

Laplanche (1992, p. 457) descreve a repressão como “operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: uma idéia, afeto, etc.”

Petchesky (1999), percebeu que as mulheres mais velhas – pela negação de outros canais de autoridade ou meios para dar vazão à auto-afirmação – em muitas comunidades, mais do que os homens, eram as que procuravam manter e policiar os limites do comportamento sexual de outras mulheres e suas próprias filhas. Como se sabe, as mulheres adquirem respeitabilidade ou certo status privilegiado, preservando as práticas e códigos de honra tradicionais.

A aceitação e submissão às regras sociais, em alguns casos, levam ao estabelecimento de relações conjugais indesejáveis, pautadas em interesses onde o homem é a “cabeça da casa” e a mulher deve-lhe obediência. Quando isso acontece, o sofrimento muitas vezes é inevitável. O sexo torna-se obrigação, focalizado na penetração e satisfação individual, geralmente do homem.

Predomina ainda em nossa cultura a visão de que o ato sexual deve ser praticado exclusivamente entre um homem e uma mulher, concepção que pode influenciar na forma de satisfação sexual, pois nem sempre há um outro “ideal” que possa satisfazer essa necessidade.

A negação dessa regra nem sempre é fácil ou possível, pois a satisfação sexual que poderia ser alcançada com alguém do mesmo sexo não é aceita em nossa sociedade (BARBOSA; KOYAMA, 2006; LOPES; MAIA, 2005; SILVA, M., et al., 2010).

A prática sexual entre mulheres, assunto ainda escasso na literatura, foi discutida em artigo elaborado por Barbosa e Koyama (2006) ressaltando a necessidade de aprofundar o tema da homossexualidade feminina e sua relação com a saúde, propondo seu resgate da marginalidade dos estudos no campo da Saúde Coletiva. Em 2008, Barbosa e Koyama, analisando o comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, nos anos de 1998 e 2005, no Brasil, observaram que no último ano houve um aumento na proporção de mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 55-65 anos e que em 1998, 3% das mulheres entre 16-65 anos relataram ter tido relação sexual com outras mulheres em algum momento de suas vidas (em 2005, não houve dados para comparação). Envelhecer e satisfação sexual não são conquistas de alguma categoria em particular, portanto, considera-se pertinente a proposta das autoras de expansão dos estudos sobre a homossexualidade, inclusive nas pessoas idosas.

O autoerotismo ou masturbação surge como uma das formas de satisfação sexual (alternativa ou complementar), considerada pelos especialistas como uma prática saudável, mas por contrariar os princípios e dogmas de algumas religiões é ainda combatida por ser considerado “pecado”, resultando em repressão, frustração ou sublimação do desejo sexual (LOPES; MAIA, 2005; PEREIRA et al., 2008; SILVA, R., 2003; SILVA, M., et al., 2010).

Com base em estudos sobre a sexualidade humana, Masters e Johnson (1984), perceberam uma variável importante a tendência do significativo número de mulheres idosas sem companheiros, aproximadamente, (dados da época), 10% das mulheres nunca casam. Além disso, a dádiva da longevidade não era igualmente dividida entre os sexos. Como resultado, há uma legião, que cresce constantemente, de mulheres que estão vivendo os seus últimos anos sem companheiros maritais.

Masters e Johnson (1984) concluem que parece não haver razão fisiológica pela qual a frequência de expressão sexual considerada satisfatória para a mulher jovem não deverá ser continuada aos anos da pós-menopausa. A frequência do intercuro sexual ou atividade manipulativa durante os anos da pós-menopausa é de pouca importância, contanto que os indivíduos envolvidos sejam membros sadios, ativos e participantes de sua sociedade.

Paiva (1992) ressalta que no curso da vida humana o estabelecimento de vínculos afetivos é vital para o desenvolvimento harmônico da personalidade. Quando ocorrem perdas de vínculos afetivos, porém, são comuns momentos de grande dor e sofrimento para quem os vivencia.

As descobertas sobre o processo do envelhecimento, principalmente em relação à sexualidade da pessoa idosa, são de suma importância para que sejam reformulados os estereótipos que a envolvem, bem como contribuir para a elaboração de novas técnicas que possam auxiliar nessa fase do desenvolvimento humano, orientando os profissionais da saúde e a sociedade em geral, proporcionando novas expectativas de uma vida mais longa, com a superação das limitações impostas.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a satisfação e função sexual em mulheres idosas participantes de grupos de convivência.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico das idosas;
- Avaliar a autopercepção das idosas em relação à saúde;
- Verificar se existe associação entre satisfação e função sexual com o perfil sócio-demográfico das idosas e a saúde autopercebida.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo exploratório, quantitativo, de corte transversal, baseado em investigações onde fator e efeito são observados, ao mesmo tempo e no mesmo momento histórico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.2 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, que política e administrativamente é dividida em seis regiões (RPA). Para esse estudo foi escolhida a RPA-04, composta por 12 bairros: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Várzea e Cidade Universitária (RECIFE, 2005). A RPA-04 no processo de distritalização para campo de prática das universidades situadas na Cidade do Recife foi estabelecida como área de abrangência e influência da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por mulheres idosas participantes dos grupos de convivência localizados na RPA-04, distribuídos nos respectivos bairros: (01) Ilha do Retiro, (02) Iputinga, (01) Madalena, (01) Prado, (03) Engenho do Meio, (05) Várzea e (02) Cidade Universitária. Os grupos foram identificados por meio do cadastro fornecido pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Cidadã da Prefeitura do Recife. Em 2009, 17 grupos estavam com o cadastro atualizado, sendo o total de participantes e distribuição segundo gênero fornecido pelas respectivas coordenadoras ou presidentes dos grupos na fase de elaboração do projeto desta dissertação, conforme tabela 01.

Tabela 01 - Grupos de convivência para pessoas idosas, por gênero, da RPA-04, Recife/PE, 2009.

| Grupo convivência para pessoas idosas da RPA-04 | Idosos | | |
|---|---------------|-----------|------------|
| | participantes | Masculino | Feminino |
| Alegria de Viver (IESA) | 30 | 2 | 28 |
| Alegria de Viver (IESA) | 23 | - | 23 |
| As Poderosas (ONG/UFPE) | 20 | - | 20 |
| ASSAUPE- associação dos alunos da UnATI Pernambuco (ONG/UFPE) | 130 | 13 | 117 |
| CAIVOB – casa de apoio ao idoso vovó Bibia (Filantrópico/ONG) | 30 | 4 | 26 |
| Clube de Idosos Unidos Venceremos (Comunitário/ONG) | 80 | 9 | 71 |
| Clube de Mães Nossa Senhora de Lourdes do Sítio do Cardozo (Comunitário/ONG) | 94 | 4 | 90 |
| De Bem com a Vida (IESA) | 25 | 5 | 20 |
| Fraterno Bom Pastor (instituição Católica) | 80 | 1 | 79 |
| IBO (MASTI – Movimento de assistência social a terceira idade - Igreja Batista) | 42 | 2 | 40 |
| Lar Fabiano de Cristo (Espírita Kardecista) | 100 | 4 | 96 |
| Nova Vida (IESA) | 22 | 4 | 18 |
| *Núcleo de Mulheres e Familiares Comunidade Campo do Banco | *30 | *5 | *25 |
| Pastoral da Pessoa Idosa Escola Magalhães Bastos (instituição Católica) | 10 | - | 10 |
| Paz e Amor do Engenho do Meio (Comunitário/ONG) | 140 | 5 | 135 |
| *Sítio Berardo (Comunitário/ONG) | *30 | *3 | *27 |
| Sorrindo para a Vida (Comunitário/ONG) | 63 | 8 | 55 |
| Total | 949 | 69 | 880 |

Fonte: Secretaria de Direitos Humanos e Segurança Cidadã da cidade do Recife/PE, 2009.

Legenda: (IESA - idosos educadores em saúde- ESF/SMS/Recife/PE)

* grupos excluído na fase de coleta de dados.

Do total de 17 grupos, dois por inadequação em termos de infra-estrutura física para a realização da pesquisa não foram incluídos por solicitação do próprio coordenador do grupo.

Os 15 grupos que participaram deste estudo apresentam características comuns, quanto ao gênero são na maioria mistos com predominância feminina (tab. 01). Os grupos foram cadastrados junto à Prefeitura do Recife como grupos de convivência para pessoas idosas, entretanto, a idade para inclusão nestes grupos parece não ser o principal critério adotado, pois foi observado em 07 a presença e participação de pessoas de faixas etárias diversas, inclusive adolescentes. Todos apresentam caráter sócio-assistencial, a exceção de dois que estão nas dependências físicas da UFPE. As atividades desenvolvidas incluem práticas corporais, palestras educativas com profissionais convidados e a distribuição de kits de higiene e cesta básica.

A formação dos grupos surgiu, segundo relato dos coordenadores, como resposta a demanda crescente de idosos existentes nas comunidades, objetivando buscar alternativas para melhorar a qualidade de vida desses idosos através da implantação de ações coletivas de educação, saúde e lazer, bem como práticas laborais que propiciem renda extra.

4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Considerando a complexidade e sutileza na abordagem do tema sexualidade e a prática sexual, principalmente em pessoas idosas, optou-se pelo processo de seleção da amostra por conveniência. A amostra foi composta pelas idosas participantes dos 15 grupos de convivência que aceitaram o convite para participar da pesquisa voluntariamente, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos. Segundo Creswell (2007), este processo de seleção é utilizado quando não é possível realizar uma amostragem aleatória, pois o pesquisador precisa usar grupos formados naturalmente ou voluntários.

Nos 15 grupos pesquisados 276 mulheres idosas aceitaram participar do estudo respondendo a primeira parte da entrevista estruturada, contendo questões referentes aos dados de identificação, sociodemográficos, autopercepção da saúde e morbidade referida, destas apenas 91 idosas (33%) atendiam ao critério de prática sexual nos últimos seis meses, respondendo a segunda parte da entrevista composta por um questionário que avaliou o padrão de desempenho sexual, denominado Quociente Sexual-Versão Feminina (QS-F). (APÊNDICE A).

4.4.1 Critérios de inclusão

- Idade mínima de 60 anos - condição que define a pessoa idosa de acordo com a Lei 8842/94 que reza sobre a Política Nacional do Idoso (PNI);
- Ser do sexo feminino;
- Estar participando dos grupos de convivência da RPA-04;
- Capacidade para ler e escrever e concordar voluntariamente em participar do estudo com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.4.2 Critérios de exclusão

- Apresentar algum comprometimento em termos de comunicação no momento da entrevista.

4.5 ELENCO DAS VARIÁVEIS

4.5.1 Variável dependente:

Satisfação e função sexual – medida através da escala Quociente Sexual – versão feminina (QS-F).

4.5.2 Variáveis independentes:

4.5.2.1 Sóciodemográficas:

Idade – considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta de dados, agrupada em três intervalos: (60 a 69), (70 a 79), (80 e mais).

Estado conjugal – casada ou em união consensual, solteira (nunca se casou ou morou com companheiro/a), viúva e sem companheiro/a atual, separada ou divorciada e sem companheiro/a atual.

Escolaridade – considerado o total de séries cursadas e com aprovação: nenhuma série, da 1^a-4^a série (ensino fundamental I), da 5^a-8^a série (ensino fundamental II), da 9^a-12^a série (ensino médio), ensino superior completo e pós-graduação.

