

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

DANIELLE LOPES DE ALENCAR

FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE
PESSOAS IDOSAS

RECIFE

2013

DANIELLE LOPES DE ALENCAR



**FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE
PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes Cenários do Cuidar

Grupo de Pesquisa: Saúde do Idoso

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

RECIFE

2013

Catálogo na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

A368f Alencar, Danielle Lopes de.
 Fatores associados ao exercício da sexualidade de pessoas idosas /
 Danielle Lopes de Alencar. – Recife: O autor, 2013.
 104 f. : il. ; tab.; quad.; 30 cm.

 Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
 Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

 1. Sexualidade. 2. Idoso. 3. Enfermagem. 5. Educação em saúde. I.
 Marques, Ana Paula de Oliveira (Orientadora). II. Título.

610.736 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2013-068)

DANIELLE LOPES DE ALENCAR

FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE
PESSOAS IDOSAS

Dissertação aprovada em: 26 de fevereiro de 2013.

Prof^a. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques (Presidente) - UFPE

Prof^a. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro - UFPE

Prof^a. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos - UFPE

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo - UFPE

RECIFE

2013

À minha mãe, por me apoiar em todos os momentos e me auxiliar para que este estudo fosse finalizado.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai Amado, por todo amor e pela compreensão pelas inúmeras vezes em que estive em dificuldade para realização da minha pesquisa, por me agradecer em sua paz quando fraquejei e por colocar pessoas maravilhosas durante esses dois anos de estudo.

Aos meus queridos amigos de Luz, que me acalentarem com palavras e intuições de persistência e fé em dias melhores e mais felizes e por me sustentarem em momentos difíceis.

Aos meus pais e irmãos, que me amam incondicionalmente e que sempre me concedem momentos de carinho, paz e paciência.

Aos meus amigos, que sempre estiveram próximos, ofertando palavras consoladoras e relembando o imenso carinho que possuem por mim e me auxiliando a acreditar em meu trabalho.

A minha querida orientadora, Prof^ª. Dra. Ana Paula Marques, que desde o início acreditou em mim, estando presente em todos os momentos dos meus estudos e mais do que me ensinar o universo da docência e da pesquisa, repassou-me valores humanos com seus exemplos. Eternamente grata.

À querida Prof^ª. Dra. Márcia Cárrera, pelo carinho e pela confiança que me recebeu e me auxiliou na concretização deste estudo e acreditou no meu desempenho. Eternamente grata.

Às minhas amigas do mestrado: Adriana, Ana, Felicialle, Emilly, Francimar, Gisele, Júlia, Marília e Suely por me receberem com carinho, apoiarem-me e ensinaram o verdadeiro valor da amizade e da cumplicidade. Amo todas e para sempre estarão em meu coração.

Aos docentes do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, que contribuíram para meu aperfeiçoamento profissional e me permitiram momentos de reflexão em minha prática profissional e de ser humano.

Ao Glivson e a Camila, pela disponibilidade nas diversas vezes que necessitei de auxílio na coordenação.

Às alunas de graduação em Enfermagem que colaboraram na coleta da pesquisa e na digitação dos dados.

Aos idosos da UNATI, que me permitiram adentrar no universo tão íntimo de sua sexualidade, como também pelo carinho que recebi nos momentos de entrevista.

À UnATI e NAI que através da pesquisa e dos projetos de extensão permitiram o meu vínculo com o universo do envelhecimento humano, antes jamais pensando como carreira profissional.

À Universidade e docentes da qual me formei, URCA, que me ensinaram o caminho da ciência me incentivando a seguir para o mestrado.

A todos, com todo meu carinho e gratidão, por fazerem parte da etapa vencida.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar... As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito”.

Chico Xavier, ditado pelo Espírito Emmanuel.

ALENCAR, Danielle L. **Fatores associados ao exercício da sexualidade de pessoas idosas**. Recife-PE: UFPE, 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2013.

