

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CRISTIANO DA COSTA FLÔRES

A AUTOPERCEPÇÃO DE CORPO E SEXUALIDADE EM
IDOSOS

Porto Alegre
2013

CRISTIANO DA COSTA FLÔRES

A AUTOPERCEPÇÃO DE CORPO E SEXUALIDADE EM
IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Dr. Newton Luiz Terra

Porto Alegre
2013

F634a Flôres, Cristiano da Costa

A autopercepção de corpo e sexualidade em idosos. – Porto Alegre, 2013.

87 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Newton Luiz Terra

1. Gerontologia Biomédica. 2. Envelhecimento. 3. Sexualidade - Idosos. 4. Corpo – Autopercepção. I. Terra, Newton Luiz. II. Título.

CDD 618.97

Ficha elaborada pela bibliotecária Anamaria Ferreira CRB 10/1494

CRISTIANO DA COSTA FLÔRES

A AUTOPERCEPÇÃO DE CORPO E SEXUALIDADE EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Éverton Massaia – UNIVERSIDADE FEEVALE

Dr. Claus Dieter Stobaus - PUCRS

Dra. Irani Iracema de Lima Argimon - PUCRS
(suplente)

Porto Alegre
2013

Dedico este trabalho aos meus pais, Luiz e Luisa,
sempre presentes em amorosidade e incentivo.

E a todo aquele que acredita no amor
vívido independente de idade, classe social,
gênero ou qualquer outro limitador.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelo exemplo de seres humanos que são e empenho constante para a concretização deste curso de pós-graduação.

Agradeço a Ka Fleck, companheira de caminhada, pelos olhares ternos, abraços apertados e paciência nos momentos de estresse. Laerte M. Neto, pelas horas de fome me esperando para jantar após muitas idas a Porto Alegre, incentivo constante e orgulho expressivo. Ao meu orientador Newton L. Terra, por aceitar abordar um tema inovador e cercado de preconceitos. Aos colaboradores da pesquisa, pelos depoimentos e confiança.

Aos amigos, tantos, que me fizeram não esquecer da jovialidade enquanto estudava a velhice.

A memória de meu avô, que me ensinou mais sobre a gerontologia do que qualquer literatura.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento é definido como um processo fisiológico decorrente da passagem do tempo, resultando em alterações biológicas, sociais, psicológicas e na sexualidade do indivíduo. A sexualidade é um conceito abrangente, envolvendo um universo subjetivo, além do ato sexual em si. A sexualidade envolve o indivíduo como um todo e não se esgota com o processo de envelhecimento, apenas se modifica. Observa-se no entanto a existência de um mito com relação a sexualidade na velhice, limitando as abordagens em saúde, convívio familiar e a abordagem do tema pelo próprio indivíduo idoso. A gerontologia entende a sexualidade do indivíduo idoso como natural e não patológica. **OBJETIVO:** Conhecer a autopercepção dos idosos em relação ao corpo, envelhecimento e sexualidade. **METODOLOGIA:** Estudo de paradigma qualitativo do tipo descritivo-interpretativo. Este estudo constitui-se da aplicação de sete entrevistas semiestruturadas em indivíduos idosos. Constituem-se participantes do estudo quatro idosos de um grupo de convivência e três idosos de um grupo teatral do município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, todos do gênero feminino. Os dados coletados foram analisados e discutidos em conjunto com os dados obtidos por meio de um diário de campo. **ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS:** O envelhecimento surge citado nos depoimentos como um processo de perdas, mas também como um momento de intensa reelaboração pessoal, anunciando-se pelas alterações estéticas, mas tendo significado maior quando surgem debilidades. Saliem-se nos depoimentos a menopausa como um marco divisor de etapas de vida. Por meio dos depoimentos coletados percebe-se que a sexualidade se modifica com o advento da idade não se extinguindo. Mesmo com a abstenção do ato sexual propriamente dito a sexualidade se mostra presente e aparente nas suas diferentes formas de manifestação, convergindo na visão de sexualidade afetiva, além do ato sexual em si. A sexualidade, é relatada, com muito mais nuances de ternura, de fantasia e de amor. O ato sexual não se mostrou de natureza frequente. Outro dado relevante é a referência a influência dos valores culturais adquiridos com relação a sexualidade na infância, como um fator de interferência no modo de se relacionar afetivo-sexualmente ao longo da vida, em especial com relação a rigidez da educação. Verificou-se na coleta de dados, também, o baixo índice de inclusão do teste para detecção do HIV nas rotinas de prescrição clínica. **CONCLUSÃO:** A sexualidade é construída e modificada ao longo da existência do indivíduo, tendo suas particularidades em cada etapa do viver, sendo influenciada pela educação, formato de relacionamento e história de vida. A relação que o indivíduo estabelece com o corpo, sua educação e o processo de envelhecimento influenciam na sexualidade.

Palavras-chave: sexualidade, envelhecimento, idoso e corpo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Aging is defined as a physiological process connected to the passing of time, and thus resulting in biological, social and psychological changes, as well as in the individual's sexuality. Sexuality is a broad concept which involves a subjective universe. Sexuality involves the individual as a whole, and during the aging process it isn't extinguished, it only changes. However, one can see there's a myth towards sexuality in old age, which is only approached in areas such as health, family life or when the subject is addressed by the elderly themselves. Gerontology sees old people's sexuality as something natural rather than pathological. **OBJECTIVE:** Knowing elderly people's self-perception towards their own body, aging and sexuality. **METHODOLOGY:** Qualitative paradigm study of descriptive-interpretive type. The study comprises seven semi structured interviews with elderly people. Four of the interviewees belong to a peer group and the other three are from a theatrical group from the city of Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, all of them female. Data collected were analyzed and discussed together along with the data provided by a diary. **DATA ANALYSIS AND CATEGORIZATION:** In the statements given aging is approached as a process of losses, although it is considered a time of intense personal re-elaboration, shown by aesthetical changes, and also acquiring bigger significance with emerging weaknesses. Menopause is referred in the statements as a milestone in the stages of life. Through the statements made, one can see that sexuality changes with the advent of old age, nevertheless it does not cease. Even with the abstinence of sexual intercourse per se, sexuality is present, differing just in the way it is displayed, converging on a more affectionate view of sexuality, besides sexual intercourse itself. Sexuality here is quoted with much more tenderness, love and fantasy nuances. Sexual intercourse hasn't been reported as something frequent. Another relevant data worth referring is the cultural values on sexuality, acquired in early age – especially as far as rigid education is concerned- and which interfere in the affective-sexual relationships along the life. A low index of inclusion for HIV test detection in routine clinical prescriptions was also detected in data acquisition. **CONCLUSION:** Sexuality is built and modified along the individual's life, having its particularities in each one of the living phases, being influenced by education, ways people relate to others, as well as his life story. The relation each individual establishes with his body, his education and the aging process have influence in sexuality.

Key Words: Sexuality – Aging – Elderly – Body

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos colaboradores com relação a idade, gênero e escolaridade.....36

Tabela 2 – Perfil dos colaboradores com relação a religião, estado civil e renda.....36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 CORPO.....	14
2.2 ENVELHECIMENTO.....	16
2.2.1 Transformações fisiológicas.....	18
2.2.2 <i>Transformações fisiológicas masculinas.....</i>	<i>18</i>
2.2.3 <i>Transformações fisiológicas femininas.....</i>	<i>19</i>
2.3 SEXUALIDADE.....	21
2.3.1 Sexualidade na Terceira Idade.....	21
2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	23
2.4.1 Hiv/AIDS.....	24
2.4.1.1 <i>Hiv na Terceira Idade.....</i>	<i>26</i>
2.4.2 Prevenção.....	27
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4. METODOLOGIA.....	30
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	30
4.2 COLABORADORES.....	30
4.2.1 Critérios de inclusão.....	30
4.2.2 Critérios de exclusão.....	31
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.4.1 Contato inicial.....	32
4.4.2 Estudo preliminar.....	33
4.4.3 Estudo principal.....	34
4.4.4 Análise dos dados.....	35
4.5 DESCRIÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO.....	35
4.6 OS CENÁRIOS DE PESQUISA.....	37
5. ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS.....	37
5.1 CATEGORIA CORPO E MOVIMENTO.....	37
5.2 CATEGORIA CORPO E ENVELHECIMENTO.....	39

5.3 DEFINIÇÕES DE SEXUALIDADE.....	42
5.4 PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO.....	43
5.5 CATEGORIA SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO.....	46
5.6 CATEGORIA MENOPAUSA.....	49
5.7 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO POR HIV NOS EXAMES DE ROTINA....	50
5.8 CATEGORIA SAÚDE SEXUAL.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7. REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	60
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	61
APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO.....	62
APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO.....	63
ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....	84
ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	85
ANEXO C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	87

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o envelhecimento humano e a autopercepção corporal no contexto da sexualidade humana, estabelecendo esta relação extraindo os olhares do indivíduo com relação a si próprio. Permeiam estes olhares as modificações físicas, filosóficas, emocionais, culturais e espirituais decorrentes da passagem dos anos.

O homem atua na realidade e esta atua diretamente nele, modificando seu modo de sentir, pensar e agir, assim funciona também com o processo de envelhecimento, a passagem do tempo. Cada corpo registra e expressa a sua trajetória por seus gestos, expressões, percepções, valores e crenças, o homem constrói uma identidade, um modo de ser e estar. Com o passar dos anos, a cada experiência, este ser vivencia seu corpo e o corpo do outro, construindo assim a sua imagem corporal, que nunca será definitiva. A experiência perceptiva surge da relação dinâmica do corpo com o mundo, por meio do tempo^{1,2}.

A sexualidade perfaz uma ampla dimensão pessoal, própria ao ser humano, constituindo sua totalidade biopsicossocial e espiritual. Assim, refere-se não somente a uma dimensão biológica, mas também a um universo dotado de subjetividade. Com o envelhecimento a atividade sexual se altera em sua intensidade e frequência, os fatores que influenciam nessas alterações são as modificações fisiológicas, os fármacos, a presença de doenças, a percepção negativa da imagem corporal, o condicionamento físico e transtornos mentais. Além destes, a sexualidade tem influência do ambiente, da educação, cultura e prática religiosa em que este indivíduo se insere. Cabe ainda salientar os aspectos próprios das relações que o indivíduo estabelece, como o estado civil, a cumplicidade relacional e condicionamento físico do parceiro^{3,4}.

O passar dos anos determina mudanças importantes no aspecto físico e na fisiologia da sexualidade das pessoas idosas. O envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que envolve o ser humano na plenitude de sua existência, modificando sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. O ato sexual é complexo, abrangendo o corpo, a mente e as emoções. Apesar de ser natural, prazeroso, expressão de sentimento e meio de procriação, o sexo permanece cercado de preconceito, mitos, tabus, leis e dogmas, os quais estão submetidos a mudanças de valor ao longo da história e conforme a cultura⁵.

O presente estudo justifica-se pelo interesse do pesquisador na área da sexualidade humano, no processo de envelhecimento e também referente a pouca produção científica do

tema no campo da Gerontologia Biomédica, obtido por meio dos olhares dos próprios idosos. Ressalta-se, ainda, o aumento do interesse das ciências pela vida sexual. Como este saber considera a sexualidade como derivada da fisiologia, tende a não refletir sobre a construção das categorias corpo e saúde. Para alguns autores, o conhecimento gerontológico sobre a sexualidade é herdeiro da sexologia, no seu cunho prático e intervencionista, pouco filosófico⁶. Nesse contexto, exclusivamente, existe uma carência de produção científica abordando os olhares pessoais, emocionais, do idoso⁴.

A escolha de realizar uma pesquisa baseada em uma entrevista ampla, em um paradigma qualitativo, deu-se para que seja possível a coleta de dados da maneira mais espontânea e fidedigna possível em relação ao olhar do idoso a cerca de si próprio⁷. A entrevista ocorre como se fosse uma conversa informal, permitindo que o entrevistado fique a vontade para comentar o tema abordado⁸.

No campo da fisioterapia, onde atua-se nas relações do indivíduo com o seu próprio corpo, suas funcionalidades e limitações, surge a necessidade de se perceber esse indivíduo como um todo, inclusive nas suas questões relativas a sexualidade. Como profissionais da área da saúde, participantes das equipes multiprofissionais, precisa-se estar focados, também, na prevenção onde nos cabe domínio de orientações em relação as contaminações das infecções sexualmente transmissíveis um problema de saúde mundial, que atinge também os indivíduos acima dos sessenta anos de idade. A saúde sexual é um dos aspectos mais importantes da vida. Por isso, toda iniciativa para esclarecer um grande número de pessoas acerca da sexualidade merece destaque⁴.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CORPO

O corpo constitui-se em um emaranhado de cerca de sessenta trilhões de células, equipado com relógios de extrema precisão, capazes de fazer registros e a responder aos cinco sentidos básicos, se adaptar à gravidade, pressão, luz, tempo, campo magnético e outros fatores ambientais. A existência do ser corporal é dada por meio da interação com o mundo proporcionada por seus órgãos, que através das sensações proprioceptivas captadas em todos os estímulos permitem a percepção da realidade física¹.

Esta verdadeira obra de arte, que é o corpo humano, torna-se ainda mais sublime por existir nela um ser humano que raciocina, que sente e que por meio dos seus movimentos expressa sua identidade e contextualiza o seu viver. Sendo assim, o corpo não pode ser abordado apenas um veículo do ser no mundo, pois é através do corpo que se revela a percepção do homem e o seu modo de expressão, conferindo-lhe assim, a sua essência².

De acordo com Gonçalves (1994), o homem possui um dinamismo na sua forma de interagir com a sociedade, já que, ao mesmo tempo em que atua na realidade, alterando-a, esta atua diretamente sob ele, influenciando seu modo de pensar, sentir e agir⁹. Por isso, cada corpo expressa e registra a sua história, de sua sociedade e marcando nele seus valores, caracterizando-o como integrante daquele grupo social e garantindo-lhe sua singularidade¹⁰.

A comunicação inclui todas as formas de expressão e, de acordo com estudos da psicologia social, estas expressões se dão através da comunicação verbal, ou seja, por meio das palavras, em apenas 7%, sendo as demais formas (93%) expressas através da comunicação não-verbal, ou seja, pelos sinais para-lingüísticos, 38%, tais como a entonação da voz, os grunhidos, a pronúncia, os ruídos vocálicos de hesitação, o suspiro provocados por tensão e a tosse; e pelos sinais silenciosos do corpo (55%) como os gestos, a postura, o olhar, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, particulares a cada indivíduo e, que, por si só, falam muito a respeito de cada indivíduo, singularizando-o dentro de seu contexto específico^{11,12}.

Por seus valores, gestos, crenças, expressões e percepções, o homem construiu uma identidade e só perceberá isto a partir do momento em que tiver sua consciência corporal esclarecida para ele. Com o passar dos anos, envelhecendo, a cada experiência, este ser

sociocultural vivencia o corpo do outro e o seu corpo, contribuindo para a elaboração de sua imagem corporal, que nunca será definitiva².

O uso social do corpo é uma dimensão da antropologia da pessoa que assinala como socialmente construída a maneira como se caminha, ri ou sorri, escuta, olha, ou empreende muitas das funções de vida diária consideradas naturais de seus corpos. Quando duas pessoas se olham há diferenças notáveis conforme a nacionalidade, por exemplo: os brasileiros podem olhar alguém de seu próprio sexo ou do outro sexo de forma muito direta, com contato entre os olhos. No entanto, em países europeus não se deve olhar frontalmente nos olhos do outro, pois isso pode significar intimidação ou uma tentativa de sedução. Os brasileiros permitem comunicação com outras pessoas por diversas formas de contato corporal muito direto: pelo olhar, beijos e abraços, utilizando o toque no corpo alheio para chamar a atenção – o que, por exemplo seria considerado inadequado e possivelmente interpretado como um avanço indesejado e talvez agressivo na França. No contexto corporal, a aparência física que não seja considerada bela, por exemplo, pode acarretar, tanto em uma mulher como em um homem, repercussões importantes em sua forma de expressão da sexualidade¹³.

Em termos de percepção corporal, sensação, percepção e ação formam uma unidade indissociável. O corpo sente, ao mesmo tempo em que estrutura a percepção e se move⁹. A percepção corporal é dependente dos cinco sentidos, uma vez que enxergar, ouvir, tocar, sentir cheiros e gostos fazem parte das sensações perceptíveis ao ser. A experiência perceptiva surge e reflete a relação dinâmica do corpo com o mundo¹⁴.