Religião – a que pratica com maior frequência: católica, evangélica, espírita e outras.

Situação previdenciária – distribuída nas seguintes categorias: não aposentada nem pensionista, aposentada, pensionista ou aposentada e pensionista.

Renda individual mensal – rendimento mensal total distribuído nos seguintes intervalos: sem rendimento, até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a três salários mínimos e mais de três salários mínimos.

Renda familiar mensal – rendimento mensal total distribuído nos seguintes intervalos: sem rendimento, até um salário mínimo, de um a dois salários mínimos, de dois a três salários mínimos e mais de três salários mínimos.

Contribuição na renda familiar – contribuição da idosa para com o sustento da casa, de acordo com as seguintes categorias: totalmente, parcialmente ou não contribui.

Arranjo Familiar – número e parentesco de pessoas que coabitam na mesma residência da idosa;

Onde dorme – local dentro da residência (quarto, sala, outros);

Com quem dorme – especificar.

4.5.2.2 Autopercepção de saúde

Neste estudo foram utilizadas questões sobre autopercepção de saúde e a comparação desta em relação à saúde de outras pessoas da mesma idade, questões que foram elaboradas e validadas pelos Projetos BOAS¹ e SABE². Com base na análise dos instrumentos de avaliação apresentados nestes projetos, foi determinada a dicotomização entre as categorias, a saber: Excelente, Muito boa e Boa, consideradas BOA autopercepção da saúde, e as categorias Regular e Má (Ruim) serão consideradas como uma autopercepção RUIM. Quanto à comparação com a saúde de outras pessoas as categorias Muito pior e Pior serão consideradas como um PIOR estado de saúde, e as Melhor e Muito melhor consideradas como um MELHOR estado de saúde.

Obtendo-se:

| | | |
|--|---|--|
| Respostas = Excelente, muito boa e boa | ⇒ | BOA autopercepção da saúde. |
| = Regular e Ruim | ⇒ | RUIM autopercepção da saúde. |
| Respostas = Muito pior e pior | ⇒ | PIOR estado de saúde. |
| = Melhor e muito melhor | ⇒ | MELHOR estado de saúde. |
| = Não percebe diferença | ⇒ | Estado de saúde semelhante aos demais ou sem diferença |

¹ **Questionário BOAS** - Brazil Old Age Schedule, desenvolvido para estudos multidimensionais com a população idosa e validado na seção de Saúde Mental, disponível em: <www.unati.uerj.br/boas/q_boas.htm>

² **Projeto SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe**. Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <www.ssc.wisc.edu/sabe/question/BrasQuest.pdf> - Estados Unidos>

4.5.2.3 Morbidade referida.

Foram levantadas as principais doenças referidas pelas idosas com diagnóstico médico, adotando-se para fins de questionamento as mais prevalentes na população (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). As questões foram adaptadas dos projetos SABE e BOAS (op. cit).

Para melhor classificação da morbidade referida as doenças foram classificadas de acordo com os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10, 1994), obtendo-se 14 categorias.

4.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2010, nos 15 grupos de convivência para pessoas idosas da RPA -04 da Cidade do Recife/PE.

A população do estudo apresentava características que poderiam dificultar o processo de coleta de dados, como a localização em diferentes bairros da RPA – 04, a frequência mensal dos encontros, o encaixe na programação semestral dos grupos e a falta de dados cadastrais que possibilitasse a busca ativa das participantes em seu domicílio.

Como estratégia de trabalho e treinamento para a coleta de dados foi elaborado um curso de extensão intitulado: “Oficina de sexualidade para idosos” e apresentado a Coordenação da Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) do Programa do Idoso, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão da UFPE. Para essa atividade foram selecionados alunos de graduação dos cursos de Psicologia e de Pedagogia da UFPE, além de contar com profissionais de outras áreas, exercitando, desta forma, os pilares das Instituições de Ensino Superior: o ensino a pesquisa e a extensão. O treinamento teórico-vivencial com os idosos teve duração de 30 horas, realizado de março a junho de 2010. Paralelo às oficinas os alunos e profissionais realizaram leituras e discussão de textos em reuniões supervisionadas, além de exercitar a aplicação do instrumental de pesquisa entre si, possibilitando correções.

Como contrapartida da pesquisa, em especial as participantes do estudo, foi ministrada pelo pesquisador uma palestra aberta à comunidade nos 15 grupos de convivência, abordando aspectos que envolvem a sexualidade humana no processo de envelhecimento. A palestra foi agendada com os coordenadores em dia geralmente reservado para a reunião

ordinária do grupo, não alterando o calendário de atividades. Após a exposição dialogada foi explicado o objetivo da pesquisa e feito o convite às idosas para participar do estudo. A Equipe foi composta por pessoas de ambos os sexos, facultando às entrevistadas a opção de escolha do seu entrevistador.

Como instrumento de pesquisa foi utilizada a entrevista estruturada composta por duas partes, a primeira com dados de identificação das participantes, informações sócio-demográficas, autopercepção de saúde, comparação com a saúde de outras pessoas da mesma idade e morbidade referida, a segunda referente à aplicação do questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), este aplicado às idosas que referiram atividade sexual nos últimos seis meses, critério temporal utilizado para caracterização de uma disfunção sexual (ABDO; FLEURY, 2006).

Neste estudo foram consideradas como práticas sexuais às relações heterossexual (homem-mulher) e homoafetiva (mulher-mulher) e o autoerotismo (masturbação), realizadas nos últimos seis meses, apresentadas à entrevistada como formas conhecidas e geralmente praticadas em nossa sociedade, em um ambiente acolhedor onde poderia sentir-se mais à vontade para falar de sua atividade sexual sem constrangimento mediante a uma atitude empática do entrevistador.

O QS-F foi desenvolvido no Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Considerado de fácil manuseio e com linguagem acessível à população brasileira, composto por 10 perguntas, avalia as fases do ciclo de resposta sexual contemplando ainda outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5); conforto na relação sexual (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação sexual (questões 9 e 10). Cada questão deve ser respondida numa escala que varia de 0 a 5; o escore obtido deverá ser multiplicado por 2, resultando uma soma entre 0 e 100, com valores maiores indicando melhor desempenho/satisfação sexual (ABDO, 2006).

Gabarito

| Resultado | Padrão de desempenho sexual | Categoria |
|------------------|------------------------------------|------------------|
| 82 - 100 pontos | bom a excelente | 1 |
| 62 - 80 pontos | regular a bom | 2 |
| 42 - 60 pontos | desfavorável a regular | 3 |
| 22 - 40 pontos | ruim a desfavorável | 4 |
| 0 - 20 pontos | nulo a ruim | 5 |

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:

$$2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5 - Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$$

onde: Q = questão

[5 - Q 7] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões.

Para efeito de análise de associação com as variáveis dependentes o padrão de desempenho sexual será agrupado, obtendo-se:

Categoria de 1 a 2 = Bom a excelente padrão de desempenho sexual.

Categoria de 3 a 5 = Ruim a regular padrão de desempenho sexual.

As que não declararam atividade neste período foi atribuído um padrão de desempenho e satisfação sexual Nulo.

O quociente sexual (QS-F) foi validado no Brasil em estudos com mulheres em diferentes faixas etárias, apresentando significante confiabilidade (ABDO, 2006), sendo utilizado na avaliação da função sexual de mulheres grávidas (LEITE et al., 2007), de estudantes universitárias (FONSECA; BERESIN, 2008) e de idosas (POLIZER; ALVES, 2009).

As questões não compreendidas da entrevista foram repetidas, buscando-se adequar a linguagem à realidade da entrevistada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pelo pesquisador quando solicitado pela entrevistada alegando dificuldades na acuidade visual ou pelo esquecimento dos óculos.

Com o objetivo de facilitar à visualização das respostas as 10 questões avaliadas pelo questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) foi entregue a entrevistada um cartão contendo as possíveis respostas de 0 a 5, com seus respectivos significados. As respostas padronizadas foram ampliadas e colocadas em uma folha de papel ofício número 40 com dimensionamento de ½ folha de papel ofício, fonte Times New Roman, tamanho 50 (APÊNDICE C), onde:

- 0 = nunca,
- 1 = raramente,
- 2 = às vezes,
- 3 = aproximadamente 50% das vezes
- 4 = a maioria das vezes e
- 5 = sempre.

Anterior a coleta de dados o formulário de entrevista (piloto) foi testado em seis idosas participantes da UnATI, que congrega idosos oriundos de diversos grupos de convivência da Região Metropolitana do Recife, permitindo realizar ajustes necessários à continuidade do processo.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 17.0.

Os resultados foram descritos por medidas de frequência, de tendência central e de dispersão e são apresentados através de tabelas.

Foi realizada uma análise individual de todas as variáveis envolvidas no estudo e em seguida a variável dependente teve sua suposição de normalidade verificada. Foi realizada a análise da relação entre a variável dependente e cada uma das variáveis independentes, verificando se havia independência entre elas, mediante testes de associação, adotando-se o valor de $p < 0,05$ como critério para a rejeição da hipótese nula.

Inicialmente apresentaremos as características sociodemográficas, autopercepção de saúde, autopercepção de saúde em relação à saúde de outras pessoas de mesma faixa etária e a morbidade referida pelas participantes dos grupos de convivência. Em seguida faremos uma análise das variáveis em relação à atividade e o padrão de desempenho/satisfação sexual nos seis meses anteriores a entrevista.

Foi aplicado o Teste Qui-quadrado de Pearson verificando associação estatisticamente significativa entre a variável dependente (VD), padrão desempenho/satisfação sexual, com algumas variáveis independentes (VI): sociodemográficas (faixa etária, estado conjugal, morar com esposo ou companheiro fixo e com o fato da idosa promover o sustento familiar), quadros mórbidos (doenças do olho e anexos e as do aparelho circulatório) como também aos aspectos relacionadas à sexualidade (presença de pensamento ou desejo em sexo e a atitude tomada ao pensar/desejar em sexo).

No entanto, não foi possível aplicar o teste estatístico de associação entre o padrão de desempenho/satisfação sexual com as outras variáveis independentes, pois uma das limitações do Teste de associação pelo Qui-quadrado de Pearson é que ele só pode ser aplicado quando no máximo 20% dos valores esperados são menores que 5 (>20% = teste inválido).

A apresentação dos resultados atenderá às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT NBR 14724:2011 (ABNT, 2011).

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos metodológicos deste estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO 1), sob o número de registro no SISNEP FR – 316314, CAAE – 0029.0.172.000-10 e no CEP/CCS/UFPE N° 033/10 de 05 de março de 2010, conforme a Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas científicas desenvolvidas com seres humanos. Sendo o aceite dos participantes ao estudo expresso através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, mantendo seus nomes resguardados.

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 276 idosas, na tabela 02 estão representadas as características da casuística quanto ao perfil sociodemográfico.

A distribuição em relação à faixa etária apresenta-se entre 60 a 91 anos, com média de 70 anos e desvio padrão de 6,65, com maior concentração de idosas entre 60 a 69 anos. No que se refere ao estado conjugal houve uma maior proporção de mulheres viúvas sem companheiro fixo, 42%. Somando-se as viúvas, solteiras e separadas observa-se que o percentual de mulheres sem companheiro corresponde a 67%.

