

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



ATÉ O APAGAR DA VELHA CHAMA:
SATISFAÇÃO SEXUAL ENTRE HOMENS IDOSOS
CADASTRADOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

VIVIANE XAVIER DE LIMA E SILVA

RECIFE, 2008

VIVIANE XAVIER DE LIMA E SILVA



**ATÉ O APAGAR DA VELHA CHAMA:
SATISFAÇÃO SEXUAL ENTRE HOMENS IDOSOS
CADASTRADOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC – da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Co-orientador: Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra-da-Fonseca

RECIFE, 2008

Silva, Viviane Xavier de Lima e
Até o apagar da velha chama: satisfação sexual
Entre homens idosos cadastrados no Programa
Saúde da Família / Viviane Xavier de Lima e Silva –
Recife: O Autor, 2008.
93 folhas: il., fig., tab., gráf.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Sexualidade em homens idosos. I.Título.

612.6.057
612.6

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-117



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



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

VIVIANE XAVIER DE LIMA E SILVA

No dia 18 de julho de 2008, às 09:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Ana Paula de Oliveira Marques (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Benedito Medrado-Dantas (DO – Departamento de Psicologia da UFPE) – Membro Externo e Márcia Carrera Campos Leal (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Viviane Xavier de Lima e Silva, sobre a sua Dissertação intitulada: **“Até o apagar da velha chama: satisfação sexual entre homens idosos cadastrados no Programa Saúde da Família”**. 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 Aprova

Prof. Dr. Benedito Medrado-Dantas APROVADA

Profª. Drª. Márcia Carrera Campos Leal Aprova

Profª. Drª. Ana Paula de Oliveira Marques

Prof. Dr. Benedito Medrado-Dantas

Profª. Drª. Márcia Carrera Campos Leal

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho
aos que escolhem a felicidade como caminho.

AGRADECIMENTOS

À força criadora e suprema do universo, seja qual for o nome que a designe, a quem devo minha vida e tudo o que sou.

Aos meus pais, Valter e Carminha, pela sabedoria de acreditar que a educação é a melhor herança, pelo enorme esforço em favorecer a nossa e pela lição através do exemplo.

Aos meus irmãos Leonardo e Valéria, modelos de superação das dificuldades que surgem no tortuoso caminho da formação acadêmica.

A Capitu, Princesa e Bob, pelo companheirismo e pelas risadas, algumas em momentos tão críticos.

Aos professores do mestrado, pela coragem de persistirem lutando, mesmo quando a batalha parece perdida, em prol de uma causa maior – a nossa formação.

Ao nosso querido secretário Moreira, pelo bom-humor e boa vontade em ajudar, que em tantos momentos foram tão essenciais.

Aos colegas de turma do mestrado, por dividirem as incertezas e angústias, mas também o afeto e a alegria da descoberta.

Aos professores Márcia Carréra e Benedito Medrado, pelas valiosas contribuições.

À minha orientadora, Dra. Ana Paula Marques, por materializar a professora, pesquisadora, militante e pessoa humana que desejo ser. Não há palavras para expressar minha gratidão nesse momento.

Ao meu co-orientador, Dr. Jorge Lyra, por acreditar em mim desde a gestação deste mestrado, quando nem eu mesma acreditava. Seu carinho e paciência dão sentido à palavra cuidar.

Muito especialmente, ao meu marido Ricardo, pelo apoio incondicional, paciência extrema e infundável amor, que alimentam meu desejo de envelhecermos juntos.

E às nossas crias, que dão um novo sentido às nossas vidas, ao futuro e ao mundo que buscamos construir.

EPÍGRAFE

Pequeno Dicionário de Palavras ao Vento

Homem:

Bípede que tem a sorte, ou o azar, de se apaixonar perdidamente.

Idade:

Aquilo que você tem certeza que vai ganhar de aniversário, queira ou não queira.

Namoro:

Quando o universo inteiro em volta importa menos do que o abraço.

Sexo:

Quando o beijo é maior do que a boca.

Velhice:

A conclusão mais feliz a que uma história pode chegar.

Adriana Falcão

RESUMO

A sexualidade na velhice ainda é um tema pouco explorado, inclusive na prática clínica. Para o PSF, que deve trabalhar com a lógica da prevenção e da promoção da saúde, essa informação é fundamental para o cuidado integral dos cidadãos idosos. O presente trabalho busca abordar aspectos da satisfação sexual entre homens idosos cadastrados no PSF. Mediante entrevista face a face, foram estudados 245 homens de 60 a 95 anos, cadastrados no PSF da microrregião 4.3 do Recife, através de questionário semi-estruturado, anônimo e pré-testado. A maior parte dos entrevistados foi composta por pardos (51,8%), católicos (67,2%), aposentados (90,6%), com renda familiar de até dois salários mínimos (71,1%) e média de 3,5 anos de estudo. Quase metade classifica sua saúde como regular. 83,3% residem com uma companheira e a maior parte deles (89,7%) considera este relacionamento como bom ou ótimo. A maioria (73%) afirma permanecer sexualmente ativo, sendo os que têm idade até 70 anos e coabitam com uma companheira os de maior frequência sexual. Grande parte (87,1%) não utiliza nenhuma forma de proteção contra infecções transmitidas pelo sexo porque confia na parceira (29%), não acha necessário (22%), só tem uma parceira fixa (16%) ou não gosta de preservativos (16%). 18,1% se julgam sexualmente insatisfeitos, 32,7% são indiferentes e 49,1% se consideram satisfeitos. Foi observada associação significativa entre o grau de satisfação dos idosos com sua vida sexual atual e a idade, a saúde auto-percebida, a satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos e a frequência sexual atual. Independente da forma, a sexualidade continua presente na vida dos homens maiores de sessenta anos. Não se pode deixar de mencionar o papel da cultura onde estão imersos os entrevistados, sobre as questões da masculinidade, da velhice e da sexualidade. As equipes de saúde da família parecem não estar preparadas para lidar com esta realidade. A vivência da sexualidade e a interpretação destas experiências por estes homens têm um caráter plural e assim devem ser encaradas pela sociedade.

Palavras-chave: sexualidade, envelhecimento, homens, masculinidade, saúde da família.

ABSTRACT

Sexuality in later life is an infrequently explored question, included in clinical practice. For the family health care providers, that may use concepts of prevention and health promotion, this information is very important for the senior citizen's integral care. This paper seeks to extend the knowledge of the sexual satisfaction among older men assisted by the Brazilian family health care strategy. A sample of 245 men between 60 and 95 years, assisted by the family health care providers, was face-to-face interviewed, with semi-structured, anonymous, standardized questionnaires, in city of Recife, Brazil. The most were non-white (78%), catholic (67,2%), pensioner (90,65), with median of 3,5 years of study and low economic status. Almost a half perceives their health as regular. 83,3% have a spouse and the most (89,7%) classifies this relationship as good or very good. 73% are sexually active, particularly if they have a spouse or are less 70 years old. The most of interviewed men don't use any protection against sexually transmitted infections because trust in partner (29%), think that is not necessary (22%), have just one partner (16%) or don't like condoms (16%). 18,1% were sexually unsatisfied, 32,75 were indifferent and 49,1% were satisfied. Statically significant association was observed between the sexual satisfaction and age, perceived health status, past sexual satisfaction and sexual frequency. Independent of the way, sexuality continues present in life of aged men. These men's culture patterns of masculinity, aging and sexuality play an important role in sexual questions. Family health care providers seem are not prepared to manage these situations. The sexuality and how men interpret these situations have a multiple character and must be faced by society as that.

Key-words: sexuality, aging, male, masculinity, family health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica.....	11
1.2. Quem são e como vivem os idosos brasileiros	12
1.3. Qualidade de vida e sexualidade na velhice	15
2. JUSTIFICATIVA	20
3. REFLEXÕES CONCEITUAIS.....	21
3.1. A velhice como experiência heterogênea	21
3.2. Envelhecer no feminino e no masculino.....	23
3.3. Gerontologia: ciência da velhice?.....	25
3.4. A gerontologia e a sexualidade.....	26
4. OBJETIVOS	30
4.1. Objetivo geral	30
4.2. Objetivos específicos	30
5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	31
5.1. Tipo de estudo	31
5.2. Local de realização	31
5.3. População de referência.....	35
5.4. Plano amostral	35
5.5. Coleta de dados.....	36
5.6. Variáveis estudadas	38
5.7. Análise dos dados	38
5.8. Considerações éticas.....	39
6. RESULTADOS	40
6.1. Variáveis sócio-demográficas.....	40
6.2. Saúde auto-percebida.....	40
6.3. Relacionamento afetivo	41
6.4. Crenças sobre a sexualidade	42
6.5. Práticas sexuais antes dos 60 anos.....	44
6.6. Vida sexual atual	44
6.7. Satisfação sexual.....	46
6.8. Associações	46
6.9. Modelagem estatística	55

7. DISCUSSÃO	57
8. CONCLUSÕES	67
9. RECOMENDAÇÕES.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXO A	79
ANEXO B	81
ANEXO C	93

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica

Durante o século XX, alterações na fecundidade, mortalidade e longevidade mudaram substancialmente a distribuição etária das populações humanas (PATARRA, 1995; CARVALHO, GARCIA, 2003). Atualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno observado mundialmente. Desde 1950, a esperança de vida ao nascer aumentou 19 anos em todo o mundo e as pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos representam aproximadamente 10% da população do planeta (PEREIRA, CURIONI, VERAS, 2003).

Nos países economicamente desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu aproximadamente ao longo de um século. Já nas nações de economia periférica, como o Brasil, este processo vem acontecendo numa velocidade muito maior (CARVALHO, GARCIA, 2003; LIMA-COSTA, 2003), com repercussões em diversos campos da sociedade, tais como na saúde e economia (PAIVA, WANJMAN, 2005).

Em 1920, as pessoas com 60 anos ou mais representavam apenas 4% da população brasileira. Em 50 anos, este percentual aumentou apenas em 1% (5% da população em 1970). Vinte anos depois, os idosos já representavam 8% da população brasileira (IBGE, 1991) e, em 2005, aproximadamente 10% (IBGE, 2006). Estima-se que em 2050, uma em cada cinco pessoas na população mundial terá mais de sessenta anos, sendo que, nos países industrializados, esta proporção será de uma para cada três pessoas (PEREIRA, CURIONI, VERAS, 2003).

Este processo também vem acontecendo em áreas economicamente menos desenvolvidas do país, que tradicionalmente têm maior proporção de jovens, como a região Nordeste (COELHO FILHO, RAMOS, 1999). Em 2005, 9,1% da população de Pernambuco e 9,4% da população do Recife tinha mais de 60 anos, sendo esta considerada a terceira capital mais envelhecida do Brasil (IBGE, 2006).

Esta modificação na estrutura etária da população traz uma nova configuração ao padrão de agravos à saúde, visto que a morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas aumentam significativamente com a idade (LIMA-COSTA, 2003;

MONTEIRO, IUNES, TORRES, 1995). Esta mudança, caracterizada pelo declínio da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas, em idades mais precoces, associada ao aumento de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas em idades mais tardias, é chamada de transição epidemiológica.

Nos países menos desenvolvidos economicamente, os novos agravos à saúde não substituíram os antigos, coexistindo com eles. Esta superposição das chamadas doenças da modernidade com as doenças da pobreza ganhou o nome de polarização epidemiológica, que representa um padrão complexo de agravos à saúde e traz desafios ainda maiores no enfrentamento destas questões pela sociedade (ARAÚJO, 1992).

Neste contexto e “como resposta intencional a essa conjuntura” (BRASIL, 2000, p.316), o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, a partir de 1994, com o intuito de reorientar o modelo de assistência à saúde do país, adequando-o aos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as responsabilidades das Equipes de Saúde da Família (ESF), estão “os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida” (BRASIL, 2000, p.318), incluindo os idosos como um dos grupos prioritários.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), o cuidado com a pessoa idosa deve ser baseado “na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde” (SILVESTRE, COSTA NETO, 2003, p.841).

1.2. Quem são e como vivem os idosos brasileiros

Por meio de informações colhidas no Censo Demográfico Brasileiro de 2000, o IBGE traçou um panorama dos idosos brasileiros – o Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil (IBGE, 2002). Neste trabalho, constatou-se que os maiores de 60 anos correspondiam a 8,6% da população brasileira, prevalecendo o sexo feminino (55,1%) e a moradia em áreas urbanas (81%).

Entre os idosos entrevistados, 62,4% são responsáveis pelos domicílios onde residem. Destes, mais da metade vive em casal e 54,5% residem em domicílios com filhos e/ou enteados. Considerando apenas os respondentes do sexo masculino, 56,8% residem em domicílios com filhos e/ou enteados e 81% vivem em casal. Em apenas 56,8% destes domicílios, as condições de saneamento são adequadas.

A taxa de analfabetismo dos maiores de 60 anos chega a 32,3% para os homens e 37,4% para as mulheres. O número médio de anos de estudo dos idosos responsáveis pelo domicílio é muito baixo, conforme observado na tabela 1.

Tabela 1 – Número médio de anos de estudo de maiores de 60 anos responsáveis pelos domicílios

	Homens	Mulheres	Total
Brasil	3,5	3,1	3,4
Pernambuco	2,6	2,5	2,5
Recife	6,4	4,8	5,6

Fonte: IBGE, 2002

A renda do idoso brasileiro também é baixa, mas se observam diferenças regionais importantes, conforme tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição percentual por faixas de renda de maiores de 60 anos responsáveis pelos domicílios

	Sem rendimento	Até 1 salário mínimo	Mais de 1 salário mínimo
Brasil	5,0%	44,5%	50,5%
Região Sul	3,3%	37,4%	59,3%
Região Sudeste	5,1%	33,0%	61,9%
Região Centro-Oeste	7,0%	46,1%	46,9%
Região Norte	8,1%	54,2%	37,7%
Região Nordeste	4,9%	64,9%	30,2%
Pernambuco	5,4%	60,0%	34,6%
Recife	5,6%	34,4%	60,0%

Fonte: IBGE, 2002

Dados gerados a partir das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) de 1995 a 1999, analisados por Araújo e Alves (2000), objetivando traçar o perfil demográfico da população idosa brasileira, revelam que em 1999, a razão de sexo entre os idosos correspondia a 120 mulheres para cada 100 homens, sendo maior com o avanço da

idade; variando de 118, para o grupo de 65 a 69 anos, até 141, para o grupo de 80 anos ou mais. Em 1996, 63,3% dos idosos se declararam brancos, 35,6% pretos e pardos, e menos de 1% se declarou amarelo. Mais de 85% convivem com parentes em seus domicílios e somente 11,6% vive sozinho ou com pessoas sem nenhum laço de parentesco.

No que diz respeito ao estado de saúde auto-referido, em 1997, 55% dos idosos declararam um estado de saúde regular ou ruim, percentual considerável se comparado com os 19,4% declarados pelo total da população. Este fato pode se dever a alta prevalência observada de doenças crônico-degenerativas: 53,3% referiram ter algum problema de saúde, 23,1% ter alguma doença crônica e 19,2% ter múltiplas condições, crônicas e não-crônicas (ARAÚJO, ALVES, 2000).

Garrido e Menezes (2002), também analisando dados das PNADs com o enfoque voltado para a saúde mental, chegaram a conclusões semelhantes às já mencionadas, acrescentando que a alta prevalência de domicílios multigeracionais no Brasil, normalmente associados à baixa renda, gera pior qualidade de vida para os idosos. Por isso, eles estariam mais vulneráveis ao isolamento, à incapacidade e à dependência.

Especificamente para a região Nordeste, Coelho Filho e Ramos (1999) buscaram traçar um perfil demográfico de idosos residentes na cidade de Fortaleza, mediante a realização de entrevistas domiciliares, contemplando todos os estratos sócio-econômicos. Além de dados demográficos concordantes com os observados pelo IBGE (2002), os autores registram que apenas 7,6% dos entrevistados não mencionam qualquer problema de saúde. A alta prevalência de domicílios multigeracionais, com 40,3% dos entrevistados residindo em domicílios com duas gerações e 35% em domicílio com três gerações, especialmente entre os de menor renda, não difere do observado em outros estudos.

Santos et al (2002) investigando a qualidade de vida de idosos residentes no município de João Pessoa, observam que 82% dos respondentes a entrevista domiciliar, possuíam casa própria, 47% eram aposentados, 55,5% conviviam com outros parentes além dos cônjuges em seus domicílios e que 100% tinham alguma afiliação religiosa, prevalecendo entre esses, os católicos (87%). No momento da entrevista, as maiores fontes de preocupação para os entrevistados foram a sua saúde (26%) e questões familiares (15%), sendo os demais dados demográficos semelhantes aos encontrados pelo IBGE (2002).

1.3. Qualidade de vida e sexualidade na velhice

Viver mais sempre foi objetivo do ser humano. Porém, com as alterações funcionais decorrentes do envelhecimento biológico, o grande desafio torna-se viver bem os anos de vida ganhos (GARRIDO, MENEZES, 2002). Na atualidade, os temas de pesquisa que incluem qualidade de vida ganharam importância na área da saúde (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003). Santos et al (2002), discorrendo sobre a qualidade de vida dos idosos, afirmam que ela “tem sido preocupação constante do ser humano e, atualmente, constitui um compromisso pessoal na busca contínua por uma vida saudável” (p.758).

A idéia da vivência da sexualidade na velhice como benéfica para a saúde, especialmente associando prática sexual à qualidade de vida, é freqüente na literatura gerontológica. Seria mais uma recomendação para o envelhecimento ativo, esse entendido como processo de otimização das oportunidades de saúde, segurança e participação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005).

Ribeiro e Santos (2005), relacionando disfunção erétil e qualidade de vida, mediante aplicação de questionário auto-aplicado, em casuística composta por 133 homens portugueses saudáveis de 20 a 78 anos, selecionados por amostra de conveniência, encontraram uma clara associação entre função erétil preservada e maior pontuação na escala usada para avaliar a qualidade de vida. Concluem recomendando intervenções a nível individual para a disfunção erétil, objetivando melhorar a qualidade de vida destes homens.