Tavares (2003) relata que o processo de desenvolvimento da imagem corporal está correlacionada a fatores biológicos, afetivos, culturais e ambientais. Assim, casos de traumas, amputações, deficiências mentais, e até mesmo perda de entes queridos, podem influenciar diretamente na imagem corporal de uma pessoa, considerando, sobretudo, a subjetividade dos valores atribuídos pela sociedade ao qual o indivíduo está inserido¹⁵.

O ocidente moderno, em sua sociedade, está baseado no capital, na produção e no consumo, no qual a juventude acaba sendo um valor central; conseqüentemente, o lugar social destinado aos mais velhos tem valor negativo. O corpo idoso, principalmente de mais idade é geralmente associado à doença, decrepitude, invalidez, proximidade do evento morte. Envelhecer passa a ser tido como cada vez mais distante do ideal, idealizado, da perfeição do corpo, já que a juventude e a beleza são associadas, frequentemente, à saúde⁶.

Os corpos, embora silenciosamente, sinalizam a todo momento, emitindo “mensagens” acerca de seus sentimentos, emoções e valores, preconceitos, agrados e desagradados, medos, expectativas, inseguranças... Eles revelam uma vivência individual que,

ao entrarem em contato com profissionais de saúde, entregando-se aos seus cuidados, muitas vezes, perdem sua identidade singular, porque são generalizados, reduzido-os a um número, a uma ferida, um caso clínico, a uma lesão... Todas as expressões e os movimentos corporais são carregados de significados específicos¹¹.

2.2 ENVELHECIMENTO

De uma forma geral a literatura classifica, didaticamente, as pessoas acima de 60 anos como idosos e participantes, portanto, da terceira idade. A idade pode ser biológica, psicológica ou sociológica, a medida que se pensa no envelhecimento em diferentes proporções das várias capacidades dos indivíduos. Porém a transformação da velhice em problema social não pode ser encarada apenas como decorrente do aumento demográfico da população idosa. Dessa maneira, a problemática do envelhecer orbita mais em torno do funcionamento da sociedade no qual está inserida do que no volume da mesma⁵.

Mesquita e Portella (2004) afirmam que o envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que interfere no ser humano na plenitude de sua existência, podendo modificar a sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história de vida¹⁶.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Com o aumento geral da sobrevivência da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. Enfatiza-se portanto o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multiprofissional e multidimensional^{17,18}.

Considerando o ciclo vital, observa-se que as pessoas apresentam mais problemas de saúde no início e particularmente no final da vida. A grande diferença é que as doenças atribuídas aos mais jovens são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as doenças atribuídas aos idosos são crônicas, portanto de alto custo¹⁷. Dentre os fatores de risco mais citados pela literatura para o óbito entre idosos, consideram-se imutáveis a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem modificados estão a hospitalização, a dependência para

realização das atividades de vida diária, o déficit cognitivo, os hábitos de vida (como o tabagismo, etilismo e sedentarismo), algumas doenças como a depressão e o câncer, o isolamento social e a falta de suporte familiar, o nível socioeconômico e a auto-avaliação negativa da saúde¹⁹.

Percebe-se que está em jogo na velhice, na realidade, é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Objetiva-se que o indivíduo envelheça com a capacidade de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho. Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica²⁰.

Viver mais sempre foi objetivo da humanidade, mas com as alterações funcionais decorrentes do envelhecimento biológico, o grande desafio passou a ser viver bem os anos de vida ganhos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento ativo pode ser 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^{6,21}.

Em todo o mundo, segundo a OMS, em 2002, os idosos somavam 590 milhões de pessoas, com a previsão de que esse contingente perfaça um total de 1,2 bilhão, em 2025²¹. Ainda de acordo com as projeções da expectativa de vida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2050, a proporção de idosos passará de 8,6%, em 2000, para aproximadamente 15%, em 2020⁵.

O processo de envelhecimento acarreta em transformações corpóreas, hormonais e também no campo da sexualidade. Em virtude dos estereótipos atuais da terceira idade, tanto os familiares quanto profissionais negam-se a pensar que nesta fase a pessoa pode estar ativa sexualmente. Essa falha traz graves consequências, sobretudo com relação a prevenção, pois esta só vai ocorrer se os familiares e profissionais de saúde estiverem atentos para discutir abertamente as formas de prevenção e a necessidade⁴.

A Gerontologia entende que o envelhecimento não significa uma decadência, e sim uma sequência da vida, com suas peculiaridades e características⁵.

2.2.1 TRANSFORMAÇÕES FISIOLÓGICAS

O passar dos anos determina mudanças importantes no aspecto físico e na fisiologia da sexualidade das pessoas idosas. Na ausência de doenças ou de efeitos colaterais de terapias médicas ou cirúrgicas, o processo de envelhecimento acaba não implicando diretamente em distúrbios sexuais⁵.

O processo de envelhecimento faz com que o organismo se transforme, por exemplo diminuindo a força muscular de todo o corpo e o condicionamento físico; os tecidos vão perdendo a elasticidade, entre outras alterações. Estas modificações têm uma importância particular tratando-se da fisiologia da sexualidade e, além do fato de mudarem as experiências pessoais, tendo impactos distintos para cada indivíduo, influenciando também indiretamente a vida sexual do parceiro^{3,6}.

É comum reconhecermos o envelhecimento, pois ele se apresenta visível em termos de estética¹. É notório 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, apresentando diferenças com relação ao sexo^{3,22}.

2.2.1.1 *Transformações Fisiológicas Masculinas*

O aparelho genital masculino vai passando por fenômenos involutivos que se iniciam após os trinta anos de idade; depois desta idade verifica-se no homem uma progressiva redução da espermatogênese, mas de uma maneira tão lenta que tanto a fertilidade quanto a fecundidade podem continuar também no idoso. A produção de espermatozóides não cessa, apesar de haver uma redução tanto em relação a quantidade como também a motilidade que vão diminuindo gradativamente. A esterilidade eventual se deve atribuir mais a alterações morfológicas da cabeça dos espermatozóides do que propriamente a ausência dos mesmos³.

A partir dos 40 anos, ocorre a cada ano uma diminuição de 1,2% dos níveis circulantes de testosterona livre (TL) e de 1,0% dos de testosterona ligada a albumina e, também, uma elevação de cerca de 1,2% dos de globulina ligadora de hormônios sexuais, a

proteína carregadora que se liga a cerca de 50% da testosterona circulante. A testosterona total permanece estável até os 50 a 55 anos e, a partir daí, também começa a se reduzir a uma taxa entre 0,4% e 0,85% por ano. Esta redução é de cerca de 35% entre os 25 e os 75 anos e como consequência seus valores médios aos 75 anos são cerca de 65% daqueles encontrados em homens jovens. Já a TL decresce entre 50% e 60% neste mesmo período de tempo, o que resulta em níveis de testosterona biodisponível reduzidos em mais de 25% dos homens de 75 anos. Este decréscimo é, sem dúvida, dependente da idade²³.

A função erétil é a capacidade necessária para poder realizar uma relação sexual; portanto a disfunção erétil é a incapacidade temporária ou permanente de alcançar a ereção necessária para efetivar tal relação. O idoso tem uma grande necessidade de sensações táteis e físicas mas, muitas vezes, vive a sexualidade de forma ansiosa; junto com as mudanças devidas a fisiologia, entre as causas que podem determinar dificuldades eréteis, a mais frequente é o próprio medo de perder a ereção. Para se alcançar a ereção e a ejaculação na idade geriátrica, são necessários estimulações mais prolongadas e mais intensas e, além disso, a ereção se não for estimulada continuamente, tende a desintumescer. Entretanto é preciso não esquecer jamais que a capacidade de amar não depende da possibilidade de ejacular^{3,4}.

2.2.1.2 *Transformações Fisiológicas Femininas*

A maioria das mudanças da mulher é devida ao declínio da produção de hormônios femininos, especialmente os estrogênios e progesterona. Após os trinta anos o aparelho genital feminino começa a sua involução. A carência dos hormônios sexuais femininos, que vai causar a cessação do funcionamento dos ovários, determina a mudança das secreções sudoríparas e sebáceas e, especialmente, genitais de modo que o cheiro da mulher pode se tornar semelhante ao de uma menina. O déficit dos estrogênios determina uma diminuição da elasticidade da parede vaginal e uma redução das glândulas mucosas, de forma que a lubrificação vaginal se manifesta menos rápida e menos abundante. As vezes, há uma mudança de forma da vagina que pode ficar mais estreita, mais curta e menos elástica, apesar de permanecer em geral bastante ampla para permitir a relação³.

A menopausa costuma ser antecedida por uma fase de falhas no período menstrual, que vão se tornando cada vez mais constantes, até que a menstruação deixe de ocorrer. Esse

período é o climatério. As mudanças dessa fase são primordialmente hormonais, contudo, muitas mulheres queixam-se de desinteresse sexual nesse período⁴.

Esta é a fase da vida da mulher em que se cessa a capacidade reprodutiva. A sintomatologia associada à menopausa também pode ser relativizada, pois se desenvolve dentro de parâmetros sociais, econômicos, culturais e étnicos muito distintos, e até mesmo as famosas ondas de calor, um dos sintomas mais característicos da menopausa, variam de uma cultura para outra. Nos países desenvolvidos é muito freqüente receitar estrogênio e progesterona às mulheres na menopausa. Considera-se que seu uso é indicado para dois fins distintos: o uso por curto prazo para alívio dos transtornos da menopausa (especificamente os sintomas vasomotores), e o uso prolongado com fins preventivos, principalmente das fraturas ósseas e das enfermidades cardiovasculares²⁴.

Em nossa cultura, as pessoas mais velhas são tidas como sem desejo ou vida sexual, sendo esse rótulo mais forte para as mulheres, porque aquela que é considerada a finalidade principal de sua sexualidade – a reprodução – está em declínio ou já se extinguiu nesta fase da vida. A sexualidade feminina é carregada de tabus, mitos e preconceitos, em relação a concepção de sexualidade masculina^{4,22}. As mulheres estão se modificando e hoje, sabe-se que os idosos também têm vida sexual, e satisfatória. Percebe-se as mulheres conquistando a liberdade, cada vez maior, de fazer escolhas, viver intensamente e manter vida sexual ativa²⁵.

A menopausa permanece uma das fases da existência humana mais ricas de crenças e mistificações relativas a supostos problemas psíquicos, a perda do desejo sexual, a depressão e a presença de problemas psiquiátricos. As funções sexuais podem ser restauradas e acompanhadas por uma aparência integralmente feminina. A única função que não pode ser restituída é a fertilidade^{3,24}.

2.3 SEXUALIDADE

A sexualidade constitui-se como um dos aspectos mais importantes da vida do indivíduo⁴. A sexualidade também faz referência a uma ampla variedade de atividades e não se limita apenas a relação sexual e ao orgasmo. Por envolver todos os sentidos, abrange um conjunto de experiências, emoções e estados de espírito que podem ser experimentados, inclusive, nas faixas etárias mais avançadas. Por isso, toda iniciativa para esclarecer um grande número de pessoas acerca da sexualidade merece destaque³.

A sexualidade não se refere apenas a uma dimensão biológica, mas também firma as relações pessoais e interpessoais, em um universo dotado de subjetividade. Portanto é compreendida como uma forma de expressão dos aspectos mais íntimos da personalidade. É inata ao ser humano, porém reelaborada ao longo da vida, mediante influências de múltiplos aspectos como: o social, psicológico, educacional, religioso, entre outros. Percorre todas as fases do ciclo vital e apresenta especificidades inerentes a cada período. Transcende, portanto, o componente biológico, deixando de ser um simples instinto relacionado à reprodução e constituindo-se em fonte de excitação e prazer^{3,4,22}. O sexo deve ser considerado como qualquer outra atividade humana, tal como a alimentação e os hábitos de higiene, uma atividade aprendida, elaborada e reelaborada ao longo da vida¹³.

Apesar de ser natural, expressão de sentimento, meio de procriação e fonte de prazer, o sexo no seu sentido mais erótico permanece ainda cercado de preconceitos^{4,5}. A visão de sexualidade vai se modificando ao longo da história e conforme o contexto cultural. O melhor índice de saúde sexual, atualmente, pode ser considerado viver o prazer no âmbito de uma dimensão que proporciona bem-estar^{3,4}.

2.3.1 Sexualidade na Terceira Idade

Atualmente, falsas crenças e preconceitos ainda trazem dificuldades para abordar o assunto sexualidade, como algo normal, em idosos. O estereótipo ainda comumente encontrado é que o prazer sexual esteja limitado somente ao período juvenil da vida³.

Alguns fármacos podem causar problemas para sexualidade tanto no homem quanto na mulher, através de efeitos que vão de pequenas dificuldades até graves disfunções. De fato, alguns deles, podem interferir tanto na resposta sexual masculina, influenciando o desejo, a ereção, a ejaculação e o orgasmo, quanto na sexualidade feminina, diminuindo o desejo e podendo alterar a fase do orgasmo. O tabagismo, também, pelo fato de conter nicotina, pode ser uma das causas de impotência⁴.

No primeiro tratado de geriatria conhecido, no início do século XX, Nasher, afirmava que alterações que ocorriam no corpo (internas e externas) tinham repercussões comportamentais nas pessoas idosas, retratando a manutenção do interesse sexual como um exemplo patológico. O natural para o referido autor seria o afastamento da vida sexual pelos indivíduos com o avançar da idade. Ao longo do século, os textos gerontológicos vêm-se posicionando contrariamente a Nasher. Este conceito é descrito nos textos como o mito da velhice assexuada. Um dos consensos atuais é que a sociedade, por discriminar os idosos de uma forma geral, condena sua sexualidade. Este preconceito, sobre os atos dos idosos, é exercido não somente pelos jovens com relação aos idosos, mas também, muitas vezes, pelos idosos com relação a sua própria sexualidade⁶.

Outra questão a ser pensada é com relação ao aprimoramento das tecnologias em saúde, visando a busca cada vez maior por melhor qualidade e maior expectativa de vida. Neste caso, com acréscimo de anos de vida, é provável que as pessoas se deparem com mais questões que motivam a repensar a sexualidade, como a separação, a formação dos novos vínculos, os re-casamentos, dentre outras temáticas relacionadas a ampliação da expectativa de vida⁵.

Em relação ao desempenho sexual, especificamente, estima-se em pesquisa realizada que a satisfação com a vida se abala, prejudicando a qualidade de vida, se o desempenho sexual sofrer declínio excessivo para 95% dos indivíduos entrevistados que tem atividade sexual. Na mesma pesquisa, constatou-se que 4,8% dos homens e 19,9% das mulheres com mais de sessenta anos possuem inibição do desejo sexual. Apresentam dificuldade para ter orgasmo 30,3% das mulheres e 7,3% dos homens para mesma faixa etária. Apresentam dor na relação sexual 17,1% das mulheres e 1,6% dos homens. A pura e total falta de desejo afeta quatro vezes mais mulheres (8,2%) do que homens (2,1%). Em relação a capacidade de obter e/ou manter a ereção classificou-se em completa para 6,7% dos homens com mais de 60 anos e menos de 70, moderada para 23,3% e mínima para 33,7%. Já para homens acima dos setenta anos a pesquisa declara como completa para 12,3%, moderada para 35,1% e completa para 21,1%⁴.

Para os que vivenciam sua sexualidade, também não existe obrigação desta ser experimentada de forma única. Este conceito é importante para evitar que se migre da velhice assexuada para uma ideia de obrigação de desempenho sexual, especialmente como necessário à manutenção da saúde, nem para a normatividade das sexualidades culturalmente hegemônicas⁶.

A sexualidade no idoso tem ritmo diferente se comparada a outros períodos da vida, é menos agressiva e mais matizada, mas mantém inalteradas as suas potencialidades de comunicação entre as pessoas. Assim sendo, a sexualidade faz parte da dialética da existência de cada indivíduo em qualquer idade; se apresentando como um dos aspectos do viver juntos e será sempre uma manifestação rica e vital das relações humanas. A vida sexual existe e continua viva até alcançar os mais altos níveis de idade, o que muda é apenas a frequência dos desejos e os ritmos das relações, mas a sexualidade continua presente³.

2.4 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A designação infecção sexualmente transmissível (IST) é preferível a designação habitual – doença sexualmente transmissível (DST), uma vez que diversas dessas infecções têm curso predominante ou integralmente assintomático. As doenças mais conhecidas são a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), gonorréia e sífilis (as duas últimas designadas habitualmente “DST bacterianas clássicas”) infecção por clamídia, hepatite B, linfogranuloma e a infecção pelo HPV (papiloma vírus humano)²⁶.