RESUMO

A sexualidade da pessoa idosa ainda é revestida de mitos e tabus que precisam ser desmitificados por meio de estratégias educativas, as quais podem ser intermediadas pelo enfermeiro, mediante a dialogicidade, favorecendo a construção de novos paradigmas sobre a sexualidade das pessoas mais velhas. A revisão integrativa da dissertação teve por objetivo analisar as evidências científicas que abordaram os fatores que interferiam na sexualidade dos idosos. A busca ocorreu nas bases de dados, MEDLINE, LILACS, CIBIS e BDNF, resultando em 15 artigos após a elegibilidade dos critérios de inclusão. Os estudos mostram que a cultura da assexualidade dos idosos, a viuvez, o padrão da beleza jovem, presença das doenças crônicas, uso de medicamentos e mudanças na fisiologia do indivíduo são fatores que interferem na sexualidade. O artigo original teve como objetivo analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas. Trata-se de estudo analítico, com corte transversal, realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco, no período de maio a junho de 2012, tendo por amostra 235 idosos inscritos nos cursos do primeiro semestre. A variável dependente: exercício da sexualidade foi investigada quanto à concepção, ao pensamento sobre sexo, ao que faz quando tem desejo por sexo, à atividade sexual e autoerotização. Dados sociodemográficos, condições de saúde e imagem corporal autopercebida corresponderam às independentes. Na análise estatística, foi utilizada a correlação binária pelo coeficiente de Spearman e Kendall e regressão linear generalizada na análise multivariada, adotando-se o valor de $p \leq 0,05$ como nível de significância para a rejeição da hipótese nula. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPE de CAaE nº 01651112.5.0000.5208. Na amostra, predominaram as mulheres idosas (95,3%), com faixa etária de 60 a 69 anos (54%), idosos solteiros (36,6%), escolaridade ≥ 9 anos de estudo (64,7%), saúde autopercebida como boa (42,1%), hipertensão (61,3%) e diabetes (14,9 %) como as doenças mais prevalentes e prática do exercício físico (64,7%). A insatisfação na imagem corporal pelo excesso de peso foi a mais citada (53,6%). Na associação binária, as variáveis significativas, foram: faixa

etária, anos de estudo, religião, prática de exercício físico e insatisfação com a imagem corporal. Na regressão linear, a concepção holística sobre sexualidade foi estatisticamente significativa ($p=0,012$) com os idosos que tinham escolaridade ≥ 9 anos de estudo. Os idosos que praticam atividade física apresentam probabilidade menor de pensar sobre sexo e ter atividade sexual. Diversos fatores interferem no exercício da sexualidade do idoso, sejam sociais, culturais e fisiológicos, os quais devem ser considerados na promoção da educação sexual dos mais velhos, tendo por estratégia a educação em saúde, ferramenta básica na atuação do profissional de enfermagem.

Descritores: Sexualidade; Idoso; Enfermagem; Educação em Saúde.

ALENCAR, Danielle L. **Factors associated with the exercise of sexuality in the elderly**. Recife-PE: UFPE, 2013. 104f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Pernambuco, Recife-PE, 2013.

ABSTRACT

The sexuality of the elderly is still coated with myths and taboos that need to be demystified through educational strategies, which may be mediated by the nurse by dialogicity favoring the construction of new paradigms about the sexuality of older people. The integrative review of the thesis was to analyze the scientific evidence that addressed the factors that interfered with the sexuality of the elderly. The search occurred in databases, MEDLINE, LILACS, CILSAÚDE and BDNF, resulting in 15 articles after the eligibility criteria for inclusion. Studies show that the culture of asexuality of the elderly, the widowed, the standard of the young beauty, presence of chronic diseases, use of medications and changes in the physiology of the individual are factors that affect sexuality. The original article was to analyze the factors that interfere with the exercise of sexuality in older people. This is an analytical cross-sectional study, conducted at the University of the Third Age, Federal University of Pernambuco, in the period May-June 2012, having sampling 235 seniors enrolled in the first semester. The dependent variable: exercise of sexuality has been investigated for its design, thinking about sex, what to do when you have desire for sex, and sexual activity autoerotização. Sociodemographic characteristics, health status and self-perceived body image corresponded to independent. Statistical analysis was used for binary correlation coefficient Spearman and Kendall and generalized linear regression multivariate analysis, adopting the value of $p \leq 0.05$ significance level to reject the null hypothesis. The research project was approved by the Ethics Committee of CAAE UFPE no 01651112.5.0000.5208. In the sample there were more older women (95.3%), aged 60-69 years (54%), elderly singles (36.6%), education ≥ 9 years of education (64.7%), self-perceived health as good (42.1%), hypertension (61.3%) and diabetes (14.9%) as the most prevalent diseases and physical exercise (64.7%). The dissatisfaction in body image by excess weight was the most cited (53.6%). In binary association significant variables were: age, years of education, religion, physical activity and body image dissatisfaction. In linear regression, the holistic concept of sexuality was statistically significant ($p = 0.012$) with older people who had education ≥ 9 years of study. Older people who practice physical activity are less likely to think about sex and sexual