Vaz e Nodin (2005) procuraram verificar a relação entre a prática de exercícios e a sexualidade na terceira idade. Para tanto, utilizaram um questionário – auto-aplicado nos praticantes de exercícios e face a face nos não praticantes – em 54 mulheres e homens portugueses com idade de 65 a 75 anos, selecionados por amostra de conveniência. Os resultados evidenciam que o grupo de praticantes de exercícios tem maior interesse pela vida sexual, iniciativa para as relações, freqüência sexual, freqüência de sensações positivas associadas ao sexo e crença de que a vida sexual é mais influenciada pelo estado físico do que pela saúde. Os autores não fizeram recomendações a partir de seus achados.

Penteado et al (2006), com a intenção de perceber fatores associados à capacidade orgástica em mulheres menopausadas, entrevistaram e examinaram 60 pacientes do

ambulatório de ginecologia endócrina e climatério da Universidade de São Paulo, com idade entre 41 e 60 anos. Mediante análise multivariada dos dados, foi observado que a capacidade orgástica está relacionada à prática da masturbação, à presença de queixa de secura vaginal e ao gostar de abraçar e acariciar o corpo do parceiro. Os autores concluem recomendando novas pesquisas sobre a anatomia e papel dos hormônios na resposta sexual feminina. Destaca-se o foco biológico do estudo, não havendo menção a questões psíquicas, relacionais ou culturais.

De Lorenzi e Saciloto (2004), objetivando identificar variáveis associadas à frequência sexual em mulheres menopausadas, entrevistaram 206 pacientes do ambulatório de climatério da Universidade de Caxias do Sul, com idade entre 45 e 60 anos. Os resultados mostram que quanto menor a satisfação sexual, maior a idade e maior a presença de sintomas climatéricos – especialmente os fogachos, a melancolia, a irritabilidade, a astenia e as dores articulares e musculares – menor a frequência sexual. Os autores concluem recomendando atividades educativas para as mulheres e seus parceiros sobre as condições inerentes ao envelhecimento e sobre as questões culturais envolvidas. Apesar de não se deterem no plano da intervenção individual, não mencionam a importância da mudança de padrões culturais para este processo.

No *Modern Maturity Sexuality Survey*, produzido pela AARP (1999) com o intuito de compreender o papel que a sexualidade desempenha na qualidade de vida de norte-americanos maiores de 45 anos, foram entrevistados 1384 homens e mulheres, selecionados por amostragem aleatória representativa de toda a população do país, por aplicação de questionário auto-administrado, enviado pelos correios. Os resultados evidenciam diferenças de práticas sexuais entre homens e mulheres e entre pessoas idosas e de meia-idade, sendo as mesmas atribuídas ao fato de ter parceiro fixo ou não. Registra-se que a presença de desejo sexual e fantasias a respeito da sexualidade foram mais frequentes entre os homens. O estado de saúde também influenciou as práticas sexuais, em ambos os sexos e em todos os grupos etários.

Com o propósito de aumentar conhecimentos sobre preferências e atitudes sexuais entre idosos, Bortz, Wallace e Wiley (1999) entrevistaram com aplicação de questionário auto-administrado, enviado pelos correios, 1202 homens americanos com idade de 58 a 94 anos, selecionados por amostragem aleatória. Foi evidenciado que, apesar da correlação do aumento da idade com a diminuição da atividade sexual, boa parte dos idosos continuava sexualmente ativa, mantendo atitudes positivas a respeito da função sexual. Tanto o estado de saúde,

quanto a percepção de receptividade pela parceira também influenciaram a prática sexual. Os autores concluem lançando um olhar otimista sobre a sexualidade destes homens idosos, ao observar que, mesmo com as alterações inerentes à idade, a satisfação sexual pode se manter.

Beutel et al (2002) investigaram a atividade e a satisfação sexual de idosos alemães, mediante aplicação de questionário face a face em inquérito domiciliar com 1299 homens de 18 a 92 anos, selecionados por amostragem aleatória, representativa de toda população do país. Para os homens de 61 a 92 anos, foi observada menor frequência e menor satisfação sexual, em comparação aos mais jovens. A satisfação sexual, tanto do entrevistado, quanto de seu(sua) parceiro(a) também foi influenciada pelo estado de saúde. Os autores concluem ressaltando a importância dos fatores psicossociais para a satisfação sexual destes idosos e sugerem mais estudos abordando estas questões.

Entre os estudos brasileiros de abrangência nacional figuram o “Comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre o HIV/AIDS” (BERQUÓ, 2006), realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro, e o “Estudo da vida sexual do brasileiro” (ABDO, 2004). O primeiro entrevistou homens e mulheres de 16 a 65 anos, residentes em áreas urbanas, selecionados por amostragem aleatória representativa de toda a população brasileira, utilizando-se como instrumento para coleta dos dados questionário face a face. Os resultados revelam que os homens mais idosos são menos sexualmente ativos, usam menos o preservativo e buscam menos a testagem para o HIV do que os mais jovens.

Objetivando conhecer práticas e dificuldades sexuais da população brasileira, Abdo (2004) entrevistou 7103 homens e mulheres maiores de 18 anos, por questionário auto-administrado, em inquérito realizado em 13 estados de todas as regiões do Brasil. Entre os homens, o principal problema sexual identificado foi a disfunção erétil, com sua frequência aumentada entre os homens mais velhos. A autora sugere a investigação e o tratamento desta condição pelos profissionais de saúde.

Considerando a insuficiência de informações sobre o envolvimento de homens brasileiros nas questões relativas ao sexo mais seguro, Vieira et al (2000) buscaram realizar uma abordagem inicial do tema por meio de estudo exploratório envolvendo 597 homens trabalhadores, de 21 a 50 anos, residentes na cidade de São Paulo, selecionados por amostragem aleatória, estratificada segundo status sócio-econômico. Foi verificado que os homens de mais idade e de menor escolaridade apresentam menos comportamentos de auto-

proteção, quer seja quanto ao uso do preservativo, quer seja na maior proporção de parcerias sexuais múltiplas simultâneas, em relação aos homens jovens, apesar de terem a percepção de risco de contrair ISTs (infecções sexualmente transmitidas). Apenas 5% dos homens afirmam ter se envolvido em práticas sexuais com outros homens. Outro dado importante é que a presunção do comportamento de suas parceiras influencia em seu comportamento de auto-proteção, deixando homens e mulheres em situação de vulnerabilidade. Os autores fazem recomendações tanto para políticas públicas, como a inclusão de homens heterossexuais nas ações de prevenção às ISTs, quanto em relação às questões culturais, como a ampliação da discussão sobre a monogamia seriada.

Em estudo de comparação transcultural, Vasconcellos et al (2004), identificaram conhecimentos, atitudes, crenças e práticas sobre o corpo e a sexualidade entre homens e mulheres em Portugal e mulheres no Brasil, com casuística composta por 187 pessoas, freqüentadoras de grupos de idosos, com idade entre 52 e 90 anos, selecionadas por amostragem aleatória. Quanto aos resultados encontrados, destaca-se a afirmação dos entrevistados nos dois países, de que a idade não modifica o desejo sexual, nem a capacidade de ter orgasmos. Os autores concluem ressaltando o importante papel dos profissionais envolvidos com o cuidado dos idosos nas questões da sexualidade destes indivíduos. Cabe ainda destacar as recomendações sugeridas pelos autores, no tocante a mudança de padrões culturais, favorecendo a vivência da sexualidade pelos mais velhos, da forma como desejarem, sem estereótipos da abstenção ou da obrigação de desempenho.

Destacando a importância de um bom relacionamento conjugal para a saúde e a qualidade de vida, Norgren et al (2004), pesquisaram a satisfação nos casamentos de longa duração. Foram avaliados 38 casais paulistas, de classe média, casados há mais de 20 anos, selecionados por amostra de conveniência (snow-ball), através de questionário auto-administrado, enviado pelos correios. Em aproximadamente 16% dos casais, os dois cônjuges estavam satisfeitos com o relacionamento. Ao menos um dos cônjuges estava satisfeito em mais 34% dos casos. As características associadas aos casais satisfeitos foram proximidade, coesão, boa habilidade na resolução de problemas e na comunicação, satisfação com seu status sócio-econômico e vinculação religiosa. Os autores recomendam que estas características dos casais sejam aprimoradas mediante a intervenção de profissionais e da promoção da saúde e também postulam que a satisfação conjugal é mais uma construção do que fruto da escolha adequada do cônjuge.

De uma forma geral, os textos que provém de fontes ligadas ao saber biomédico (geriatrias, ginecologistas, urologistas e alguns outros campos profissionais mais vinculados à assistência ao doente) tendem a focalizar os aspectos biológicos da sexualidade. Portanto, na velhice, as abordagens que ganham destaque se referem às disfunções da sexualidade, em especial, a síndrome do climatério, para as mulheres, e a disfunção erétil, para os homens.

Já os textos que provém da chamada gerontologia social (PRADO, 2002), habitualmente produzidos por cientistas sociais (antropólogos, sociólogos e psicólogos sociais) tendem a encarar tanto a sexualidade como a velhice como construções sócio-históricas, ainda que admitam níveis diversos de construção social (VANCE, 1995).

É importante salientar que estes eixos norteadores guardam correlações com as concepções e posicionamentos políticos (RUBIN, 1984) dos grupos sociais dos quais estes autores fazem parte. Assim, a militância e a produção acadêmica andam juntas nos movimentos da sexualidade, incluindo a sexualidade dos mais velhos (BRIGEIRO, 2002).

2. JUSTIFICATIVA

A sexualidade na velhice ainda é um tema pouco explorado, inclusive na prática clínica. Lindau et al (2007), investigando o comportamento e a função sexual em 3005 norte-americanos com idade entre 57 anos e 85 anos, registram que apenas 38% dos homens e 22% das mulheres afirmaram ter discutido questões de sua sexualidade com um médico desde os seus 50 anos. Vasconcellos et al (2004) citam um estudo com achado semelhante produzido por Gott, Hinchliff, & Galena, em 2004, no qual foi percebido como grande parte dos médicos generalistas não inclui a sexualidade dos pacientes de mais de 50 anos na sua investigação.

Para o PSF, que deve trabalhar com a lógica da prevenção e da promoção da saúde, essa informação é fundamental para o cuidado integral dos cidadãos idosos. No relatório final da pesquisa “Como estão as relações de gênero no PSF?”, realizada com profissionais do PSF do Recife, sequer há menção da sexualidade das pessoas idosas quando se trata sobre este tema. Também neste relatório, ficou demonstrada a menor frequência dos homens às unidades de saúde da família, fazendo com que se tenha ainda menos informação sobre estes indivíduos (RECIFE, 2004).

Num cenário de aumento da infecção pelo HIV em maiores de 50 anos (BRASIL, 2007) reforça-se o equívoco de achar que os idosos não fazem sexo, especialmente com mais de um parceiro. Assim, a importância de implantar ações de educação e proteção à saúde sexual dos idosos, assim como se faz com os adolescentes e adultos jovens está sendo subestimada.

Portanto, estudos que abordem questões sobre a sexualidade masculina em idosos poderão auxiliar gestores no planejamento de ações em saúde e saúde sexual no locus do próprio PSF, sendo também úteis aos profissionais que atuam diretamente com a clientela idosa por gerarem reflexões sobre seus conceitos e suas práticas.

Ademais, voltar o olhar para a sexualidade após os sessenta anos sugere visibilidade à temática, que, de uma forma geral, é negada pela nossa cultura, embora o conceito de envelhecimento seja algo complexo e heterogêneo. Desta forma, o presente trabalho buscou investigar aspectos da satisfação sexual entre homens idosos, cadastrados no PSF do Recife.

3. REFLEXÕES CONCEITUAIS

3.1. A velhice como experiência heterogênea

Nas sociedades modernas ocidentais, os ciclos de vida, definidos por faixas etárias, têm um papel central na definição do curso da vida humana. Tornou-se tão natural entender este curso de vida através da seqüência infância, adolescência, vida adulta e velhice, que se tem a impressão de um universalismo inerente a todos os seres humanos, como se sempre tivesse sido assim, em todas as culturas (PRADO, 2002). É verdade que os corpos de todos os seres humanos apresentam modificações com o passar dos anos, mas o significado que estas mudanças adquirem é específico de cada formação social e momento histórico. Portanto, a velhice, assim como os outros períodos da vida e a própria idéia de ciclo de vida, é uma construção social.

Prado (2002) cita Debert (1999) quando esta sugere que se trate o curso da vida “como processo gradual que considera aspectos históricos, sociais e individuais para a compreensão dos períodos da vida, numa visão mais complexa e elaborada”. Também menciona Bassit (2000) ao referir que “qualquer ponto do curso da vida precisa ser analisado dinamicamente, como consequência das experiências passadas e das expectativas futuras, e de uma integração entre os limites do contexto social e cultural correspondente”.

Esta autora data o surgimento da categoria velho a partir da modernidade e chama a atenção para como a sociedade passa a focar a vida dos indivíduos na idade (sociedades capitalistas) em detrimento ao status familiar (sociedades feudais). Novamente cita Bassit (2000) que refere ser a modernidade, com o surgimento do Estado moderno e suas formas de controle da vida das pessoas, uma universalização das transições.

A partir do momento em que se criam categorias para um determinado construto, é possível criar uma hierarquia entre elas. Assim como para a escala hierárquica que avalia os atos sexuais descrita por Rubin (1984), no momento em que são criados ciclos etários para descrever a experiência humana, podem-se valorizar alguns em detrimento de outros, dependendo da conformação ideológica e política vigente na sociedade em questão (BARROS, 2004).

A sociedade ocidental moderna está baseada no capital, na produção e no consumo, onde a juventude é um valor central e o lugar social destinado ao velho é negativamente valorado (BARROS, 2004; RAMOS, R. B., 2002). Se considerarmos a importância que o corpo tem nesta sociedade, observamos mais um locus que reforça a desvalorização dos velhos. O corpo de mais idade é quase invariavelmente associado à doença, invalidez, decrepitude, proximidade da morte. Mori e Coelho (2004) afirmam que, neste contexto, “envelhecer significa distanciar-se da exigência da perfeição do corpo humano, já que a beleza e a juventude são valorizadas como modelo de saúde” (p.186). Attias-Donfut (2004), citando Woodward (1999), refere que as mulheres idosas experimentam a invisibilidade do corpo, na medida em que são enquadradas num não-estatuto, deixando de ser consideradas mulheres, e, ao mesmo tempo, a hipervisibilidade do corpo, mas de um corpo inadequado, através do enorme estímulo ao consumo de produtos e serviços destinados a retardar a ação do tempo.

A atenção para estas questões é particularmente importante dentro da cultura do individualismo que permeia a sociedade ocidental moderna (BARROS, 2004). A crescente imputação dos próprios velhos pelo seu bem-estar, que tem sido chamada de reprivatização da velhice, acaba gerar a idéia de que se o envelhecimento apresenta percalços é por incompetência dos próprios indivíduos em manejá-lo e não reconhece a parcela de responsabilidade da sociedade e do Estado sobre estas situações (DEBERT, 2004).

Porém, um outro grande risco do universalismo é encarar a velhice como uma experiência homogeneamente negativa, ignorando as experiências agradáveis que são vivenciadas por alguns grupos. A velhice também pode ser um momento da vida de recuperar perdas, realizar projetos e de se dedicar mais ao prazer e à satisfação pessoal (RAMOS, R. B., 2002).

As diferenças de classe social e etnicidade entre as pessoas idosas também abrem espaço para vivências diversificadas de velhice. Debert (2004) relata que os estudos que analisam a situação dos velhos em minorias étnicas ou em classes sociais empobrecidas não têm resultados concordantes. Ora demonstram desvantagens, a chamada dupla vulnerabilidade, ora, apresentando situações privilegiadas, quando se mede o nível de interação e satisfação social, em relação aos velhos em geral.

3.2. Envelhecer no feminino e no masculino

Dentre os desafios postos no cuidado à população idosa, a feminização da velhice é um deles. Segundo o IBGE (2006), a população brasileira tem 51,3% de habitantes do sexo feminino e 48,7% do sexo masculino. Entre os maiores de 60 anos, estes percentuais são 56% e 44% e tendem a subir com a idade, pela maior expectativa de vida feminina.

As desigualdades de gênero também podem gerar diferentes experiências no processo de envelhecer. Neste início de século XXI, a sobrevivência das mulheres é maior que a dos homens na maioria dos países. Apesar disto, as mulheres adoecem mais, têm menor renda, ficam mais sozinhas e enfrentam uma desvantagem no campo simbólico da identidade pessoal vinculada à imagem do corpo (ATTIAS-DONFUT, 2004).

A mesma autora também relativiza a experiência do envelhecer feminino, afirmando que a velhice pode representar um período de realizar novas atividades centradas na própria satisfação e no lazer. Motta (2004) refere que, em contextos de subordinação feminina a partir da regulação de sua capacidade reprodutiva, na velhice (ou na viuvez) a mulher pode alcançar posições mais públicas e livres, assemelhando-se às dos homens.

Como já mencionado, os homens morrem mais cedo. No campo biológico, existe uma proteção hormonal feminina, até a menopausa, que retarda o aparecimento de problemas cardiovasculares (LAURENTI et al, 2005), principal causa de óbitos na população mundial (SILVA JUNIOR et al, 2003). Porém, os fatores comportamentais, relacionados à construção cultural do que são atitudes aceitas para homens e para mulheres, parecem ter um papel importante na determinação deste processo.

Assim, a construção social dos papéis masculinos e femininos pode ser apontada como uma das causas de sofrimento e morte. Neste modelo, o lugar destinado ao homem é o do espaço público, do trabalho remunerado e do provimento econômico da família. O mundo doméstico e a dimensão do cuidado, para consigo mesmo ou com os outros, são considerados como da seara feminina (PASCHOAL, 2006).