Estas infecções estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e podem provocar sérias complicações. O fato de muitas vezes se apresentarem assintomáticas por períodos dilatados de tempo não exclui sua eventual evolução para quadros de saúde graves. Estima-se que 12 milhões de novos casos de ISTs ocorram por ano no país, e destes, apenas 30% procuram os Serviços de Saúde e os demais 70% optam pela automedicação e/ou procuram por atendimento em farmácias²⁶.

As diferenças evidenciadas na prevalência, incidência e morbidade das infecções sexualmente transmissíveis podem ser compreendidas em função da disposição biológica em adquirir determinadas infecções/doenças, dos diferentes comportamentos sexuais que

determinam aumento ou redução no risco de adquirir tais infecções e das dimensões culturais e sociais onde estão inseridos homens e mulheres²⁷. A prevalência de relação anal é subestimada, porém, quando presente, é um marcador de comportamento de risco para infecções sexualmente transmissíveis. As mulheres são especialmente vulneráveis às IST/DST por características biológicas e de papéis sociais²⁸.

Os profissionais da saúde através de ações educativas devem orientar a população sobre a prevenção e os riscos das IST/DST, bem como estimular a procura pelos Serviços de Saúde quando perceberem sintomas sugestivos de uma²⁶.

2.4.1 HIV/AIDS

Em resposta ao crescimento do número de casos de AIDS diagnosticados e notificados, a partir dos anos 1990 surgiram no Brasil os primeiros estudos de abrangência nacional sobre comportamento sexual e percepção de risco ao HIV²⁹.

Segundo Nadler (2002), a AIDS é uma doença infectocontagiosa, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV-1- principal e HIV-2). Normalmente, a infecção por este vírus leva à imunossupressão profunda, especialmente da imunidade celular, levando a doenças oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas, que são condições definidoras da AIDS³⁰.

Constituem-se nas principais formas de contaminação do HIV: o contato sexual, parenteral e vertical³¹. Em todo o mundo, o contato sexual, independente do tipo de relação, é a principal via de transmissão do vírus HIV. Quanto maior a exposição, sem a utilização de preservativo masculino ou feminino, maior o risco de contaminação. Porém, sabe-se que o risco de transmissão está aumentado com a prática de sexo anal, no período menstrual, na presença de doenças sexualmente transmissíveis e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado^{32,33}.

A transmissão parenteral é outra forma de contaminação pelo HIV. O uso compartilhado de seringas por usuários de drogas é o meio mais comum deste tipo de contágio, pois, atualmente, existe um rigoroso controle da qualidade de sangue utilizado, diminuindo muito a contágio por meio da transfusão de sangue (BRASIL, 2005). A via

vertical ocorre através da transmissão do vírus da mãe para o filho, podendo ser durante a gestação, parto ou aleitamento materno³¹.

A AIDS é a IST mais recente que se conhece e a única de notificação compulsória. Foi identificada no início da década de 80, constituindo-se num expressivo problema de saúde pública nacional e também mundial. As pessoas portadoras do HIV são vítimas de implicações físicas e biológicas devastadoras, bem como sociais, espirituais, psicoemocionais, e enfrentam sobretudo o preconceito. O caráter estigmatizante de uma infecção que envolve a dimensão comportamental do indivíduo é uma barreira para o manejo psicossocial do infectado. A epidemia afeta todos os grupos sociais com predominância da faixa etária de 20 a 39 anos²⁶. No Brasil, estudos sobre a epidemia mostram que os casos da doença foram inicialmente observados em populações de maior renda, ocorrendo mudança nesse padrão ao longo do tempo³³.

A propagação da AIDS no Brasil evidencia uma epidemia de múltiplas dimensões que, ao longo do tempo, tem apresentado profundas transformações na sua evolução e distribuição. Vista a princípio como uma epidemia específica de indivíduos jovens e considerados de “grupos de risco”, passou a atingir qualquer indivíduo da sociedade, independente de sexo e idade. No Brasil, concomitantemente à expansão da infecção pelo HIV, os portadores têm sido beneficiados pelo acesso gratuito aos anti-retrovirais, que proporcionam maior chance de sobrevivência, mesmo no caso de idades antes não alcançadas³⁴. A introdução da terapia com anti-retrovirais tem melhorado consideravelmente a qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV³⁵.

Especificamente quanto à infecção pelo HIV-1, as mulheres são mais suscetíveis devido: a mudanças hormonais, fisiologia e ecologia da micro biota vaginal e a maior prevalência de outras ISTs; regras de pareamento sexual e afetivo, que colocam em interação, habitualmente, homens mais velhos (com maiores prevalências de fundo para diferentes IST em diversos contextos) e mulheres mais jovens; além dos constrangimentos à adoção e manutenção das medidas de proteção por parte das mulheres, inseridas em contextos de franca desigualdade de gênero, quando não de violência²⁷. O número de casos entre as mulheres tem crescido de tal forma que a razão de casos entre homens e mulheres, que era de 23,2 em 1985, atualmente situa-se em 1,5. Além disso, com o aumento de casos entre as mulheres tem sido motivo de preocupação a possibilidade de acometimento de crianças pela transmissão vertical³⁵.

As taxas de mortalidade apresentaram tendência de elevação até o ano de 1996, quando atingiram 9,6 por 100.000 habitantes, diminuindo para 6,3 por 100.000 habitantes em

2002. Na Região Sul do Brasil, tem se observado um aumento das taxas de mortalidade que atingiram 9,0 por 100.000 em 2003. Em estudo na cidade de São Paulo verificou-se que 74,7% dos óbitos por complicações associadas ao HIV são de indivíduos do sexo masculino e 25,3% do sexo feminino³³. Em 2002, no Estado do Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade para todas as idades do sexo masculino foi de 16,7 e de 7,5 por 100.000 habitantes entre a população feminina³⁵.

Enfatiza-se que não há grupos de risco, mas situações de risco, nas quais todos os indivíduos estão expostos à infecção pelo HIV³⁶. Contudo, as formas de prevenção mediante o uso de preservativos em todas as relações sexuais ainda são os agentes mais eficazes e preconizados para o controle da disseminação da doença por via sexual. Sua utilização remete a uma necessária mudança na educação com relação a vida sexual dos indivíduos, já que a sua maioria não tem por hábito utilizá-la³⁵.

No Brasil, o tratamento da AIDS é realizado por meio de terapia medicamentosa anti-retroviral disponibilizada pelo Ministério da Saúde e todas as pessoas que preenchem os critérios estabelecidos para diagnóstico da infecção por HIV têm acesso ao tratamento³⁵. A assistência multidisciplinar e interdisciplinar é requerida devido a complexidade e a dinâmica da epidemia²⁶.

2.4.1.1 *HIV na Terceira Idade*

Apesar de inicialmente associada a adultos jovens, houve um aumento no número de pessoas idosas com diagnóstico de AIDS no Brasil. Foram notificados, até junho de 2006, 9.918 casos; destes, 6.728 em homens e 3.190 em mulheres²⁹. Dois fatores contribuem para o aumento de casos de AIDS em idades mais avançadas. O primeiro está relacionado aos que possuem, entre outros fatores, maiores recursos financeiros, contribuindo assim, para o acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa. O segundo fator deve-se à existência do tabu sobre sexualidade na terceira idade. Os autores ao abordar a temática do HIV, reiteram que é enganoso pensar que as pessoas idosas não fazem sexo e não usam drogas. De um modo geral, portanto, estas pessoas estão menos informadas sobre o HIV e pouco conscientes de como se protegerem³⁴.

Um estudo no período de 1989 a 2004, em um hospital no estado do Ceará, constatou em indivíduos com 60 anos ou mais 107 casos de AIDS, das quais 84 (78,5%) eram homens e 23 (21,5%) mulheres. Nesta pesquisa, entre os idosos notificados como portadores de AIDS, o grupo etário mais acometido foi aquele com idades entre 60 e 69 anos (77,5%). Além disso, 6,7% dos casos comprometiam indivíduos com 80 anos ou mais. Em relação à categoria de exposição, a maioria (42,9%) dos homens foi notificada na subcategoria homo-bissexual, seguida pela forma heterossexual (34,5%). Entre as mulheres, a maior porcentagem (56,5%) ocorreu por transmissão heterossexual. Houve apenas uma contaminação por uso de drogas injetáveis. Quanto à forma de contaminação pelo HIV, no sexo masculino, de 1989 a 1993, todos os casos diagnosticados pertenciam à subcategoria homo-bissexual (100,0%). A partir de 1998, no entanto, verifica-se o aumento e permanência dos casos entre os sexos na subcategoria heterossexual³⁴.

Em um estudo com a população de idosos do Vale do Rio dos Sinos (510 integrantes, composta 17,5% de homens e 82,5% mulheres) com o objetivo de avaliar o conhecimento e as estratégias de prevenção em relação ao HIV/AIDS constatou-se que 55,3% dos idosos não possuíam companheiro fixo, 86,3% não usavam preservativo e apenas 11% já tinham realizado o teste anti-HIV³⁶.

A incidência da AIDS no Brasil, na faixa etária de 60 a 69 anos, passou de 6,84 casos por 100.000 habitantes, em 1990, para 18,74 casos por 100.000 habitantes em 1998. A partir deste período houve crescimento neste grupo de idade. No Brasil, os casos de infecção de AIDS na faixa etária de mais de 60 anos acontecem predominantemente por transmissão sexual. A transmissão heterossexual constituiu a principal fonte de contaminação do HIV entre homens e mulheres idosos, apesar da transmissão entre homens com prática de natureza homo-bissexual ser relevante³⁴.

2.4.2 Prevenção

A principal forma de prevenção da infecção pelo HIV é a utilização do preservativo, tanto masculino como o feminino, os quais são distribuídos gratuitamente através das unidades básicas de saúde de cada município²⁹. Porém, encontram-se nos estudos evidências

na limitação a cerca do conhecimento relacionado a utilização do preservativo, com relação a colocação, necessidade e tabu³⁴.

Com relação ao uso de preservativos, BERQUÓ (2009) constatou que para casados/unidos o uso consistente do preservativo diminui com a idade, de 17,3% na faixa etária 16-24 anos para 7,1% na faixa 45-65 anos e entre os solteiros essa queda se observa a partir da faixa dos 35-44 anos. Entre viúvos, separados ou divorciados, o uso consistente do preservativo declinou a partir dos 44 anos. O uso do preservativo entre homens foi 81,6%, e entre mulheres, 66,0%; atingiu 92,0% entre os jovens de 16 a 24 anos, valor estatisticamente superior aos correspondentes às demais idades. Assim sendo, a população jovem é a que mais se protege nas suas relações sexuais²⁹.

Em um estudo com 867 mulheres sexualmente ativas do município de São Leopoldo no Vale do Rio Dos Sinos no Rio Grande do Sul, 252, ou seja 29,1% das mulheres referiram utilizar preservativos. A prevalência de utilização de preservativos foi de 29,1% (IC 95%: 26,0-32,1), sendo que 104 (12,0%) mulheres referiram o uso de preservativos como método contraceptivo, outras 148 (17,1%) mulheres referiram o uso adicional de preservativos como forma de proteção nas relações sexuais²⁶. Pesquisa similar encontrou uma prevalência de uso de preservativos em mulheres de 15 a 49 anos em torno de 28%²³. Em estudo comparativo dos anos de 1998 e 2005 Observou-se um aumento substantivo no uso de preservativos em todos os tipos de parceria analisados: aproximadamente 14% entre homens e mulheres somente com parcerias estáveis, 15% entre aqueles apenas com parcerias eventuais e 22% nas parcerias estáveis e eventuais²⁹.

A partir de estratégias educativas, realizadas por indivíduos habilitados, pode-se promover uma mudança no comportamento dos idosos, principalmente quanto às formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV³⁶.

A literatura enfatiza o conhecimento sobre ISTS em indivíduos jovens e profissionais da saúde; porém, há uma falta de informações relacionadas à estas infecções em indivíduos idosos. A partir desta carência, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos nesta área, planejamento de políticas públicas, estratégias de atendimentos em saúde e o envolvimento e organização da sociedade na busca de mecanismos eficientes de prevenção e assistência à AIDS em todas as idades. O conhecimento constitui-se na ferramenta mais importante, tanto para a diminuição do preconceito com portadores do HIV quanto para medidas de prevenção em saúde^{28,35,36}.

3 OBJETIVOS

Apresentam-se, a seguir, os objetivos propostos para o estudo:

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a autopercepção dos idosos em relação ao corpo, envelhecimento e sexualidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Descrever o perfil dos participantes do estudo;
- * Analisar a autopercepção de corpo do idoso;
- * Analisar a autopercepção de saúde sexual do idoso;
- * Analisar a relação “corpo e sexualidade”;
- * Analisar a relação “envelhecimento e sexualidade”;
- * Analisar a relação “corpo e envelhecimento”.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de paradigma qualitativo do tipo descritivo-interpretativo.

Segundo Triviños (1987), a investigação qualitativa pode ser caracterizada como uma pesquisa que tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave. A escolha do paradigma qualitativo baseou-se, também, na definição de Negrine (1999) que caracteriza o estudo centrado em compreender e interpretar as ações humanas e sociais, tendo interesse no processo e não no resultado final^{7,8}.

Os métodos qualitativos de pesquisa são basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos³⁷.

4.2 COLABORADORES

Os participantes do estudo são idosos participantes de um grupo teatral para a terceira idade e idosos de um grupo de convivência, ambos do município de Novo Hamburgo/RS. Comportando assim um perfil de participantes heterogêneo, em diferentes contextos sócio-econômico-culturais.

4.2.1 Critérios de Inclusão

Indivíduo com 60 anos ou mais;
Presente no dia do contato inicial;
Participante do grupo abordado.

4.2.2 Critérios de Exclusão

Indivíduos com dificuldades de fala;
Não realizaram avaliações prévias.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi realizado respeitando as normativas vigentes em pesquisa com seres humanos, a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo realizado mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que deu-se aos vinte e cinco dias de outubro de dois mil e doze, sob registro 07127912.5.0000.5336.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) segue as normas preconizadas conforme orientações do presente Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Somente foram coletados os dados mediante assinatura do TCLE, de livre vontade, mantendo o anonimato dos colaboradores.

O presente trabalho passou também pela aprovação da Comissão Científica e da banca de Qualificação no Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.4.1 Contato inicial

Primeiramente, deu-se o contato com um grupo de convivência para idosos de Novo Hamburgo/RS, no dia 02 de janeiro de 2013, de forma presencial, visando o convite aos idosos participantes para a realização da presente pesquisa. O convite foi uma explanação oral, incluindo a apresentação do pesquisador, os objetivos da pesquisa e esclarecimentos com relação a não obrigatoriedade de adesão; posteriormente os voluntários que aderiram a proposta da presente pesquisa realizaram o agendamento das entrevistas semi-estruturadas. Quatro voluntários realizaram o agendamento e compareceram na entrevista.

Posteriormente foi realizado um contato inicial, presencial, em um grupo teatral para a terceira idade do município de Novo Hamburgo, no dia 17 de junho de 2013, visando a possibilidade de realizar a presente pesquisa, convidar os colaboradores e coletar os dados. O contato deu-se com o responsável pelo grupo. O pesquisador explicou os objetivos do estudo a fim de obter autorização para a coleta de dados, convidou os participantes e realizou o agendamento das entrevistas semi-estruturadas.

A autorização dos responsáveis pelos ambientes de aplicação da pesquisa foi obtida previamente para submissão do projeto de pesquisa ao CEP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi apresentado aos participantes do estudo no dia da entrevista. O objetivo do estudo foi abordado de maneira oral para facilitar o entendimento dos colaboradores, abrindo um espaço para possíveis questionamentos.

É importante salientar que em ambos os grupos os colaboradores já haviam passado por avaliações prévias no campo cognitivo e funcional, estando assim aptos a compreender e responder os questionamentos. Em ambos os locais as entrevistas foram realizadas individualmente e em local reservado.

4.4.2 Estudo preliminar

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, deu-se início à fase de execução da pesquisa. O estudo preliminar consiste na aplicação da entrevista semi-estruturada (APENDICE B) há quatro sujeitos da pesquisa, visando a análise prática da viabilidade do instrumento de pesquisa e a necessidade de alterações metodológicas no estudo. O desenvolvimento do estudo foi registrado em diário de campo (APÊNDICE C). Vale ressaltar que as perguntas introdutórias são modificadas conforme o perfil dos colaboradores do estudo, com relação ao seu grupo de origem.

TRIVIÑOS (1987) afirma que a entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante (entrevistado) alcance a espontaneidade e a liberdade necessária, enriquecendo a investigação⁸.