Foi registrada uma média de três habitantes por domicílio, variando de 1 a 11 membros. A maioria (61%) coabitado por dois a quatro membros com destaque aos unipessoais (20%). Mais da metade das idosas (56%) moravam com seus filhos(as) e 32% com seus esposos, entre as casadas ou com companheiro fixo 4% não coabitavam com o parceiro, mantendo um relacionamento afetivo e sexual fora do domicílio. Mesmo em menor proporção, ainda havia aquelas que moravam com os netos, genros ou nora, irmãos e outros (sobrinho ou empregada).

Das idosas que dormiam com o esposo ou companheiro fixo (26%), apenas 21% dividiam o quarto só com o parceiro. 67% dormiam sozinhas em quarto individual e 69% dormiam na cama sozinha, ou seja, apenas 2% dormiam na cama sozinha, mas com acompanhante no quarto. As demais dividiam o quarto com outros familiares (filho/a, neto/a, sobrinho ou irmã).

Foi revelada a heterogeneidade no nível de escolaridade, 35% cursaram o ensino fundamental I, tendo a maioria concluído apenas o primeiro ano, 27% o ensino fundamental II, 21% o ensino médio, 16% o curso superior e apenas 1% concluiu uma pós-graduação. A religião mais praticada foi a Católica Romana (74%), enquanto que apenas 2% declararam não ter atualmente nenhuma prática religiosa.

Tabela 02 – Perfil sociodemográfico das mulheres idosas do estudo, Recife, 2010.

| Dados sociodemográficos das idosas | | N | % |
|---|------------------------------------|-----|-----|
| Faixa etária Desvio padrão =6,656 Média = 70 anos | 60 a 69 anos | 139 | 50 |
| | 70 a 79 anos | 105 | 38 |
| | 80 e mais anos | 32 | 12 |
| | Total | 276 | 100 |
| Estado conjugal | Casada ou com companheiro(a) | 92 | 33 |
| | Solteira ou nunca se relacionaram | 24 | 9 |
| | Viúva s/companheiro(a) | 117 | 42 |
| | Separada s/companheiro(a) | 43 | 16 |
| | Total | 276 | 100 |
| Com quem mora | Sozinha | 55 | 20 |
| | Esposo ou companheiro(a) | 89 | 32 |
| | Filho(a) | 154 | 56 |
| | Genro ou nora | 34 | 12 |
| | Neto(a) | 79 | 29 |
| | Irmão | 15 | 5 |
| | Outros | 24 | 9 |
| Coabitação | mora só (01 pessoa) | 55 | 20 |
| | de 2 a 4 pessoas | 169 | 61 |
| | 5 ou mais pessoas | 52 | 19 |
| Onde dorme | Quarto individual | 184 | 67 |
| | Quarto com o esposo ou companheiro | 58 | 21 |
| | Quarto com outras pessoas | 34 | 12 |
| Com quem dorme | Cônjuge | 72 | 26 |
| | Sozinha | 191 | 69 |
| | Outras pessoas | 13 | 5 |
| Escolaridade | Ensino Fundamental 1 | 96 | 35 |
| | Ensino Fundamental 2 | 75 | 27 |
| | Ensino Médio | 58 | 21 |
| | Ensino Superior | 44 | 16 |
| | Pós-Graduação | 3 | 1 |
| Prática religiosa | Sem religião | 6 | 2 |
| | Evangélico | 49 | 18 |
| | Espírita kardecista | 5 | 2 |
| | Católico | 203 | 74 |
| | Outras | 13 | 5 |

Na tabela 03 são apresentados os dados referentes à situação previdenciária, fonte de renda individual e familiar e a contribuição nas despesas domésticas.

A situação previdenciária de 80% das entrevistadas estava definida, recebendo proventos oriundos de aposentadorias ou pensão, algumas acumulavam as duas fontes. Apenas 3% recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS). As sem rendimento (17%), muitas eram dependentes dos maridos e outras não preenchiam os critérios do BPC. 15% referiram como fonte de renda extra a ajuda de familiares.

A renda individual apresentou uma variação significativa em seus limites, tendo quem não apresentasse nenhuma fonte de renda e àquelas que tinham proventos superiores a 11 salários mínimos (valor do SM em 2010 = R\$ 510,00). Houve prevalência das que ganhava até um SM (52%), provenientes de aposentadorias por tempo de serviço ou BPC, pensão, benefícios sociais (bolsa família dos netos, etc.), prestação de serviços domésticos ou da comercialização de produtos caseiros, enquanto que apenas 21% recebiam mais de três SM. Uma idosa declarou não saber sua renda mensal, pois dependia da ajuda de terceiros.

Panorama inverso foi observado na composição da renda familiar, das 253 idosas que declararam essa renda, 43% tinham uma renda familiar de mais de três SM e 15% até um SM. Do total, 8% não sabia ou não informou a renda familiar por desconhecer o valor dos proventos. Essa renda variou de R\$ 60,00 (sessenta reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), revelando uma disparidade no poder aquisitivo dessas famílias. Maior proporção (54%) de idosas contribuía totalmente com as despesas familiares, ressalta-se que 20% das entrevistadas moravam sozinhas assumindo a totalidade das despesas. Apenas 15% não contribuía com o sustento do domicílio.

Tabela 03 – Perfil sociodemográfico das mulheres idosas do estudo, segundo a situação previdenciária, fonte de renda individual e familiar e a contribuição nas despesas domésticas, Recife, 2010.

| Dados sociodemográficos das idosas | | n (276) | % |
|------------------------------------|--------------------------------|---------|-----|
| Situação previdenciária | Aposentadoria e/ou pensionista | 222 | 80 |
| | Sem rendimento | 47 | 17 |
| | BPC | 7 | 3 |
| Outras fontes de renda | Ajuda de familiares | 41 | 15 |
| | Aluguel de imóvel | 25 | 9 |
| | Trabalho formal ou informal | 12 | 4 |
| | Outra fonte | 31 | 11 |
| | Total | 109 | 39 |
| Renda individual | até um salário | 142 | 52 |
| | de 1 até 2 salários | 48 | 17 |
| | de 2 até 3 salários | 28 | 10 |
| | mais de 3 salários | 57 | 21 |
| | Total | 275 | 100 |
| | Não sabe/não informou | 01 | 0 |
| Renda familiar | até um salário | 39 | 15 |
| | de 1 até 2 salários | 69 | 27 |
| | de 2 até 3 salários | 36 | 14 |
| | mais de 3 salários | 109 | 43 |
| | Total | 253 | 100 |
| | Não sabe/não informou | 23 | 8 |
| Contribuição despesas | Totalmente | 148 | 54 |
| | Parcialmente | 85 | 31 |
| | Não contribui | 43 | 15 |

Saúde autopercebida

O estado atual de saúde foi percebido como Ruim por 54% das entrevistadas, enquanto que 46% o perceberam como Bom. Proporção inversa foi verificada quando se comparou o estado atual de saúde com o de outras idosas da mesma faixa etária, onde 79% o perceberam como Melhor, 15% Indiferente e apenas 6% o consideraram Pior do que a das outras idosas (Tabela 04).

Morbidade referida

A presença de uma ou mais morbidades foi referida por 92% das idosas. Quanto a frequência, 8% não referiu nenhuma morbidade, 32% duas e apenas 9% de quatro a cinco (Tabela 04).

Foram citadas 54 tipos de morbidades que foram agrupados e classificados segundo os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), obtendo-se 14 categorias. As de maior prevalência estavam associadas às doenças do aparelho circulatório (62%), às do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (48%) e às endócrinas, nutricionais e metabólicas com 28%. Nestas categorias a hipertensão e a diabetes são as mais prevalentes. As neoplasias (3%), doenças infecciosas (4%) e as respiratórias (7%) apresentaram baixa prevalência (Tabela 04).

Tabela 04 – Morbidade referida e auto percepção de saúde, Recife, 2010.

| Morbidade referida e auto percepção | | n | % |
|--|--|-----|----|
| Auto percepção de saúde | Boa | 127 | 46 |
| | Ruim | 149 | 54 |
| Auto percepção de saúde em relação a outros idosos | Melhor | 219 | 79 |
| | Indiferente | 41 | 15 |
| | Pior | 16 | 6 |
| Morbidade referida | Sim | 254 | 92 |
| | Não | 22 | 8 |
| Frequência morbidade por idosa | sem doença | 22 | 8 |
| | uma doença | 77 | 28 |
| | duas doenças | 8 | 32 |
| | três doenças | 3 | 23 |
| | 4 a 5 doenças | 6 | 9 |
| Morbidade referida, segundo CID - 10 | I - Doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B 99) | 11 | 4 |
| | II - Neoplasias (tumores) (C00 – D48) | 9 | 3 |
| | IV - Doenças endócrinas, nutricionais/metabólicas (E00 – E90) | 77 | 28 |
| | V - Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99) | 10 | 4 |
| | VI - Doenças do sistema nervoso (G00 – G99) | 6 | 2 |
| | VII - Doenças do olho e anexos (H00 – H59) | 32 | 12 |
| | VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95) | 21 | 8 |
| | IX - Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) | 171 | 62 |
| | X - Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99) | 20 | 7 |
| | XI - Doenças do aparelho digestivo (K00 – K99) | 29 | 11 |
| | XIII - Doenças sist; osteomuscular e tecido conjuntivo (M00 – M99) | 133 | 48 |
| | XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99) | 21 | 8 |
| | XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S, T) | 9 | 3 |
| | Outras doenças | 2 | 1 |
| | Tipos de morbidades referidas | | 54 |

Sexualidade (Tabela 05)

A prática sexual ao longo da vida foi referida por 97% das mulheres idosas entrevistadas. Apesar de algumas referirem relacionamento amoroso quando mais jovens 3% nunca praticaram sexo, 87% praticaram sexo só com homem, 10% com homem e através da masturbação e menos de 1% com outra mulher.

Quanto ao tempo, 67% revelaram não ter prática sexual nos seis meses anteriores a pesquisa, enquanto que das 33% que praticaram 74% foi com homem, 25% masturbação e 1% com outra mulher. A masturbação foi praticada pela maioria das idosas viúvas (52%).

O padrão de desempenho e satisfação sexual das 91 idosas que referiram prática sexual foi obtido através da avaliação das respostas ao questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). Atribuímos às idosas que não tiveram prática sexual um padrão de desempenho Nulo (67%), enquanto para as demais, 7% obteve um padrão de Ruim a Regular e 26% de Bom a Excelente.

Comportamento sexual

Dentre as entrevistadas, 69% declararam que sentiam o desejo de praticar o sexo, inclusive aquelas que não praticaram nos últimos seis meses. Questionadas sobre o que fazer mediante o desejo sexual, 27% responderam que nem chegam a pensar em sexo, enquanto que 40% executavam atividades diversas para desviar o pensamento, 17% procuravam satisfazer o desejo através do ato sexual, seja com o companheiro(a) ou através da masturbação e 16% revelaram que dependiam da atitude do companheiro para se satisfazer. Entre estas, algumas revelaram que mesmo desejando ou pensando em sexo, a educação a que foram submetidas não as permitia manifestar seu desejo, já outras declararam que não mais sentiam ou nunca sentiram desejo sexual, mas atendiam a solicitação do marido quando esse a procurava, pois se sentiam na “obrigação” de cumprir o papel de esposa.