Uma das consequências danosas é que os homens ficam mais expostos a riscos ambientais, seja no trabalho ou em seus deslocamentos, assumem mais frequentemente comportamentos danosos à saúde, como o consumo de álcool e tabaco, e costumam adiar a

busca por serviços de saúde pelo maior tempo possível (PASCHOAL, 2006; LAURENTI et al, 2005; RECIFE, 2004).

Com as mudanças provocadas pelo envelhecimento, algumas instâncias de exercício do poder masculino destes homens podem ser ameaçadas. A viuvez pode retirar a possibilidade de exercer a autoridade patriarcal pela falta de uma esposa a quem controlar e a doença ou a incapacidade podem gerar dependência de filhos ou outros membros da família (PADILLA, 2007).

A mudança mais central deste período parece ser a interrupção das atividades produtivas, que traz para o homem idoso o desafio de ocupar seu tempo num espaço que não era seu domínio: o lar. A dificuldade de preencher esse tempo ocioso, com a sensação de inutilidade associada, é uma das causas de sensação de mal-estar para o idoso e sua família (PADILLA, 2007). Neste contexto, as mulheres podem se sentir invadidas, num espaço que anteriormente era delas, pela presença deste homem (RODRIGUES, MERCADANTE, 2006).

Porém, o maior impacto parece ser a perda do status de provedor econômico do lar, responsável por fazer com que o indivíduo se sinta valorado como homem na sociedade, o que pode trazer sentimentos de baixa auto-estima e de vergonha (PADILLA, 2007). Por conta disso, a aposentadoria pode ser um período de grande sofrimento psíquico para o homem (RODRIGUES, MERCADANTE, 2006), podendo fazer com que ele a adie ao máximo, inclusive com alguns prejuízos para sua saúde.

Obviamente, nem sempre é esta situação que está ocorrendo, pois manter-se trabalhando é uma das formas de envelhecer ativamente, assim como ter renda pessoal é uma das formas de manter autonomia. Simões (2004), estudando homens idosos aposentados, observou que estes mantinham uma auto-imagem de provedores que se contrapunha à concepção dos mais velhos como peso para a sociedade e para a família.

Peixoto (2004) descreve o trabalho após a aposentadoria como estratégia de reduzir o vazio social como sendo distinto do trabalho para manter as condições de vida ou por solidariedade familiar. O problema não é o trabalho por si, mas sim a obrigação de se manter trabalhando, contra sua vontade, por necessidade econômica.

Por outro lado, em uma sociedade capitalista onde o ter é associado ao poder, continuar a ser o principal provedor econômico familiar pode conferir (ou manter) um poder de decisão sobre a vida do grupo que de outra forma talvez não fosse dado a estes idosos.

Padilla (2007), entrevistando homens idosos de baixa renda, verificou que alguns seguem sendo os principais, e às vezes os únicos, provedores econômicos do grupo familiar, o que lhes mantém numa posição de autoridade.

3.3. Gerontologia: ciência da velhice?

Em paralelo à construção sócio-histórica da velhice, surge um campo de conhecimento para estudá-la: a gerontologia. Shirley Prado (2002) chama a atenção para as três tecnologias de diferenciação da velhice no curso de vida moderno: o saber geriátrico/gerontológico (as transformações da medicina, e a adoção da velhice pela medicina), a aposentadoria (associação da velhice com a invalidez) e o asilo de velhos.

Apesar dos primeiros escritos científicos sobre o envelhecimento datarem do século anterior, o maior interesse pelo tema, e a conseqüente produção científica, surge nos meados do século XX. Os trabalhos pioneiros sobre envelhecimento que embasam as práticas modernas sobre a velhice surgiram na França, através de Bichat e Charcot, porém a Geriatria aparece como especialidade médica apenas no século XX (GROISSMAN, 2002). Portanto, o saber geriátrico surge de demandas da sociedade, sendo histórico e socialmente construído (BRIGEIRO, 2002).

Atualmente, a gerontologia ainda não se constitui num campo articulado de saber (PRADO, SAYD 2006). A maior parte da literatura sobre envelhecimento não possui uma linguagem comum, exceto no seu objeto de estudo – os idosos (BRIGEIRO, 2002). Groissman (2002) problematiza a dificuldade da gerontologia em delimitar o que representa a idade, onde começa a velhice, e as fronteiras entre o normal e o patológico como obstáculos à melhor delimitação desta área de conhecimento.

Prado e Sayd (2006) afirmam também que a literatura gerontológica atribui estes fatos ao campo estar numa fase inicial. Com o passar do tempo e o trabalho dos pesquisadores, ele tenderia a se consolidar. O que as autoras criticam é que esse posicionamento ignora que a ciência não se desenvolve apenas pelo trabalho dos pesquisadores. Como proposta, utilizam o modelo de análise que trata de ciências e poderes a partir das relações que os campos de saber emergentes estabelecem entre si e com os outros já existentes e afirma que “o desenvolvimento de um *conceito* e o despertar de *interesses* em diferentes setores da

sociedade, articulados a um *projeto político*, constituem os pilares fundamentais para seu estabelecimento” (p. 492, grifos das autoras).

Considerando estas questões, a Gerontologia desenvolveu formas de explicar como se dá o ajustamento do indivíduo ao seu processo de envelhecimento. Na teoria do desengajamento ou desvinculação, formulada no início da década de sessenta do século XX, a pessoa realiza seu ajustamento mediante afastamento voluntário e gradual das atividades habituais, num desinvestimento, gradual e bilateral, entre o indivíduo e o meio que o cerca. Já para a teoria da atividade, descrita alguns anos depois, o ajustamento é realizado por meio de práticas que compensem a inatividade, considerando importante que a pessoa se mantenha ativa e com vínculos com o meio que a cerca pelo maior tempo possível (OLIVEIRA, 2002).

Até o final da década de sessenta, essas teorias foram as principais formas de se pensar o ajustamento do indivíduo à velhice no campo da Gerontologia social (DEBERT, 2004). Desde então, a teoria da atividade se tornou hegemônica, em consequência do progresso médico-científico (OLIVEIRA, 2002). Apesar de fazerem proposições diferentes, ambas encaram a velhice como período de perdas, o que justificaria uma regulação desta terceira idade e as intervenções propostas em decorrência, em nome do envelhecimento bem-sucedido.

Portanto, na medida em que pretende afirmar cientificamente a melhor forma de viver em idade avançada, incluindo suas questões sentimentais, a gerontologia pode se tornar uma instância reguladora do social (BRIGEIRO, 2002). Groissman (2002) afirma que “lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a geriatria/gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto, que é disciplinar a vida humana em toda a sua extensão” (p. 77).

3.4. A gerontologia e a sexualidade

Na visão de Rubin (1984), “uma teoria radical do sexo deve identificar, descrever, explicar e denunciar a injustiça erótica e a opressão sexual” (p. 279). Ou seja, possuir instrumentos conceituais que permitam a identificação dessas situações, relatá-las de forma mais detalhada possível, teorizar sobre o que foi descrito e se posicionar politicamente. No campo da sexualidade, a gerontologia não se distancia de seu caráter regulador, representando uma instância de biopoder, definido por Foucault (2005), pois pode fornecer modos de

regulação tanto dos corpos individuais, quanto dos comportamentos da população (WEEKS, 2001).

Vance (1995) ressalta o aumento do interesse das ciências médicas pela vida sexual e como a abordagem biomédica da sexualidade tende a medicalizá-la e patologizá-la. Como consideram a sexualidade como derivada da fisiologia, tendem a não refletir sobre a construção das categorias corpo e saúde. Brigeiro (2002) observa que o conhecimento gerontológico sobre a sexualidade é herdeiro da sexologia, no seu cunho prático e intervencionista.

Desde o seu início, a sexologia tem se baseado num essencialismo sexual focado na biologia e isso tem sido questionado pela escola do contrucionismo social, inclusive o lugar central de onde vemos a sexualidade (WEEKS, 2001). Essa forma de ver a sexualidade, por entendê-la como uma construção humana, traz em si a possibilidade de transformação das desigualdades através de ações com esta finalidade (PARKER, 2001).

No início do século XX, Nasher, no primeiro tratado de geriatria conhecido, afirmava que alterações corporais internas e externas tinham repercussões no comportamento das pessoas idosas, dando como exemplo patológico a manutenção do interesse sexual, pois o natural seria o afastamento da vida sexual pelos indivíduos (GROISSMAN, 2002). Ao longo do século, os textos gerontológicos vêm se posicionando de forma contrária aos pressupostos de Nasher. Um dos consensos atuais do saber gerontológico é que a sociedade, por discriminar os velhos de forma geral, condena sua sexualidade e que esse controle, utilizando conceitos de Foucault (2005), seria exercido pelos jovens e também pelos próprios velhos. Este conceito é descrito nos textos como o mito da velhice assexuada (BRIGEIRO, 2002).

Rubin (1984) chama a atenção para como as sociedades modernas ocidentais avaliam os atos sexuais segundo uma escala hierárquica. Quanto mais baixa a posição da prática sexual na escala, mais seus praticantes perdem socialmente em respeitabilidade, mobilidade, legalidade, amparo institucional, benefícios materiais e status de saúde mental. Apesar deste enfoque não ter sido abordado pela autora, é perfeitamente possível encarar o controle sobre a sexualidade dos velhos desta maneira. As normas culturais – neste caso, o estereótipo que liga a velhice à decrepitude – são introjetadas pelos indivíduos e se traduzem em suas condutas, incluindo-se as da sexualidade (VASCONCELLOS et al, 2004).

Os especialistas, em defesa dos direitos das pessoas idosas na velhice, se posicionam contrariamente a este ponto de vista (BRIGEIRO, 2002). Muitas vezes, utilizam conceitos freudianos da sexualidade com finalidade de prazer, em detrimento da reprodução (VASCONCELLOS et al, 2004) para nortear suas intervenções. Brigeiro (2002) cita Thomas (1982) como uma das vozes discordantes que associa, através de uma interessante metáfora, a sexualidade os velhos ao prazer e não como estratégia de sobrevivência. Ele defende que a experiência sexual na terceira idade não seja encarada como vitaminas (consumidas por motivo de saúde) e sim como a pipoca, um alimento sem muito valor nutritivo, associado a momentos de lazer.

Aqui se corre mais um risco de homogeneização de uma experiência múltipla. Sendo assumido como verdade que a velhice não é uniformemente assexuada, tampouco todos os velhos vivenciam sua sexualidade nesta etapa da vida. Para aqueles que a vivenciam, a obrigação da mesma ser experimentada de forma única é outro equívoco. Esta reflexão é importante para evitar que se migre da velhice assexuada para a obrigação de desempenho sexual, especialmente como necessário à saúde, nem para a normatividade das sexualidades culturalmente hegemônicas.

Vance (1995) chama a atenção para como os autores construtivistas admitem níveis diferentes de construção social (atos, identidades, comunidades, a direção do interesse erótico e até o próprio desejo), apesar de compartilharem a idéia de que as experiências sexuais têm significados diversos dependendo do contexto em que se inserem. Mesmo não havendo consenso, estes estudos pensam a sexualidade como construção social. Portanto, para analisar qualquer prática vinculada à sexualidade, é fundamental perceber os sentidos que ela tem para o sujeito que a exerce, dentro de seu momento histórico e contexto cultural.

Weeks (2001), historiando a construção das identidades sexuais modernas, ressalta que o comportamento sexual não está necessariamente atrelado à identidade, idéia reforçada por Parker (2001). Um homem que mantenha práticas sexuais com outros homens pode não se reconhecer na identidade homossexual. Ele destaca também a ambigüidade do conceito de identidade sexual, pois, ao mesmo tempo em que ela dá um sentido de unidade pessoal e/ou pertencimento a um grupo, o espectro de identidades possíveis é histórica e socialmente construído, não sendo a identidade selecionada um atributo essencial da nossa personalidade e que essa escolha da identidade pode ser altamente política no mundo que se preocupa com o conceito de sexualidade verdadeira.

Frequentemente, a intervenção gerontológica objetiva otimizar o exercício da sexualidade entre os idosos, dentre as suas limitações nas várias dimensões da vida. A velhice instauraria uma nova concepção de sexualidade, como algo mais amplo que o coito penetrativo (BRIGEIRO, 2002). Ainda assim, este conhecimento geronto-sexológico se utiliza muito mais de dados empíricos de frequência sexual e dos conceitos de fisiologia sexual (DE LORENZI & SACIOTO, 2006; PENTEADO et al, 2004, LOPES, TORRES & MAIA, 1994), não encarando, efetivamente, a sexualidade de forma ampliada.

Este fato pode ser consequência do que Rubin (1984) chama de ausência de um conceito de variedade sexual benigna. Se há um conceito comum de que há uma forma de fazer sexo melhor do que as outras e que todos deveriam se esforçar para fazê-lo apenas desta maneira, dificilmente irá se desenvolver uma ética sexual pluralista. Assim, os indivíduos resistiriam a essa possibilidade de mudança em sua sexualidade, reforçando a idéia de perda provocada pela velhice. Isto também explicaria a ausência quase completa de menção a práticas sexuais não hegemônicas, como as homoeróticas, nos textos gerontológicos.

Apesar de reconhecer os complexos aspectos “biopsicossociais” (expressão recorrente em vários textos gerontológicos) da sexualidade após os sessenta anos, de maneira geral, a Gerontologia propõe intervenções individuais para os idosos e não mudanças sociais, caracterizando mais um locus de reprivatização do envelhecimento.

Rubin (1984) afirma ainda que a sexualidade é política porque está organizada em sistemas de poder que recompensam a alguns e punem outros e, por isso, é objeto de luta desde que se desenvolveu nestes sistemas. A autora defende que uma prática sexual deveria ser julgada “pela forma como se tratam seus participantes, pelo nível de consideração mútua, pela presença ou ausência de coerção e pela quantidade e qualidade de prazeres que aporta”, e não por uma moral da sexualidade única e homogênea.

Neste contexto, reforça-se a importância tanto na produção acadêmica, quanto na adoção de condutas / intervenções em serviços de saúde, baseadas no respeito ao pluralismo que a sexualidade encerra, favorecendo a mudanças de padrões culturais opressores à velhice e aos idosos.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Investigar a satisfação sexual de homens idosos cadastrados no Programa Saúde da Família do Recife.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Caracterizar a casuística segundo as variáveis independentes – sócio-demográficas, saúde auto-percebida, relacionamento afetivo com o (a) parceiro (a) e crenças e práticas sobre a sexualidade – e segundo o grau de satisfação sexual atual.

4.2.2. Verificar a associação entre o grau de satisfação com a vida sexual atual e as variáveis independentes.

4.2.3. Contribuir no planejamento de ações em saúde sexual e saúde do idoso, especialmente as vinculadas ao Programa Saúde da Família.

5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudo

O presente estudo epidemiológico é do tipo quantitativo de corte transversal. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2003), os estudos transversais permitem produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual, possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Este tipo de estudo tem como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo, fornecendo subsídios ao planejamento.

De acordo com Pereira (1995), as principais vantagens desse tipo de estudo são o menor tempo requerido para sua realização e o custo reduzido. Por medir a força das associações no mesmo momento do tempo, este tipo de estudo tem como limitação a incapacidade de definir a seqüência temporal, ou seja, o que é causa e o que é efeito, na associação.

Em relação a abordagens qualitativas, este tipo de estudo apresenta como limitação a impossibilidade de aprofundamento em questões subjetivas, ainda que se possa utilizar de formulários de coleta de dados construídos a partir de pesquisas qualitativas. Por necessitar de número maior de entrevistados, quando comparado com estudos qualitativos, em virtude de questões estatísticas, habitualmente reserva pouco espaço para questões abertas, de resposta espontânea pelos entrevistados.