A entrevista é um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, porém é necessário que se conheçam seus limites e se respeitem as suas exigências. A verdadeira vantagem da entrevista é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações que a tornem eficaz na obtenção de informações. Ela ganha vida ao se iniciar o diálogo entre entrevistador e o entrevistado. Consegue-se estabelecer um vínculo melhor com o indivíduo e mais profundidade nas perguntas³⁸.

Para este estudo, é utilizada a entrevista semi-estruturada que segundo Negrine (1999), se caracteriza por um conjunto de perguntas ou questões estabelecidas num roteiro flexível em torno de um ou mais assuntos do interesse de uma pesquisa para resolução do seu objetivo. Sendo assim, uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, proporciona ao entrevistador verbalmente as informações necessárias. Ocorre como se fosse uma conversa informal, permitindo que o entrevistado fique a vontade para comentar o tema abordado⁷.

Como afirma Negrine (1999), a realização do estudo preliminar é indispensável, antes de se iniciar em definitivo a coleta das informações, por ser fundamental o treinamento do entrevistador, garantindo que, por meio da estratégia adotada, possa coletar as informações que permitirão esclarecer o problema⁷.

A leitura do TCLE (APÊNDICE A) deu-se de forma individualizada, sendo possível a não adesão ao estudo, o que é devidamente respeitado e registrado no diário de campo. As entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) são gravadas em um gravador digital modelo RRUS-450 da marca Panasonic, em local privativo. Após a gravação da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) o colaborador é questionado sobre a necessidade/vontade de acrescentar algo a sua entrevista que julgue importante e que não foi perguntado, assim possibilitando o acréscimo de dados possivelmente relevantes.

Após a realização do estudo preliminar e análise das alterações necessárias deu-se a realização do estudo principal. Negrine (1999) reforça esta afirmativa quando diz que os resultados deste estudo, permitem ao investigador fazer os ajustes necessários para garantir um melhor aproveitamento e o sucesso da pesquisa. A realização do estudo preliminar não apontou necessidade de realização de alterações no instrumento de pesquisa.

4.4.3 Estudo principal

O estudo principal contou com cinco colaboradores, do sexo feminino, que realizaram as entrevistas semi-estruturadas previamente agendadas. As entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) serão realizadas em um ambiente reservado, anexo a sede dos encontros do grupo teatral. O pesquisador utilizou para o presente estudo um diário de campo (APÊNDICE C), visando a obtenção de dados sobre a ótica observacional em relação ao comportamento dos idosos mediante a realização das entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B).

O diário de campo é o instrumento mais básico de registro de dados do pesquisador, sendo este um registro fiel e detalhado de cada visita a campo. Muitas vezes são os dados obtidos no diário de campo que nos dão subsídios para analisar os dados coletados de outra forma. O diário é um documento pessoal do pesquisador, nesse sentido, diferindo bastante de um relatório de pesquisa, que é um documento público baseado numa seleção de dados. No diário de campo é fundamental que seja feito um registro cronológico das atividades do pesquisador.

As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem

necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente³⁷.

As questões norteadoras são a base da pesquisa, servindo como um norte, não esgotando os questionamentos nem os limitando, apenas direcionando.

4.4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos mediante a gravação das entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) foram transcritos, interpretados e posteriormente discutidos juntamente com os dados obtidos por meio do diário de campo. Os dados foram divididos e analisados em categorias estabelecidas pela homogeneidade dos assuntos correlacionados aos objetivos da pesquisa. As categorias não foram pré-estabelecidas.

Para Prodanov & Freitas (2009), a fim de se obter conclusões, é necessário agrupar aos dados em categorias. Na pesquisa qualitativa a categorização não precisa ser estabelecida antes. Ela depende do conteúdo das entrevistas, requerendo um conjunto de categorias descritivas³⁹.

Para Victória (2000), a análise é desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitam, sendo a finalidade da pesquisa identificar fenômenos e entendê-los. Portanto o produto final deve ser o levantamento de fenômenos, mas também, uma proposta de explicação para o entendimento dos mesmos³⁷. Assim sendo os dados são apresentados juntamente com a sua correlação com a literatura e discussão, em cada categoria.

As informações são armazenadas em banco de dados e após cinco anos da realização da pesquisa serão incineradas. Após a coleta e análise dos dados verificou-se similaridade nos depoimentos coletados no estudo preliminar e principal, portanto os dados foram discutidos e apresentados conjuntamente, totalizando nove colaboradores para este estudo.

4.5 DESCRIÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO

Para manter a integralidade e anonimato dos participantes do estudo o nome dos mesmos foi substituído pelo sinal “#” seguido da numeração referente a ordem das entrevistas realizadas. Sendo #1 o primeiro idoso entrevistado, #2 o segundo idoso entrevistado, e assim sucessivamente até #7. Constituindo-se estes os idosos do estudo (os quatro primeiros do

estudo preliminar e os três seguintes do estudo principal). A tabela 01 demonstra o perfil dos colaboradores em relação ao gênero, idade e escolaridade.

Tabela 1- Perfil dos colaboradores com relação a idade, gênero e escolaridade

COLABORADORES	IDADE	GÊNERO	ESCOLARIDADE
#1	71	Feminino	superior incompleto
#2	62	Feminino	superior completo
#3	69	Feminino	superior completo
#4	67	Feminino	superior incompleto
#5	70	Feminino	médio incompleto
#6	82	Feminino	fundamental incompleto
#7	70	Feminino	superior completo

Com relação a idade obtemos uma média de 70,14 anos, com menor idade de sessenta e dois anos e maior idade de oitenta e dois anos. Todos os colaboradores são do sexo feminino, com escolaridade variando entre o ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo. A tabela 02 demonstra o perfil dos colaboradores com relação a religião, estado civil, renda individual e familiar.

Tabela 2 - Perfil dos colaboradores com relação a religião, estado civil e renda

COLABORADORES	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	RENDA INDIVIDUAL	RENDA FAMILIAR
#1	Cristão	casada	R\$ 1.000,00	R\$ 10.000,00
#2	Católica	casada	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
#3	Judaica	divorciada	R\$ 8.000,00	R\$ 8.000,00
#4	Cristão	casada	R\$ 1.000,00	R\$ 6.000,00
#5	Católica	viúva	R\$ 2.300,00	R\$ 4.500,00
#6	Católica	viúva	R\$ 3.000,00	R\$ 4.000,00
#7	Católica	viúva	R\$ 3.000,00	R\$ 5.000,00

O item religião do perfil dos colaboradores foi referido pelos próprios na entrevista semi-estruturada, portanto variam em sua nomenclatura, os colaboradores #2 #4 e #6 declararam-se não praticantes de suas religiões; e todos declararam não seguir outras linhas religiosas ou filosóficas como estilo de vida. A religião se caracterizou como uma variável heterogênea neste estudo. Com relação ao estado civil temos três das colaboradoras casadas, uma divorciada e três viúvas. A renda individual variou entre mil e oito mil reais mensais, sendo a média de R\$ 3.042,00 mensais. Já a renda familiar variou entre seis mil reais e dez mil reais, constitui-se como renda familiar mensal a soma dos rendimentos de todos os

moradores da casa no mês. Considerando salários variáveis utilizou-se como base os ganhos do mês da realização da coleta de dados. Caracterizam-se assim as sete colaboradoras do estudo.

4.6 OS CENÁRIOS DE PESQUISA

O local de aplicação do estudo preliminar constituiu-se de um espaço de convivência situado no município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, onde se realizam atividades variadas, como artesanato, teatro e atividade física. As colaboradoras deste estudo foram selecionadas em um segmento deste grupo que é praticante de atividade física.

O local de aplicação do estudo principal constituiu-se de um espaço de interação social situado no município de Novo Hamburgo, onde se realizam atividades relacionadas a arte, como música, teatro, entre outras. As colaboradoras foram selecionadas no seguimento teatro e folclore.

5. ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Para melhor compreensão e análise detalhada dos dados, os mesmos foram divididos em categorias, por convergência, que se seguem:

5.1 CATEGORIA CORPO E MOVIMENTO

O corpo é a origem do modo de ser, de reagir ao mundo, representando a forma como relaciona-se com o mundo. É considerado um objeto cuja história é o resultado das relações mantidas consigo próprio e com o mundo. É, portanto, um objeto do mundo que tem sua origem no coração da experiência vivida. O filósofo afirma: Eu não tenho um corpo. Eu sou o meu corpo; é por meio deste corpo que percebo as coisas e as compreendo, e compreendo o outro⁴⁰.

O movimento, como por exemplo por meio do exercício físico, contribui para a manutenção fisiológica e o funcionamento normal, não só do organismo de um indivíduo, como também do seu estado psicológico e social. A prática de exercícios físicos tem trazido comprovados benefícios ao indivíduo⁴¹. Com relação aos benefícios da prática de atividade física e sua relação com o corpo, as colaboradoras #2 e #3 reinteram:

“Eu penso que atividade física além de fazer bem para o corpo, faz bem para o espírito, para a mente, tu fica com a mente mais aberta, mais solta. Acho que faz bem para o corpo, e o corpo estando bem, automaticamente as outras coisas também andam melhor, todo o resto.” #2

“o que me motiva a praticar atividade física é ficar bem, de saúde, e manter o meu peso também, né, que é ficar bem também, mas basicamente é ficar bem” #3

“depois da atividade física, percebo meu corpo mais ágil, né. Como eu percebo? Conseguindo manter as suas tarefas, e mais ágil com a atividade física, mais equilibrada, não tenho mais tanto medo de cair.” #3 Reiterando a melhora e manutenção das funções fisiológicas e funcionais do corpo. No contexto da autopercepção corporal a colaboradora #4 acrescenta: *“me proporciona um melhor conhecimento de mim mesma, e as minhas limitações físicas, conhecimento dessas limitações” #4*. A colaboradora #4 faz seu relato apontando para a perna direita, visivelmente debilitada por aparente quadro algíco ou lesão (diário de campo).

A colaboradora #1 cita ainda o benefício analgésico da prática de atividade física:

“O que me motivou a vir aqui foi a dor [...] Estar aqui é essencial, é uma das coisas essenciais da minha vida, aqui a gente pratica atividade física, eu passo mal sem ela.” #1

A inatividade física faz parte dos fatores de risco de uma série de doenças e, portanto, a manutenção de exercícios físicos regulares, vai influenciar na forma como o indivíduo envelhece e o nível de qualidade de vida e satisfação pessoal do mesmo⁴¹. Com relação ao corpo, o movimento e o envelhecimento a colaboradora #4 comenta:

“prevenção contra a velhice e seus efeitos” [referindo-se ao objetivo com a sua atividade física] “nos seus efeitos físicos e mentais” #4

Os corpos comunicam em seus movimentos a afetividade, sentimento e emoção: na dança, no desporto, no jogo e no circo, por exemplo. Os seres humanos, são sujeitos criadores de cultura nos mais diversos domínios de sua expressão⁴². Lazer é uma forma de passatempo

que promove bem-estar ao indivíduo, desta forma uma atividade de lazer deve estar ligada ao que é possível e desejado pelo idoso que a exerça.

“ai, é fantástica, é redentora, a primeira palavra que me surgiu, é redentora!” #3 referindo-se ao processo de autodescoberta proporcionada pela prática dos exercícios como forma de lazer.

Um programa de exercícios, bem prescrito e orientado, pode melhorar a aparência física e aumentar a longevidade do indivíduo. A aparência física é importante ao idoso de sessenta anos de idade, setenta ou oitenta, tanto quando em qualquer outra etapa da vida, uma vaidade saudável é sinal de uma autoestima normal, saúde psicológica e não de egocentrismo⁴³.

5.2 CATEGORIA CORPO E ENVELHECIMENTO

Considera-se o envelhecimento como um processo que, em amplitude individual, implica em múltiplas trajetórias e histórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem social e cultural, tais como: adoção de cuidados em saúde acesso, oportunidades educacionais e a realização de ações que acompanham o curso da vida, que se estendem às suas fases tardias, como a velhice. Nesse sentido, enquanto ao envelhecimento, se define como processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida, a velhice denota o estado de “ser velho”, condição esta que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos. Aspira-se que o processo de envelhecimento ocorra com qualidade de vida e manutenção da autonomia e independência funcional dos indivíduos, buscando assim preservar a oportunidade de os mais idosos continuarem a participar da sociedade e minimizar as possibilidades de exclusão social e seus agravos em saúde⁶.

Neste sentido, abordando a independência funcional, na relação corpo e envelhecimento, as colaboradoras #1, #4 e #7 comentam a sua relação com o corpo as atividades de vida diária:

“Percebo mais meu corpo pela dor, porque dói sempre alguma coisa. Eu percebo que as habilidades com o corpo diminuíram bastante. De vez em quando tenho que desistir do que

vou fazer, atualmente o pegar peso eu desisti por completo, eu não pego mais peso agora, hoje em dia eu dou um jeito, telefone, tele-entrega” #1

“eu queria que ele estivesse mais saudável, não é tranquilo fazer as coisas” [com face entristecida sucede-se uma pausa após o relato] #7

“Quando eu estou mais relaxada eu me sinto melhor, quando estou sob pressão eu me sinto pior, eu resumo assim. O estresse me dá desconforto físico. [...] eu normalmente consigo cumprir [referindo-se as tarefas estipuladas para o dia] só que as vezes o meu corpo reclama, mas eu cumpro elas a risca” #4 A fala da colaboradora #4 é intercalada com suspiros e expressões de cansaço físico ao abordar o assunto.

No entanto a colaboradora #6 declara-se sentindo-se confortável com a execução das tarefas de vida diária: *“eu estou muito bem, faço tudo” #6* E acrescenta ainda, com uma visão otimista sobre o envelhecimento:

“percebo meu corpo com muito amor e carinho. Eu levanto pela manhã e penso assim: hoje eu quero viver com saúde e agradeço a Deus” [em tom de entusiasmo] #6

A percepção estética se modifica com o envelhecimento. No entanto, verifica-se que estar atento às pequenas percepções e modificações graduais leva à dissolução da espessura ilusória de continuidade do eu, abrindo lugar para a presença de afetos, onde se experimentam uma grande variedade de sensações²⁶. Com relação a esta percepção, as colaboradoras comentam:

“No estético muda bastante, antes a gente pensava assim, vou emagrecer! E emagrecia rápido, agora não, demora, e para ganhar peso é rápido, para emagrecer bem mais demorado, então a gente fica mais pesada, eu nunca fui gorda, sempre mantive o meu peso. Depois da gravidez é que eu não consigo mais manter o peso, e depois da menopausa piorou mais ainda. No filosófico, acho assim, que me mantenho mais tranqüila, hamm, antes eu era assim, me cobrava de mais, então tinha que fazer e tinha que fazer bem! Fazer o melhor que podia, e estava assim sempre preocupada com isso; agora, eu acho que eu fico mais assim, se não der, não vou fazer.” #2

“a passagem do tempo, foi um processo de perdas [pausa] por outro lado de ganhos, porque eu estou conseguindo manter e voltar a uma forma que eu tinha perdido. [apontando para a região abdominal e lateral das coxas] Tem certas coisas que eu sei que não vão mais voltar, daí a minha tristeza nisso, que fora disso estava tudo bem” #3 Com relação as perdas, a colaboradora #1 ainda acrescenta: *“Eu engordei! A coisa que eu mais detesto é barriga, hamm.. e mais dor, mais dor. Uma das coisas que eu tenho pena é não ter o mesmo equilíbrio, principalmente dentro do mar, sabe? Assim, é uma das perdas que eu fico com pena, de entrar no mar e não me sentir tão a vontade quanto sempre foi. Na piscina não, a piscina é tranquila, digo assim o vai e vem do mar.” #1*

“o corpo muda, os interesses mudam, a vida rotineira da gente muda, então isso está muito interligado” #7

O desconforto com o aumento do peso corporal surge também no seguinte depoimento, além do acréscimo das informações relativas a diminuição de algumas habilidades físicas:

“bom, eu sempre fui gordinha, então não posso dizer assim: eu engordei! Sempre fui cheinha, é claro que agora tem aquele pneuzinho, aquilo que aparece mais facilmente e desaparece mais dificilmente, haaamm, eu ter que respeitar certas barreiras físicas, de não poder fazer certas coisas físicas, de querer dançar, me ver dançando e de repente eu não posso ir a diante; de eu pular e pensar: porque que eu estou pulando? Se amanhã eu sei que a minha coluna vai estar doendo, o meu ciático vai estar não sei aonde! Então esse tipo de coisa te faz pensar, são modificações que eu não posso ignorar, elas existem.” #4

Além do aumento do peso corporal a colaboradora #5 ainda acrescenta o item dor ao seu relato: *“[...] péssimo, tem dias em que deixo a desejar [...] dor, eu tenho dores” #5*

O envelhecimento saudável e com engajamento social, provavelmente é um dos maiores preditivos de uma velhice bem-sucedida. Indivíduos com altos níveis de comorbidades e acometidos por enfermidades que limitem drasticamente a interação com o ambiente apresentariam maior dificuldade para adaptações, qualidade de vida e manutenção do bem-estar⁶.