activity. We conclude that several factors interfere in the exercise of sexuality of the elderly, whether social, cultural and physiological characteristics, which should be considered in promoting sex education for older, with the strategy, health education, basic tool in the performance of professional nursing.

Descriptores: Sexuality; Elderly; Nursing; Health Education.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Pirâmide etária do Brasil em 1980.....	21
Pirâmide etária do Brasil em 2010.....	21
Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados.....	50
Identificação dos artigos conforme título, autor (es), objetivo(s), metodologia, principais resultados, ano de publicação.....	51

LISTA DE TABELAS

Artigo original

Caracterização dos idosos entrevistados, segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde e escala de autoimagem, UnATI/UFPE. Recife/PE, 2012.....	66
Exercício da sexualidade referido pelos idosos, quanto à concepção sobre sexualidade, pensamento sobre sexo, o que faz quando tem desejo, prática sexual e autoerotização.UnATI/UFPE.Recife/PE,2012.....	67
Correlação binária da variável exercício da sexualidade com as variáveis independentes. UnATI/UFPE. Recife-PE, 2012.....	68
Regressão Linear Generalizada da variável exercício da sexualidade com as variáveis significantes da correlação binária. UnATI/UFPE. Recife-PE, 2012.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
PNPI	Programa Nacional a Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
UnATI	Universidade Aberta a Terceira Idade
UniTI	Universidade Terceira Idade
PROIDOSO	Programa do Idoso
SESC	Serviço Social do Comércio
PBE	Prática Baseada em Evidência
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature em Retrieval System on Line</i>
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
CIDSAÚDE	Cidades Saudáveis
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
DE	Disfunção Erétil
DAC	Doença Arterial Coronariana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	CAPÍTULO 1- REVISÃO DE LITERATURA.....	20
	2.1 Reflexões sobre o envelhecimento humano.....	20
	2.2 Políticas públicas para a saúde dos idosos.....	22
	2.3 Surgimento das universidades abertas para a terceira idade.....	23
	2.4 Sexualidade no contexto do envelhecimento.....	25
	2.5 Interface da educação em saúde e da enfermagem no exercício da sexualidade dos idosos.....	27
3	CAPÍTULO 2 – MÉTODO.....	29
	3.1 Método da Revisão integrativa da literatura.....	29
	3.2 Método do Artigo original.....	31
4	CAPÍTULO 3 – RESULTADOS.....	38
	4.1 Resultados da Revisão integrativa da literatura.....	38
	4.2 Resultados do Artigo original.....	55
5	CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	79
	APÊNDICE A - Formulário semiestruturado.....	80
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	81
	APÊNDICE C - Folder educativo sobre sexualidade na terceira idade.....	83
	APÊNDICE D - Termo de responsabilidade do pesquisador.....	84
	ANEXOS.....	85

ANEXO A – Regulamentação da defesa e normas de apresentação.....	86
ANEXO B - Questionário de silhueta Stunkard, Sorenson e Schulsinger.....	94
ANEXO C – Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados na revisão integrativa.....	95
ANEXO D – Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação dos estudos selecionados na revisão integrativa.....	96
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética.....	97
ANEXO F – Carta de Anuência.....	99
ANEXO G - Normas de Publicação da revista Ciência & Saúde Coletiva.....	100
ANEXO H – Normas de publicação da Revista de Saúde Pública.....	102

1 Introdução

O envelhecimento é um processo universal que inclui com o avançar dos anos, a redução das atividades funcionais e maior prevalência na ocorrência de enfermidades crônicas, suscitando a emergência de políticas públicas de proteção e promoção da saúde do segmento mais envelhecido da população¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, os idosos somavam 590 milhões de pessoas com previsão de 1,2 bilhões para 2025². A estimativa é que neste mesmo ano, o Brasil ocupe o sexto lugar mundial em termos de população envelhecida, com aproximadamente 27,2 milhões de pessoas idosas³.