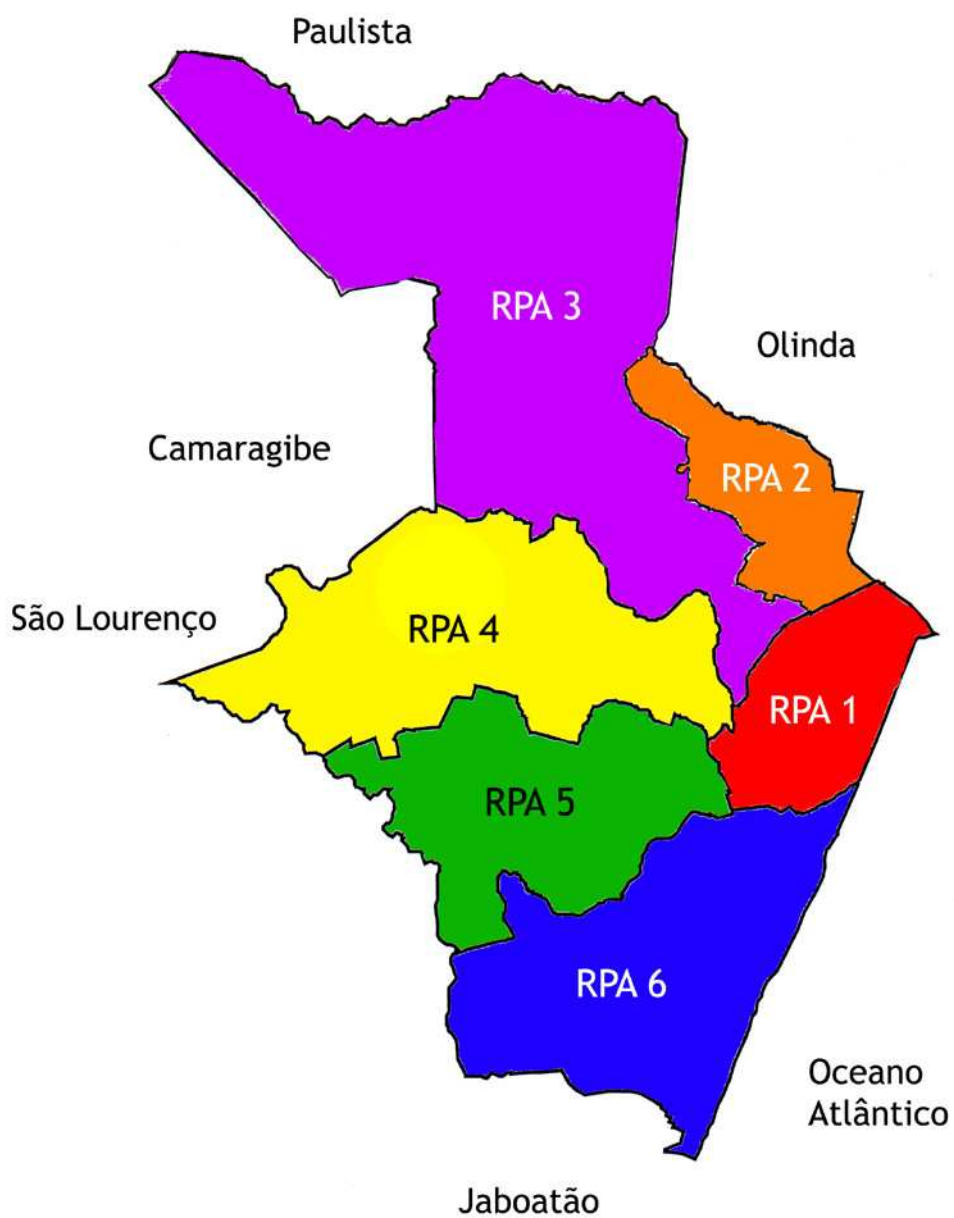
5.2. Local de realização

A cidade do Recife se encontra dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), conforme Figura 1, cada uma subdividida em três microrregiões (MR). Considerando a facilidade de acesso, em virtude de parceria ensino-serviço já existente entre a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a gerência do Distrito Sanitário (DS) IV, foi adotada como área programática para a realização desse estudo a RPA 4 (Figura 2) e de forma mais

específica a MR 4.3, locus onde se situa o campus da UFPE e seu entorno. Atualmente, as Unidades de Saúde da Família (USF) do DS IV funcionam também como campo de práticas para alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de saúde da UFPE, nas disciplinas ligadas à Saúde Coletiva.

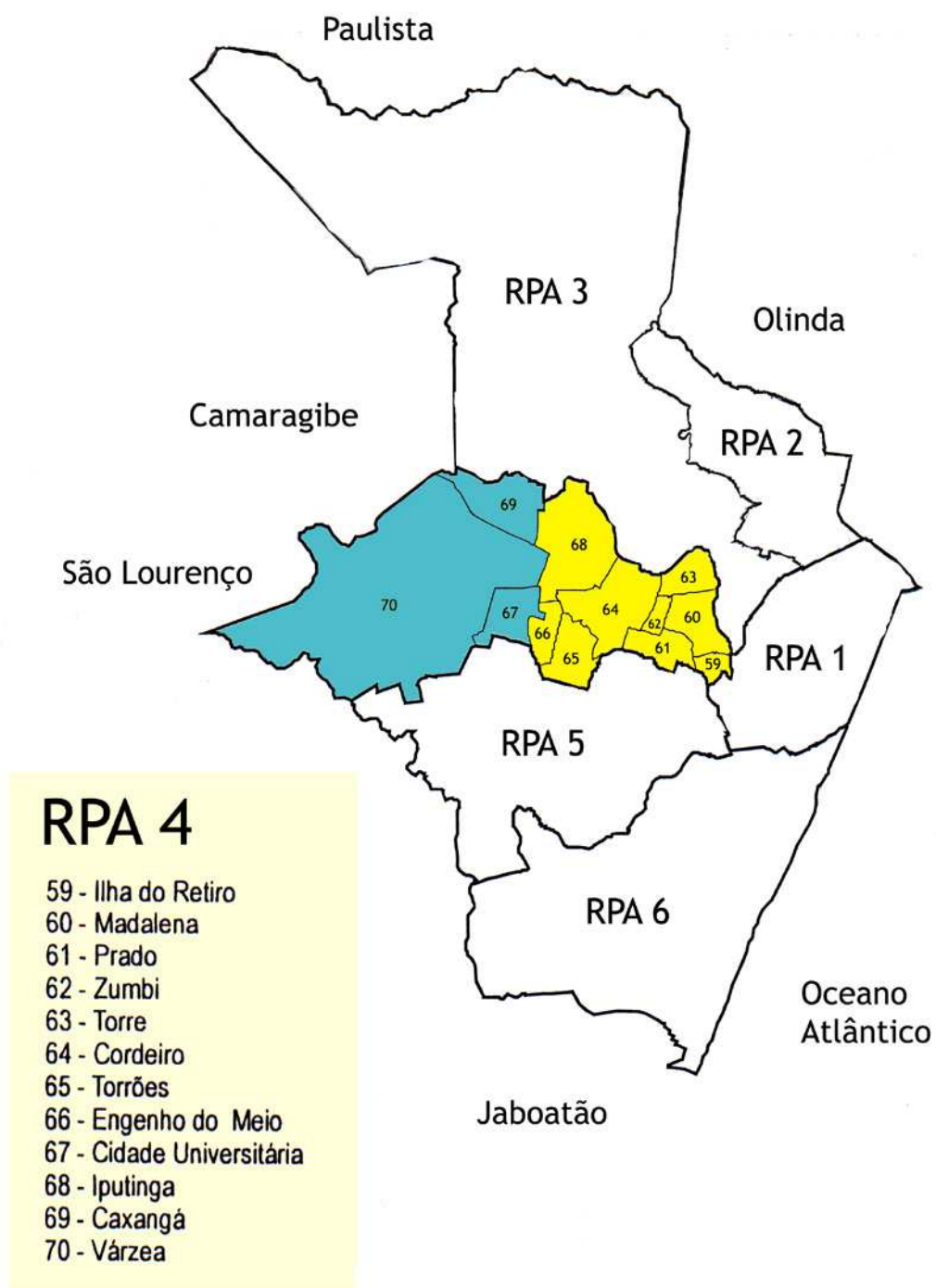
A MR 4.3 localiza-se no extremo oeste de Recife, possui uma extensão territorial de 26,4 Km² e envolve os bairros Cidade Universitária, Caxangá e Várzea. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (RECIFE, 2005), em 2000, a MR 4.3 contava com 18.617 domicílios, com uma média de 3,83 moradores em cada. Oitenta e sete por cento desta população possui água encanada no domicílio, 98% vive em domicílio com instalações sanitárias e igual percentual dispõe de coleta de lixo.

Figura 1 – Mapa das Regiões Político-Administrativas do Recife



Fonte: Prefeitura Municipal do Recife

Figura 2 – Mapa da Região Político-Administrativa 4 e seus bairros



Fonte: Prefeitura Municipal do Recife

5.3. População de referência

De acordo com o Sistema de Informações na Atenção Básica (SIAB) do Recife (2007), a MR 4.3 possui sete USFs em seu território, a saber: USF Amaury de Medeiros, USF Barreiras, USF Brasilit, USF Campo do Banco, USF Cosme e Damião, USF Rosa Selvagem e USF Sítio Wanderley, que comportam catorze equipes de saúde da família, em cuja área de atuação foi realizado este estudo. Dos 3004 habitantes desta microrregião com 60 anos ou mais cadastrados no PSF, 1146 são do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de idosos residentes nas áreas de atuação das USF da MR 4.3.

USF	60 anos ou mais	60 anos ou mais e sexo masculino
Amaury de Medeiros	802	319
Barreiras	211	79
Brasilit	281	99
Campo do Banco	626	233
Cosme e Damião	243	107
Sítio Wanderley	741	273
Rosa Selvagem	100	36
TOTAL	3004	1146

Fonte: SIAB, 2007

5.4. Plano amostral

Inicialmente foi definido o tamanho da amostra dada uma prevalência esperada do evento investigado de 50%. Foi considerado esse valor por tratar-se de um estudo em que a variável dependente e a maioria das variáveis independentes têm prevalência desconhecida na população de origem. Definiu-se o poder do estudo em 80%, a precisão de 5%, um erro alfa de 5% e um acréscimo de 10% no número de participantes da amostra, visando reduzir perdas.

Obteve-se junto às USF uma lista com nomes e endereços dos possíveis sujeitos, que foram selecionados por sorteio, de modo a compor uma amostra sistemática. Para o número

de indivíduos selecionados em cada USF, foi mantida a proporcionalidade com a sua população de homens idosos elegíveis. Cumprindo estes pressupostos, foram entrevistados 245 indivíduos (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de idosos residentes nas áreas de atuação das USF da MR 4.3.

USF	Homens idosos	Atendem aos critérios de inclusão na pesquisa	Entrevistados
Amaury de Medeiros	319	110	45
Barreiras	79	43	18
Brasilit	99	77	32
Campo do Banco	233	120	49
Cosme e Damião	107	93	38
Sítio Wanderley	273	42	17
Rosa Selvagem	36	113	46
TOTAL	1146	598	245

Fonte: SIAB, 2007 e listas fornecidas pelas USFs

Os critérios de inclusão utilizados foram idade mínima de 60 anos, sexo masculino, residência na área de estudo, não apresentar enfermidade ou agravamento à saúde que trouxesse comprometimentos em termos de comunicação e concordância em participar do estudo, após orientação sobre seus objetivos e do compromisso da manutenção do anonimato, com assinatura ou impressão digital em termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

5.5. Coleta de dados

Visando adequar a linguagem do questionário de entrevista, identificar possíveis entraves na operacionalização do trabalho de campo e minimizá-los, foi realizado um projeto piloto na área de atuação da USF Caetés II, no município de Abreu e Lima, região metropolitana do Recife. Esta USF foi escolhida por ter sido o local de atuação profissional da pesquisadora e contar com população muito semelhante à da pesquisa no que diz respeito à classe sócio-econômica e adscrição ao PSF.

A coleta das informações de interesse para o estudo foi realizada mediante aplicação de questionário semi-estruturado, anônimo, com questões pré-testadas (Anexo B). Ele foi elaborado a partir de protocolos utilizados pelo Estudo longitudinal com uma população de idosos residentes no município de São Paulo, realizado pela Escola Paulista de Medicina, pela Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS, realizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e pelo Modern Maturity Sexuality Study, realizado pela AARP – Atlanta/EUA.

A entrevista face a face pode não ser o melhor método para pesquisar assuntos delicados e/ou íntimos, como é o caso da sexualidade. O formulário auto-aplicado é a forma mais comum de obter dados em estudos desta natureza. Porém, exige uma escolarização e capacidade de compreensão de leitura geralmente não encontrada em populações empobrecidas e idosas. Por esta razão, a aplicação do questionário se deu através de entrevistas domiciliares com os idosos selecionados, realizadas por pesquisadores do sexo masculino, devidamente treinados.

Na seleção destes entrevistadores, foi priorizada a experiência com trabalho em comunidades de mesmo nível sócio-econômico que o dos sujeitos da pesquisa e experiência com trabalhos na área de sexualidade, em especial com homens, no intuito de diminuir possíveis constrangimentos no momento das entrevistas.

O treinamento dos entrevistadores envolveu a apresentação dos objetivos da pesquisa e do instrumento de coleta de dados, um *role-play* com situações possíveis de serem vivenciadas durante as entrevistas, o planejamento das visitas, a entrega do material de pesquisa (incluindo um manual do entrevistador) e a revisão dos aspectos éticos.

Por questões financeiras, o trabalho não contou com supervisão de campo. Em decorrência disto, ocorreram algumas perdas de respostas, em especial com um dos entrevistadores. Na medida em que os questionários foram sendo entregues, foi realizada supervisão das respostas pela pesquisadora, buscando identificar possíveis dúvidas e imprecisões. Nestas situações, pela impossibilidade de revisita aos entrevistados em virtude do anonimato do questionário, as respostas foram excluídas.

5.6. Variáveis estudadas

A variável dependente foi o grau de satisfação com a vida sexual atual, estratificada em três níveis (1: insatisfeito; 2: indiferente; 3: satisfeito). As variáveis independentes foram sócio-demográficas (idade, raça/cor, estado conjugal, renda pessoal, renda familiar, escolaridade e frequência a atividades religiosas), saúde auto-percebida, grau de satisfação com o relacionamento afetivo com seu (sua) parceiro (a) e algumas relacionadas com a vida sexual (idade da iniciação sexual, satisfação sexual antes dos sessenta anos, frequência sexual, número de parceiros nos últimos doze meses, prática da masturbação, crença de que o sexo é apenas para pessoas jovens, crença de que todas as formas de prazer são aceitáveis, crença de que a satisfação sexual é importante para o sucesso de um relacionamento e crença de que é possível ser feliz sem sexo).

5.7. Análise dos dados

Foi estruturado um banco de dados, através de dupla digitação e validação posterior, no software Epi-Info, versão 6.04. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 10.0. Na análise exploratória dos dados foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão e percentuais para descrevê-los.

A significância da associação da satisfação sexual com as demais variáveis explicativas foi avaliada através do teste Qui-Quadrado de Pearson. Adicionalmente, foi verificada a significância associação entre a satisfação com o relacionamento afetivo e a frequência sexual com as outras variáveis independentes, pelo mesmo método. Para isto, as variáveis categóricas foram transformadas em variáveis “dummy”. Para verificar a significância estatística da diferença de médias, foi utilizado o teste t de student.

Para explicar o grau de satisfação com a vida sexual atual dos idosos, foi proposto um modelo multinomial logístico. Foram calculados os odds ratios (OR) para cada nível das variáveis explicativas e intervalos de 95% de confiança foram obtidos.

5.8. Considerações éticas

O presente estudo atende aos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, da World Medical Association, e também atende às recomendações da resolução nº196 de 10 de outubro de 1996, sobre pesquisa científica desenvolvida com seres humanos. Sua realização foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, conforme parecer nº. 101/07.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Gerência de Território da MR 4.3, responsável pelas USF onde foi realizado o estudo, e recebeu a carta de anuência da gestora de saúde para sua realização. Ele também foi submetido à apreciação da Coordenação do PSF do município de Abreu e Lima, responsável pela USF onde foi realizado o piloto, e recebeu a anuência da coordenadora para sua realização.

Anterior à coleta dos dados, todos os idosos selecionados para participar do estudo e do piloto ouviram explanação acerca dos objetivos da pesquisa, possíveis riscos envolvidos e garantia de anonimato do entrevistado, conforme explicitado em Termo de Responsabilidade do Pesquisador (Anexo C). Os que concordaram em participar assinaram ou impuseram impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

A pesquisa trazia risco de constrangimento aos entrevistados, mas as perguntas foram conduzidas de forma a diminuir este risco. Como benefício da participação, os entrevistados contribuíram para aumentar os conhecimentos sobre a população da pesquisa e assim subsidiar melhor o planejamento das ações de saúde das unidades de saúde da família que os atendem. Porém, as atividades assistenciais das USF não foram influenciadas pela pesquisa ou pela recusa do sorteado em participar da mesma.

6. RESULTADOS

6.1. Variáveis sócio-demográficas

Dos 245 selecionados, apenas 9% não fornecerem todas as informações durante a entrevista. A idade dos sujeitos variou de 60 a 95 anos, com média de 69 (DP=6,9) anos. Em relação à raça / cor dos entrevistados, a maioria se definiu como parda (51,8%). Os idosos brancos e negros correspondem respectivamente a 22% e 21,6%. A escolaridade variou de 0 a 15 anos de estudo, com média de 3,5 (DP=3,3) anos, sendo que 30% dos entrevistados são analfabetos.

Aproximadamente 17% dos idosos referiram no momento da entrevista não ter religião. Entre os que mencionaram ter religião 67,2% são católicos e 31,8% são evangélicos. Cerca de 23% não freqüentam atividades religiosas e, dentre os que o fazem, 38% com freqüência inferior a uma vez por mês.

No que diz respeito à coabitação no mesmo domicílio, 83,3% reside com a companheira, 65,3% com filhos e 33,1% com netos. O compartilhamento do espaço de dormir é basicamente apenas com a companheira (77,6%), seguido dos que dormem sozinhos (18,8%). Mas também foram encontradas situações como dormir com a companheira e com filhos (0,8%), com a companheira e com netos (0,4%), apenas com filhos (1,2%), apenas com netos (0,8%) e apenas com a mãe (0,4%).

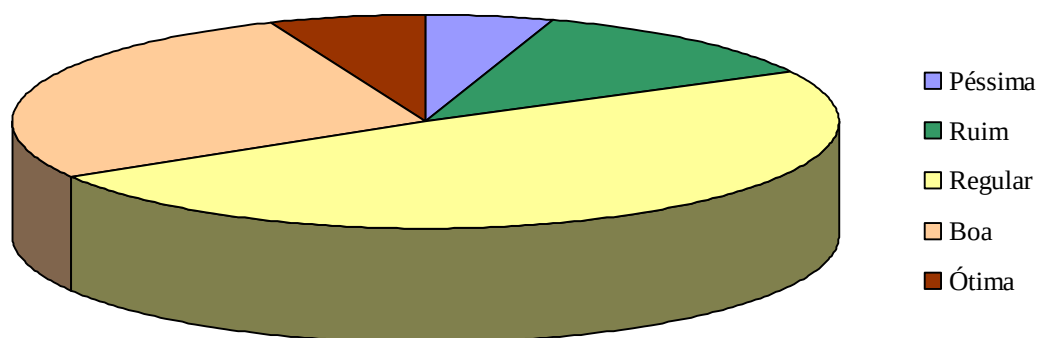
A maioria (90,6%) dos entrevistados está aposentada. Mesmo assim, 9,4% ainda se mantêm trabalhando. Cinquenta e quatro por cento ganham até um salário mínimo e 71,1% têm renda familiar até dois salários mínimos. Chama a atenção o fato de que a renda pessoal de 67% dos entrevistados é a única fonte de renda da família.