5.3 CATEGORIA DEFINIÇÕES DE SEXUALIDADE

Em dado momento da realização das entrevistas semi-estruturadas os colaboradores são convidados e definirão o termo “sexualidade” conforme as suas percepções, cultura e opinião, sem a expectativa de uma definição certa ou errada. Na literatura, por definição, a sexualidade não é só a atividade sexual, mas, também, a integração de aspectos físicos, emocionais, intelectuais, espirituais e sociais de um indivíduo⁴¹.

Neste questionamento, seguem-se as definições de sexualidade das colaboradoras:

“Eu sempre imagino assim ó, é olhar para o outro e.. como é que eu vou te dizer? Eu acho que é não precisar falar. Não sei se é isso que tu tá perguntando? Mas, sexualidade eu acho que é assim, é tu olhar para a outra pessoa e tu não precisar falar, tu sente.. hammm.. atração? É uma coisa assim, hammm, inexplicável, acho que não tem explicação as vezes tu sentir aquilo por aquela pessoa, mas eu acredito que seja isso” #1

“Eu acho que sexualidade é toda uma postura, um modo de ser, não é só o sexo em si. Mas, é o jeito, a maneira de se portar, como tu é, sé é mais ou menos feminina. Acho assim, que se encara a vida de mente aberta, sem preconceito, acho que é tudo isso, no meu ponto de vista.” #2

“sexualidade é uma parte muito importante da vida de todo ser humano, é a realização de muita coisa, eu acho uma coisa muito importante” #3

A colaboradora #4, ao ser questionada sobre a definição de sexualidade, trouxe um olhar pessoal se referiu a própria sexualidade da seguinte forma:

“minha forma de definir sexualidade se modificou bastante! Porque assim ó, na verdade eu era assim muito ignorante [raciocínio interrompido pelo telefone da colaboradora] é uma área muito areia movediça para mim, eu nunca tive bem, um encaixe direito, com essa área. E ela só melhorou na minha consciência, não na prática, né nesse ponto melhorou, mas a sexualidade, vamos dizer assim foi muito pouco aproveitada nesse sentido, porque era muito aos tropeços, então. Não deu uma.. um..assim, como eu vou te dizer? Uma cumplicidade de parceria, sempre era uma coisa muito complicada, né, mudou só no sentido de eu olhar e não me culpar tanto”

“sexualidade pra mim [...] eu acho que faz parte do cotidiano da vida, principalmente do casal” [apontando para as duas alianças no mesmo dedo] #5

“sexualidade eu acho que é bom, mas tem que ser com jeito e usar camisinha e tudo, não só por não ter filho mas por causa da doença, eu acho” #6

“é tudo o que envolve sexo, tudo em todos os sentidos. [...] muito além do ato” #7

Os depoimentos das colaboradoras convergem no sentido de ver a sexualidade de uma forma afetuosa, além do ato sexual em si, além do coito. A sexualidade madura oferece muito mais nuances de ternura, afetuosidade, de fantasia e de amor. A linguagem sexual é feita de experiência e estímulos, nem tanto de instinto, e repousa na aptidão de viver e compartilhar de momentos de intimidade profunda, afeto, através do gesto e da palavra⁴⁴. Não foram observados pudores ou restrições ao se falar em sexualidade.

“sexualidade é bom para a pessoa em qualquer idade” e ainda acrescenta: “eu acho que a pessoa mantém-se sempre assim, não se perde muito da sexualidade” #6 Refetindo-se ao suposto declínio da sexualidade com o envelhecimento.

A colaboradora #7 declara ter sua sexualidade bem conceituada para si, por meio do seguinte relato: *“digamos que eu tenho um conceito de sexualidade, já bem arraigado, não modifica mais” #7*

5.4 PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO

Muitos acreditam que envelhecer significa, inevitavelmente, apresentar uma diminuição do prazer em viver, do seu bem-estar geral e da qualidade de vida. Ao se observar as diferenças entre envelhecimento normal, envelhecimento patológico e envelhecimento bem-sucedido ficam claros os enganos com relação a esta crença. Além desta relação corporal, percebe-se nesta etapa da vida uma modificação na forma de entendê-la e vivenciá-la⁴¹. Este entendimento sobre o envelhecer tem bastante influência com relação ao processo

de educação do indivíduo. São comuns as interferências das educações muito rígidas na forma de viver, pensar e agir, limitando-a ou modificando-a, como se segue:

“de um modo geral os valores quando tu vai amadurecendo, eles vão mudando completamente, né ” E ainda acrescenta: “eu acho que tudo aquilo que traz algum benefício, como eu vou te dizer? Não instantâneo, vamos dizer amizade é muito importante, o valor da amizade, o valor da saúde, hammm, e os valores assim sociais, eu não sei falar muito bem assim, mas que os valores mudam, eles mudam, principalmente assim, na parte religiosa, essa parte espiritual é muito diferente. Fica mais profundo.” # 1

“Eu acho que a gente fica mais fechado com a idade, deveria ser o contrário, mas fico mais fechada assim, com maiores pudores. Quando jovem parece que a gente é mais solto, mais livre, nesse aspecto eu sinto diferença.” #2

“eu acho que a medida que eu fui envelhecendo eu fiquei mais liberal com relação a certas coisas, aceito mais as diferenças e as coisas que dizem respeito a sexualidade” #4

“modificou bastante, por que eu casei nova e tive um esposo só. Casei virgem e para mim isso foi muito bonito, sabe? Fazia parte da minha tradição” #5

Algumas colaboradoras acrescentam ainda a influência de sua cultura e a abordagem dos seus pais com relação ao tema:

“Com relação a sexualidade, se modificou muito, pra mim, assim, eu nunca tive muito a flor da pele a sexualidade. Eu acho que toda a minha geração foi criada.. hammm.. não era um tabu, porque a minha mãe não era muito assim de tabus, de dizer que é feio, não, ela só dizia que não podia fazer. Aí até os rapazes da época, não faziam nada, mas eu acho assim, que não era pelo prazer, nunca nos ensinaram que sexo é um prazer.” Acrescenta ainda: “A gente se cuidava não era por medo de perder a virgindade, era sim medo de ficar grávida, mas que eu acho sexo muito banalizado hoje, eu acho” #1

“meu Deus do céu, a gente não podia sair, tudo era medo de ter relação muito cedo, hoje esta aí, banalizado, gurias de doze ou treze anos fazendo. As gurias estão se soltando, e nós não, meu Deus” [gesticulando com as mãos na cabeça] #2

“porque meus pais europeus eles tinham uma concepção mais... haamm.. na palavra mais liberal, mas não era tanto assim.” #3

“Eu procurei não deixar ela interferir, mas com certeza sim. [referindo-se a sua criação] ela deve ter interferido muito pela rigidez” #4

“eu fui descobrindo pelos outros, morávamos no interior, e lá não se falava no assunto.” #6

A colaboradora #6 acrescenta ainda que não recebeu nenhuma forma de orientação, com relação a sexualidade advinda de seus tutores, na sua juventude. Evidenciando assim a carência de informações durante a puberdade e adolescência dos atuais idosos

A cultura interfere diretamente na concepção do indivíduo com relação a sua sexualidade. Devemos aqui salientar que os indivíduos que no ano de 2013 estão completando sessenta anos de idade, e assim sendo considerados idosos, nasceram no ano de 1.953. Considerando nesta pesquisa a média de idade de 67,2 anos estamos abordando uma infância e adolescência dos anos quarenta e cinquenta, com suas particularidades culturais, sociais e econômicas. Segundo Butler e Lewis, a culpa sexual e a vergonha, são causas de reações ao sexo de muitas pessoas, estes sentimentos derivam de experiências infantis e familiares, e das indagações sexuais da infância, que tão frequentemente são perturbadoras e desconcertantes, e provavelmente foram mal informadas⁴³. Um contexto de poucas oportunidades de conseguirem respostas satisfatórias com relação as suas perguntas – se é que ousavam fazê-las. A cultura insistia que a infância era inocente da sexualidade, e que qualquer expressão dela, verbal ou física, geralmente recebia uma punição.

Com relação a remodelação dos valores herdados por meio da educação a colaboradora #1 acrescenta:

“eu só acho assim ó, pena que o corpo envelhece muito mais do que a mente, é uma pena isso, que a gente não faça alguma coisa a tempo, porque eu não fiz, para que o corpo se conservasse melhor um pouco, acompanhasse a mente, mas, da para fazer.. hahaha, dar uns bons passeios por aí, aproveitar.” [com largo sorriso na face] #1

5.5 CATEGORIA SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

É muito comum encontrar pessoas que tem dificuldade de compreender, enxergar e aceitar a atividade sexual do indivíduo idoso, por não compreender o processo de maturidade do corpo, ou por preconceito, não entendendo como o processo de envelhecimento afeta o interesse e a capacidade sexual na velhice⁴¹. O estereótipo de velhice assexuada não tem hoje fundamento algum na realidade⁴⁴. Os depoimentos das colaboradoras convergem ao demonstrar a presença da sexualidade em suas vidas, porém variando na presença, ausência e frequência das relações sexuais como ato sexual propriamente dito. As colaboradoras #1, #3, #4, #5 e #7 declaram não ter vida sexual ativa, como se segue:

“Eu não tenho relações sexuais a, hummm, não sei quanto tempo, mas mais de 15 anos. Foi exatamente um declínio, da relação, e não da idade. A relação. Nós éramos bem mais moços, quando ia decrescendo, entende? Foi um.. [pausa].. simplesmente um [pausa] a gente se desligou. E aconteceu mais também, eu fui a culpada, porque eu sai da cama, eu fui para outra cama. Eu tive uma época de muita dor, de dormir muito mal, e eu sempre pensei assim: porque todo mundo tem um quarto e eu não tenho o meu? Entendeu? Quando a filha saiu de casa, ficou um quarto vago e eu fui para lá. Com grandes queixas do parceiro, não por culpa dele, mas é que ele achava que ia pegar mal.” #1

“não tenho relações sexuais a oito anos..hamm.. se eu penso na sexualidade genital ela esta perdida, quase, né.. Se eu penso na sexualidade de ter prazer, né eu ainda tenho isso, não genital né, mas o prazer de me sentir como uma mulher e tal, ainda existe, mas libido assim, praticamente não existe” #3

“Não mantenho relações sexuais..eeehh..a uns 15 anos. Agora eu não sei te responder.. deixa eu pensar..[pausa] eu acho que mais uma..éé.. uma queda forte de libido do meu parceiro” #4

“Não mantenho relações sexuais desde seis anos antes de ficar viúva.” #5

“Não mantenho relações sexuais, faz uns vinte anos” #7

A colaboradora #4 salienta que a abstenção das relações sexuais não foram uma opção dela, mas sim do parceiro, que se apresenta, conforme referido, impotente sexualmente. Com o envelhecimento os homens podem levar mais tempo para ter uma ereção, mesmo com um estímulo suficiente, ao invés de levar segundos leva vários minutos para se ter uma ereção efetiva. Trata-se de um resultado normal do processo de envelhecimento mas angustia os homens, já que eles equacionam a capacidade de obter uma rápida ereção a sua masculinidade ou a sua capacidade de agradar a uma parceira⁴¹. A colaboradora #3, que é divorciada, acrescenta no seu depoimento a possibilidade de retomar a vida sexual ativa:

“eu ainda tenho a expectativa de ter uma companhia masculina. Não é um casamento, mas alguém com quem eu possa, hammm, cumplicidade [pausa] e sexo também. Mas, eu não sei como seria, porque faz muito tempo que eu não tenho sexo, mas eu tenho uma expectativa sim de aproveitar essa cumplicidade, essa vontade existe” #3

Como todas as pessoas possuem necessidade sexuais, que inclui a necessidade de proximidade com o outro, o tocar e ser tocado, mesmo estando numa instituição, elas vão ter um forte interesse na sexualidade. Se o idoso dispõe de boa saúde e de uma parceira, ele terá atividade sexual por 70, 80 e mais anos. A sexualidade é uma constante, existindo desde o nascimento até a morte. Portanto, o estereótipo de que o idoso não tem interesse por sexo, é uma função da cultura em que se vive e do tabu que cerca o assunto⁴¹. A Colaboradora #2 declara manter vida sexual ativa:

“Sim, mantenho relações sexuais. [...] olha.. também não da para dizer assim.. as vezes é mais frequente, é semanal, as vezes quinzenal, depende de todo um contexto né de como a gente esta, disponibilidade, as vezes de estar com companhia ali ou não estar. Então, mas a gente consegue manter uma rotina sim” #2

Para ambos, homens e mulheres, as mudanças são gradativas, não havendo, na ausência de doenças ou debilidades severas, nenhuma idade ou fase crítica. Ocorrendo mais alterações no campo da frequência e da intensidade (vigor) do que no modo e na qualidade do prazer⁴⁴. A frequência de intimidade e as relações sexuais diminuem com a idade, entretanto, fica claro que na velhice o desejo não cessa. A colaboradora #2 ainda acrescenta que:

“É mais difícil chegar a uma conclusão, uma boa conclusão, mesmo porque o corpo também não acompanha mais, é bem mais difícil tu te manter assim antenado, ou com vontade, ou com disposição, é mais difícil. Ah, e tem o calor, as vezes o calor atrapalha, as vezes só de ficar perto não dá, melhor ficar longe, acho que isso tudo atrapalha.” #2

A sexualidade, com o envelhecimento, oferece muito mais nuances de ternura, afetuosidade e de amor. A linguagem sexual é feita de experiência sensorial, nem tanto de instinto, e repousa na aptidão de viver e compartilhar de momentos de intimidade profunda, através da interação com o parceiro⁴⁴.

“tudo dificulta né, até porque gente fica mais velho, tu não encara o sexo mais como o ato em si, mas toda uma fase, então as vezes o simples estar junto, também faz parte né, não precisa necessariamente ter o ato completo. Eu acho que a gente encara assim, dessa maneira, é tranquilo, estar junto é bom, um simples carinho, ou assistir um filme junto, uma música, ver TV, ou falar sobre alguma coisa” #2

Observa-se, por meio de pesquisas na área, que somente a metade das pessoas que vivem maritalmente declara estar sexualmente satisfeita⁴⁵. Dentre as colaboradoras entrevistadas, casadas, verifica-se esta relação.

A sexualidade humana torna-se ainda mais reativa à afetividade com o passar dos anos. Demonstra este dado, sabiamente, a colaboradora #3:

“vamos dizer assim, o que foi uma tempestade antigamente, que agora possa ser um dia lindo de Sol! [risos] e brisa fresca, metaforicamente né. Aproveitar de toda experiência que eu tive e me fez ficar do jeito que eu fiquei né, com muitas lesões né, que possa né lamber as minhas feridas tranquilamente e achar que tem alguém que possa entender tudo isso, um dia claro com uma brisa fresca” #3

“um decréscimo muito grande eu acho, não sei como te dizer [pausa] eu nunca tive isso assim, muito aceso, sempre para mim tiveram coisas mais importantes. Para mim o antes e o depois sempre foram mais importantes que o.. aaa.. entendeu?” #1

Pouquíssimo se sabe das respostas sexuais em adultos idosos de ambos os sexos, devido a dificuldade em se obter respostas e depoimentos nessa faixa etária devido a menos

interesse dos pesquisadores e grande desconforto em abordar o tópico; dificuldade muitas vezes dos idosos em se abrir e se expressar claramente sobre o assunto⁴⁴. Observou-se nas entrevistas de uma forma geral um desconforto inicial, porém facilmente contornado com o transcorrer do avanço das perguntas. Nenhuma colaboradora negou-se a responder qualquer pergunta nem demonstrou constrangimento.

Neste contexto, a masturbação era estritamente proibida, dizia-se que a masturbação causava debilidade mental, enfraquecia o corpo entre outras abordagens folclóricas. Com relação a masturbação somente a colaboradora #4 mencionou a prática. Lembrando que a masturbação não foi diretamente questionada na pesquisa.