Tabela 05 – Práticas sexuais referidas pelas idosas do estudo, Recife, 2010.

| Perfil de atividade sexual | | n (276) | % |
|---|--|---------|-----|
| Prática sexual ao longo da vida | Sem prática (virgem) | 7 | 3 |
| | Heterossexual | 241 | 87 |
| | Homossexual (homoafetiva) | 1 | 0 |
| | Heterossexual + Autoerotismo (mastubarção) | 27 | 10 |
| | Total | 276 | 100 |
| Prática sexual nos últimos seis meses | Sim | 91 | 33 |
| | Não | 185 | 67 |
| | Total | 276 | 100 |
| Tipo de prática sexual entre as que praticaram nos últimos seis meses | Heterossexual | 67 | 74 |
| | Homossexual (homoafetiva) | 1 | 1 |
| | Autoerotismo (mastubarção) | 23 | 25 |
| | Total | 91 | 100 |
| Autoerotismo versus estado conjugal | Casada ou com companheiro(a) | 5 | 22 |
| | Viúva s/companheiro(a) | 12 | 52 |
| | Separada s/companheiro(a) | 6 | 26 |
| | Solteiras | 0 | 0 |
| | Total | 23 | 100 |
| Desejo por sexo | Sim | 190 | 69 |
| | Não | 86 | 31 |
| | Total | 276 | 100 |
| Padrão de desempenho/satisfação | Não praticou (nulo) | 185 | 67 |
| | Ruim a regular | 19 | 7 |
| | Bom a excelente | 72 | 26 |
| | Total | 276 | 100 |
| Comportamento/atitude mediante ao pensamento sexual | Ausência de pensamento | 74 | 27 |
| | Práticas que desviam o pensamento/desejo | 110 | 40 |
| | Atitudes para satisfazer o desejo | 48 | 17 |
| | Dependência da atitude de outro quanto a pratica | 44 | 16 |

Variáveis sociodemográficas versus padrão de desempenho/satisfação sexual.

Com a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson foi verificado que houve associação estatisticamente significativa entre o padrão de desempenho/satisfação sexual (PDSS) e a faixa etária, onde $p\text{-valor} = 0,001$. Observa-se que à medida que a faixa etária aumenta, diminuem a proporção de mulheres que praticaram sexo, proporcionalmente diminuindo o PDSS das mulheres de mais idade. Outra observação é que a maior proporção de mulheres que tiveram um PDSS de bom a excelente foi entre as mais novas (Tabela 06).

Tabela 06 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à faixa etária, Recife, 2010.

| Faixa etária | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|----------------|-------------------------------|------|---|-----|-----------------|------|-------|-------|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 60 a 69 anos | 77 | 55,4 | 13 | 9,4 | 49 | 35,3 | 139 | 100,0 |
| 70 a 79 anos | 81 | 77,1 | 5 | 4,8 | 19 | 18,1 | 105 | 100,0 |
| 80 e mais anos | 27 | 84,4 | 1 | 3,1 | 4 | 12,5 | 32 | 100,0 |
| Total | 185 | 67,0 | 19 | 6,9 | 72 | 26,1 | 276 | 100,0 |

Faixa etária $p\text{-valor} = 0,001$

O estado conjugal obteve $p\text{-valor}$ igual a 0,000, evidenciando sua associação estatística com a VD. Observa-se que das 92 mulheres casadas 46% apresentaram PDSS Bom a Excelente, 39% não praticaram sexo, apresentando desempenho sexual Nulo e apenas 15% tiveram PDSS Ruim a Regular. Então, neste grupo de mulheres a existência de um relacionamento afetivo e efetivo com um parceiro(a) revelou ser um fator que propicia um melhor desempenho e satisfação sexual. Nos demais estados conjugais, a maior proporção foi de mulheres que tiveram um desempenho sexual Nulo (Tabela 07).

Tabela 07 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em mulheres de grupo de convivência nos últimos seis meses, Recife, 2010.

| Estado conjugal | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|---------------------------------|-------------------------------|----|---|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | | | n | % | n | % | | |
| Casada ou com companheiro(a) | 36 | 39 | 14 | 15 | 42 | 46 | 92 | 100 |
| Solteira | 22 | 92 | - | - | 2 | 8 | 24 | 100 |
| Viúva sem companheiro | 96 | 82 | 4 | 3 | 17 | 15 | 117 | 100 |
| Separada sem companheiro | 31 | 72 | 1 | 2 | 11 | 26 | 43 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Estado conjugal p-valor = 0,000

Em relação à coabitação e o PDSS, o teste Qui-quadrado de Pearson revelou uma associação estatisticamente significativa com o componente esposo/companheiro, onde o p-valor encontrado foi de 0,000. Das 92 casadas ou com companheiro fixo, apenas 89 moraram no mesmo domicílio com o parceiro, destas 46% tiveram PDSS Bom a Excelente, 38% não praticaram sexo apresentando, portanto, padrão Nulo e 16% tiveram PDSS Ruim a Regular, enquanto que as que não moravam com o parceiro, 81% não praticaram sexo, 17% tiveram PDSS Bom a Excelente e apenas 3% Ruim a Regular (Tabela 08). Então, neste grupo, além da existência de um relacionamento afetivo e efetivo com um parceiro(a), a presença no domicílio desse componente foi identificado como um fator que propicia um melhor padrão de desempenho e satisfação sexual.

Tabela 08 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em mulheres de grupo de convivência nos últimos seis meses em relação a divisão da moradia, Recife, 2010.

| Mora com esposo/companheiro | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|--------------------------------|-------------------------------|----|--|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | | | n | % | n | % | | |
| Sim | 34 | 38 | 14 | 16 | 41 | 46 | 89 | 100 |
| Não | 151 | 81 | 5 | 3 | 31 | 17 | 187 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Mora com esposo ou companheiro p-valor = 0,000

Quanto à contribuição financeira por parte da idosa no sustento familiar, no grupo das que contribuía totalmente, houve a menor proporção de mulheres que tiveram um PDSS de bom à excelente, 20%, e a maior proporção de quem não praticou sexo, 76%. Já nos grupos de idosas que contribuía parcialmente ou simplesmente não contribuía com o sustento familiar a proporção de mulheres que tiveram um PDSS de bom à excelente foi em torno de 33,5%. O teste Qui-quadrado de Pearson revelou que quanto maior a responsabilidade da idosa com as despesas familiares menor a atividade e a satisfação sexual, obtendo-se um p -valor = 0,002 (Tabela 09).

Tabela 09 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à contribuição com o sustento/despesas da família, Recife, 2010.

| Contribuição despesas familiar | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----|---|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Totalmente | 113 | 76 | 6 | 4 | 29 | 20 | 148 | 100 |
| Parcialmente | 50 | 59 | 6 | 7 | 29 | 34 | 85 | 100 |
| Não contribui | 22 | 51 | 7 | 16 | 14 | 33 | 43 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Contribuição despesas familiar p -valor = 0,002

Percepção do estado de saúde e morbidade referida versus o padrão de desempenho/satisfação sexual.

Dentre as 14 categorias de morbidades, o teste Qui-quadrado de Pearson revelou que apenas duas apresentaram associação estatisticamente significativa com o PDSS. A primeira, doenças do olho e anexos com p -valor de 0,032, foi referida por 32 entrevistadas, das quais 88% não praticaram sexo, 9% tiveram PDSS Bom a Excelente e 3% tiveram o PDSS de Ruim a Regular. No entanto, quando analisamos o grupo das que não apresentaram nenhuma doença que se enquadrassem nessa categoria, houve uma diminuição da proporção de mulheres que não praticaram sexo (64%) e um aumento para 28% de mulheres que tiveram o PDSS Bom a

Excelente. Então, verifica-se que a ausência de problemas nesta categoria melhorou o desempenho e a satisfação sexual neste grupo de idosas (Tabela 10).

Tabela 10 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à morbidade referida, Recife, 2010.

| Doenças do olho e anexos | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|--------------------------|----------------------------|----|--|---|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Ausência | 157 | 64 | 18 | 8 | 69 | 28 | 244 | 100 |
| Presença | 28 | 88 | 1 | 3 | 3 | 9 | 32 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Morbidade referida, segundo Classificação do CID-10

Cap. VII - Doenças do olho e anexos (H00 – H59) **p-valor = 0,032**

O segundo grupo foi o das doenças do aparelho circulatório, o teste Qui-quadrado de Pearson revelou um p-valor igual a 0,036. Essas doenças não foram citadas por 105 idosas, destas 69% não referiram atividade sexual, 29% tiveram o PDSS de Bom a Excelente e em apenas 2% o PDSS foi Ruim a Regular. Já entre as 171 que declararam essas doenças, a proporção das que disseram não ter atividade sexual é menor (65%), porém diminui também a proporção de mulheres que obtiveram um PDSS Bom a Excelente (25%) e aumenta a proporção das que obtiveram um PDSS de Ruim a Regular (10%). Neste caso a presença de doenças do aparelho circulatório diminuiu o desempenho e a satisfação sexual no grupo pesquisado (Tabela 11).

Tabela 11 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à morbidade referida, Recife, 2010.

| Doenças circulatórias | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|-----------------------|----------------------------|----|--|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Ausência | 73 | 69 | 2 | 2 | 30 | 29 | 105 | 100 |
| Presença | 112 | 65 | 17 | 10 | 42 | 25 | 171 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Morbidade referida, segundo Classificação do CID-10

Cap. IX - Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) **p-valor = 0,036**

Aspectos da sexualidade versus o padrão de desempenho/satisfação sexual.

Das 190 mulheres que declararam desejo por sexo, 55% não realizaram atividade sexual nos últimos seis meses, entre as que praticaram 37% tiveram PDSS Bom a Excelente e 8% tiveram um PDSS de Ruim a Regular, enquanto que as 86 idosas que referiram não ter esse desejo 93% não praticaram sexo nos últimos seis meses, entre as que praticaram apenas 1% teve PDSS de Bom a Excelente e 6% tiveram um PDSS Ruim a Regular. A análise desses dados através do teste Qui-quadrado de Pearson apresentou um p-valor igual a 0,000. Então, verifica-se que neste grupo desejar a atividade sexual aumenta a possibilidade de se obter um melhor padrão de desempenho e satisfação sexual (Tabela 12).

Tabela 12 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação à presença de desejo por sexo, Recife, 2010.

| Desejo por sexo | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual Últimos 06 meses | | | | Total | |
|-----------------|-------------------------------|----|---|---|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sim | 105 | 55 | 14 | 8 | 71 | 37 | 190 | 100 |
| Não | 80 | 93 | 5 | 6 | 1 | 1 | 86 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Desejo por sexo p-valor = 0,000

O comportamento/atitude tomados a partir do pensamento em sexo encontrou através do teste Qui-quadrado de Pearson um p-valor correspondente a 0,000. Observa-se que a atitude de satisfazer o desejo sexual aumenta a possibilidade de se obter um melhor padrão de desempenho e satisfação sexual, pois 88% das mulheres que tiveram um comportamento pró-ativo em relação ao seu desejo sexual alcançaram um padrão de desempenho e satisfação sexual de Bom a Excelente, enquanto que as que tentaram desviar esse pensamento tiveram apenas 2% de satisfação sexual neste mesmo nível. Observa-se também que entre as que dependem da atitude do outro para a prática sexual, há uma proporção razoável de mulheres com PDSS Ruim a Regular, 29% (Tabela 13).