À medida que as pessoas envelhecem, a qualidade de vida se relaciona, principalmente, pela capacidade de manter a autonomia e a independência⁴, implica habilidade que o idoso possui em se adaptar às limitações físicas, sociais e emocionais, buscando serenidade e satisfação na vida, mesmo em idade avançada⁵. Estigmas sobre o envelhecimento estão associados à perda, doença e incapacidade, reforçando aspecto negativo desse processo⁶, e quando se discute sobre a sexualidade do idoso, mitos e preconceitos ainda surgem na delimitação de uma fase de assexualidade⁷.

Na velhice, embora sejam observadas mudanças afetivas e fisiológicas, os sentimentos e as sensações não se degeneram, implicando na vivência contínua da sexualidade, apesar das interferências que as doenças podem gerar⁸. No que diz respeito à sexualidade do idoso, faz-se necessário compreender seu significado e os fatores que podem interferir para sua vivência.

O termo sexualidade transcende à biologia das estruturas corporais e dos processos fisiológicos, estando além do determinismo de nascer homem ou mulher, mas na forma que cada um expressa sua identidade⁹, a sexualidade tem seu início na infância, fazendo parte de uma dimensão inerente à pessoa, presente em todos os atos da vida, de modo particular e individual de ser e manifestar-se⁵.

Apesar das alterações no processo de envelhecimento, o ciclo da resposta sexual, como libido e capacidade orgástica, permanece em idosos, principalmente se estes desfrutarem de bom estado de saúde e tiverem parceiro que o estimule e o satisfaça sexualmente^{7, 10}. Os fatores psicossociais, em relação aos fisiológicos, são

indicados como os de maior influência na vivência da sexualidade no envelhecimento, culturalmente o idoso se percebe e é percebido como um ser assexuado⁸.

Nesse contexto, o enfermeiro como profissional da saúde e educação, utilizando-se dos métodos da educação em saúde, pode criar espaço favorável para construção de novos conhecimentos. A prática da educação em saúde permite por meio da relação dialogada entre educador e educando a discussão de dúvidas comuns sobre a sexualidade dos idosos, desmistificando a assexualidade no envelhecer. O processo de educar em saúde é parte essencial do cuidar da enfermagem, podendo ser entendido como diálogo que se estabelece entre as pessoas, com objetivo de motivar mudanças, seja de comportamento, atitude ou adaptações às novas situações de vida¹¹.

No percurso da formação acadêmica da autora em Enfermagem, o contato com a temática sexualidade ocorreu por meio de atividades de pesquisa e extensão em escolas públicas localizadas no Crato/CE, com utilização de estratégias educativas direcionadas ao público adolescente, nessa ocasião, os idosos não estavam incluídos. Na pós-graduação, o interesse permaneceu, com objeto de investigação voltado ao segmento mais envelhecido, considerando que a sexualidade está presente em todos os estágios do desenvolvimento humano.

No reconhecimento do aumento significativo da população idosa e da escassez de estudos sobre a sexualidade dos mais velhos, considerando que a Enfermagem possui importante contribuição no cuidado holístico prestado à pessoa idosa, a presente dissertação buscou responder à questão norteadora: quais fatores interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas?

A educação permanente proporciona aprendizado contínuo e oportunidades para o estabelecimento de um estado de bem-estar físico e mental. A participação dos idosos em programas dessa natureza favorece o envelhecimento ativo, estimulando a busca da melhoria da qualidade de vida¹². Segundo a OMS, o envelhecimento ativo é definido como o processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a promover qualidade de vida na medida que as pessoas envelhecem¹³. O Estatuto do Idoso prevê o apoio na construção de Universidades Abertas para Terceira Idade – UnATI, com intuito de estimular possibilidades individuais e coletivas, formação de consciência crítica, autonomia, aumento de relações sociais, proporcionando lazer, atividade física e mental³.