“as vezes eu me masturbo, já tive culpa, hoje não tenho mais” #4

A masturbação é uma prática sexual que aparece em qualquer idade mas, como toda forma de expressão sexual, é condicionada pela cultura e pelas atitudes que se tem em relação a tal prática. A capacidade de auto-excitar-se pode produzir prazer e permitir alcançar o orgasmo³. Em uma pesquisa, abordando sexualidade brasileira, constatou-se que mais de um terço das mulheres desconhece a prática da masturbação, sendo esse índice em homens brasileiros de 3 a 4 em cada 100 mil. A masturbação constitui um recurso importante para a integração de impulsos e a descarga de tensões, bem como um veículo das fantasias sexuais do indivíduo, do autoconhecimento do corpo e da desinibição para o ato sexual. A atividade masturbatória em excesso ou sua abstenção pode sugerir a presença de algum conflito. Por outro lado, a masturbação não provoca problemas mentais ou físicos⁴.

5.6 CATEGORIA MENOPAUSA

A menopausa é a fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteróides e peptídeo hormonal diminuem e conseqüentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas, algumas resultantes da cessão da função ovariana e de fenômenos menopáusicos a ela relacionados e outros devidos ao processo de envelhecimento. Quando a menopausa se aproxima, muitas mulheres experimentam certos sintomas, variáveis, em geral passageiros e inócuos, porém não menos desagradáveis e às vezes incapacitantes. Utiliza-se o termo climatério para designar o período que antecede o fim da vida reprodutiva e menopausa para nomear o cessar definitivo do mêsruo²⁴. Com relação a menopausa segue os seguintes relatos:

“A menopausa foi um marco, ai achei horrível, me diziam, mas, é que a minha começou cedo. Mas não tem jeito de terminar, continua, acho que é a pior coisa que tem para acontecer. Foi muito chato, e continua sendo, vou estar com setenta anos e ela não vai acabar.” #2

“inclusive eu sou toda hora lembrada dela [referindo-se a menopausa] tenho aqueles calores né, eles ainda existem, mas foi um marco” [abanando as mãos em sinal de calor] #3

“ela [a menopausa] dividiu dois momentos de vida, começou a trazer coisas físicas para mim, eu tive endometriose, eu fiz uma histerectomia, então isso são coisas que marcam né, mas só assim fisicamente, acho eu! De repente ou outros não me veem assim” #4

“a menopausa, no início, foi complicada por causa dos calorões [...] eu sofri um pouquinho, mas me adaptei” #5

“não foi muito ruim para mim, passei bem” #6

“a menopausa foram anos de muita medicação, por conta dos fogachos.” #7

A sintomatologia na menopausa pode ser relativizada, pois se desenvolve dentro de parâmetros sociais, econômicos, culturais e étnicos muito diferentes, e até mesmo as famosas ondas de calor, os fogachos, um dos sintomas mais característicos da menopausa, variam de um indivíduo para outro. As funções sexuais podem ser restauradas e acompanhadas por uma aparência integralmente feminina. A única função que não pode ser restituída é a fertilidade²⁴.

5.7 DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR HIV NOS EXAMES DE ROTINA

Na vida sexual e reprodutiva, o preservativo tanto masculino quanto o feminino é um recurso disponível a homens e mulheres que atende à dupla função de proteção contra a gravidez e contra as infecções sexualmente transmissíveis, dentre as quais a infecção por Hiv, agente etiológico da AIDS. Mesmo assim, são comuns as resistências explícitas ou veladas ao seu uso tanto por parte de homens como de mulheres⁴⁶. A decisão pela adoção de medidas

preventivas contra o HIV passa pela maneira como estão, social e culturalmente, estruturadas as relações e pela forma como a masculinidade é concebida e afirmada⁴⁷. A utilização do preservativo não foi mencionada em nenhum depoimento, e sua não utilização foi mencionada uma vez. Com relação a inserção do exame para detecção da presença do vírus, obtemos os seguintes depoimentos:

“Nunca ninguém me pediu um exame HIV, em nenhum exame de rotina” #1

“não, nunca ninguém pediu exame de HIV, nunca fiz, ninguém nunca solicitou e também nunca usei preservativo” #2

Colaboradoras #5, #6 e #7 tem o mesmo relato: *“nunca me pediram” #5*

Dado distinto encontramos no depoimento da colaboradora #3, onde o exame foi feito em seu check-up de rotina:

“Eu já fiz o exame. Foi prescrito como rotina” #3

Os discursos relativos à vida afetivo-sexual apontam a fidelidade como um princípio no relacionamento conjugal que influencia diretamente a confiança mútua entre homem e mulher. Assim, a proposição de uso regular do preservativo em um relacionamento em que o mesmo não era usado pode abalar a confiança existente entre os parceiros por questionar a fidelidade de um ou de ambos⁴⁶. A relação fidelidade e HIV aparece nos seguintes relatos:

“nunca me pediram exame de HIV, talvez pelo fato de ter parceiro fixo” #4

Fazer prevenção, de um modo geral, é constantemente um desafio. Especialmente, em se tratando de IST/AIDS, o desafio é redobrado, ao passo que envolve questões culturais e comportamentais. Operar na desconstrução de tabus e atitudes a ele correlatas, por tudo que representam de anti-pedagógico, faz parte do trabalho educativo do profissional de saúde. Por tudo que implica de mudança em conceitos, valores, sentimentos e atitudes, fazer prevenção em IST/AIDS exige do educador em saúde, não só conhecimento do assunto que pretende abordar, mas desenvoltura, habilidade comunicacional, versatilidade e muita criatividade⁴⁸.

5.8 CATEGORIA SAÚDE SEXUAL

Em dado momento no transcorrer das entrevistas as colaboradoras são solicitadas a darem, a sua maneira, uma definição de saúde sexual. Apresentam-se a seguir a transcrição das definições:

“eu acho que saúde sexual é tu olhar para o teu parceiro e dizer: vamos? Isso independente de quantas vezes na semana, mas é olhar para o outro e ter aquele..chii.. aquele click” #1

“Saúde sexual? Eu acho que é tu conseguir ter confiança no teu parceiro, assim, tu conseguir te soltar, tranquilo, sem se preocupar. Até por causa das doenças né, eu saber que esta fazendo as coisas só comigo, que não tem ninguém mais. Porque eu não uso camisinha, ao menos eu confio no meu marido, que ele não me trai, mas a gente fica preocupada, então eu acho que é bem mais tranquilo assim, tu pensar que pode ter confiança” #2

“É de cumplicidade em uma relação, né, tem que ter respeito e saber ter liberdade, poder ser autêntica e isso é uma coisa difícil, eu pelo menos tenho sempre essa coisa de estar esperando o que o outro vai pensar de mim, isso para mim é muito forte” #3

“saúde sexual? Humm... é tu ter condições de satisfazer as tuas necessidades sexuais, seja como for, seja com parceiro do mesmo sexo, seja sozinho, é tu poder te sentir satisfeito sexualmente” #4

“sexualidade é saúde” #6

“não necessariamente ter vida sexual ativa, mas estar muito bem resolvida consigo mesmo” [apontando para si, enquanto fala] #7

A colaboradora #5 declarou não saber definir exatamente o seu conceito de saúde sexual. Observam-se nos depoimentos que a concepção de saúde sexual destas idosas não está intimamente ligada ao ato sexual em si, mas sim ao universo que envolve os relacionamentos afetivo-sexuais, incluindo o parceiro nas suas definições de saúde sexual.

O sexo e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes, e reconfortantes que podem realçar aos anos vindouros⁴³.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade humana é de fato um universo que envolve o indivíduo em sua cultura, sociedade, espiritualidade, permeando o corpo físico, seus sentidos e suas percepções. A sexualidade é construída e modificada ao longo da existência do indivíduo, tendo suas particularidades em cada etapa do viver.

O envelhecimento surge citado nos depoimentos como um processo de perdas, mas também como um momento de intensa reelaboração pessoal. O envelhecimento anuncia-se pelas alterações estéticas, mas parece ter um peso maior quando interfere nas habilidades/capacidades físicas. Dentre as alterações físicas, ocorridas com a passagem dos anos, a queixa mais frequente foi o aumento do peso corporal e a dificuldade no processo de emagrecimento. Outro item frequentemente citado foi a menopausa como um marco divisor de etapas de vida da saúde da mulher.

Por meio dos depoimentos coletados percebe-se que a sexualidade se modifica com o advento da idade, mas não se extingue ou cessa, apenas modifica. Mesmo com a abstenção do ato sexual propriamente dito a sexualidade se mostra presente e aparente nas suas diferentes formas de manifestação. Os depoimentos das colaboradoras convergem no sentido de ver a sexualidade de uma forma afetuosa, além do ato sexual em si, com extrema importância do parceiro. A sexualidade madura oferece muito mais nuances de ternura, de fantasia e de amor. O ato sexual não se mostrou de natureza frequente, porém a necessidade de um parceiro com qualidades emocionais e personalidade companheira mostrou-se frequente e com grande intensidade de emoções nos depoimentos.

Outro dado importante é a referência a influência dos valores culturais adquiridos com relação a sexualidade na infância, como um fator de interferência no modo de se relacionar afetivo-sexualmente ao longo da vida. A rigidez da educação foi um fator frequentemente citado.

Observa-se nos depoimentos que muitas vezes a opção de não manter mais relações sexuais é guiada pela natureza da relação e não necessariamente por uma doença ou debilidade física, mas sim por questões de origem emocional e comportamental.

Percebe-se que os sentimentos e problemas referidos não são exclusivos, a referência a perdas de natureza física, habilidades corporais, foi frequente, uma queixa que merece atenção nos ambulatórios em saúde por se tratar de um dos preditores de qualidade de vida.

Verificou-se na coleta de dados o baixo índice de inclusão do teste para detecção do HIV nas rotinas de prescrição clínica. Este trabalho demonstra, até então, a importância de um

olhar sensível com relação ao assunto sexualidade na terceira idade, e a necessidade deste olhar global, envolvendo a história do indivíduo, suas lacunas, habilidades e limitações. A sexualidade é uma parcela importante do viver e permeia a realidade dos indivíduos acima dos sessenta anos de idade, a velhice não é nula de sexualidade, definitivamente.

7. REFERÊNCIAS

1. Brito CD. Consciência corporal: repensando a educação física. Rio de Janeiro: Sprint; 1996.
2. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
3. Capodieci S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade apos os sessenta anos. São Paulo: EDUSC; 2000.
4. Abdo CHN. Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus; 2004.
5. Almeida Td, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? Rev bras geriatr gerontol. 2007;10(1):101-13.
6. Silva VXD, Marques A, Fonseca J. Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. Rev bras geriatr gerontol. 2009;12(2):295-303.
7. Negrine A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Universidade/Sulina; 1999.
8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
9. Gonçalves MAS. Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação. São Paulo: Papirus; 1994.
10. Marconi MDA, Presotto ZMN. Antropologia: uma introdução. São Paulo: Atlas. 2001.
11. Ressel LB, Silva MD. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. Rev esc enferm USP. 2001;35(2):150-4.
12. Silva MJP. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. Rev Latino-Am Enfermagem. 1996; 4(2):1-8.
13. Heilborn ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. Estudos feministas. 2006;14(1):43-59.
14. Spitz RA, Rocha EMB. O primeiro ano de vida. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
15. Tavares M. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Malone; 2003.

16. Mesquita PM, Portella MR. A gestão do cuidado do idoso em residência e asilos: uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia-a-dia. In: Pasqualotti A, Portella MR, Bettinelli LA, Organizadores. Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF; 2005. p. 72-94.
17. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548-54.
18. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-8.
19. Maia FDO, Duarte YA, Lebrão ML, Santos JL. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Rev de Saúde Pública. 2006;40(6):1049-56.
20. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):793-8.
21. OMS. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento. [capturado em 2013 Mar 08]. Disponível em: <http://www.who.int/es/index.html>.
22. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo; Climaterio y sexualidad: la comprensión de esa interface por mujeres asistidas en grupo. Texto & contexto enferm. 2008;17(3):519-26.
23. Bonaccorsi AC. Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma revisão. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. 2001;45(2):123-33.
24. Trench B, Santos CG. Menopausa ou Menopausas? Saúde e sociedade. 2005;14(1):91-100.
25. Souza SA. Sexualidade da mulher na terceira idade. São Paulo: Espaço Corpo & Mente; 2007.
26. Reis RK, Gir E. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. Rev esc enferm USP. 2002;36(4):376-85.
27. Bastos F, Cunha C, Hacker M. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2008;42:98-108.
28. Carret MLV, Fassa AG, Silveira D, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):76-84.
29. Berquó E, Barbosa R, Lima L. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. Rev Saúde Pública. 2008;42(s1).

30. Nadler JF. Tratado de Infectologia. São Paulo; 2002.
31. Hoffmann C, Rockstroh JK, Kamps BS. HIV medicine 2006. 2006. [capturado em 2012 Set 08]. Disponível em: <http://www.HIVMedicine.com>.
32. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
33. Farias N, Cardoso MRA. Mortalidade por Aids e indicadores sociais no Município de São Paulo, 1994-2002. Rev Saúde Pública. 2005;39(2):198-205.
34. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. Rev bras epidemiol. 2007;10(4):544-54.
35. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):720-6.
36. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hädrich M, Tonin M, Caputo P, Sprinz E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2008;13(6):1833-40.
37. Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
38. Lüdke M, André ME. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1986.
39. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico. Novo Hamburgo: Feevale; 2009.
40. Araujo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev esc enferm USP. 2012;46(3):552-8.
41. Vieira EB. Manual de gerontologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
42. Gaya A. Será o corpo humano obsoleto. Sociologias. 2005;13:324-37.
43. Butler RN, Lewis MI. Sexo e amor na terceira idade. São Paulo: Grupo Editorial Summus; 1985.
44. Fraiman AP. Coisas da idade. São Paulo: Gente; 1995.
45. Santos LV, Campos MPA, Ribeiro AO, Mattos MCT. Sexualidade humana: nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(2):303-6.
46. Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. Ciência e Saúde Coletiva. 2008;13(6):1807-16.

47. Guerriero I, Ayres J, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):50-60.
48. Amaro STA. A questão da mulher ea Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saude soc. 2005;14(2):89-99.

B) ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome: _____

Idade: _____ anos.

Gênero: () masculino () feminino

Escolaridade:

() analfabeto

() ensino fundamental () completo

() ensino médio () incompleto

() ensino superior

Religião: _____

Estado civil: () casado () viúvo () separado () solteiro

Renda: () sim () não Qual? _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. O que motiva o Sr.(a) a participar desse grupo ?
2. O que esse momento em grupo representa para o(a) Sr.(a) ?
3. Como o Sr.(a) percebe o seu corpo? E no dia-a-dia ?
4. O que é sexualidade para o(a) Sr.(a) ?
5. O(a) Sr.(a) percebe uma mudança em seus valores relativos a sexualidade ao longo dos anos ?
6. O(a) Sr.(a) mantém relações sexuais? Com que frequência?
7. De que forma o(a) Sr.(a) obtém informações relativas a sexo?
8. Quais transformações o(a) Sr.(a) observou na sua sexualidade com o envelhecimento?
9. E no seu corpo?
10. O que para o Sr.(a) é saúde sexual?

Obs: As perguntas introdutórias são de ambientação não tendo como objetivo levantar dados para a pesquisa, sendo alteradas conforme o ambiente de aplicação.

D) ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO COMO REQUISITO OBRIGATÓRIO PARA ENTREGA DA DISSERTAÇÃO

SEXUALIDADE DO IDOSO: MITOS, TRANSFORMAÇÕES E CUIDADOS

ELDERLY SEXUALITY: MYTHS, CHANGES AND CARE

Autores: Cristiano da Costa Flôres - Mestrando em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

Newton Luiz Terra – Doutor em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

O envelhecimento é definido como um processo fisiológico decorrente da passagem do tempo, resultando em alterações biológicas, sociais, psicológicas e na sexualidade do indivíduo. A sexualidade é um conceito abrangente, envolvendo um universo subjetivo, além do ato sexual em si. A sexualidade envolve o indivíduo como um todo e não se esgota com o processo de envelhecimento, apenas se modifica. Com o aumento da expectativa de vida proporciona-se ao indivíduo idoso a possibilidade de vivenciar a sua sexualidade por mais tempo, repensá-la e modificá-la, dentro de sua cultura e autonomia. Observa-se no entanto a existência de um mito com relação a sexualidade na velhice, limitando as abordagens em saúde, convívio familiar e a abordagem do tema pelo próprio indivíduo idoso. As infecções sexualmente transmissíveis surgem como uma preocupação em saúde, tendo a sua abordagem dificultada no indivíduo idoso devido as limitações com relação ao tema. A gerontologia entende a sexualidade do indivíduo idoso como natural e não patológica, sendo assim este artigo visa aprimorar o conhecimento sobre o tema e discuti-lo.