6.2. Saúde auto-percebida

Cerca de 49% considera sua saúde como regular, enquanto que 27,3% a considera como boa e 6,1% como ótima (Gráfico 1). Numa escala de um a cinco pontos, onde um

representava muito insatisfeito e cinco representava muito satisfeito, a média de satisfação com seu estado atual de saúde foi de 3,2 (DP=0,9) pontos.

Gráfico 1 – Saúde auto-percebida



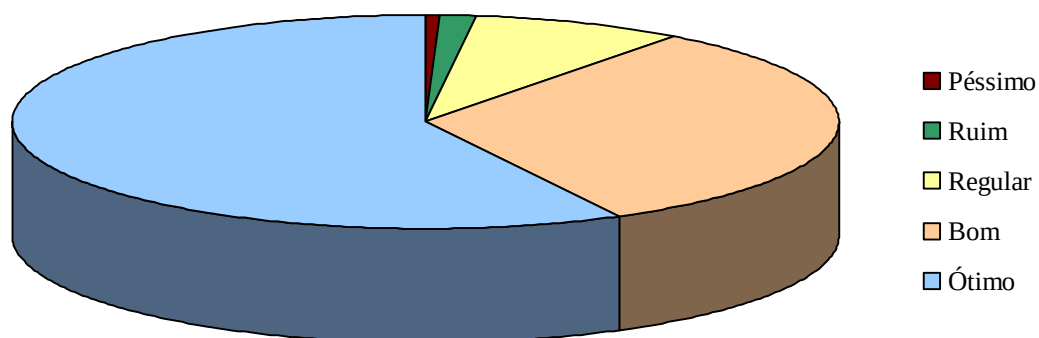
Trinta e sete por cento acham que sua saúde é igual e 48,2% acham que é melhor que a saúde de outras pessoas de mesma idade.

6.3. Relacionamento afetivo

Nenhum entrevistado afirmou residir com um companheiro do sexo masculino. Para os que têm companheira, também se observou sua satisfação com o relacionamento afetivo (89,7% o consideram bom ou ótimo), conforme descrito no Gráfico 2. Numa escala de um a cinco pontos, onde um representava muito insatisfeito e cinco representava muito satisfeito, a média de satisfação com o relacionamento afetivo obtida foi de 4,4 (DP=0,7) pontos.

Os atributos presentes na companheira mais frequentemente apontados foram: ser a melhor amiga (93,6%), fazer com que ele se sinta importante (90%) e ser delicada e gentil (89,1%). Os atributos menos frequentemente apontados foram: ser criativa no sexo (68,3%), ser romântica (79%) e passar a impressão que o acha atraente fisicamente (79,8%).

Gráfico 2 – Classificação do relacionamento afetivo



6.4. Crenças sobre a sexualidade

Quanto ao significado do sexo na vida das pessoas, 46,5% acreditam que sexo é uma prova de amor pelo parceiro, 21,6% crêem que é uma necessidade física como a fome e a sede, 18% acham importante para ter filhos e manter a vida conjugal e familiar e 13,1% o vêem como uma fonte de prazer ou de satisfação.

Foi utilizada uma escala de uma a cinco pontos, na qual um representava a maior discordância possível e cinco representava a maior concordância possível, para avaliar a opinião dos entrevistados sobre situações que envolvem a vida sexual. Os resultados se encontram expressos na forma de médias e seus desvios padrões, em ordem decrescente de concordância, na Tabela 5.

Tabela 5 – Nível médio de concordância (1 a 5) dos entrevistados com as situações propostas

Situação	Média	Desvio padrão
A satisfação sexual é importante para o sucesso de um relacionamento amoroso.	4,78	0,77
A fidelidade é essencial para a felicidade do casal.	4,73	0,92
Deve-se ter relações sexuais somente quando se ama.	3,68	1,74
Quando um casal está de acordo, todas as formas de prazer sexual são aceitáveis.	3,39	1,88
É possível ser feliz sem sexo	2,91	1,85
Ter relação sexual com alguém sem amar.	2,49	1,84
Em um casal, o amor pode existir sem relação sexual.	2,48	1,86
Um homem pode ter relações amorosas e sexuais fora do relacionamento amoroso.	2,41	1,72
Que os homens se masturbem (obtenham prazer sexual tocando e acariciando seu próprio corpo ou partes íntimas).	2,14	1,72
Que as mulheres se masturbem (obtenham prazer sexual tocando e acariciando seu próprio corpo ou partes íntimas).	2,05	1,69
Pode haver amor sem fidelidade.	1,97	1,63
Sexo é apenas para pessoas jovens.	1,72	1,47
Uma mulher pode ter relações amorosas e sexuais fora do relacionamento amoroso.	1,54	1,23
Uma mulher tenha relações amorosas e sexuais com outra mulher.	1,25	0,91
Um homem tenha relações amorosas e sexuais com outro homem.	1,24	0,89

Se forem considerados separadamente os homens de 60 a 70 anos e os maiores de 70 anos, as médias de concordância das assertivas são semelhantes entre os dois grupos. As únicas exceções dizem respeito à proposição de que uma mulher pode ter relações extra-conjugais, na qual o nível de discordância dos mais jovens (1,67) é estatisticamente inferior ($p=0,02$) ao dos mais velhos (1,30) e a proposição de que a fidelidade é essencial para a felicidade do casal, na qual o nível de concordância dos mais jovens (4,83) é estatisticamente superior ($p=0,03$) ao dos mais velhos (4,57). Este é um achado curioso, visto que as proposições têm um teor semelhante e não se esperaria resultado contraditório.

6.5. Práticas sexuais antes dos 60 anos

A idade média da primeira relação sexual foi de 15,8 ($\pm 3,1$) anos. Com relação ao número total de parceiros (as) que já teve na vida, as respostas tiveram ampla variabilidade (1 a 1000), fazendo com que a média (de 45,2 parceiros, DP=85,5) não seja a melhor medida de tendência central para esta variável e sim a mediana, cujo valor foi de 20 parceiros (as). Chama a atenção o grande índice de não resposta a esta questão (25,3%), somando-se as alternativas não sabe, não lembra e não responde. Por esta razão, não foi testada a associação desta variável com a variável dependente.

Quanto ao sexo dos parceiros (as), 96,3% afirmam terem mantido relações sexuais apenas com mulheres, 1,2% com mais mulheres do que homens, 0,4% com mais homens do que mulheres e 2,0% não responderam a esta questão.

A maioria considera que sua vida sexual pregressa foi satisfatória (36,8%) ou muito satisfatória (47,9%). Numa escala de um a cinco pontos, onde um representava muito insatisfeito e cinco representava muito satisfeito, a média obtida foi de 4,3 (DP=0,85) pontos.

6.6. Vida sexual atual

A maioria (73%) afirma permanecer sexualmente ativa, com a frequência de relações sexuais descrita na Tabela 6.

Tabela 6 – Frequência sexual de homens idosos

	Até 1 vez por mês	2 ou mais vezes por mês	1 ou mais vezes por semana
Total da amostra	65,3%	50,0%	31,9%
Até 70 anos	74,3%	58,9%	49,7%
Mais de 70 anos	49,5%	31,5%	18,0%
Com companheira	81,5%	63,2%	44,9%
Sem companheira	40,0%	30,0%	22,5%

Com relação ao número de parceiros (as) nos últimos 12 meses, também as respostas apresentaram grande variabilidade (0 a 70), porém aqui a média encontrada (de 1,4 parceiros, DP=5,12) se aproxima bastante da mediana, cujo valor foi de um parceiro (a).

Quanto ao sexo dos parceiros (as), excetuando os 27,3% que atualmente não mantêm relações sexuais, 98,8% afirmaram terem mantido relações sexuais apenas com mulheres, 0,6% com mais homens do que mulheres, e 0,6% somente com homens nos últimos 12 meses.

Apenas 6,4% admitiram a prática atual da masturbação, 5,4% entre os de até 70 anos e 8% entre os maiores de 70 anos. Têm esta prática 5,6% entre os que coabitam com a companheira e 10,3% entre os que não coabitam.

Aproximadamente 7% dos entrevistados que continuam sexualmente ativos trocaram dinheiro, favores ou presentes por sexo nos últimos 12 meses. Recusaram-se a responder a questão em torno de 2% deles.

O uso de preservativo por um dos parceiros em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses foi observado em 6,7% dos entrevistados. O uso eventual foi referido por 3,4%. A grande maioria (87,1%) não utiliza nenhuma forma de proteção contra infecções transmitidas pelo sexo porque confia na parceira (29%), não acha necessário (22%), só tem uma parceira fixa (16%) ou não gosta de preservativos (16%).

Apenas 1,6% dos entrevistados referem uso de medicamentos prescritos por um médico para melhorar as relações sexuais. Igual percentual referiu o desejo de fazê-lo, mas não teve oportunidade. Também 1,6% relataram uso de medicamentos, porém adquiridos por conta própria. O uso de remédios naturais (ervas, garrafadas, etc) para melhorar o desempenho sexual foi referido por 1,2% dos idosos.

Entre os homens que estavam inativos sexualmente, foi perguntado se neles estava presente o interesse de manter contato sexual, ao que 45,2% afirmaram que sim e 34,2% que não. Aqui, também se observa um alto índice de não resposta a esta questão: somando-se as alternativas não sabe e não responde, 20,6% dos entrevistados não forneceram esta informação.

6.7. Satisfação sexual

Com relação à satisfação com a vida sexual atual, 18,1% se julgaram insatisfeitos, 32,7% são indiferentes e 49,1% se consideram satisfeitos. Numa escala de um a cinco pontos, onde um representava muito insatisfeito e cinco representava muito satisfeito, a média obtida foi de 3,4 (DP=1,17) pontos (Tabela 7).

Tabela 7 – Satisfação sexual de homens idosos

	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Média	Desvio padrão
Total da amostra	49,1%	32,7%	18,1%	3,4	1,17
Até 70 anos	53,4%	34,2%	12,3%	3,5	1,04
Mais de 70 anos	41,3%	30,0%	28,8%	3,2	1,36
Com companheira	50,0%	33,5%	16,5%	3,4	1,12
Sem companheira	44,7%	28,9%	26,3%	3,2	1,40

Dentre as opções oferecidas para o que ajudaria a aumentar a satisfação sexual, as mais citadas pelos homens foram: melhoria na própria saúde (73,5%), melhor situação financeira (56,7%), melhoria na saúde da parceira (53,9%), mais atitudes positivas da família ou da sociedade (51,4%), menos stress (45,7%), voltar a ter o corpo de quando era jovem (39,2%), melhoria no relacionamento com a parceira (37,1%), mais tempo livre (32,2%) e mais privacidade (31%). Apenas 8,2% apontaram ter uma parceira (o) diferente e 9,8% encontrar uma parceira (o).

6.8. Associações

No que diz respeito às variáveis independentes, foi observada associação significativa entre o grau de satisfação dos idosos com sua vida sexual atual e a idade, a saúde auto-percebida, a satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos e a frequência sexual atual, na análise bivariada (Tabela 8).

Tabela 8 – Variáveis associadas à satisfação sexual dos idosos

Satisfação sexual: Insatisfeito (n = 39 – 18,1%); Indiferente (n = 73 – 32,7%); Satisfeito (n = 111 – 49,1%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Idade*		9,53	0,008*
Até 70 anos	146		
Mais de 70 anos	80		
Raça / cor		4,05	0,132
Branco	47		
Não branco	179		
Escolaridade		0,11	0,948
Alfabetizados	155		
Analfabetos	68		
Frequência religiosa		0,12	0,729
Até uma vez por mês	138		
Mais de uma vez por mês	87		
Estado conjugal		2,06	0,357
Com companheira	188		
Sem companheira	38		
Renda pessoal		1,28	0,527
Até um salário mínimo	120		
Mais de um salário mínimo	105		
Renda familiar		2,88	0,237
Até dois salários mínimos	155		
Mais de dois salários mínimos	69		
Saúde auto-percebida*		19,06	<0,001*
Não saudável	36		
Indiferente	115		
Saudável	75		

Continuação – Tabela 8 – Variáveis associadas à satisfação sexual dos idosos

Satisfação sexual: Insatisfeito (n = 39 – 18,1%); Indiferente (n = 73 – 32,7%); Satisfeito (n = 111 – 49,1%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Relacionamento afetivo		3,88	0,144
Não satisfatório	21		
Satisfatório	167		
Crença de que todas as formas de prazer são aceitáveis		0,29	0,865
Não	92		
Sim	133		
Crença de que a satisfação sexual é importante para o sucesso de um relacionamento		0,15	0,926
Não	11		
Sim	204		
Crença de que sexo é apenas para jovens		1,17	0,557
Não	190		
Sim	35		
Crença de que é possível ser feliz sem sexo		2,75	0,252
Não	117		
Sim	104		
Idade da iniciação sexual		0,16	0,922
Até 16 anos	144		
17 ou mais anos	75		
Satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos*		18,87	<0,001*
Insatisfeito	9		
Indiferente	26		
Satisfeito	185		

Continuação – Tabela 8 – Variáveis associadas à satisfação sexual dos idosos

Satisfação sexual: Insatisfeito (n = 39 – 18,1%); Indiferente (n = 73 – 32,7%); Satisfeito (n = 111 – 49,1%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Frequência sexual*		38,59	<0,001*
Menos de 1 vez por mês	65		
1 ou 2 vezes por mês	81		
Mais de 2 vezes por mês	77		
Número de parceiros (as) nos últimos doze meses		0,64	0,725
Um (a)	147		
Mais de um (a)	21		
Prática atual da masturbação		0,32	0,853
Não	209		
Sim	14		

Com relação à frequência sexual, as variáveis idade, estado conjugal, saúde auto-percebida, crença de que o sexo é apenas para jovens e número de parceiros (as) nos últimos 12 meses mostraram associação estatisticamente significativa na análise bivariada (Tabela 9).

Tabela 9 – Variáveis associadas à frequência sexual dos idosos

Frequência sexual: Menos de 1 vez por mês (n = 77 – 32,5%);
1 ou 2 vezes por mês (n = 82 – 34,6%); Mais de 2 vezes por mês (n = 78 – 32,9%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Idade*		21,17	<0,001*
Até 70 anos	150		
Mais de 70 anos	87		
Raça / cor		3,27	0,195
Branco	50		
Não branco	187		
Escolaridade		1,28	0,526
Alfabetizados	165		
Analfabetos	69		
Frequência religiosa		0,99	0,609
Até uma vez por mês	149		
Mais de uma vez por mês	86		
Estado conjugal*		16,86	<0,001*
Com companheira	197		
Sem companheira	40		
Renda pessoal		0,49	0,782
Até um salário mínimo	125		
Mais de um salário mínimo	110		
Renda familiar		1,08	0,582
Até dois salários mínimos	167		
Mais de dois salários mínimos	67		
Saúde auto-percebida*		14,74	0,005*
Não saudável	41		
Indiferente	118		
Saudável	78		

Continuação – Tabela 9 – Variáveis associadas à frequência sexual dos idosos

Frequência sexual: Menos de 1 vez por mês (n = 77 – 32,5%); 1 ou 2 vezes por mês (n = 82 – 34,6%); Mais de 2 vezes por mês (n = 78 – 32,9%)			
Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Relacionamento afetivo		2,67	0,262
.Não satisfatório	21		
Satisfatório	176		
Crença de que todas as formas de prazer são aceitáveis		1,30	0,521
Não	94		
Sim	141		
Crença de que a satisfação sexual é importante para o sucesso de um relacionamento		0,13	0,938
Não	11		
Sim	213		
Crença de que sexo é apenas para jovens*		9,40	0,009*
Não	197		
Sim	38		
Crença de que é possível ser feliz sem sexo		0,68	0,712
Não	121		
Sim	109		
Idade da iniciação sexual		1,10	0,576
Até 16 anos	150		
17 ou mais anos	79		
Satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos		3,23	0,521
Insatisfeito	9		
Indiferente	27		
Satisfeito	194		

Continuação – Tabela 9 – Variáveis associadas à frequência sexual dos idosos

Frequência sexual: Menos de 1 vez por mês (n = 77 – 32,5%); 1 ou 2 vezes por mês (n = 82 – 34,6%); Mais de 2 vezes por mês (n = 78 – 32,9%)			
Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Número de parceiros (as) nos últimos 12 meses*		12,50	0,002*
Um (a)	147		
Mais de um (a)	21		
Prática atual da masturbação		1,80	0,407
Não	218		
Sim	15		

Considerando a variável satisfação com o relacionamento afetivo, foram encontradas associações significativas com as variáveis crença de que a satisfação sexual é importante para o sucesso do relacionamento e satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos na análise bivariada (Tabela 10).

Tabela 10 – Variáveis associadas à satisfação com o relacionamento afetivo dos idosos

Satisfação com o relacionamento afetivo: Sim (n = 182 – 89,7%); Não (n = 21 – 10,3%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Idade		0,10	0,58
Até 70 anos	134		
Mais de 70 anos	69		
Raça / cor		0,09	0,506
Brancos	44		
Não brancos	159		
Escolaridade		0,06	0,804
Alfabetizados	143		
Analfabetos	57		
Frequência religiosa		0,03	0,869
Até uma vez por mês	123		
Mais de uma vez por mês	78		
Renda pessoal		0,29	0,587
Até um salário mínimo	104		
Mais de um salário mínimo	97		
Renda familiar		0,75	0,386
Até dois salários mínimos	138		
Mais de dois salários mínimos	62		
Saúde auto-percebida		0,91	0,634
Não saudável	34		
Indiferente	100		
Saudável	69		
Crença de que todas as formas de prazer são aceitáveis		0,04	0,832
Não	81		
Sim	120		

Continuação – Tabela 10 – Variáveis associadas à satisfação com o relacionamento afetivo dos idosos

Satisfação com o relacionamento afetivo: Sim (n = 182 – 89,7%); Não (n = 21 – 10,3%)

Variáveis independentes	N	Qui-quadrado	p
Crença de que a satisfação sexual é importante para o sucesso de um relacionamento*		3,80	0,04*
Não	10		
Sim	181		
Crença de que sexo é apenas para jovens		1,29	0,208
Não	168		
Sim	33		
Crença de que é possível ser feliz sem sexo		0,15	0,701
Não	101		
Sim	95		
Idade da iniciação sexual		0,15	0,701
Até 16 anos	126		
17 ou mais anos	67		
Satisfação com a vida sexual antes dos 60 anos*		15,53	<0,001*
Insatisfeito	7		
Indiferente	21		
Satisfeito	166		
Número de parceiros (as) nos últimos 12 meses		1,01	0,603
Nenhum (a)	48		
Um (a)	142		
Mais de um (a)	9		
Prática atual da masturbação		0,46	0,611
Não	186		
Sim	11		

6.9. Modelagem estatística

Para tentar explicar o grau de satisfação dos idosos com a vida sexual atual pelos fatores considerados neste estudo, propõe-se um modelo multinomial logístico, onde a categoria satisfeito foi utilizada como categoria de referência.