Tabela 13 – Padrão de desempenho/satisfação sexual em relação ao comportamento/atitude na presença de pensamento/desejo em sexo, Recife, 2010.

| Comportamento/atitude | Não praticou (padrão nulo) | | Padrão desempenho/satisfação sexual, últimos 06 meses | | | | Total | |
|--|-------------------------------|-----|--|----|-----------------|----|-------|-----|
| | | | ruim a regular | | bom a excelente | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Ausência de pensamento | 74 | 100 | - | - | - | - | 74 | 100 |
| Práticas que desviam o pensamento/desejo | 106 | 96 | 2 | 2 | 2 | 2 | 110 | 100 |
| Atitudes para satisfazer o desejo | 2 | 4 | 4 | 8 | 42 | 88 | 48 | 100 |
| Dependência da atitude de outro quanto a pratica | 3 | 7 | 13 | 29 | 28 | 64 | 44 | 100 |
| Total | 185 | 67 | 19 | 7 | 72 | 26 | 276 | 100 |

Comportamento/atitude mediante ao pensamento/desejo sexual p-valor = 0,000

Análise das respostas às questões do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Na Tabela 14 foram registradas as respostas às dez questões do QS-F pelas 91 idosas que declararam prática sexual nos seis últimos meses anteriores a pesquisa. Houve uma tendência das participantes em escolher a resposta “sempre” na maioria das questões (70%), com exceção das questões “01 e 02” onde a opção mais escolhida foi “às vezes” e a “07”, em que a opção “nunca” foi a mais escolhida.

As questões do QS-F visam avaliar alguns aspectos da vida sexual das participantes compreendido em cinco domínios. O primeiro avalia o desejo e o interesse sexual (questões 01, 02 e 08). Na questão 01, que trata da frequência de pensamento em sexo, 34% responderam que “às vezes” pensam em sexo, por outro lado apenas 7% declararam “nunca” pensar em sexo, fato que não as impediu de manter relação sexual nos últimos meses. No item interesse e participação na relação sexual (questão 02), 34% referiram que “às vezes” ficam interessadas na relação sexual, enquanto que 31% declararam que “sempre” ficam interessadas. A questão 08 revelou que a maioria “sempre” consegue se envolver sem se distrair durante a relação sexual, havendo, entretanto, um menor percentual (7%) que declarou “nunca” se sentir envolvida na relação sexual.

No domínio preliminares (questão 03), 55% achavam que a relação sexual iniciada com carícias, beijos, abraços e afagos às estimulavam a continuar na relação, ocorrendo, contudo, uma idosa que revelou “nunca” ter recebido nenhum tipo de carinho antes do ato sexual, pois seu marido partia direto para a penetração.

Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 04 e 05) corresponde ao terceiro domínio. Na questão 04, 46% declararam que “sempre” ficavam lubrificadas durante as relações sexuais, 6% em “aproximadamente 50% das vezes” e 12% revelaram que “nunca” ficaram lubrificadas durante as relações sexuais, dificultando a penetração. A sintonia com o parceiro (questão 05) foi revelada pela maioria (56%), ou seja, à medida que aumentava a excitação do parceiro elas se sentiam mais estimuladas para o sexo. A participação efetiva do parceiro na estimulação sexual foi referida como imprescindível por todas as entrevistadas.

No domínio conforto na relação sexual (questões 06 e 07) avalia-se inicialmente o conforto durante a penetração (questão 06), neste tópico 63% das idosas declararam conseguir relaxar o suficiente para facilitar a penetração e apenas 2% queixaram-se de não conseguir relaxar, acusando problemas hormonais que diminuía a lubrificação ou pela ausência de preliminares do parceiro. Quanto à presença de dor durante a penetração (questão 07) 68% “nunca” sentiram, 10% “raramente” sentiram, 11% “às vezes” sentiam e apenas 7% “sempre” sentiam dor.

Orgasmo e satisfação sexual (questões 09 e 10) compõem o quinto domínio do QS-F. Na questão 09, 54% das idosas afirmaram que “sempre” sentiram as sensações do orgasmo durante as relações sexuais e apenas 2% disseram “nunca” ter sentido.

Por último, a questão 10 avalia se a satisfação sexual obtida com a relação sexual é capaz de motivar a mulher a praticar sexo novamente em dias diferentes. 35% disseram que a satisfação sexual “sempre” as motivavam, 20% só “às vezes”, outras 20% “à maioria das vezes”, 10% “raramente” e apenas 4% se sentiam motivadas “aproximadamente 50% das vezes”. Embora a maior proporção fosse de mulheres que tenha declarado que a satisfação sexual as motivavam para o ato sexual posterior, 10% referiram que “nunca” sentiram vontade de fazer sexo, estando a efetivação do ato sexual na dependência do desejo e da atitude do parceiro que as procuravam quando sentiam vontade por sexo.

O somatório dos pontos das respostas ao QS-F revelou o padrão de desempenho/satisfação sexual das idosas que declararam atividade sexual nos seis últimos meses anteriores à pesquisa. De acordo com o gabarito de pontuação nenhuma das 91 mulheres idosas apresentou padrão de desempenho/satisfação sexual Nulo (0–20 pontos), 19 idosas (21%) apresentaram padrão Ruim a Regular (22–60 pontos) e 72 idosas (79%) tiveram padrão definido entre Bom a Excelente (62–100 pontos).

Tabela 14 – Respostas das mulheres idosas de grupo de convivência ao Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F), Recife, 2010.

| Ques- tões | Respostas ao QS-F | | | | | | | | | | | | Total | |
|---------------|-------------------|----|-----------|----|----------|----|--------------------|---|------------------------|----|--------|----|-------|-----|
| | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | ~ 50% das vezes | | A maioria das vezes | | Sempre | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 6 | 7 | 29 | 32 | 31 | 34 | 7 | 8 | 5 | 5 | 13 | 14 | 91 | 100 |
| 2 | 0 | 0 | 11 | 12 | 31 | 34 | 6 | 7 | 15 | 16 | 28 | 31 | 91 | 100 |
| 3 | 1 | 1 | 6 | 7 | 9 | 10 | 4 | 4 | 21 | 23 | 50 | 55 | 91 | 100 |
| 4 | 11 | 12 | 12 | 13 | 12 | 13 | 5 | 6 | 9 | 10 | 42 | 46 | 91 | 100 |
| 5 | 0 | 0 | 2 | 2 | 11 | 12 | 4 | 4 | 24 | 26 | 50 | 56 | 91 | 100 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | 11 | 4 | 4 | 16 | 18 | 57 | 63 | 91 | 100 |
| 7 | 62 | 68 | 10 | 11 | 9 | 10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 7 | 91 | 100 |
| 8 | 6 | 7 | 3 | 3 | 13 | 14 | 1 | 1 | 17 | 19 | 51 | 56 | 91 | 100 |
| 9 | 2 | 2 | 6 | 7 | 17 | 19 | 4 | 4 | 13 | 14 | 49 | 54 | 91 | 100 |
| 10 | 9 | 10 | 6 | 7 | 20 | 22 | 4 | 4 | 20 | 22 | 32 | 35 | 91 | 100 |

Legenda

Questões do QS-F

1. A senhora costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

6 DISCUSSÃO

A faixa etária de maior concentração foi a de 60 a 69 anos, sendo registrado um percentual significativo de mulheres com mais de 80 anos (12%). Em 2008, estudo realizado com idosos de grupos de convivência do Recife verificou que a maior frequência era de mulheres, concentradas principalmente na faixa etária de 60 a 69 anos, além de registrar a participação de pessoas entre 45 a 59 anos (RECIFE, 2008), dados que confirmam os achados do presente estudo quanto ao perfil etário e de gênero dos grupos de convivência do Recife.

A longevidade é certamente uma conquista para humanidade, mas nos deparamos com situações que muitas vezes são inevitáveis, a solidão é uma delas, neste estudo 20% das mulheres moravam sozinhas, umas por opção outras pela perda ou abandono dos familiares. Viver “só” para algumas significa ter “liberdade”, para outras um “pesar”, “destino” que não gostariam de cumprir, queixando-se da ausência dos que partiram.

A diferenciação quanto à expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres nem sempre é visto como uma conquista, ficar viúva não estava nos planos de muitas mulheres deste estudo, principalmente para àquelas que tinham um bom relacionamento com o seu esposo. Em nossa sociedade ficar sozinha representa perder o papel de esposa, e encontrar um novo parceiro nem sempre é possível. Os dados revelaram um elevado percentual (67%) de idosas vivendo sem parceiro(a) nestes grupos, reforçando as previsões de Masters e Johnson (1984), sendo este um dos fatores da feminização do envelhecimento, confirmando as estimativas da Organização das Nações Unidas (2007) e de outros autores (GARRIDO; MENEZES, 2002; PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

De predominância Católica Romana (74%), a religiosidade pode ser observada pelas orações que eram proferidas durante as reuniões da maioria dos grupos e nos discursos sobre a sexualidade, reproduzindo conceitos comumente repassados por essas religiões, definindo o que é “certo ou errado”, norteando a conduta de seus seguidores. Atribuindo a masturbação e a relação homoafetiva status de “pecado”. Das 27 idosas que declararam se masturbar, uma deixou de praticar e três reduziu a frequência por acreditar que estavam “pecando”, limitando a possibilidade de obter satisfação sexual, corroborando com Lopes e Maia (2005), Pereira et al. (2008), Renata Silva (2003) e Mário Silva et al. (2010).

Talvez por acreditar ser o matrimônio uma instituição indissolúvel, algumas idosas deste estudo permaneciam em relacionamentos conflituosos, submetendo-se constantemente aos maus-tratos do marido, revelados pelo relato de cenas de abuso sexual, agressão física e psicológica, sexo forçado por marido alcoolizado ou sem higienização. Algumas sabiam da existência de relacionamento extraconjugal do esposo, mas optavam pela conformação, evitando o questionamento para não desestruturar a família. Petchesky (1999) observou que a valorização do masculino e a submissão às regras culturais levam as mulheres a reprimir seus sentimentos e aceitar os comportamentos desviantes dos parceiros para manter seu status de esposa e o equilíbrio familiar. Terhorst, Castro e Guerra (1998), observaram que esse comportamento de submissão vem sendo influenciado pela família, leis e costumes, principalmente os repassados pela igreja, adestrando a sexualidade feminina ao longo dos tempos.

Poucas foram as que se rebelaram, sendo a solidão uma consequência da separação motivada por anos de sofrimento, passando a perceber o homem como uma experiência desagradável, optando pela abstinência sexual. Aspectos que foram trabalhados no estudo de Pereira et al. (2008) sobre a percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade, revelando que os sentimentos de saudosismo estavam entrelaçados com “pesar” e “conformismo”, além do “ressentimento” que permeava a sexualidade feminina.

Coabitar com outros familiares não prejudicou a privacidade sexual no grupo de mulheres que moravam com o parceiro, pois todas dispunham de espaço reservado para essa prática. A falta ou redução da frequência do ato sexual foi atribuída ao estado atual de saúde e de ânimo da idosa e a fatores relacionados ao parceiro (ausência de preliminares, câncer de próstata, disfunção erétil, alcoolismo, relacionamento extraconjugal, violência física e/ou psicológica). Lopes, Torres e Maia (1994), Mattioda, Silvestri e Bastiani (1998) confirmam esses achados ao destacarem que as mudanças fisiológicas e as capacidades particulares parecem afetar a auto-estima individual, influenciando no desejo sexual. Terhorst, Castro e Guerra (1998) observaram que a redução da atividade sexual estava relacionada principalmente por um menor interesse sexual do cônjuge.