Palavras-chave: envelhecimento, sexualidade, idoso e infecções sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Aging is defined as a physiological process resulting from the passage of time, resulting in changes in biological, social, psychological and sexuality of the individual. Sexuality is a broad concept, involving a subjective universe, beyond the sexual act itself. Sexuality involves the individual as a whole and does not end with the aging process, only changes. With the increase in life expectancy is provided to the elderly individual the chance to experience their sexuality any longer, rethink it and modify it, within their culture and autonomy. It is noted however that there is a myth about sexuality in old age, limiting approaches in health, family life and approach to the subject by the old guy. Sexually transmitted infections arise as a health concern, having its approach difficult in the elderly because of the limitations on the issue. Gerontology understands sexuality of the elderly as natural and non-pathological, so this paper aims to improve the knowledge on the subject and discuss it.

Key words: aging, sexuality, elderly and sexually transmitted infections.

INTRODUÇÃO

O homem e o tempo se influenciam mutuamente, a vida se desenvolve de tal forma que passamos a definir a idade cronológica pelo tempo que avança produzindo profundas mudanças internas e externas, e cada uma com diferentes representações subjetivas¹. Nesse contexto o envelhecimento é definido como uma extensão lógica dos processos fisiológicos do crescimento e desenvolvimento, começando com o nascimento e tendo o seu término com a morte. É usado para se referir a um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a alterações biológicas, sociais, psicológicas, espirituais, etc². O processo de envelhecimento deve ser pensado não somente

como um fato biológico, mas também como um fato cultural, se alterando no tempo e no espaço³.

A sexualidade é um fenômeno de necessidade física, prazer e desejo, afeto, palavras, o termo designa um conceito abrangente, mais amplo do que o termo sexo. Está presente no trabalho, religião, arte e política, embora em um primeiro momento aparentemente, estas atividades sejam destituídas de sexualidade. A sexualidade envolve a pessoa como um todo, no contexto da cultura em que vive, refletindo os seus valores e sendo influenciada pela política, ideologia, economia, religião e pela moral. Pode-se então considerar o sexo como um aspecto da sexualidade humana, não a limitando ao coito exclusivamente⁴.

O processo de envelhecimento acarreta em transformações corpóreas, hormonais e também no campo da sexualidade. Em virtude dos estereótipos atuais da terceira idade, tanto os familiares quanto profissionais negam-se a pensar que nesta fase a pessoa pode estar ativa sexualmente. Essa falha traz graves consequências, sobretudo com relação a prevenção, pois esta só vai ocorrer se os familiares e profissionais de saúde estiverem atentos para discutir abertamente as formas de prevenção e a necessidade. Velhice sem sexualidade é um mito. É possível que, com maior expectativa de vida e vida mais ativa, a sexualidade seja promovida entre os idosos, e resulte em ampliação das relações sexuais, possivelmente sem uso de preservativo⁵. Com base nestes conceitos este artigo objetiva proporcionar uma ampla discussão e reflexão sobre o tema, contribuindo para a dissolução de preconceitos e conceitos errôneos com relação a sexualidade no processo de envelhecimento.

O ENVELHECIMENTO HUMANO

Mesquita e Portella (2004) afirmam que o envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que interfere no ser humano na plenitude de sua existência, podendo modificar a sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história de vida⁶.

Considerando o ciclo vital, observa-se que as pessoas apresentam mais problemas de saúde no início e particularmente no final da vida. A grande diferença é que as doenças atribuídas aos mais jovens são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as doenças atribuídas aos idosos são crônicas, portanto de alto custo⁷. Dentre os fatores de risco mais citados pela literatura para o óbito entre idosos, consideram-se imutáveis a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem modificados estão a hospitalização, a dependência para realização das atividades de vida diária, o déficit cognitivo, os hábitos de vida (como o tabagismo, etilismo e sedentarismo), algumas doenças como a depressão e o câncer, o isolamento social e a falta de suporte familiar, o nível socioeconômico e a auto-avaliação negativa da saúde⁸.

De uma forma geral a literatura classifica, didaticamente, as pessoas acima de 60 anos como idosos e participantes, portanto, da terceira idade. A idade pode ser biológica, psicológica ou sociológica, a medida que se pensa no envelhecimento em diferentes proporções das várias capacidades dos indivíduos. Porém a transformação da velhice em problema social não pode ser encarada apenas como decorrente do aumento demográfico da população idosa. Dessa maneira, a problemática do envelhecer orbita mais em torno do funcionamento da sociedade no qual está inserida do que no volume da mesma¹.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Com o aumento geral da sobrevivência da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. Enfatiza-se portanto o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multiprofissional e multidimensional^{7,9}.

Percebe-se que está em jogo na velhice, na realidade, é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Objetiva-se que o indivíduo envelheça com a capacidade de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho. Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica¹⁰.

Em todo o mundo, segundo a OMS, em 2002, os idosos somavam 590 milhões de pessoas, com a previsão de que esse contingente perfaça um total de 1,2 bilhão, em 2025¹². Ainda de acordo com as projeções da expectativa de vida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2050, a proporção de idosos passará de 8,6%, em 2000, para aproximadamente 15%, em 2020¹.

Viver mais sempre foi objetivo da humanidade, mas com as alterações funcionais decorrentes do envelhecimento biológico, o grande desafio passou a ser viver bem os anos de vida ganhos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento ativo pode ser 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^{11,12}.

A Gerontologia entende que o envelhecimento não significa uma decadência, e sim uma sequência da vida, com suas peculiaridades e características¹.

SEXUALIDADE

A sexualidade constitui-se como um dos aspectos mais importantes da vida do indivíduo¹³. A sexualidade também faz referência a uma ampla variedade de atividades e não se limita apenas a relação sexual e ao orgasmo. Por envolver todos os sentidos, abrange um conjunto de experiências, emoções e estados de espírito que podem ser experimentados, inclusive, nas faixas etárias mais avançadas. Por isso, toda iniciativa para esclarecer um grande número de pessoas acerca da sexualidade merece destaque¹⁴.

A sexualidade não se refere apenas a uma dimensão biológica, mas também firma as relações pessoais e interpessoais, em um universo dotado de subjetividade. Portanto é compreendida como uma forma de expressão dos aspectos mais íntimos da personalidade. É inata ao ser humano, porém reelaborada ao longo da vida, mediante influências de múltiplos aspectos como: o social, psicológico, educacional, religioso, entre outros. Percorre todas as fases do ciclo vital e apresenta especificidades inerentes a cada período. Transcende, portanto, o componente biológico, deixando de ser um simples instinto relacionado à reprodução e constituindo-se em fonte de excitação e prazer^{13,14,15}. O sexo deve ser considerado como qualquer outra atividade humana, tal como a alimentação e os hábitos de higiene, uma atividade aprendida, elaborada e reelaborada ao longo da vida¹⁶.

Apesar de ser natural, expressão de sentimento, meio de procriação e fonte de prazer, o sexo no seu sentido mais erótico permanece ainda cercado de

preconceitos^{1,13}. A visão de sexualidade vai se modificando ao longo da história e conforme o contexto cultural. O melhor índice de saúde sexual, atualmente, pode ser considerado viver o prazer no âmbito de uma dimensão que proporciona bem-estar^{13,14}.

TRANSFORMAÇÕES FISIOLÓGICAS

O passar dos anos determina mudanças importantes no aspecto físico e na fisiologia da sexualidade das pessoas idosas. Na ausência de doenças ou de efeitos colaterais de terapias médicas ou cirúrgicas, o processo de envelhecimento acaba não implicando diretamente em distúrbios sexuais. O processo de envelhecimento faz com que o organismo se transforme, por exemplo diminuindo a força muscular de todo o corpo e o condicionamento físico; os tecidos vão perdendo a elasticidade, entre outras alterações. Estas modificações têm uma importância particular tratando-se da fisiologia da sexualidade e, além do fato de mudarem as experiências pessoais, tendo impactos distintos para cada indivíduo, influenciando também indiretamente a vida sexual do parceiro^{14,11}.

É comum reconhecermos o envelhecimento, pois ele se apresenta visível em termos de estética¹. É notório 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, apresentando diferenças com relação ao sexo^{14,15}.

TRANSFORMAÇÕES FISIOLÓGICAS MASCULINAS

O aparelho genital masculino vai passando por fenômenos involutivos que se iniciam após os trinta anos de idade; depois desta idade verifica-se no homem uma progressiva redução da espermatogênese, mas de uma maneira tão lenta que tanto a fertilidade quanto a fecundidade podem continuar também no idoso. A produção de espermatozóides não cessa, apesar de haver uma redução tanto em relação a quantidade como também a motilidade que vão diminuindo gradativamente. A esterilidade eventual se deve atribuir mais a alterações morfológicas da cabeça dos espermatozóides do que propriamente a ausência dos mesmos¹⁴.

A partir dos 40 anos, ocorre a cada ano uma diminuição de 1,2% dos níveis circulantes de testosterona livre (TL) e de 1,0% dos de testosterona ligada a albumina e, também, uma elevação de cerca de 1,2% dos de globulina ligadora de hormônios sexuais, a proteína carregadora que se liga a cerca de 50% da testosterona circulante. A testosterona total permanece estável até os 50 a 55 anos e, a partir daí, também começa a se reduzir a uma taxa entre 0,4% e 0,85% por ano. Esta redução é de cerca de 35% entre os 25 e os 75 anos e como consequência seus valores médios aos 75 anos são cerca de 65% daqueles encontrados em homens jovens. Já a TL decresce entre 50% e 60% neste mesmo período de tempo, o que resulta em níveis de testosterona biodisponível reduzidos em mais de 25% dos homens de 75 anos. Este decréscimo é, sem dúvida, dependente da idade¹⁷.

A função erétil é a capacidade necessária para poder realizar uma relação sexual; portanto a disfunção erétil é a incapacidade temporária ou permanente de

alcançar a ereção necessária para efetivar tal relação. O idoso tem uma grande necessidade de sensações táteis e físicas mas, muitas vezes, vive a sexualidade de forma ansiosa; junto com as mudanças devidas a fisiologia, entre as causas que podem determinar dificuldades eréteis, a mais frequente é o próprio medo de perder a ereção. Para se alcançar a ereção e a ejaculação na idade geriátrica, são necessários estimulações mais prolongadas e mais intensas e, além disso, a ereção se não for estimulada continuamente, tende a desintumescer. Entretanto é preciso não esquecer jamais que a capacidade de amar não depende da possibilidade de ejacular^{13,14}.

TRANSFORMAÇÕES FISIOLÓGICAS FEMININAS

A maioria das mudanças da mulher é devida ao declínio da produção de hormônios femininos, especialmente os estrogênios e progesterona. Após os trinta anos o aparelho genital feminino começa a sua involução. A carência dos hormônios sexuais femininos, que vai causar a cessação do funcionamento dos ovários, determina a mudança das secreções sudoríparas e sebáceas e, especialmente, genitais de modo que o cheiro da mulher pode se tornar semelhante ao de uma menina. O déficit dos estrogênios determina uma diminuição da elasticidade da parede vaginal e uma redução das glândulas mucosas, de forma que a lubrificação vaginal se manifesta menos rápida e menos abundante. As vezes, há uma mudança de forma da vagina que pode ficar mais estreita, mais curta e menos elástica, apesar de permanecer em geral bastante ampla para permitir a relação¹⁴.

A menopausa costuma ser antecedida por uma fase de falhas no período menstrual, que vão se tornando cada vez mais constantes, até que a menstruação

deixe de ocorrer. Esse período é o climatério. As mudanças dessa fase são primordialmente hormonais, contudo, muitas mulheres queixam-se de desinteresse sexual nesse período¹³.

Esta é a fase da vida da mulher em que se cessa a capacidade reprodutiva. A sintomatologia associada à menopausa também pode ser relativizada, pois se desenvolve dentro de parâmetros sociais, econômicos, culturais e étnicos muito distintos, e até mesmo as famosas ondas de calor, um dos sintomas mais característicos da menopausa, variam de uma cultura para outra. Nos países desenvolvidos é muito freqüente receitar estrogênio e progesterona às mulheres na menopausa. Considera-se que seu uso é indicado para dois fins distintos: o uso por curto prazo para alívio dos transtornos da menopausa (especificamente os sintomas vasomotores), e o uso prolongado com fins preventivos, principalmente das fraturas ósseas e das enfermidades cardiovasculares¹⁸.

Em nossa cultura, as pessoas mais velhas são tidas como sem desejo ou vida sexual, sendo esse rótulo mais forte para as mulheres, porque aquela que é considerada a finalidade principal de sua sexualidade – a reprodução – está em declínio ou já se extinguiu nesta fase da vida. A sexualidade feminina é carregada de tabus, mitos e preconceitos, em relação a concepção de sexualidade masculina^{13,15}. As mulheres estão se modificando e hoje, sabe-se que os idosos também têm vida sexual, e satisfatória. Percebe-se as mulheres conquistando a liberdade, cada vez maior, de fazer escolhas, viver intensamente e manter vida sexual ativa¹⁹.

A menopausa permanece uma das fases da existência humana mais ricas de crenças e mistificações relativas a supostos problemas psíquicos, a perda do desejo sexual, a depressão e a presença de problemas psiquiátricos. As funções

sexuais podem ser restauradas e acompanhadas por uma aparência integralmente feminina. A única função que não pode ser restituída é a fertilidade^{14,18}.

SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Atualmente, falsas crenças e preconceitos ainda trazem dificuldades para abordar o assunto sexualidade, como algo normal, em idosos. O estereótipo ainda comumente encontrado é que o prazer sexual esteja limitado somente ao período juvenil da vida¹⁴.

No primeiro tratado de geriatria conhecido, no início do século XX, Nasher, afirmava que alterações que ocorriam no corpo (internas e externas) tinham repercussões comportamentais nas pessoas idosas, retratando a manutenção do interesse sexual como um exemplo patológico. O natural para o referido autor seria o afastamento da vida sexual pelos indivíduos com o avançar da idade. Ao longo do século, os textos gerontológicos vêm-se posicionando contrariamente a Nasher. Este conceito é descrito nos textos como o mito da velhice assexuada. Um dos consensos atuais é que a sociedade, por discriminar os idosos de uma forma geral, condena sua sexualidade. Este preconceito, sobre os atos dos idosos, é exercido não somente pelos jovens com relação aos idosos, mas também, muitas vezes, pelos idosos com relação a sua própria sexualidade¹¹.

Alguns fármacos podem causar problemas para sexualidade tanto no homem quanto na mulher, através de efeitos que vão de pequenas dificuldades até graves disfunções. De fato, alguns deles, podem interferir tanto na resposta sexual masculina, influenciando o desejo, a ereção, a ejaculação e o orgasmo, quanto na sexualidade feminina, diminuindo o desejo e podendo alterar a fase do orgasmo. O

tabagismo, também, pelo fato de conter nicotina, pode ser uma das causas de impotência¹⁴.

Outra questão a ser pensada é com relação ao aprimoramento das tecnologias em saúde, visando a busca cada vez maior por melhor qualidade e maior expectativa de vida. Neste caso, com acréscimo de anos de vida, é provável que as pessoas se deparem com mais questões que motivam a repensar a sexualidade, como a separação, a formação dos novos vínculos, os re-casamentos, dentre outras temáticas relacionadas a ampliação da expectativa de vida¹.

Em relação ao desempenho sexual, especificamente, estima-se em pesquisa realizada que a satisfação com a vida se abala, prejudicando a qualidade de vida, se o desempenho sexual sofrer declínio excessivo para 95% dos indivíduos entrevistados que tem atividade sexual. Na mesma pesquisa, constatou-se que 4,8% dos homens e 19,9% das mulheres com mais de sessenta anos possuem inibição do desejo sexual. Apresentam dificuldade para ter orgasmo 30,3% das mulheres e 7,3% dos homens para mesma faixa etária. Apresentam dor na relação sexual 17,1% das mulheres e 1,6% dos homens. A pura e total falta de desejo afeta quatro vezes mais mulheres (8,2%) do que homens (2,1%). Em relação a capacidade de obter e/ou manter a ereção classificou-se em completa para 6,7% dos homens com mais de 60 anos e menos de 70, moderada para 23,3% e mínima para 33,7%. Já para homens acima dos setenta anos a pesquisa declara como completa para 12,3%, moderada para 35,1% e completa para 21,1%¹³.