Analisando as razões de chances (Tabela 11), vemos que idosos maiores de 70 anos têm 1,7 vezes mais chances de estarem sexualmente insatisfeitos do que idosos mais jovens. Os idosos insatisfeitos com a sua saúde têm 1,7 vezes mais chances de também estarem insatisfeitos com sua vida sexual em comparação com os idosos que se dizem satisfeitos com a sua saúde.

Para a frequência sexual, idosos que têm menos de uma relação sexual por mês têm 18,5 vezes mais chances de estarem sexualmente insatisfeitos do que idosos que têm mais de duas relações sexuais por mês. Esta razão de chances cai para 4,3 entre os idosos que mantêm 1 ou 2 relações sexuais por mês, em relação aos que mantêm mais de 2 relações por mês.

É importante notar que algumas razões de chances apresentaram intervalos de 95% de confiança que incluem a unidade, o que sugere a não associação estatística desses fatores. Entretanto, é conveniente lembrar que os intervalos construídos são aproximações e só apresentam boa precisão quando o tamanho da amostra é grande.

Tabela 11: Modelo Multinomial Logístico: Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança (IC)

Variável	Insatisfeito		Indiferente	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Idade				
<= 70 anos	1		1	
>70 anos	1,765	0,757 – 4,117	0,830	0,416 – 1,659
Saúde auto-percebida				
Satisfeito	1		1	
Indiferente	0,804	0,299 – 2,159	4,308	1,974 – 9,402
Insatisfeito	1,700	0,514 – 5,624	4,102	1,483 – 11,348
Frequência Sexual				
> 2 vezes por mês	1		1	
1 ou 2 vezes por mês	4,331	1,108 – 16,923	1,405	0,684 – 2,884
< 1 vez por mês	18,516	4,775 – 71,793	1,167	0,489 – 2,783

7. DISCUSSÃO

A predominância da convivência com uma companheira é semelhante a de outros estudos de base populacional na faixa etária acima de 60 anos (AARP, 1999; BORTZ, WALLACE, WILEY, 1999) e maior do que a de faixas etárias mais precoces (ABDO, 2004).

A literatura associa os domicílios multigeracionais ao baixo nível sócio-econômico (COELHO FILHO, RAMOS, 1999; RAMOS, M., 2002). Para uma população de baixa renda, como a do estudo ora apresentado, parece ser uma questão de sobrevivência otimizar os custos de aquisição e manutenção de uma casa e o cuidado com os mais frágeis, como os velhos e as crianças, morando todos no mesmo domicílio.

A depender do tipo de habitação, economicamente possível para a família manter, pode haver comprometimento da privacidade, especialmente para aqueles que não estão mais em idade reprodutiva ou estão em fase da vida, onde a reprodução não é desejada pela sociedade (e, portanto, se supõe que não tenham vida sexual ativa ou não precisem de privacidade), como os velhos, as crianças e os adolescentes.

Considerando apenas o compartilhamento do espaço de dormir, parece que isso não é um problema para a população estudada, pois apenas 3,6% dos entrevistados pode ter sua privacidade comprometida neste espaço. Porém, a depender do tipo de cômodo (muito pequeno, divisória entre cômodos em meia parede, com janelas abrindo para a via pública ou sem isolamento acústico, comuns em moradias da população de baixa renda), mesmo para os idosos que dormem sozinhos ou apenas com a companheira, pode haver dificuldades de vivenciar a sexualidade por falta de privacidade.

Um dos achados da pesquisa que chama a atenção é a baixa escolaridade dos sujeitos. Este fato tem consequências diretas na atuação das equipes de saúde da família junto a esse público. Considerando as atividades de educação em saúde, se torna necessário priorizar ações que envolvam conversas, teatro, música, imagens, em detrimento das que são baseadas na leitura, sob pena de quase 50% (31% de analfabetos e outros 17% com escolaridade até 3 anos de estudo) do público alvo não entender a mensagem.

Para as atividades de assistência à saúde, é bem provável que esses pacientes não consigam ler receitas médicas ou outros tipos de orientações por escrito. Para o tratamento de

queixas sexuais, essa dificuldade tende a ser ainda maior. Diferente de uma receita de medicação para hipertensão ou diabetes, provavelmente uma receita de droga para disfunção erétil, por exemplo, não vai ser mostrada a outras pessoas que consigam lê-la. Por isso, também é preciso desenvolver outras formas de informação além de orientações escritas, a exemplo de desenhos com figuras ilustrativas e adequadas à realidade local.

Outro dado que chama bastante a atenção é a baixa renda pessoal e familiar dos entrevistados. Os gastos com cuidados pessoais (medicamentos não disponíveis no SUS, alimentação especial, manutenção de cuidadores, etc) tendem a crescer com a idade e com o grau de dependência desse idoso (CALDAS, 2003). É praticamente impossível para uma família com a renda média aferida no estudo aqui apresentado conseguir manter um padrão de cuidados adequado, o que caracteriza uma situação de fragilidade psicossocial. Diante desta situação, Karsch (2003) afirma que é necessário que se desenvolvam novas formas de enfrentamento do “aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível sócio-econômico, consumidores de uma parcela desproporcional de recursos da saúde”.

Avaliando a frequência dos homens idosos às práticas religiosas, pode-se imaginar que estas não têm um lugar muito marcante na vida dos mesmos. Mas isso não significa que as crenças religiosas não influenciem seu modo de pensar. É possível que as idéias sobre a sexualidade, e especialmente sobre a sexualidade na velhice, que foram adquiridas durante sua educação em etapas mais jovens, sejam permeadas de conceitos religiosos de proibição (IACUB, 2007), o que pode ser verificado pelo nível de concordância ou não com assertivas perguntadas.

Com relação à percepção do seu estado de saúde atual, foram encontrados níveis de satisfação semelhantes aos observados em outros estudos realizados com homens residentes em países economicamente mais desenvolvidos (AARP, 1999; BORTZ, WALLACE, WILEY, 1999). Este achado é surpreendente, visto que estes países, de forma geral, dispõem de mais recursos econômicos para investimento em saúde, tanto a nível privado, quanto público, ainda que este investimento seja feito de forma particular em cada realidade.

Pode-se considerar que os homens estão razoavelmente satisfeitos com seu estado atual de saúde. É provável que julgar a saúde atual seja compará-la com sua própria saúde em outras épocas da vida. Existem alterações fisiológicas no corpo com o passar da idade

(LOPES, TORRES, MAIA, 1994), mas a maior parte da população não tem conhecimento sobre elas. Normalmente estas mudanças são vistas como doenças e, principalmente, como perdas, em especial se o corpo for visto como ferramenta de trabalho. Seria interessante que as equipes de saúde da família pudessem realizar ações educativas sobre este tema, contribuindo para mudar esses conceitos na clientela adscrita.

Além disso, a morbidade da maioria das doenças crônicas cresce com a idade (CALDAS, 2003) sendo provável que objetivamente os idosos estudados tenham menores níveis de saúde agora do que quando eram mais jovens. Do ponto de vista da saúde sexual masculina, as doenças circulatórias, de grande prevalência e principal causa de óbitos na população (SILVA JUNIOR et al, 2003) ou os medicamentos utilizados em seu tratamento, têm o potencial de afetar a capacidade de ereção (BRASIL, 2006; SBC et al, 2006).

Neste ponto, a ação das equipes de saúde da família tem grande importância. No nível da prevenção, as doenças circulatórias exigem mudanças em hábitos de vida (BRASIL, 2006; SBC et al, 2006) o que não se faz sem conhecimento e apoio dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006). Melhorando a saúde cardiovascular desses pacientes, indiretamente sua saúde sexual também será beneficiada.

No nível da assistência, as equipes de saúde da família representam a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (SILVESTRE, COSTA-NETO, 2003). A atenção primária em saúde e as referências para as assistências especializadas, quando necessárias, devem ser ofertadas através delas. Sendo assim, o acesso ao sistema, o diagnóstico precoce de condições danosas à saúde e a instituição de tratamento adequado são formas importantes de gerar impacto positivo na saúde dos indivíduos assistidos.

Parece que os homens estudados que convivem com uma companheira estão satisfeitos com esta relação. Esta alta satisfação poderia ser devida a uma falha metodológica: de alguma forma, os insatisfeitos não encontraram espaço para se manifestar. Porém, é possível que este achado seja realmente consistente, visto que o aumento da satisfação conjugal com a idade também pode ser observado na literatura (BEUTEL et al, 2002).

Algumas explicações podem ser aventadas para este fato. Pode-se pensar num viés de sobrevivência dos relacionamentos. Ou seja, os casais insatisfeitos desfariam o compromisso antes, chegando casados a esta idade só os mais satisfeitos. Mas para a geração dos homens

estudados, desfazer os casamentos era muito mais difícil do que para gerações mais novas. É possível que boa parte dos casais, mesmo quando insatisfeitos, permaneça junta.

Outra possibilidade seria de que os entrevistados estejam num segundo casamento, de idade mais recente, ainda sem tanta exposição ao desgaste do tempo. Como isso não foi aferido no estudo, não é possível saber qual a contribuição desses relacionamentos para esta média de satisfação conjugal.

Ainda pode-se pensar na possibilidade de que, mesmo quando mágoas e ressentimentos estão presentes, as esposas continuem cuidando materialmente de seus maridos, porque foram educadas para encarar isso como obrigação delas. Segundo Karsch (2003), o papel de cuidadora é socialmente esperado das mulheres, por questões culturais. Nesta situação, provavelmente as mulheres estariam insatisfeitas, enquanto que os homens poderiam estar insatisfeitos ou não, dependendo da importância que eles dão ao bem estar psíquico de suas companheiras.

Os atributos da companheira mais frequentemente apontados pelos entrevistados parecem dizer mais respeito ao cuidado, falando de uma relação fraternal, e os menos citados foram os relativos ao corpo, falando de uma relação sensual homem-mulher. Fica a dúvida se estaria havendo uma neutralização da sensualidade nessas relações, se o mito da velhice assexuada também estaria presente nas concepções desses casais. Ou ainda, mesmo que a prática desses homens não seja assexuada, mas que haja dificuldade em admitir reconhecerem na companheira os atributos que apontam para a sexualidade.

Com relação às proposições, as maiores discordâncias são com a infidelidade feminina e com as relações homoeróticas. Pode-se atribuir a origem desta postura à cultura machista, que objetifica a mulher como posse do homem e desqualifica a possibilidade de igual prazer para os parceiros nas relações sexuais, além de priorizar o sexo reprodutivo (PASCHOAL, 2006).

Outra situação com alta discordância diz respeito à exclusividade do sexo para os jovens. Isso pode ser decorrência dos idosos estarem diretamente implicados nesta situação e opinarem a partir de sua experiência prática. Para os entrevistados do estudo de Vasconcellos et al (2004), a grande maioria “afirma que a idade não modifica a aptidão para ter orgasmos, nem o desejo, nem os sentimentos, nem a intensidade das sensações”. Na pesquisa da AARP (1999), 95% das mulheres e 98% dos homens não consideram que sexo é apenas para pessoas

jovens, com queda dessa discordância entre os mais velhos, o que não foi observado no presente estudo.

As maiores concordâncias foram que a fidelidade é essencial para a felicidade do casal e a importância da satisfação sexual para o sucesso do relacionamento. Como a infidelidade masculina teve menor rejeição que a infidelidade feminina, provavelmente essa fidelidade essencial para a felicidade do casal a que eles se referem é a das mulheres, reforçando o ideal machista. Baseado nesse pressuposto, é possível questionar até que ponto essa satisfação sexual importante para o sucesso do relacionamento é apenas masculina e não do casal, e até que ponto esse corpo feminino não está sendo objetificado pelo parceiro.

A idade de iniciação sexual foi semelhante à de outros estudos brasileiros realizados com homens (ABDO, 2004; BERQUÓ, 2006) e menor que a observada para as mulheres em faixas etárias próximas (DE LORENZI, SACIOTO, 2004). Chama a atenção o grande índice de não respostas ao número total de parceiros sexuais. Este fato pode ser atribuído a uma falha metodológica detectada tardiamente pela falta de supervisão de campo.

A grande maioria admite apenas práticas heterossexuais. Pode-se imaginar que se recusar a responder à questão sobre o sexo dos parceiros seja uma forma velada de dizer que teve relações sexuais com outro homem, mas não pode admitir, por ter a crença de que práticas homoeróticas são erradas, pecaminosas ou por medo do preconceito social. Somando-se os 1,6% que admitiram relações sexuais com outros homens com os 2% que não responderam a questão, temos 3,6% que não responderam que mantiveram relações sexuais apenas com mulheres ao longo da vida. No estudo de Abdo (2004), considerando a faixa etária semelhante, este percentual representa 4,8%. É possível que haja mais homens nesta situação, mas seria muito difícil identificá-los num grupo que apresenta tanta discordância para com as relações homoeróticas.

A satisfação sexual pregressa serve como termo de comparação, para os entrevistados e para a pesquisa, com a satisfação atual. Aparentemente, a vida sexual pregressa desses homens foi bastante satisfatória. Mas também podemos estar diante de um viés de memória, onde só as experiências mais positivas são lembradas. Outra possibilidade é que suas memórias estejam modificadas por uma fantasia sobre um tempo que não volta mais.

Os homens idosos estudados continuam sexualmente ativos, inclusive após os 70 anos. A exemplo do observado nesta pesquisa, em diversos estudos (AARP, 1999; BORTZ,

WALLACE, WILEY, 1999; BEUTEL et al, 2002; ABDO, 2004; BERQUÓ, 2006), a maioria dos homens idosos entrevistados manteve atividade sexual nos últimos 12 meses, confirmando que a velhice assexuada é um mito.

Para os que têm entre 60 e 70 anos, a frequência sexual dos idosos recifenses foi maior que a observada pelo estudo da AARP (1999) para os idosos norte-americanos. Para os que têm mais de 70 anos, a frequência sexual observada nas duas populações mencionadas foi semelhante. Vale ressaltar que, independente da frequência sexual, menor que a dos mais jovens, ou das mudanças nas ereções, esperadas com o passar do tempo, eles continuam exercendo sua sexualidade.

Naturalmente, os homens que têm companheira têm maior frequência sexual, por uma questão de oportunidade. No estudo atual, as frequências sexuais tanto dos que têm, quanto dos que não têm companheira foram significativamente maiores que as encontradas por Beutel et al (2002). Ainda assim, não é um achado surpreendente encontrar 24,1% dos casados sexualmente inativos nos últimos 12 meses, pela faixa etária estudada. Pode-se supor que problemas físicos e/ou relacionais podem ter encerrado a vida sexual desses casais.

O número de parceiros nos últimos 12 meses foi mais baixo do que o encontrado por Berquó (2006), estudando uma faixa etária um pouco mais precoce. Entre os casados, 4,5% tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses, admitindo situação de infidelidade conjugal.

Vieira et al (2000) observaram que homens com baixa escolaridade e maior faixa etária, características observadas entre os idosos do estudo atual, têm parceiros múltiplos mais frequentemente. É possível que esse número seja maior e alguns tenham deixado de admitir. A infidelidade tem grande discordância entre os entrevistados, mas eles são mais tolerantes com a infidelidade masculina.

Quanto ao sexo dos parceiros atuais, é mais plausível que os números sejam reais. Mesmo com tanta discordância com relação às práticas homoeróticas, a prática atual deve ser menor que a passada, não só por uma questão de oportunidade, mas também porque mais de um quarto deles não está mais mantendo relações sexuais.

A prática da masturbação também tem grande discordância entre os homens. Ao falar sobre o assunto, muitos encaram que a masturbação só é justificada quando se é muito jovem

ou quando não se é casado. Como nenhuma das duas situações é freqüente entre eles, é como se não houvesse justificativa em praticá-la. Portanto, é possível que a prática da masturbação também esteja subestimada. A AARP (1999) encontrou um percentual 2 vezes maior e Bortz et al (1999) 10 vezes maior para a prática da masturbação, estudando uma faixa etária discretamente mais jovem, mas em culturas diferentes.

O baixo uso do preservativo pelos entrevistados ou por seus/suas parceiro/as os coloca em situação de vulnerabilidade às ISTs. Os dados são bem diferentes aos encontrados por Abdo (2004) para homens com a mesma faixa etária, mas maior escolaridade e por Berquó (2006) e Vieira et al (2000), em idades menores.

Se forem agrupadas numa mesma categoria as opções confia na parceira, não acha necessário e só tem uma parceira como justificativas para o não uso de preservativos, pode-se caracterizar uma predominância da falsa idéia de proteção pela monogamia presumida da parceira ou parceiro. Este achado é concordante com o de Abdo (2004), onde o fato de ter parceiro fixo foi apontado como razão do não uso de proteção por 82,1% dos entrevistados.