Dessa forma, a justificativa para realização desta pesquisa se alicerça na importância em considerar a temática sexualidade do idoso relevante, tanto pela possibilidade de contribuir para melhorar a vivência durante o envelhecimento quanto pelo destaque preocupante feito pelo Ministério da Saúde quanto aos crescentes índices de Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST nesta população¹⁴. A sexualidade tem sido um dos temas das práticas de educação em saúde exercidas pelo enfermeiro, podendo favorecer a construção de novos questionamentos e saberes, além de subsidiar o planejamento no processo de cuidar de idosos.

A dissertação se alicerça nas normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (anexo A), estruturada em quatro capítulos, no primeiro encontra-se revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento humano, aspectos epidemiológicos e demográficos, contextualização das políticas públicas relacionadas à saúde da pessoa idosa, surgimento das universidades abertas à terceira idade e importância dos cursos de educação permanente e sexualidade no envelhecimento, articulando enfermagem e educação em saúde.

O segundo capítulo segue com a descrição detalhada da metodologia utilizada na revisão integrativa da literatura e no artigo original. O terceiro capítulo compreende a discussão dos resultados do estudo, mencionando-se os artigos na íntegra, o artigo de revisão: Fatores que interferem na sexualidade dos idosos: uma revisão integrativa, a ser submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Teve como objetivo analisar as evidências científicas dos últimos seis anos que retratam os fatores que interferem na sexualidade dos idosos, resultando em 15 artigos que obedeceram aos critérios de elegibilidade.

Ainda, no terceiro capítulo, o artigo original: Exercício da sexualidade em pessoas idosas e fatores associados, o qual será enviado à *Revista de Saúde Pública*, objetivou analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade da pessoa idosa, a proposta do estudo foi baseada no método quantitativo, utilizando-se para análise estatística da medida de associação binária entre a variável dependente e as independentes a correlação de Spearman e Kendall, sendo posteriormente empregado o modelo multivariado por meio de regressão linear generalizada. O $p \leq 0,05\%$ foi escolhido para rejeitar a hipótese nula do estudo.

No quarto capítulo, as considerações finais da dissertação estão apresentadas a partir das análises realizadas durante todo o percurso do estudo, recomendações quanto às indagações, no que se refere ao problema de pesquisa, sendo apontadas quanto à prática da educação em saúde no cuidar da enfermagem sobre a sexualidade da pessoa idosa.

2 Capítulo 1 - Revisão de Literatura

2.1 Reflexões sobre o Envelhecimento Humano

O envelhecimento humano é definido como uma fase de um *continuum* que se inicia no nascimento e culmina com a morte, sendo marcado pela perda da capacidade de manter o equilíbrio adaptativo, tornando o indivíduo mais susceptível a processos patológicos¹⁵. O termo velhice destaca-se em três focos principais: cronológico, funcional e enquanto etapa da vida, o primeiro fundamenta-se na velhice histórica, calculada pelo transcurso do tempo desde o nascimento; o segundo reflete a relação tradicional entre a velhice e suas limitações, do qual muitas vezes se relaciona erroneamente com a incapacidade funcional e o terceiro reconhece a velhice como uma nova etapa da vida, com realidade própria e diferenciada das anteriores¹⁶.

A idade cronológica considerada em número de anos, apesar de se constituir método simples de avaliação do envelhecimento, não é muito eficaz. As condições físicas, funcionais e mentais que delimitam a saúde do ser humano influenciam diretamente na determinação do processo de envelhecimento¹⁷. Universalmente, o ponto de corte etário para definição da pessoa idosa é delimitado pelo número de anos, sendo nos países desenvolvidos equivalente a idade de 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento corresponde a 60 anos³.

Os significados sobre a pessoa idosa ainda se alicerçam em estereótipos negativos, dos quais se destacam: incapacidade, inutilidade social, esquecimento, doença, demência, assexualidade, inatividade, dentre outros, que podem ou não levar a exclusão social do idoso, bem como sua valorização na comunidade. Essa imagem negativa pode estar relacionada à insuficiência de informações acerca do processo de envelhecimento, que acaba por delimitar a terceira idade como fase de decadência¹⁸.

Em face desses significados, profissionais de saúde buscam supervalorizar a saúde do idoso, no entanto essa atitude deve ser prudente, pois as imagens superotimistas podem não corresponder à realidade, motivando negação da vulnerabilidade às doenças e diminuição da capacidade funcional que ocorre com o passar dos anos¹⁹.