Neste grupo de mulheres idosas, vários foram os motivos apresentados para justificar a abstinência sexual, alguns relacionados à idosa e outros ao parceiro, entretanto das 33% que declaram prática sexual nos últimos seis meses, a maioria manteve relação com um parceiro masculino, outras encontraram na masturbação uma forma de obter satisfação sexual,

praticada principalmente por mulheres sem companheiro (função alternativa) e por aquelas que o marido apresentava algum problema que o inabilitava ao sexo (função complementar). Lopes e Maia (2005) e Mário Silva et al. (2010), ressaltam que culturalmente só é aceito em nossa sociedade a prática sexual entre duas pessoas de sexo oposto, marginalizando as demais práticas sexuais. Neste aspecto apenas uma idosa neste estudo declarou ter um relacionamento homoafetivo, dado que pode ter sido negado por outras entrevistadas devido à “repressão” social sofrida pelos declarantes, confirmando os dados levantados por Barbosa e Koyama (2006, 2008).

Foi registrada heterogeneidade no nível de instrução, entretanto, ressalta-se que de 35% que cursaram o ensino fundamental I a maioria tinha concluído apenas o primeiro ano, limitando-se a assinar o nome e identificar algumas palavras, condição que pode ter dificultado o ingresso no mercado formal de trabalho, além de ser um possível indicador da dependência financeira dessas idosas aos seus familiares e a programas assistenciais. Considerando que a maioria tinha mais de cinco anos de estudo, o que facilitaria o acesso à informação, o grupo estudado apresentou um nivelamento quanto ao conhecimento acerca das questões que envolvem a sexualidade humana, deixando indícios da desapropriação desse tema pelas entrevistadas, inclusive entre as que tinham mais anos de estudo. Dado que reforçam as proposições de Renata Silva (2003) e Vasconcelos et al. (2004) da necessidade de promover espaços de discussão e esclarecimento sobre sexualidade, contribuindo para ressignificar preconceitos e distorções acerca da sexualidade no envelhecimento.

Apesar da situação previdenciária da maioria das idosas está definida, 52% do valor dos rendimentos não ultrapassava um salário mínimo, tendo ainda que ser dividido para garantir o sustento familiar. Condição que justificaria a participação de algumas idosas em mais de um grupo de convivência de caráter assistencialista. O baixo rendimento pode também ser um indicativo resultante do baixo nível de escolaridade apresentado por 35% das entrevistadas que cursaram apenas as primeiras séries do ensino fundamental. Do total, 75% contribuía com as despesas domésticas, sendo que 20% moravam sozinhas, indicando um significativo percentual de mulheres à frente dos domicílios e como contribuintes nas despesas domésticas. Os rendimentos variavam de 01 a 11 salários mínimos (SM), 80% provenientes de aposentadorias e pensões. No estudo realizado em Recife (2008), 83% dos idosos possuíam renda própria, entre um a dois SM, 65 % oriundos de aposentadorias e

pensões e 81% contribuía com o orçamento familiar, revelando uma similaridade entre os dois estudos.

Em nossa sociedade a pessoa idosa ainda é percebida como um sujeito poliqueixoso, percepção que parece ter reflexo nas entrevistadas deste estudo, 54% classificaram seu estado atual de saúde como “ruim”, percepção que se reverte ao comparar sua saúde com a de outras idosas de mesma faixa etária, acreditando ser esse estado “melhor” que o das demais. Percepção também registrada por Lebrão e Laurenti (2005) no Projeto SABE em São Paulo, onde 53,8% dos idosos consideraram sua saúde como regular ou má. Observaram ainda que ao aumentar a idade esse percentual tende a diminuir, principalmente entre as mulheres, acusaram também que outras condições podem alterar essa percepção, destacando a baixa escolaridade como associada a uma pior autopercepção do estado de saúde.

As categorias de doenças referidas pela maioria das idosas correspondiam as de maior prevalência na população idosa (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Contudo, foi unânime a menção da busca por tratamento em unidades de saúde, revelando uma melhor inserção dessas idosas em programas de saúde, merecendo destaque o trabalho desenvolvido em quatro desses grupos de convivência pelas Agentes de Saúde do Projeto idosos educadores em saúde (IESA), vinculado à Estratégia de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Recife.

Ao analisarmos o tempo da última prática sexual dessas idosas, antes mesmo de quaisquer questionamentos acerca de sua abstinência, alguns aspectos devem ser considerados, das 185 que não declararam atividade sexual nos últimos seis meses, 3% eram virgens, 42% viúvas (as razões que levaram a não atividade sexual foram: por opção, desilusão com a vida conjugal ou por priorizar os cuidados com os filhos), outras alegaram conflitos conjugais que motivaram a separação, além das casadas que apresentaram justificativas pertinentes para não manter relações sexuais com o marido. Portanto, a ausência do coito não nos fornece subsídios suficientes para avaliar a funcionalidade sexual dessas mulheres, muito menos sua sexualidade. A multiplicidade de fatores que a envolve devem ser analisados detalhadamente para não incorrerem em imperícia que rotulem essas mulheres como sendo sexualmente disfuncionais. Apesar de apenas 33% terem praticado sexo, a resenja de pensamento e de desejo sexual foi referida por 69% da amostra, revelando a existência de fantasias e desejo sexual nessas mulheres, corroborando com os resultados de Polizer e Alves (2009) sobre a presença de desejo e interesse por sexo na maioria das idosas do seu estudo, dados que contrariam os achados por Abdo et. al. (2002) onde 73%

das mulheres com mais de 60 anos referiram falta de desejo sexual.

A ausência de atividade sexual neste grupo de mulheres talvez sinalize uma “disfunção relacional” ou como destacaria Lopes e Maia (2005) uma “inadequação”, por discordância ou ausência de um parceiro sexual. Desconsiderar esses aspectos é desvalorizar os determinantes psicológicos, sociais, fisiológicos e relacionais envolvidos na etiologia das disfunções sexuais femininas que segundo Fleury e Abdo (2005), Lopes e Maia (2005) e Marques, Chedid, Eizerik (2008) são indispensáveis no diagnóstico dessas disfunções.

Contrariando a concepção vigente em nossa sociedade sobre a assexualidade dos idosos, os dados encontrados revelam um percentual significativo de idosas com desejo e interesse sexual, inclusive nas de mais idade (91 anos), merecendo destaque dois tipos de comportamentos em resposta a esse desejo, 40% utilizaram recursos os mais diversos (orações a banhos frios) para diminuir a intensidade desse desejo. Outros comportamentos davam indícios da falta de autonomia no uso do próprio corpo, sendo declarado por 16% que não podiam satisfazer o desejo sexual, pois achavam que a mulher não deveria procurar o marido para o sexo, cabendo a ele esse papel. Outras mulheres, mesmo sem desejo por sexo, sentiam-se obrigadas a atender as solicitações sexuais dos companheiros, sem que isso as satisfizessem. Segundo Terhorst, Castro e Guerra (1998) e Lopes e Maia (2005) esses comportamentos reforçam a influência da cultura na conduta sexual feminina.

A investigação da satisfação e função sexual das 91 mulheres idosas que declararam atividade sexual nos últimos seis meses, realizada através da análise dos domínios do QS-F, revelou que 79% dessas mulheres idosas apresentaram interesse e desejo sexual, confirmando os achados de Polizer e Alves (2009) quando traçaram o perfil de satisfação e função sexual de mulheres idosas utilizando este instrumento. Dados que contrariam os números apresentados por Abdo et al. (2002) onde 73% das mulheres com mais de 60 anos queixaram-se de falta de desejo sexual.

No QS-F, um maior percentual de idosas afirmou ser as preliminares um estímulo à continuidade da relação sexual, concordando com os pesquisadores supracitados, além de reforçar os estudos de Pereira et al. (2008) e Renata Silva (2003), onde as mulheres idosas preferem, carícias, abraços, beijos, toques com manipulação dos seios ou clitóris, sem o coito, podendo inclusive se excitar e atingir o orgasmo sem a penetração.

Os dados referentes ao domínio excitação pessoal e sintonia com o parceiro apresentou correlação com os estudos de Polizer e Alves (2009) e reforçam os postulados de

Basson (2000, 2005), ao afirmar que a harmonia com o parceiro facilita a excitação e a permanência na relação sexual. A falta de lubrificação característica da fase de excitação foi referida apenas por 12% das mulheres, sinalizando que as demais não apresentavam dificuldades relacionadas com o ressecamento vaginal, geralmente associado ao desconforto durante a penetração. Neste aspecto, merece destaque o nível de desconhecimento apresentado por considerável parcela de idosas dos grupos pesquisados sobre o uso de lubrificante íntimo e da reposição hormonal no tratamento dos sintomas da menopausa.

Em relação ao conforto na relação sexual não houve proporção relevante que apontasse quadros de vaginismo ou dispareunia, dados que, segundo Adbo e Freury (2006), reforçam o diagnóstico negativo de disfunção sexual nas mulheres entrevistadas. Corroborando também com os achados de Abdo et al (2002) e de Polizer e Alves (2009), que observaram haver uma menor frequência de queixa de dor durante a relação sexual de acordo com o aumento da idade.

Abdo et al. (2002) observaram uma tendência de aumento da frequência de falta de orgasmo com a idade em mulheres com mais de 60 anos, onde 59,5% não atingiam o orgasmo durante as relações sexuais. Os resultados deste estudo e os apresentados por Polizer e Alves (2009) são contrários a esse levantamento, pois em ambos foi verificado que a maioria das idosas apresenta orgasmo em suas relações sexuais.

A satisfação sexual obtida com o ato sexual foi referida pela maioria como capaz de motivá-las para novas relações em dias posteriores. O QS-F classificou como Bom a Excelente o padrão de desempenho e satisfação sexual de 79% das entrevistadas que praticaram sexo, não encontrando nelas nenhum padrão Nulo. No estudo de Polizer e Alves (2009) apenas 29% tiveram padrão Bom a Excelente e houve uma proporção significativa de mulheres com padrão Nulo (10,5%). Diferença que revela características específicas destes grupos. Os resultados apresentados nestas pesquisas corroboram com a literatura ao afirmar que uma grande parcela de mulheres idosas mantém atividade sexual e encontram-se satisfeitas com a prática sexual (Pereira et al., 2008; Silva, R., 2003).

Neste estudo como no de Polizer e Alves (2009) o QS-F revelou ser um instrumento fácil de aplicação e que pode ser utilizado como auxiliar na avaliação de inquiridos que envolvam a sexualidade feminina, inclusive de mulheres idosas.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo se propôs a avaliar a satisfação e função sexual em mulheres idosas participantes de grupos de convivência e mais especificamente caracterizar o perfil sócio-demográfico dessas participantes, além de avaliar sua autopercepção em relação à saúde e verificar possíveis associações entre satisfação e função sexual com o perfil sócio-demográfico e a saúde autopercebida.

Os objetivos foram alcançados revelando que uma significativa parcela das mulheres entrevistadas, por fatores internos e externos, não tiveram atividade sexual nos últimos seis meses anteriores a pesquisa, contudo, a ausência da prática sexual não esteve associado à ausência de desejo sexual, sendo o principal motivo dessa abstinência a falta de um companheiro, desqualificando a hipótese de uma disfunção sexual. A metodologia utilizada com abordagem quantitativa e aplicação de um instrumental já validado foi adequada para o alcance da proposição.