Entre os que afirmaram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses, ou seja, não são monogâmicos, apenas 33% utilizaram proteção em todas as relações sexuais, colocando em risco não apenas a sua saúde, mas também a dos parceiros. Esse percentual é semelhante entre os que têm uma companheira (33%) e entre os que não têm (33,3%), sugerindo que o fato de ter companheira não interfere na atitude de proteção ou risco. Ou seja, se esses entrevistados não são monogâmicos e suas companheiras acreditam que eles sejam, eles também não têm garantias de que suas companheiras não estejam na mesma situação, mesmo sabendo que a infidelidade feminina é menos freqüente. Portanto, a proteção pela monogamia presumida é uma falácia.

Não foram encontrados dados sobre sexo pago para a faixa etária em questão que possam ser utilizados como comparação. No estudo de Abdo (2004), considerando sexo pago atual ou passado, a prevalência da resposta positiva foi de 46% entre os homens idosos. Não parece ser o fato de trocar sexo por vantagens materiais o problema *per se*, e sim a exploração sexual, em qualquer idade, pois isso se caracteriza por uma relação desigual de poder entre os envolvidos, acrescido ou não do sexo desprotegido. Como não foi estudado quem são esses parceiros e em que condições essa troca ocorre, não se pode afirmar nada com relação aos entrevistados neste aspecto.

O baixo índice de utilização de medicamentos para melhorar o desempenho sexual, quer pelo entrevistado, quer por sua companheira, pode ter duas explicações. Primeira, a necessidade seria pequena. Como não foi perguntado diretamente se os entrevistados apresentam dificuldades físicas para manter relações sexuais, não é possível mensurar esta necessidade. Porém, o estudo de Abdo (2004) mostra que 31% dos homens brasileiros acima de 60 anos apresenta alguma dificuldade sexual, o que leva a crer que esta não seja uma explicação válida.

Outra hipótese seria de que os serviços de saúde não diagnosticam e tratam adequadamente essas condições. Na atenção básica, dificilmente se pergunta sobre a sexualidade em qualquer idade. Se considerarmos os homens mais velhos, é possível que se pergunte menos ainda, até por constrangimento dos profissionais, em sua maioria mulheres jovens. Vários homens podem apresentar dificuldades, sem saber diferenciar as alterações inerentes à idade de condições patológicas.

Caso o idoso apresente espontaneamente a queixa, quase sempre é referenciado ao especialista sem nenhuma intervenção inicial. O acesso ao atendimento especializado também não se dá de forma fácil. Normalmente, envolve semanas e até meses de espera. Caso ele consiga e seja prescrita alguma medicação vasodilatadora, como sildenafil e congêneres, estas drogas são caras e não estão disponíveis gratuitamente na rede pública.

Não se trata de medicalizar a sexualidade masculina, em qualquer idade, a exemplo do que se faz com o corpo feminino (AQUINO, 2005). Sugere-se maior resolutividade ao sistema de saúde, tanto nos casos onde alguma questão física, que pode ser uma doença sistêmica como diabetes mellitus, quanto nos casos em que as dificuldades psíquicas de lidar com as mudanças provocadas pelo envelhecimento possam estar interferindo na vida sexual dos idosos, prestando assim, atenção integral aos cidadãos.

O fato de quase metade dos inativos sexualmente continuar interessada em sexo é mais um argumento de que a velhice assexuada é um mito. A prática pode não estar acontecendo por limitações do corpo, por falta de parceiro, falta de privacidade, falta de apoio social e familiar ou qualquer outro motivo. Mas o interesse, e provavelmente também sonhos e pensamentos, permanece.

O alto índice de não resposta a esta questão pode ser explicado por algum problema metodológico não identificado, mas também pode ser fruto das crenças negativas sobre os

sonhos e desejos de quem já não faz sexo, tornando difícil admitir o que se considera errado, a exemplo de outras questões já abordadas.

Os homens estudados estão satisfeitos com sua vida sexual atual, em especial os que têm até 70 anos. Para efeito de comparação com resultados do presente estudo, alguns resultados de outras pesquisas foram convertidos para a escala utilizada. Foram encontrados resultados semelhantes aos de Beutel et al (2002) para a satisfação sexual global, em idosos alemães na mesma faixa de idade.

Quando separados por faixa etária até 70 anos e maiores de 70 anos, os resultados são semelhantes aos da AARP (1999), e melhores que os de Bortz et al (1999) para os dois grupos, ambos estudando idosos norte-americanos.

Entre os idosos com companheira, a satisfação foi maior que a encontrada por Vasconcellos (2004) e semelhante à encontrada pela AARP (1999). Para os idosos sem companheira, a satisfação foi maior que a encontrada pela AARP (1999).

As condições de saúde, sejam do próprio idoso ou de sua companheira, parecem ser a questão que mais interfere na vida sexual dos entrevistados, visto que quase três quartos deles desejam sua melhoria, como forma de aumentar a satisfação sexual. Num contexto sócio-econômico mais favorecido (AARP, 1999), a melhoria na saúde também aparece em primeiro lugar, mas desejada por apenas 30% dos respondentes. Esta informação reforça a importância da atuação do PSF, como promotor de saúde, junto à população estudada.

A associação da satisfação sexual com a idade e com a saúde auto-percebida (BORTZ, WALLACE, WILEY, 1999; BEUTEL et al 2002; DE LORENZI, SACIOTO, 2004; RIBEIRO, SANTOS, 2005) e da frequência sexual com a idade (AARP, 1999; DE LORENZI, SACIOTO, 2004) e com a saúde auto-percebida (AARP, 1999) também é observada na literatura. Como no presente estudo, a associação da satisfação sexual com a frequência sexual também teve forte correlação nos resultados de Beutel et al (2002). Mais uma vez fica destacada a importância do trabalho das equipes de saúde da família como promotoras de saúde destes homens, beneficiando indiretamente sua saúde sexual.

A melhoria da situação financeira e das atitudes da sociedade frente à sexualidade dos idosos também se destacaram como desejos da maioria dos entrevistados, não observadas tão frequentemente em contextos de menor faixa etária (ABDO, 2004) ou melhores condições de

vida (AARP, 1999). Se para estes casos, a atuação das ESF não é tão direta, ainda assim, estes trabalhadores não deixam de ter um importante papel na construção da cidadania de sua clientela, em especial mediante educação e mobilização social.

8. CONCLUSÕES

Independente da forma, a sexualidade continua presente na vida dos homens maiores de sessenta anos. Entre os que mantêm prática sexual, grande parte parece vivenciá-la de maneira diferente de quando eram mais jovens e esta diferença é majoritariamente encarada como uma perda, pois estão menos satisfeitos com o presente do que com a lembrança do passado.

É possível que as alterações provocadas no corpo pelo passar dos anos, não necessariamente através de doenças, realmente tragam limitações à vida destes idosos. Porém, existe a possibilidade de que, para além da velhice, o desgaste dos relacionamentos com as parceiras, as dificuldades financeiras, as tribulações da vida familiar e a inserção social destes homens tenham sido responsáveis pela menor satisfação com sua vida sexual atual.

Não se pode deixar de mencionar o papel da cultura onde estão imersos os entrevistados, sobre as questões da masculinidade, da velhice e da sexualidade. Para esta, o modelo de masculinidade é ser um homem jovem, produtivo, bom provedor financeiro, cujo lócus de atuação e socialização é a rua e que, no mundo doméstico, detém o poder de decisão sobre os destinos dos seus dependentes – esposa, filhos, netos e quem mais habitar o espaço. Estes mesmos padrões culturais que valorizam a capacidade de produção associam a velhice à perda de autonomia e de valor social.

Além disso, a dupla moral sexual, que por um lado estimula incessantemente o valor comercial do apelo sexual, mas por outro gera inúmeras proibições para determinadas práticas sexuais, tolhe a liberdade de cada indivíduo descobrir o caminho de sua sexualidade, com a aceitação de seu grupo social. A sexualidade dos homens idosos parece estar permeada destes conceitos, que indiretamente são reforçados pelas famílias, pelas instituições religiosas e também pelos profissionais de saúde. Infelizmente, estes padrões culturais hegemônicos, com ideais difíceis de serem atingidos por homens como os sujeitos da pesquisa, são causa de sensações de frustração e a conseqüente redução na satisfação sexual.

As equipes de saúde da família parecem não estar preparadas para lidar com esta realidade. Dentre os inúmeros problemas que elas enfrentam, a falta de preparação para a subjetividade das situações, a deficiência de atualização das condutas, a dificuldade de

reflexão sobre as práticas e o insuficiente apoio dos gestores, em todos estes níveis, entravam a resolução dos problemas voltados à sexualidade dos homens idosos.

Ainda assim, as experiências são múltiplas. Entre os idosos que mantêm prática sexual, a satisfação é variável e, mesmo entre os que não mantêm prática sexual, alguns permanecem interessados no assunto, outros não. Portanto, a vivência da sexualidade e a interpretação destas experiências por estes homens têm um caráter plural e assim devem ser encaradas pela sociedade.

9. RECOMENDAÇÕES

São necessárias algumas mudanças nas políticas públicas que dizem respeito aos cidadãos idosos. Apesar dos avanços já conseguidos, urgem medidas para assegurar necessidades vitais, como moradia e renda mínima, assegurando o cumprimento da legislação já vigente. Na área da educação, a baixa escolarização continua sendo um grande desafio a ser enfrentado, respeitando as particularidades desta faixa etária.

No campo da saúde, as mudanças também são necessárias. O ideal da assistência à saúde sexual dos idosos deve incluir a busca ativa dos problemas, o acolhimento das possíveis dúvidas e queixas e, quando necessário, o tratamento e a referência para exames ou consultas especializadas. Para que isto realmente ocorra, além de empenho dos profissionais, é preciso decisão política dos gestores de saúde envolvidos, além de avaliação constante dos processos.

Seria interessante que profissionais que prestam assistência aos idosos e gestores de saúde refletissem sobre até que ponto sua prática está adequada à realidade da população. Porém, também é importante que exista um espaço de escuta para os profissionais dividirem suas angústias e receberem orientações para suas condutas.

A população precisa saber diferenciar as alterações inerentes ao envelhecimento de processos patológicos. Isto evitaria sofrimento desnecessário e adiamento da busca por ajuda, quando preciso. Esta função informativa pode ser exercida por profissionais de saúde, tanto a nível individual, quanto na coletividade. Além disso, outras instâncias educativas podem ser mobilizadas para o tema, como escolas, associações e grupos de convivência de idosos.

A educação sexual oferecida através dos serviços de saúde também precisa contemplar os cidadãos de mais idade, em especial na temática do sexo seguro. A promoção da saúde, já integrante das ações do PSF, deve ser fortalecida como parte desta educação sexual, em virtude da grande influência da saúde geral do idoso em sua sexualidade.

A mudança dos padrões culturais opressores deve ser objetivo de todos os envolvidos com as temáticas do envelhecimento e da sexualidade. Conceitos como o do idoso associado à decrepitude, da velhice assexuada, de uma sexualidade correta única, da monogamia presumida, entre outros, são causa de grandes sofrimentos, tanto individuais, como coletivos. São necessárias reflexão e ação contínuas, em todas as esferas de atuação.

Pela quantidade de aspectos envolvidos na sexualidade dos mais velhos, sugere-se a realização de estudos adicionais que incluam; a avaliação das ações de saúde até então realizadas, concepções dos profissionais e gestores sobre as diversas questões inerentes a sexualidade no envelhecimento, comportamento da rede social que circunda os idosos e situações mais específicas, como homoerotismo e sexo pago. Por fim cabe destacar a importância da pesquisa científica, a serviço da construção de um mundo melhor, mais justo e mais feliz, para todos os indivíduos, incluindo os de mais idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARP Research Group. **Modern Maturity Sexuality Study**. Atlanta, 1999. Disponível em www.aarp.org.

ABDO, Carmita. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Bregantini, 2004. 202 p.

ALMEIDA FILHO, Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Elementos de metodologia epidemiológica. In: _____ **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 149-77.

AQUINO, Estela Maria Leão de. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 19-22, 2005.

ARAÚJO, José Duarte. Polarização Epidemiológica no Brasil. In: CENEPI. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília: Julho, 1992. p. 5-16.

ARAÚJO, Tereza Cristina Nascimento; ALVES, Maria Isabel Coelho. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2000. Disponível em www.scielo.br.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org). **Família e envelhecimento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. cap. 4, p. 85-108.

BARROS, Myriam. Moraes. Lins de. Velhice na contemporaneidade. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org). **Família e envelhecimento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. cap. 1, p. 13-24.

BASSIT, Ana Zahira. O curso de vida como perspectiva de análise do envelhecimento na pós-modernidade. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, D. **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 217-234 apud PRADO, Shirley Donizete. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002.

BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o comportamento sexual da população brasileira – mudanças recentes. **XI Congresso Mundial de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006.

BEUTEL, M. E.; SCHUMACHER, J.; WEIDNER, W.; BRÄHLER, E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men – results from a German representative community study. **Andrologia**, v. 34, n. 1, 2002, p. 22-8.

BORTZ, Walter M.; WALLACE, Douglas H.; WILEY, Diana. Sexual function in 1202 aging males: differentiating aspects. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 54, n. 5, 1999, p. M237-41.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, Jun./2000, p. 316-9. Disponível em www.scielo.br.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 16 - Diabetes Mellitus**. 1ª ed. Brasília: MS, 2006. 64 p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs.

_____. Ministério da Saúde, DATASUS. Casos de AIDS identificados no Brasil. Brasília, 2007. Disponível em www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def.

BRIGEIRO, Mauro. Envelhecimento bem-sucedido e sexualidade – relativizando uma problemática. In: BARBOSA, Regina Maria; AQUINO, Estela Maria Leão de; HEILBORN, Maria Luiza; BERQUÓ, Elza. **Interfaces – gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 171-206.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81, Mai-Jun./2003. Disponível em www.scielo.br.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, Mai-Jun./2003. Disponível em www.scielo.br.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999. Disponível em www.scielo.br.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 532-8, Jul-Ago./2003. Disponível em www.scielo.br.

DEBERT, Guita. Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1ª ed. (1ª reimpressão). São Paulo: Edusp, 2004. 266 p.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares de; SACIOTO, Bruno. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006. Disponível em www.scielo.br.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: A vontade de saber**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. v. 1, 152 p.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 24, Supl. I, p. 3-6, 2002.

GOTT, M.; HINCHLIFF, S.; GALENA, E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. **Social Sciences and Medicine**, v. 58, n. 11, 2004, p.2093-2103 apud VASCONCELLOS, Doris; NOVO, Rosa Ferreira; CASTRO, Odair Perugini de; VION-DURY, Kim; RUSCHEL, Ângela.; COUTO, Maria Clara Pinheiro de Paula; COLOMBY, Patrick; GIAMI, Alain. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004. Disponível em www.scielo.br

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 61-78, Jan.-Abr./2002.

IACUB, Ricardo. **Erótica e velhice: perspectivas do ocidente**. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2007, 196 p.

IBGE. Estatísticas do século XX. Brasília, 1991. Disponível em www.ibge.gov.br.

_____. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em www.ibge.gov.br.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005. Brasília, 2006. Disponível em www.ibge.gov.br.

KARSCH, Úrsula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-6, Mai-Jun./2003. Disponível em www.scielo.br.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 16, p. 499-513.

LINDAU, S.T.; SCHUMM, L.P.; LAUMANN, E.O.; LEVINSON, W.; O'MUIRCHEARTAIGH, C.A.; WAITE, L.J. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **N Engl J Med**. v.357, n. 8, p. 762-74, 2007.

LOPES, Gerson; TORRES, Luiz Otávio; MAIA, Mônica Bara. Sexualidade e envelhecimento normal. In: CANÇADO, Flávio. Aluísio. Xavier. **Noções práticas de Geriatria**. Belo Horizonte: Coopmed, 1994. cap. 27, p. 402-411.

MONTEIRO, Carlos Augusto; IUNES, Roberto Fontes; TORRES, Alberto Manuel. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec – NUPENS/USP, 1995. cap. 20, p. 349-356.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lucia Decnop. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.17, n. 2, p. 177-187, 2004. Disponível em www.scielo.br.

MOTTA, Alda. Britto da. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). **Família e envelhecimento**. 1ª ed., Rio de Janeiro: FGV, 2004. cap. 5, p. 109-144.

NORGREN, Maria de Betânia Paes; SOUZA, Rosane Mantilla de; KASLOW, Florence; HAMMERSCHMIDT, Helga; SHARLIN, Shlomo A. Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 9, n. 3, p. 575-84, 2004. Disponível em www.scielo.br.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. Velhice: teorias, conceitos e preconceitos. **A Terceira Idade**. São Paulo, v.13, n. 25, p. 36-51, 2002.

PADILLA, Miguel Ángel Ramos. La masculinidad en el envejecimiento. **DVCN Critiques**. Lima, v. 1, n. 1, p. 1-17, 2007.

PAIVA, Paulo de Tarso Almeida; WANJMAN, Simone. Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, Jul.-dez./2005.

PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 127-149.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Envelhecimento na perspectiva de gênero. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta. **Masculin(idade) e velhices: entre um bom e um mau envelhecer**. 1ª ed., São Paulo: Vetor, 2006. p. 81-90.

PATARRA, Neide L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, Carlos Augusto (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec – NUPENS/USP, 1995. cap. 3, p. 61-78.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org). **Família e envelhecimento**. 1ª ed., Rio de Janeiro: FGV, 2004. p.57-84.

PENTEADO, Sonia Regina Lenharo; FONSECA, Ângela. Maggio; BAGNOLI, Vicente Renato; ASSIS, Joserita Serrano; PINOTTI, José Aristodemo. Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 444-50, 2004. Disponível em www.scielo.br.

PEREIRA, M. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, Renata Santos; CURIONI, Cíntia Chaves; VERAS, Renato. 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, 1º semestre / 2003. Disponível em www.scielo.br.

PRADO, Shirley Donizete. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, 2002. Disponível em www.scielo.br.