Para os que vivenciam sua sexualidade, também não existe obrigação desta ser experimentada de forma única. Este conceito é importante para evitar que se migre da velhice assexuada para uma ideia de obrigação de desempenho sexual,

especialmente como necessário à manutenção da saúde, nem para a normatividade das sexualidades culturalmente hegemônicas¹¹.

A sexualidade no idoso tem ritmo diferente se comparada a outros períodos da vida, é menos agressiva e mais matizada, mas mantém inalteradas as suas potencialidades de comunicação entre as pessoas. Assim sendo, a sexualidade faz parte da dialética da existência de cada indivíduo em qualquer idade; se apresentando como um dos aspectos do viver juntos e será sempre uma manifestação rica e vital das relações humanas. A vida sexual existe e continua viva até alcançar os mais altos níveis de idade, o que muda é apenas a frequência dos desejos e os ritmos das relações, mas a sexualidade continua presente¹⁴.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A designação infecção sexualmente transmissível (IST) é preferível a designação habitual – doença sexualmente transmissível (DST), uma vez que diversas dessas infecções têm curso predominante ou integralmente assintomático. As doenças mais conhecidas são a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), gonorréia e sífilis (as duas últimas designadas habitualmente “DST bacterianas clássicas”) infecção por clamídia, hepatite B, linfogranuloma e a infecção pelo HPV (papiloma vírus humano). (BASTOS ET AL, 2009) Estas infecções estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e podem provocar sérias complicações. O fato de muitas vezes se apresentarem assintomáticas por períodos dilatados de tempo não exclui sua eventual evolução para quadros de saúde graves. (CARRET ET AL, 2004 & BASTOS ET AL, 2009) Estima-se que 12 milhões de novos casos de ISTs ocorram por ano no país, e destes, apenas 30% procuram os Serviços de Saúde e os demais 70% optam pela automedicação e/ou procuram por atendimento em farmácias²⁰.

As diferenças evidenciadas na prevalência, incidência e morbidade das infecções sexualmente transmissíveis podem ser compreendidas em função da disposição biológica em adquirir determinadas infecções/doenças, dos diferentes comportamentos sexuais que determinam aumento ou redução no risco de adquirir tais infecções e das dimensões culturais e sociais onde estão inseridos homens e mulheres²¹. A prevalência de relação anal é subestimada, porém, quando presente, é um marcador de comportamento de risco para infecções sexualmente transmissíveis. As mulheres são especialmente vulneráveis às IST/DST por características biológicas e de papéis sociais²².

Os profissionais da saúde através de ações educativas devem orientar a população sobre a prevenção e os riscos das IST/DST, bem como estimular a procura pelos Serviços de Saúde quando perceberem sintomas sugestivos de uma²⁰.

HIV NA TERCEIRA IDADE

Apesar de inicialmente associada a adultos jovens, houve um aumento no número de pessoas idosas com diagnóstico de AIDS no Brasil. Foram notificados, até junho de 2006, 9.918 casos; destes, 6.728 em homens e 3.190 em mulheres²⁴. Dois fatores contribuem para o aumento de casos de AIDS em idades mais avançadas. O primeiro está relacionado aos que possuem, entre outros fatores, maiores recursos financeiros, contribuindo assim, para o acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa. O segundo fator deve-se à existência do tabu sobre sexualidade na terceira idade. Os autores ao abordar a temática do HIV, reiteram que é enganoso pensar que as pessoas idosas não

fazem sexo e não usam drogas. De um modo geral, portanto, estas pessoas estão menos informadas sobre o HIV e pouco conscientes de como se protegerem⁵.

Um estudo no período de 1989 a 2004, em um hospital no estado do Ceará, constatou em indivíduos com 60 anos ou mais 107 casos de AIDS, das quais 84 (78,5%) eram homens e 23 (21,5%) mulheres. Nesta pesquisa, entre os idosos notificados como portadores de AIDS, o grupo etário mais acometido foi aquele com idades entre 60 e 69 anos (77,5%). Além disso, 6,7% dos casos comprometiam indivíduos com 80 anos ou mais. Em relação à categoria de exposição, a maioria (42,9%) dos homens foi notificada na subcategoria homo-bissexual, seguida pela forma heterossexual (34,5%). Entre as mulheres, a maior porcentagem (56,5%) ocorreu por transmissão heterossexual. Houve apenas uma contaminação por uso de drogas injetáveis. Quanto à forma de contaminação pelo HIV, no sexo masculino, de 1989 a 1993, todos os casos diagnosticados pertenciam à subcategoria homo-bissexual (100,0%). A partir de 1998, no entanto, verifica-se o aumento e permanência dos casos entre os sexos na subcategoria heterossexual⁵.

Em um estudo com a população de idosos do Vale do Rio dos Sinos (510 integrantes, composta 17,5% de homens e 82,5% mulheres) com o objetivo de avaliar o conhecimento e as estratégias de prevenção em relação ao HIV/AIDS constatou-se que 55,3% dos idosos não possuíam companheiro fixo, 86,3% não usavam preservativo e apenas 11% já tinham realizado o teste anti-HIV²³.

A incidência da AIDS no Brasil, na faixa etária de 60 a 69 anos, passou de 6,84 casos por 100.000 habitantes, em 1990, para 18,74 casos por 100.000 habitantes em 1998. A partir deste período houve crescimento neste grupo de idade. No Brasil, os casos de infecção de AIDS na faixa etária de mais de 60 anos acontecem predominantemente por transmissão sexual. A transmissão

heterossexual constituiu a principal fonte de contaminação do HIV entre homens e mulheres idosos, apesar da transmissão entre homens com prática de natureza homo-bissexual ser relevante⁵.

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A principal forma de prevenção da infecção pelo HIV é a utilização do preservativo, tanto masculino como o feminino, os quais são distribuídos gratuitamente através das unidades básicas de saúde de cada município²⁴. Porém, encontram-se nos estudos evidências na limitação a cerca do conhecimento relacionado a utilização do preservativo, com relação a colocação, necessidade e tabu⁵.

Com relação ao uso de preservativos, BERQUÓ (2009) constatou que para casados/unidos o uso consistente do preservativo diminui com a idade, de 17,3% na faixa etária 16-24 anos para 7,1% na faixa 45-65 anos e entre os solteiros essa queda se observa a partir da faixa dos 35-44 anos. Entre viúvos, separados ou divorciados, o uso consistente do preservativo declinou a partir dos 44 anos. O uso do preservativo entre homens foi 81,6%, e entre mulheres, 66,0%; atingiu 92,0% entre os jovens de 16 a 24 anos, valor estatisticamente superior aos correspondentes às demais idades. Assim sendo, a população jovem é a que mais se protege nas suas relações sexuais²⁴.

Em um estudo com 867 mulheres sexualmente ativas do município de São Leopoldo no Vale do Rio Dos Sinos no Rio Grande do Sul, 252, ou seja 29,1% das mulheres referiram utilizar preservativos. A prevalência de utilização de preservativos foi de 29,1% (IC 95%: 26,0-32,1), sendo que 104 (12,0%) mulheres

referiram o uso de preservativos como método contraceptivo, outras 148 (17,1%) mulheres referiram o uso adicional de preservativos como forma de proteção nas relações sexuais²⁶. Pesquisa similar encontrou uma prevalência de uso de preservativos em mulheres de 15 a 49 anos em torno de 28%²³. Em estudo comparativo dos anos de 1998 e 2005 Observou-se um aumento substantivo no uso de preservativos em todos os tipos de parceria analisados: aproximadamente 14% entre homens e mulheres somente com parcerias estáveis, 15% entre aqueles apenas com parcerias eventuais e 22% nas parcerias estáveis e eventuais²⁴.

A partir de estratégias educativas, realizadas por indivíduos habilitados, pode-se promover uma mudança no comportamento dos idosos, principalmente quanto às formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV²³.

A literatura enfatiza o conhecimento sobre ISTS em indivíduos jovens e profissionais da saúde; porém, há uma falta de informações relacionadas à estas infecções em indivíduos idosos. A partir desta carência, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos nesta área, planejamento de políticas públicas, estratégias de atendimentos em saúde e o envolvimento e organização da sociedade na busca de mecanismos eficientes de prevenção e assistência à AIDS em todas as idades. O conhecimento constitui-se na ferramenta mais importante, tanto para a diminuição do preconceito com portadores do HIV quanto para medidas de prevenção em saúde^{22,23,25}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na leitura crítica realizada observa-se uma carência de material científico, atualizado, correlacionando sexualidade e envelhecimento. Observa-se de

forma homogênea o conceito de sexualidade não limitada ao ato sexual em si, mas sim a um universo de sensações e subjetividade. Universo este permeado pela cultura, contexto histórico, personalidade e história de vida do indivíduo.

Observa-se também entre os autores pesquisados similaridade nos textos retratando a presença de um tabu com relação a sexualidade do idoso. A velhice se apresenta muitas vezes estigmatizada como assexuada. Porém a literatura demonstra que ocorrem alterações na fisiologia do indivíduo decorrentes do envelhecimento, contudo na ausência de doenças ou outros limitantes, estas transformações alteram a sexualidade mas não a esgotam.

Observa-se o preconceito com relação a sexualidade do idoso como um agravante nas questões de saúde pública. A literatura enfatiza que este preconceito dificulta o esclarecimento com relação ao manejo e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

A sexualidade no idoso é mais dependente de estímulos e afeto do que em qualquer outra etapa da vida. Saliencia-se então, de forma contundente que: velhice assexuada é um mito. Estimula-se assim mais pesquisas nessa área do conhecimento visando a dissolução do preconceito e a melhora dos atendimentos em saúde e da qualidade de vida dos indivíduos idosos.

Os autores declaram não existir conflito de interesse financeiro, pessoal ou possível conflito.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, T.; Lourenço, ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2007. Rio de Janeiro, v. 10, p. 101-113.
2. Spirduso, WW. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Editora Manole Barueri: SP. 2005.
3. Netto, PM. *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. Editora Atheneu, São Paulo: 2002.
4. Chauí, MdeS. *Repressão Sexual*. São Paulo: Brasiliense, 1991
5. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [periodico eletrônico]. 2007 [citado em 2013 março 01] Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400013&lng=en.
6. Mesquita, PM; Portella, MR. *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas*. Passo Fundo, 2004. p. 72-94.
7. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 2009. São Paulo, v. 43, n. 3, p.100 -113.
8. Maia, FOM *et al.* Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 2006. São Paulo, v. 40, n. 6.
9. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública* [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2013 março 03] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102007000100018&lng=en.
10. Ramos, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso Cad. *Saúde Pública* 2003 jun; v. 19, n. 3.
11. Lima e Silva VX, Marques APO, Lyra-da-Fonseca JLC. Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2009 [citado 2013 Jun 01]; Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18098232009000200013&lng=pt.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento*. Disponível em: <www.who.int/es/index.html>. Acesso em: 8 mar 2013.
13. Abdo, CHN. *Descobrimto Sexual do Brasil*. São Paulo. Simmus, 2004.

14. Capodieci, S. A Idade dos Sentimentos. Editora edusc. 2000.
15. Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Climaterio y sexualidad: la comprensión de esa interface por mujeres asistidas en grupo. *Texto contexto – enferm* 2003, v. 17, n. 3
16. Heilborn, ML. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Rev. Estud. Fem.* [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2013 jun 08] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010426X2006000100004&lng=en&nrm=iso
17. Bonaccorsi AC Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso, uma revisão. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003 v. 45 n. 2
18. Trench B, Santos CG Menopausa ou Menopausas? *Saude soc.* [periódico eletrônico]. 2005 [citado em 2013 mai 06] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902005000100010&lng=en&nrm=iso
19. Souza, SA de. Sexualidade da Mulher na Terceira Idade. São Paulo: Espaço Corpo & Mente, 2007
20. Reis RK Gir E Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico eletrônico] 2002 [citado em 2013 Jun 01] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342002000400012&lng=en.
21. Bastos FI Cunha CB, Hacker MA Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil *Rev. Saúde Pública* [periódico eletrônico]. 2005 [cited 2013 Jun 08]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000800012&lng=en.
22. Carret, MLV et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev. Saúde Pública* [periódico eletrônico] 2004 [citado em 2013 jun 21] Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102004000100011&lng=en&nrm=iso
23. Lazzarotto AR et al O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico eletrônico] 2008 [citado em 2013 jun 01] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232008000600018&lng=en&nrm=iso
24. Berquo E et al Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública* [periódico eletrônico] 2008 [citado em 2013 jun 07] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800006&lng=en&nrm=iso

25. Carreno I Costa JSD Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública* [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2013 jun 07] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500024&lng=en&nrm=iso

ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 13 de setembro de 2011.


Senhor (a) Pesquisador (a) Cristiano da Costa Flores,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de
"A auto percepção de corpo e Sexualidade em idosos"

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o
encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em
Pesquisa da PUCRS. Salienciamos que somente após a aprovação deste
Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Obs.: Retirar a pasta padrão na secretaria do IGG para encaminhamento
dos documentos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,


Prof. Carla Helena Schwanke
Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AUTOPERCEÇÃO DE CORPO E SEXUALIDADE EM IDOSOS

Pesquisador: Newton Luiz Terra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07127912.5.0000.5336

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.572

Data da Relatoria: 23/10/2012

Apresentação do Projeto:

O período posterior aos sessenta anos de idade diferencia-se em muito das outras fases da vida, culturalmente esse período muitas vezes é tido como de isolamento, tristeza e ausência de sexualidade. A sexualidade é uma questão inerente ao ser humano, envolvida por óticas de cunho social, religioso, educacional e corporal, sendo presente também nas questões de saúde. As infecções/doenças sexualmente transmissíveis são um problema de saúde pública, exigindo esta atenção dos profissionais em saúde, acometendo indivíduos de todas as raças, credos e idades. Este estudo aborda essas questões com uma amostra de idosos que se diferencia em cenários distintos. O estudo de paradigma qualitativo constitui-se da realização de entrevistas semiestruturadas a idosos de ambos os gêneros, questionando-os em suas relações com o corpo, sexualidade e envelhecimento. Abordando assim, essa forma particular de se envelhecer, extraindo os olhares do idoso em relação a si próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a auto percepção dos idosos em relação ao seu corpo, envelhecimento e sua sexualidade.

Objetivos Secundários:

- * Descrever o perfil dos participantes do estudo;
- * Conhecer a auto percepção de corpo do idoso;
- * Conhecer a auto percepção de saúde sexual do idoso;
- * Conhecer a relação corpo e sexualidade;

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro: CEP: 90.619-000

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345 **Fax:** (51)320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



* Conhecer a relação envelhecimento e sexualidade;

* Conhecer a relação corpo e envelhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: O estudo constitui-se da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, portanto os riscos são do campo subjetivo, existindo a possibilidade do indivíduo entrevistado mobilizar emoções e memórias diante da reflexão proposta pelas perguntas.

Benefícios: Oportunidade de comunicar o que o indivíduo percebe com relação a si próprio e contribuir para obtenção de dados científicos para reflexão das questões em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: farão parte da amostra, 30 idosos, 15 de um grupo teatral e 15 de um grupo de convivência da Igreja da Unificação. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto possui as cartas de chefe de serviço.

O TCLE atende as necessidades do Comitê de Ética em Pesquisa.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 25 de Outubro de 2012

Assinador por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681
Bairro: CEP: 90.619-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)320-3345 Fax: (51)320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

 Revista SBGG 10:20 (1 minuto atrás) ☆  
para mim ▾

Prezado(a) Autor(es)

Recebemos o manuscrito intitulado " SEXUALIDADE DO IDOSO: MITOS, TRANSFORMAÇÕES E CUIDADOS", registrado sob o nº 201334

Temos a grata satisfação por seu interesse em publicar na Revista Geriatria & Gerontologia e informamos que a avaliação de trabalhos para publicação obedece às etapas abaixo:

(a) avaliação do texto quanto à formatação e ao enquadramento nas categorias de publicação definidas na política editorial da revista, pré-requisitos para seu encaminhamento às etapas seguintes.

(b) avaliação do mérito através de procedimentos de revisão.

(c) envio ao autor(a) o resultado do Parecer Técnico de Avaliação. (O anonimato de autor/consultor é garantido em todo o processo de julgamento).

O tempo total entre a submissão e a publicação do artigo pode ser de até 6 meses.

Atenciosamente,

*Equipe
Revista Geriatria&Gerontologia*

Em 3 de julho de 2013 20:26, Cristiano da Costa Flores <dacostaflores@gmail.com> escreveu:

...