Alguns fatores sociodemográficos, em especial a educação familiar e religiosa, foram referidos como moduladores do comportamento sexual, na maioria repressiva, impedindo a busca saudável de novas alternativas para obtenção de uma satisfação plena da sexualidade.

Dentre as mulheres que declaram atividade sexual à maioria apresentou um padrão de desempenho e satisfação sexual satisfatório, indicando que a atividade sexual pode continuar nos anos seguintes a menopausa e na velhice, inclusive com padrão elevado de satisfação.

Das variáveis analisadas apenas algumas apresentaram associação estatisticamente significativa com o padrão de desempenho e satisfação sexual. A idade foi uma delas, quanto mais nova era a mulher, maior foi o padrão de satisfação encontrado, não sendo, todavia, a satisfação sexual um atributo específico desta faixa etária em idosas.

O registro de outras práticas sexuais como o autoerotismo e a relação homoafetiva sugere que mesmo sob forte repressão social algumas dessas mulheres encontraram alternativas para dar vazão ao desejo sexual, desmistificando a concepção de que o prazer só poderia ser obtido a partir da prática exclusiva entre um homem e uma mulher.

Um dos destaques deste estudo foi o relato da submissão de algumas mulheres à vontade do companheiro, revelando falta de autonomia sobre seu corpo e seu desejo, fato que provavelmente ocorre em muitos lares de forma velada, desencadeando insatisfação sexual.

Os resultados obtidos neste estudo levam-nos a reforçar a necessidade de se trabalhar para a busca de mudanças na forma de perceber a pessoa idosa, especialmente no tocante a vivência de sua sexualidade. Percebendo-o como pessoa de sentimentos e desejos, capaz de buscar e manter relacionamentos afetivos e obter prazer e satisfação sexual, tendo, portanto, o direito de ser assistido em suas necessidades e receber orientação sobre sua sexualidade independente da idade.

O investimento em pesquisas ainda é escasso e o acervo nacional incipiente no tocante a abordagem da sexualidade e de gênero, deixando uma lacuna que favorece concepções distorcidas da vida sexual das pessoas idosas.

Uma das implicações desse trabalho aponta para a necessidade de um maior investimento das questões da sexualidade junto a esse segmento etário, em grupos de convivência, nos consultórios e na sociedade, preparando-o para um envelhecimento mais saudável, respeitando as diferenças e ampliando o leque de alternativas que podem levar a uma melhor satisfação com a atividade sexual, conseqüentemente proporcionando uma vida mais plena e feliz. ´

Como limitação foi verificada nos trabalhos pesquisados sobre sexualidade que a maioria incluiu mulheres de diferentes faixas etárias, não adotando o corte etário sugerido pela OMS para pessoas idosas em países em desenvolvimento, 60 anos e mais. Neste contexto, podemos também ressaltar a falta de um consenso acerca dos conceitos de sexualidade e satisfação sexual, conceitos nem sempre trabalhados nos estudos encontrados.

Como contribuição o presente trabalho traz para o campo da Saúde Coletiva um olhar diferenciado, fornecendo instrumental de investigação acerca da sexualidade humana, abrangendo uma clientela ainda pouco investigada, possibilitando ampliar os estudos de sexualidade.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagnóstico e tratamento*. São Paulo, v.15, n.2, abr.-jun. p.88-90, 2010. id. 550884. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a88-90.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

_____. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v.14, n.2, p.89-91, 2009. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=quociente+sexual+feminino%3A+um+questionario+brasileiro+para+avaliar+a+atividade+sexual+da+mulher&rlz=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7GFRE_pt-BR&redir_esc=&ei=Oe57TZaTItPpgQekvpncBw>. Acesso em: 03 jan. 2011.

_____. Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Revista brasileira Medicina**. São Paulo, v.63, n.9, p.477-482, 2006. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3404>. Acesso em: 17 jan. 2010.

_____. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v.10, n. 4, p. 220-222. out/nov/dez, 2005. Disponível em: <http://www.apm.org.br/fechado/rdt_materia.aspx?idMateria=3073> . Acesso em: 15 jan. 2010.

ABDO, C.H.N et al.. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro/ *Sexual profile of brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB)*. **Revista brasileira Medicina**. São Paulo, v. 59, n. 4, 2002. p. 250 a 257. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1875 . Acesso em: 05 jan. 2011.

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 33, n.3, p. 162-167, 2006. ISSN 0101-6083. doi: 10.1590/S0101-60832006000300006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 jan. 2011.

ÁBILA FILHO, J.(idealizador) **Moderno Dicionário Enciclopédico Brasileiro**. 7 ed., Curitiba, Ed. Educacional Brasileira SA; 1983. p. 756-757.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z.. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____ **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed., Rio de Janeiro, Medsi, 2003. p. 149-77.

ALMEIDA, T. ; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. **Revista Brasileira de Ciências do Desenvolvimento Humano**. Passo Fundo, v.5, n.1, p.130-140, jan./jun, 2008. Disponível em:
<www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/104/187>. Acesso em: 20 nov. 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre, Artmed, 2002.

ANDERSON, M.I.P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. In: PRADO, S.D. (org.) **Textos sobre envelhecimento**. Rio de Janeiro, ano 1, n.1, UERJ/UnATI, 1998, p.7-22. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&p... - 55k -. Acesso em: 20 out. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724:2011**. informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3 ed. Rio de Janeiro, 2011. ISBN 978-85-07- ICS 01.120; 01.140; 01.140.40 02680-8. Disponível em:
<www.usp.br/prolam/ABNT_2011.pdf>. Acesso em: 30 maio 2011.

BARCELAR, R. **Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação**. 2. ed., Recife: FASA,. Cap. IV, 2002, p. 53-54.

BARBOSA, R.M.; KOYAMA, M.A.H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.7, p.1511-1514, 2006. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006000700015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000700015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 out. 2010.

[BARBOSA, R.M.](#); [KOYAMA, M.A.H.](#) and GRUPO DE ESTUDOS EM POPULAÇÃO, SEXUALIDADE E AIDS. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, vol.42, supl.1, p. 21-33, 2008. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102008000800005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000800005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jan. 2011.

BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999.

BASSON, R. The female sexual response: a different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n.1, p.51-65, 2000. DOI: 10.1080/009262300278641. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/009262300278641>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions **Can. Med. Assoc. J.**, v.172, n.10, p.1327-1333, may 2005. doi:10.1503/cmaj.1020174. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/citemap?id=cmaj;172/10/1327>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

CARIDADE, A. **Sexualidade: corpo e metáfora**. São Paulo: Iglu, 1997, p. 121-130.

CARVALHO J. A. M, RODRÍGUEZ-WONG, L.L . A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar, 2008. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/13.pdf>. Acesso em: 15 out 2009.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – DÉCIMA REVISÃO(CID/10).

Organização Mundial de Saúde. Universidade de São Paulo (Centro tradutor), Ed. EDUSP, v. 1, 1994.

CRESSWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução: Luciana de O. Rocha; Artmed, 2. ed., Porto Alegre, cap. 9, p.161-183, 2007.

DAVIDOFF, L.L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo, Ed. McGraw-Hill do Brasil, 1983, p. 406 - 417.

DE LORENZI D.R.S., SACIOTO B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** São Paulo, jul-ago, v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006. ISSN 0104-4230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42302006000400027&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 out 2009.

FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. Disfunção do desejo sexual feminino. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v.10, n.3, p. 158-160, jul/ago/set, 2005. Disponível em: <http://www.apm.org.br/fechado/rdt_materia.aspx?idMateria=3103>. Acesso em: 03 jan. 2011

FLEURY, H.J. As novas abordagens e teorias sobre a resposta sexual feminina. **Revista Arquivos H. Ellis Saúde Sexual e Reprodutiva**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 18 – 21, jul/set. 2004. Disponível em:

http://www.arquivoshellis.com.br/revista/01_010704/revista_010704_disfuncaofem_02.asp.

Acesso em: 29 jan. 2010.

FONSECA, M. F. S. M. ; BERESIN, R. Avaliação da função sexual de estudantes de graduação em Enfermagem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.32, n. 4, p. 430-436, 2008.

Disponível em: <[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nex)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=523399&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=523399&indexSearch=ID)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

GALVÃO, [A.L.](#); ABUCHAIM, [C.M.](#) Sexualidade normal e transtornos sexuais. **ABC da Saúde**. Porto Alegre, 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?388>>.

Acesso em: 28 jan. 2010.

GARRIDO, R; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v.24 (Supl. I), p. 3-6, 2002. doi: 10.1590/S1516-44462002000500002. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002&lng=pt&nrm=iso)

[44462002000500002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 4. ed., 1982.

GOTT, M; HINCHLIFF, S.; GALENA, E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. **Social Sciences and Medicinem**, v. 58, n. 11, p. 2093-2103, 2004. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a88-90.pdf>>.

Acesso em 04/01/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE: **Censo Demográfico 2000**, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: Sistema IBGE Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>> .

Acesso em 26/11/2009.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008. Disponível em:

<[http://scholar.google.com.br/scholar?cluster=2069645692950370123&hl=pt-](http://scholar.google.com.br/scholar?cluster=2069645692950370123&hl=pt-BR&as_sdt=0,5)

[BR&as_sdt=0,5](http://scholar.google.com.br/scholar?cluster=2069645692950370123&hl=pt-BR&as_sdt=0,5)> . Acesso em 30 set 2009.

KAPLAN, H. I.; GREBB, J. A.; SADOCK, B. J. Sexualidade Humana. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e Psiquiatria clínica.** 7. ed., Porto Alegre, Artmed, 2002. p. 616-641 ISBN 85-7307-211-3.

KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais.** Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1977.

KOLODNY, R.C; MASTERS, W.H & JOHNSON, V.E. **Tratado de medicina sexual.** Cuba, Edición Revolucionária, 1985, p. 1– 21 e 77– 86.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise.** São Paulo, 2 ed. Rio de Janeiro, Ed. Martins Fontes, 1992. p. 476

LEBRAO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141. 2005. ISSN 1415-790X. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2011.

LEITE, A.P.L. et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev. Bras. Geineco Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 396-401, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000800003&script=sci_arttext>. Acesso em 20 out 2010.

LOPES, G.; MAIA, M. O que é satisfação sexual? **Revista Arquivos H. Ellis Saúde Sexual e Reprodutiva.** São Paulo, v.2, n.2, p.3 - 4, outubro/dezembro, 2005. Disponível em: <http://www.arquivoshellis.com.br/arquivos/02_021105/index.php>. Acesso em: 06 jan. 2011.

LOPES, G.; TORRES, L. O .; MAIA, M. B. Sexualidade, envelhecimento e velhice. In: CANÇADO, F. A . X. **Noções práticas de Geriatria e Gerontologia.** Belo Horizonte, COOPMED: HEALTH CR Ltda, 1994, p. 399 – 411.

MARQUES, F.Z.C.; CHEDID, S.B.; EIZERIK, G.C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.17, n.(3-6), p.175-183, maio/dez., 2008. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:Jgj92QQuKCwJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 08 jan. 2010.