_____. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 491-501, 2006.

PENTEADO, Sonia Regina Lenharo; FONSECA, Ângela. Maggio; BAGNOLI, Vicente Renato; ASSIS, Joserita Serrano; PINOTTI, José Aristodemo. Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 444-50, 2004. Disponível em www.scielo.br.

RAMOS, Marília. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4, n.7, p. 156-75, 2002. Disponível em www.scielo.br.

RAMOS, Rute Bacelar de Araújo. **O desejo não tem idade**: a sexualidade da mulher idosa. Recife: Fasa, 2002. 166 p.

RECIFE. **Como estão as desigualdades de gênero no PSF?** Relatório final, 2004, 227 p.

_____. **Desenvolvimento humano no Recife**: Atlas municipal, 2005.

_____. **Sistema de Informações da Atenção Básica**, 2007.

RIBEIRO, J. Pais; SANTOS, Abel. Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n. XXIII, p. 341-349, 2005. Disponível em www.scielo.br.

RODRIGUES, Carlos Lima; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. O papel do trabalho na construção da masculinidade. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta. **Masculinidade e velhices: entre um bom e um mau envelhecer**. 1ª ed., São Paulo: Vetor, 2006. p. 115-48.

RUBIN, Gayle. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, Carole S. (org). **Pleasure and danger**: exploring female sexuality. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1984. p. 267-319.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; SANTOS, Iolanda Beserra da Costa; FERNANDES, Maria das Graças M.; HENRIQUES, Maria Emília Romero M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 757-64, Nov.-Dez./2002. Disponível em www.scielo.br.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. 48 p. Disponível em www.sbc.org.br.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da; GOMES, Fábio de Barros Correia; CEZÁRIO, Antônio Carlos; MOURA, Lenildo. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 289-312.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, Mai.-Jun./2003. Disponível em www.scielo.br.

SIMÕES, Júlio Assis. Provedores e militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org). **Família e envelhecimento**. 1ª ed., Rio de Janeiro: FGV, 2004. p.25-56.

THOMAS, E. Sexuality and aging: essential vitamin or popcorn? **The gerontologist**, v. 22, n. 3, 1982, p. 240-3 apud BRIGEIRO, Mauro. Envelhecimento bem-sucedido e sexualidade – relativizando uma problemática. In: BARBOSA, Regina Maria; AQUINO, Estela Maria Leão de; HEILBORN, Maria Luiza; BERQUÓ, Elza. **Interfaces – gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 171-206.

VANCE, Carole. S. A Antropologia redescobre a sexualidade. **Physis**, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

VASCONCELLOS, Doris; NOVO, Rosa Ferreira; CASTRO, Odair Perugini de; VION-DURY, Kim; RUSCHEL, Ângela.; COUTO, Maria Clara Pinheiro de Paula; COLOMBY, Patrick; GAMI, Alain. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004. Disponível em www.scielo.br.

VAZ, Raquel Almeida; NODIN, Nuno. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. XXIII, p. 329-339, 2005. Disponível em www.scielo.br.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; VILLELA, Wilza Vieira; RÉA, Marina Ferreira; FERNANDES, Maria Eugênia Lemos; FRANCO, Emília de; RIBEIRO, Giane. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 997-1009, Out.-Dez./2000. Disponível em www.scielo.br

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 37-82.

WHO – World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60 p.

WOODWARD, Kathleen. Inventing generational models: psychoanalysis, feminism, literature. In: WOODWARD, Kathleen (org). **Figuring age: women, bodies, generations**. Bloomington; Indianapolis: Indiana University Press, 1999. p. 149-68 apud ATTÍAS-DONFUT, Claudine. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org). **Família e envelhecimento**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. cap. 4, p. 85-108.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,,
abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A SEXUALIDADE ENTRE HOMENS IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, sob a responsabilidade da Dra. Viviane Xavier de Lima e Silva, aluna 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 conhecer melhor os conhecimentos, atitudes e práticas dos homens idosos no que diz respeito à sexualidade;
2. Durante o estudo, vou receber um pesquisador na minha residência e vou responder algumas perguntas sobre este assunto;
3. A pesquisa apresenta risco de constrangimento para mim, mas as perguntas serão conduzidas de forma a diminuir esse risco;
4. Como benefício da minha participação, estarei contribuindo para aumentar os conhecimentos sobre as pessoas idosas na nossa região;
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 ao atendimento da Unidade de Saúde da Família onde estou cadastrado (a), caso eu venha a precisar;
7. Os autores da pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me garantem 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 a equipe de pesquisa no Departamento de Medicina Social da UFPE ou pelo telefone (81) 2126-8550;

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 dos pesquisadores;
11. Uma cópia deste termo de consentimento ficará em meu poder.

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

Voluntário (assinatura ou impressão digital):

RG:

Pesquisador:.....

Testemunha:

Testemunha:

ANEXO B**QUESTIONÁRIO Nº _____****Data da entrevista ____/____/____****ATENÇÃO ENTREVISTADOR: Verifique como o entrevistado prefere ser chamado.**

1. Data de nascimento ____/____/____

Idade _____ anos

2. O IBGE tem uma classificação para nossa cor da pele ou raça. Eu vou ler as opções dele e você me diz qual você acha que é a sua. **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 5)**

(0) Branca

(1) Preta

(2) Parda

(3) Amarela

(4) Indígena

(5) Outra _____

(8) Não sabe

(9) Não responde

3. **(APENAS PARA QUEM É ALFABETIZADO)** Você estudou até que série? _____

Anos de estudo _____ **(PODE SER PREENCHIDO APÓS A ENTREVISTA)**

4. Atualmente, você tem alguma religião? **(NÃO LEIA AS OPÇÕES)**

Se sim, qual? **(SE EVANGÉLICO, PERGUNTAR QUAL A DENOMINAÇÃO)**

(0) Não (PULAR PARA A QUESTÃO 6)

(1) Católica

(2) Evangélica tradicional (Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita)

(3) Evangélica pentecostal (outras denominações)

(4) Espírita Kardecista

(5) Afro-brasileira (Candomblé, Umbanda)

(6) Outra _____

(8) Não sabe

(9) Não responde

5. Não contando situações como casamento, batizados e enterros, de quanto em quanto tempo você tem ido a atividades religiosas? **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 7)**

(0) Nunca

(1) Menos de uma vez ao ano

(2) Uma ou duas vezes ao ano

(3) Uma vez ao mês

(4) Duas a três vezes ao mês

(5) Quase semanalmente

(6) Uma vez por semana

(7) Várias vezes por semana

(8) Não sabe

(9) Não responde

6. Além de você, quem mais mora na sua casa? (**NÃO LEIA AS OPÇÕES**)

	Não	Sim	Quantos	Não responde
Esposo (a) ou companheiro (a)	(0)	(1)		(9)
Filho (a) ou enteado (a)	(0)	(1)		(9)
Genro / nora	(0)	(1)		(9)
Neto (a)	(0)	(1)		(9)
Irmão (a) ou cunhado (a)	(0)	(1)		(9)
Outros parentes	(0)	(1)		(9)
Amigo (a) ou conhecido (a)	(0)	(1)		(9)
Mora só	(0)	(1)		(9)

7. Então, seu estado conjugal é: (**LEIA ATÉ A OPÇÃO 3**)

- (0) Mora com esposo (a) ou companheiro (a)
- (1) Nunca se casou ou morou com companheiro (a)
- (2) Viúvo
- (3) Separado, desquitado ou divorciado
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

8. Além de você, quem mais dorme no seu quarto? (**NÃO LEIA AS OPÇÕES**)

	Não	Sim	Quantos	Não responde
Esposo (a) ou companheiro (a)	(0)	(1)		(9)
Filho (a) ou enteado (a)	(0)	(1)		(9)
Genro / nora	(0)	(1)		(9)
Neto (a)	(0)	(1)		(9)
Irmão (a) ou cunhado (a)	(0)	(1)		(9)
Outros parentes	(0)	(1)		(9)
Amigo (a) ou conhecido (a)	(0)	(1)		(9)
Dorme só	(0)	(1)		(9)

9. Você está aposentado? Você tem alguma outra fonte de renda?

	Não	Sim	Não sabe	Não responde
Não tem rendimento próprio	(0)	(1)	(8)	(9)
Salário ou atividade informal	(0)	(1)	(8)	(9)
Aposentadoria	(0)	(1)	(8)	(9)
Pensão	(0)	(1)	(8)	(9)
Aluguel de imóvel	(0)	(1)	(8)	(9)
Outra fonte	(0)	(1)	(8)	(9)

10. Em média, o seu rendimento mensal pessoal é em torno de quanto? R\$ _____

11. E juntando os rendimentos de todas as pessoas que moram na sua casa, você diria que o rendimento mensal total é em torno de quanto? R\$ _____

12. De uma maneira geral, como você classifica a sua saúde? **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 5)**

- (1) Péssima
- (2) Ruim
- (3) Regular
- (4) Boa
- (5) Ótima
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

13. E em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, você diria que a sua saúde é: **LEIA ATÉ A OPÇÃO 5**

- (1) Muito pior
- (2) Pior
- (3) Igual
- (4) Melhor
- (5) Muito melhor
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

SE NÃO TEM PARCEIRO (A), PULAR PARA A QUESTÃO 16

Agora, gostaríamos de conversar sobre seu relacionamento com sua parceira (ou seu parceiro).

14. Considerando as experiências que você viveu de um ano para cá, que nota você dá para a sua convivência com sua parceira (ou seu parceiro)? **(MOSTRAR CARTELA 1)**

15. Vou ler algumas frases para descrever sua parceira (ou seu parceiro) e você me diz se ela (ou ele) é assim, usando esta cartela. **(MOSTRAR CARTELA 2)**

É sua melhor amiga (ou seu melhor amigo)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
É atraente fisicamente	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Faz com que você se sinta importante	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
É delicada (ou delicado) e gentil	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
É romântica (ou romântico)	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Passa a impressão de que ama você	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Entende suas necessidades físicas	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Passa a impressão que acha você atraente fisicamente	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
É criativa (ou criativo) no sexo	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)
Está atenta (ou atento) ao seu humor e às suas necessidades	(1)	(2)	(3)	(8)	(9)

Agora, queremos saber algumas opiniões suas sobre a sexualidade. Vamos começar por algumas questões relacionadas com a sexualidade em geral, de todas as pessoas.

16. Vou ler quatro frases que as pessoas costumam falar sobre o significado do sexo na vida delas. Todas as quatro podem ser consideradas verdade. Mas se você tivesse que escolher apenas uma, a que você considera mais verdadeira, qual seria? **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 3)**

- (0) Sexo é uma fonte de prazer ou de satisfação
- (1) Sexo é importante para ter filhos e manter a vida conjugal e familiar
- (2) Sexo é uma prova de amor pela parceira ou parceiro
- (3) Sexo é uma necessidade física como a fome e a sede
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

17. Agora, vou ler algumas situações que acontecem na vida sexual de algumas pessoas, para as quais eu gostaria que você dissesse sua opinião, usando esta cartela: **(MOSTRAR CARTELA 3)**

Em um casal, o amor pode existir sem relação sexual.	1	2	3	4	5	8	9
Quando um casal está de acordo, todas as formas de prazer sexual são aceitáveis.	1	2	3	4	5	8	9
Um homem pode ter relações amorosas e sexuais fora do casamento.	1	2	3	4	5	8	9
Uma mulher pode ter relações amorosas e sexuais fora do casamento.	1	2	3	4	5	8	9
Ter relação sexual com alguém sem amar.	1	2	3	4	5	8	9
Pode haver amor sem fidelidade.	1	2	3	4	5	8	9
Uma mulher tenha relações amorosas e sexuais com outra mulher.	1	2	3	4	5	8	9
Um homem tenha relações amorosas e sexuais com outro homem.	1	2	3	4	5	8	9
A fidelidade é essencial para a felicidade do casal.	1	2	3	4	5	8	9
A satisfação sexual é importante para o sucesso de um casamento.	1	2	3	4	5	8	9
Que os homens se masturbem (masturbar é ter prazer sexual tocando seu próprio corpo ou partes íntimas).	1	2	3	4	5	8	9
Que as mulheres se masturbem.	1	2	3	4	5	8	9
Deve-se ter relações sexuais somente quando se ama.	1	2	3	4	5	8	9
Sexo é apenas para pessoas jovens.	1	2	3	4	5	8	9
É possível ser feliz sem sexo.	1	2	3	4	5	8	9

Agora, vamos falar um pouco mais da sua vida sexual. Lembramos mais uma vez que este questionário é anônimo e que as informações são confidenciais, isto é ninguém vai ficar sabendo o que você me disse. Ainda assim, você não é obrigado a responder se não quiser. Mas as suas respostas podem contribuir em muito para a qualidade da pesquisa.

18. Aproximadamente, que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

_____ anos

(0) Nunca teve

(PULAR PARA A QUESTÃO 29)

(8) Não lembra / Não sabe

(9) Não responde

19. Com quantas pessoas, aproximadamente, você diria que teve relações sexuais na sua vida?
_____ pessoas

SE A RESPOSTA FOR NÃO LEMBRA / NÃO SABE, PERGUNTAR: Foram mais de 100?

(8) Não lembra / Não sabe

(9) Não responde

20. Das pessoas com quem você teve relações sexuais na vida, você diria que elas eram:
(LEIA ATÉ A OPÇÃO 5)

(0) Somente mulheres

(1) Mais mulheres do que homens

(2) Igualmente homens e mulheres

(3) Mais homens do que mulheres

(4) Somente homens

(5) Transexuais

(8) Não sabe

(9) Não responde

21. Considerando as experiências que você viveu antes de fazer 60 anos, que nota você dá para a sua vida sexual passada? **(MOSTRAR CARTELA 1)** _____

Agora nós vamos falar da sua vida sexual de agora.

22. Atualmente, com que frequência você mantém relações sexuais? **(NÃO LEIA AS OPÇÕES)**

- (0) Atualmente não mantém
- (PULAR PARA A QUESTÃO 29)
- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Uma vez por mês
- (3) Uma vez a cada quinze dias
- (4) Uma vez por semana
- (5) Duas vezes por semana
- (6) Três vezes por semana
- (7) Todos os dias
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

23. Com quantas pessoas, aproximadamente, você diria que teve relações sexuais de um ano para cá? _____ pessoas

SE A RESPOSTA FOR NÃO LEMBRA / NÃO SABE, PERGUNTAR: Foram mais de 20?

- (8) Não lembra / Não sabe
- (9) Não responde

24. Dessas pessoas com quem você teve relações sexuais de um ano para cá, você diria que elas eram: **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 5)**

- (0) Somente mulheres
- (1) Mais mulheres do que homens
- (2) Igualmente homens e mulheres
- (3) Mais homens do que mulheres
- (4) Somente homens
- (5) Transexuais
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

25. De um ano para cá, você deu a alguém dinheiro, presentes ou favores em troca de sexo?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) Não lembra / Não sabe
- (9) Não responde

26. De um ano para cá, você teve alguma outra prática sexual que ainda não perguntei?

- (0) Não
- (1) Sim. Qual? _____
- (8) Não lembra / Não sabe
- (9) Não responde

27. De um ano para cá, você ou sua parceira (ou parceiro) usaram camisinha durante as relações sexuais? **(LEIA ATÉ A OPÇÃO 2)**

- (0) Não. Por quê? _____
- (1) Sim, em algumas vezes
- (2) Sim, em todas as vezes
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

28. De um ano para cá, você ou sua parceira (ou parceiro) usaram algum medicamento ou remédio natural para melhorar as relações sexuais?

	Não	Sim	Não responde
Medicamento receitado por médico	(0)	(1)	(9)
Medicamento adquirido por conta própria	(0)	(1)	(9)
Remédio natural receitado por médico	(0)	(1)	(9)
Remédio natural adquirido por conta própria	(0)	(1)	(9)

Se sim, qual ou quais? _____

29. De um ano para cá, você praticou a masturbação (ter prazer sexual tocando seu próprio corpo ou partes íntimas)?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) Não lembra / Não sabe
- (9) Não responde

30. **(APENAS PARA QUEM NÃO TEM VIDA SEXUAL ATIVA ATUALMENTE)**

Você mantém interesse em ter contato sexual?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) Não sabe
- (9) Não responde

31. Considerando as experiências que você viveu de um ano para cá, que nota você dá para a sua vida sexual atual? **(MOSTRAR CARTELA 1)** _____

32. Agora vamos fazer uma brincadeira. Faz de conta que você encontrou uma lâmpada mágica e dela saiu um gênio. Ele disse que você poderia pedir qualquer coisa, até se fosse uma mágica, para aumentar sua satisfação com a sua vida sexual atual. O que você pediria ao gênio?

	Não	Sim	Não responde
O corpo que eu tinha quando era jovem	(0)	(1)	(9)
Melhoria na minha saúde	(0)	(1)	(9)
Melhoria na saúde de meu (minha) parceiro (a)	(0)	(1)	(9)
Melhorar o relacionamento com meu (minha) parceiro (a)	(0)	(1)	(9)
Ter um parceiro (a) diferente	(0)	(1)	(9)
Encontrar um parceiro (a)	(0)	(1)	(9)
Melhoria financeira	(0)	(1)	(9)
Ter mais tempo livre	(0)	(1)	(9)
Ter mais privacidade	(0)	(1)	(9)
Menos stress	(0)	(1)	(9)
Mais atitudes positivas da sociedade ou da família	(0)	(1)	(9)
Outro. Especificar:	(0)	(1)	(9)

Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO C

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, eu, Viviane Xavier de Lima e Silva, abaixo assinada, pesquisadora do projeto CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A SEXUALIDADE ENTRE HOMENS IDOSOS CADASTRADOS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, igualmente, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término do estudo. Informarei e apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de Ética, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pela instituição onde está sendo realizado o estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao Comitê de ética qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Recife, ____/____/____

Viviane Xavier de Lima e Silva