MASTERS, W. H; JONHSON, V. E. **A resposta sexual humana**. São Paulo: Ed. Roca, cap. 15, p. 185-203, 1984.

MATTIODA, D. D.; SILVESTRI, T. M. B.; BASTIANI, V.F.T. De. Sexualidade na terceira idade. In: **Gerontologia Social: SENSU – Pós-graduação em Revista**. Caxias do Sul: Ed. UCS, v1, n. 1, 1998. p. 227-245.

NOGUEIRA, S. P. Sexualidade da mulher na maturidade. **Revista do Serviço Social do Comércio (SESC)**, São Paulo, ano VI, n.11, 1996, p. 15 – 21.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional para o envelhecimento, 2002/**Organização das Nações Unidas**; tradução de Arlene Santos. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2007. 86 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

PAIVA, V. M. B. A mulher de meia-idade: perdas, solidão e corpo. **Revista do Serviço Social do Comércio (SESC)**. São Paulo, n. 5, 1992. p. 04 – 08.

PARISOTTO, L. (a). Resposta sexual Masculina. **ABC da Saúde**, Porto Alegre, 2001. Disponível: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.phd?195> . Acesso em: 28 jan. 2010.

_____(b). Mudanças Naturais do sexo na idade madura. **ABC da Saúde**, Porto Alegre, 2001. Disponível: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.phd?294>. Acesso em: 28 jan. 2010.

PECHORRO, P.; DINIZ, A.; VIEIRA, R. Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.27, n.1, p.99-108, Mar. 2009, ISSN 0870-8231. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0870-82312009000100008&lng=en&nrm=iso&tlng>. Acesso em: 10 jan. 2011.

PELAEZ, M. Plan de acción en salud y envejecimiento: los adultos mayores en las Américas 1999 – 2002. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Oficina Sanitária Panamericana**, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Brasília, 2001.

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.43-59, 2003 . Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2010.

PEREIRA F.M.L. et al. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao Idoso em Recife, Brasil. **Rev. Enfermagem Hereditaria**. Lima, v.1, n.2, p.93-103, 2008. Disponível em: <<http://www.upch.edu.pe/faenf/revfae/indice2.html>>. Acesso em: 03 jan. 2011.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Ed. 34, cap. 1, 1999, p. 15 – 38,

POLIZER, A.A.; ALVES, T.M.B. Perfil da Satisfação e função sexual de mulheres idosas. **Fisioterapia e Movimento**. Curitiba, v.22, n. 2, p.151-158, abr./jun., 2009. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00002698-ART01.PDF>. Acesso em: 20 dez. 2010.

RECIFE (Município). Diagnóstico dos grupos de idosos da Cidade do Recife. **Prefeitura do Recife**, Secretaria de Assistência Social, 2008. [Impresso] Resumo disponível em <www.recife.pe.gov.br>.

RECIFE (Município). Desenvolvimento humano no Recife: **Atlas Municipal**, 2005.

RODRIGUES, R. A . P.; DIOGO, M. J. D’; BARROS, T. R.. O envelhecimento do ser humano. In: RODRIGUES, R. A . P. **Como cuidar dos idosos**. Campinas, Ed. Papyrus, 1996, p. 11 – 16.

SILVA, Mário. R. A. et al. Intergeneracionalidade e Sexualidade: Espaço de troca de saberes entre idosos e discentes de graduação – Relato de Experiência. **Anais 8º ENUDS**, 2010. Disponível em <http://www.identidade.org.br/2010/html/gats/trabalhosselecionados_GAT3.html>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SILVA, Renata. M. O. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **Rev ACTA FISIÁTRICA**. São Paulo, v.10, n.3, p.107-112, 2003.

Disponível em: <www.actafisiatrica.org.br/.../secure/.../acta_v10_n03_107_113.pdf>.

Acesso em: 10 jan. 2011.

SILVESTRE, J.A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. São Paulo: **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, 1996, p. 81-89.

TERHORST, L. C.; CASTRO, O. P.; GUERRA, P. J. A sexualidade feminina na Terceira Idade. In: CASTRO, O. P.(org.) . **Velhice que idade é essa?**: uma construção psicossocial do envelhecimento, 1998, p.101 – 120.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.3, p.413-419, 2004. ISSN 1413-294X. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-294X2004000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jan. 2010.

WAGNER, E.M. **Amor, sexo e morte no entardecer da vida**. São Paulo: Ed. Caçara, 1989.

| | | |
|------------------|--|--|
| <p>09</p> | <p>Onde é que a Sra. dorme na casa, normalmente?</p> <p>1 - em quarto individual</p> <p>2 - divido o quarto com outras pessoas</p> <p>3 - divide o quarto só com o(a) cônjuge/companheiro(a)</p> <p>4 - outro (especificar) _____</p> | <p>Onde dorme? _____</p> |
| <p>10</p> | <p>Atualmente, a Sra. dorme:</p> <p>1 - na mesma cama com o cônjuge/companheiro(a)</p> <p>2 - na cama sozinha</p> <p>3 - na cama com outras pessoas</p> <p>4 - outra maneira, Qual? _____</p> | <p>Com quem dorme? _____</p> |
| <p>11</p> | <p>Qual a última série e grau que a Sra. estudou (cursada)?</p> <p>_____</p> | <p>Série _____</p> <p>Grau _____</p> |
| <p>12</p> | <p>De onde a senhora tira seu sustento?</p> <p>1 - Aposentada</p> <p>2 - Pensionista</p> <p>3 - Aposentada e pensionista</p> <p>4 - Não é aposentada nem pensionista(sem rendimento)</p> <p>5 - Recebe o benefício do Governo – BPC</p> | <p>Sit. Previd.: _____</p> |
| <p>13</p> | <p>Caso não seja aposentada, beneficiária ou pensionista e nem receba benefício do governo, qual é a fonte de renda?</p> <p>13.1 - Ajuda de familiares</p> <p>13.2 - Aluguel ou aplicação bancária</p> <p>13.3 - Trabalha</p> <p>13.4 - Outra fonte</p> <p>_____</p> | <p>Sustento:</p> <p>1- sim</p> <p>2- não</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| | | |
|---------------------------|---|----------------------------|
| 14 | A Sra. diria que o seu rendimento mensal total é em torno de: | Renda ind. (R\$): _____ |
| 15 | Somando tudo, quanto a Sra. acha que é a renda da sua família, das pessoas que moram com a Sra. na casa. | Renda fam.(R\$): _____ |
| 16 | A Sra. contribui para o sustento da casa? 1 - Sim, totalmente 2 - Sim, Parcialmente 3 - Não contribui | Sustfam: __ |
| 17 | A Sra. tem ou pratica alguma Religião 1 - Sim, pratico. 2 - Sim, mas não pratico. 3 - Não. | Pratrelig____ |
| 18 | Se sim, qual a religião:_____ | Relig.:_____ |
| CONDIÇÕES DE SAÚDE | | |
| 19 | Complete as frases abaixo: A Sra diria que sua saúde é... 5 - Excelente 4 - Muito Boa 3 - Boa 2 - Regular 1 - Ruim | Autopercep. Saúde: ____ |
| 20 | Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, a Sra diria que sua saúde é: 1 - Muito pior 2 - Pior 3 - Não percebe diferença 4 - Melhor 5 - Muito melhor | Autopercep. Saúde:_____ |

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

0 1 2 3 4 5

Fonte: ABDO C.H.N.. *Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher.* Rev Bras Med 2006; 63(9):477-482.

Continuação do Apêndice A – 2ª parte

Avaliação da Escala do QS-F

Aspectos avaliados pelo QS-F

- Desejo e interesse sexual (questões 1, 2, 8)
- Preliminares (questão 3)
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4, 5)
- Conforto na relação sexual (questões 6, 7)
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9, 10)

Gabarito

Resultado = padrão de desempenho sexual: _____

| Categoria | Pontos obtidos | padrão de desempenho sexual |
|------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 1 - | 82 - 100 | <i>bom a excelente</i> |
| 2 - | 62 - 80 | <i>regular a bom</i> |
| 3 - | 42 - 60 | <i>desfavorável a regular</i> |
| 4 - | 22 - 40 | <i>ruim a desfavorável</i> |
| 5 - | 0 - 20 | <i>nulo a ruim</i> |

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão, subtrair 5 pontos da questão 7 e multiplicar o total por 2:

$$2 \times (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + [5-Q7] + Q8 + Q9 + Q10)$$

(Q = questão)

[5-Q 7] = a questão 7 requer que se faça previamente essa subtração e que o resultado entre na soma das questões

Fonte: ABDO C.H.N.. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev Bras Med** 2006; 63(9):477-482.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu,....., abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntária do projeto de **pesquisa SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA**, sob a responsabilidade do **Psicólogo Mário Roberto Agostinho da Silva**, aluno do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Assinando este termo de consentimento, estou ciente de que:

1. O **objetivo** da pesquisa é avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas participantes de grupos de convivência da cidade do Recife/ PE.
2. Durante o estudo, vou receber o pesquisador no grupo de convivência que estou cadastrada vou responder algumas perguntas sobre este assunto;
3. A pesquisa poderá apresentar risco de constrangimento para mim, no entanto as perguntas serão conduzidas de forma a diminuir esse possibilidade de risco;
4. Como **benefício** da minha participação, receberei **orientação sobre o tema – sexualidade** - contribuindo para esclarecer qualquer dúvida que eu tenha em relação a satisfação e função sexual, melhorando a minha qualidade de vida;
5. Recebi todas as informações que eu julgo necessárias para decidir conscientemente se quero ou não participar dessa pesquisa;
6. Estou **livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa**, sem nenhuma forma de prejuízo a minha participação no grupo de convivência que estou cadastrada;
7. O autor da pesquisa se compromete a **preservar a minha privacidade** e me garante segredo das informações que eu prestar, inclusive de minha identidade, sendo que os resultados obtidos vão ser usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo sua publicação em revistas científicas;
8. Dúvidas ou informações posteriores poderão ser obtidas com o pesquisador responsável no telefone (81) 9962-0558;

9. Poderei entrar em contato com o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para apresentar qualquer reclamação com relação à pesquisa, que tomará as medidas cabíveis;
10. **Os gastos** decorrentes da pesquisa **são de responsabilidade do pesquisador**;
11. Uma cópia deste termo de consentimento ficará em meu poder.

Recife,/...../.....

Voluntária:**RG:**

Pesquisador Responsável: Mário Roberto Agostinho da Silva.....

Testemunha:

Testemunha:

APÊNDICE C - CARTÃO DE RESPOSTAS DO QS-F. Elaborado pela Equipe de pesquisa.

| | |
|----------|-------------------------------|
| 0 | Nunca |
| 1 | Raramente |
| 2 | Às vezes |
| 3 | Aproximadamente 50% das vezes |
| 4 | A maioria das vezes |
| 5 | Sempre |

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. Nº. 037/2010 - CEP/CCS

Recife, 05 de março de 2010

Registro do SISNEP FR – 316314
CAAE – 0029.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 033/10

Título: Satisfação e Função Sexual em mulheres idosas participantes de grupos de convivência.

Pesquisador Responsável: Mário Roberto Agostinho da Silva

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 03 de março de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao
Mestrando Mário Roberto Agostinho da Silva
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva-CCS/UFPE

ANEXO 2 – QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F)**Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)**

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

[] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5

ABDO C.H.N.. Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev Bras Med** 2006; 63(9):477-482.