O envelhecimento é uma realidade mundial incontestável, cujas modificações observadas na estrutura demográfica das populações resultam de reduções nas taxas de mortalidade e fecundidade, acompanhadas pelo aumento na expectativa de vida dos

indivíduos. Destaca-se que esse fenômeno não ocorreu de forma igualitária para todos os países, nos desenvolvidos, aconteceu de forma lenta e gradual, acompanhado por melhoria das condições gerais de vida, ao contrário dos países em desenvolvimento, em que demandas inerentes ao envelhecimento se sobrepõem a outras necessidades ainda não equacionadas^{20, 21}.

Projeções mundiais para 2025 indicam que entre os dez países com maiores porcentagens de idosos no seu contingente populacional, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil que ocupará a sexta posição³. Ao longo de 30 anos, o aumento de pessoas adultas e idosas na população brasileira se contrapõe à diminuição das faixas etárias mais jovens²². As figuras 1 e 2 ilustram o crescimento visível da população idosa, quando se compara a proporção de idosos em 1980 que correspondia a 6,1%, em relação ao censo de 2010, cujos idosos representaram 11,7% da população total²³.

Figura 1 – Pirâmide etária brasileira em 1980

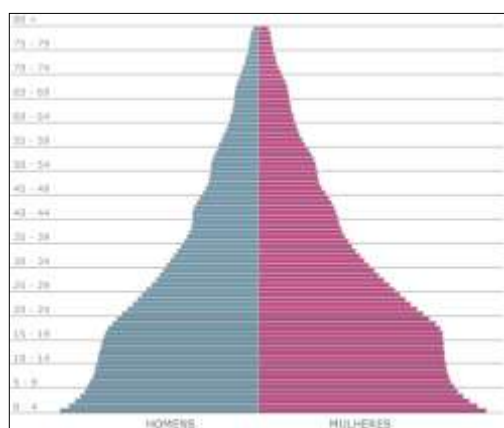
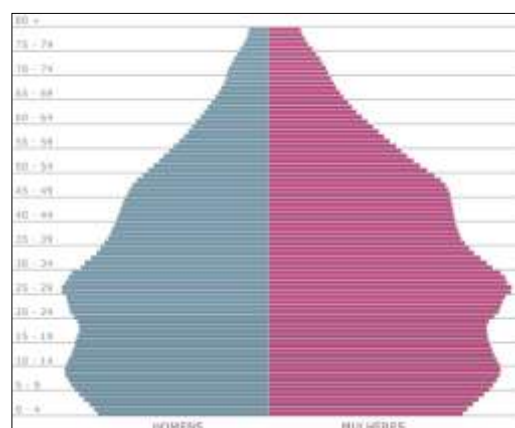


Figura 2 – Pirâmide etária brasileira em 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2010.

Com as alterações na estrutura etária da população, modifica-se também o perfil epidemiológico, caracterizado pela relativa diminuição de processos agudos de rápida resolução (cura ou óbito), para aumento relativo de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT e seus agravos de longa duração e custo elevado. Desta forma, o fenômeno do envelhecimento populacional não pode ser considerado como fato isolado, mas associado às modificações no perfil de adoecimento e morte que se caracterizam com as condições socioeconômicas das populações^{24, 25}.

Em decorrência do aumento do número de idosos no Brasil, o sistema de saúde vigente necessita se reestruturar frente aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos. Os maiores desafios na prestação de cuidados adequados ao idoso

convergem na implantação de atividades de prevenção e retardamento das doenças e fragilidades, manutenção da saúde, independência e autonomia²⁶. Entende-se por autonomia do sujeito idoso a capacidade deste de tomar decisões sobre sua vida, estando relacionado com o autogoverno, sem a dependência de outrem²⁷.

Estudo que examinou as tendências da saúde da população idosa entre 1998-2008 mostrou que a proporção de hospitalizações diminuiu na faixa etária de 60-69 anos, mas não nas faixas etárias de 70-79 e 80 anos ou mais. As DCNT em evidência correspondem à hipertensão arterial e ao diabetes com aumento acentuado, em contrapartida houve diminuição na prevalência de artrite, doença do coração e depressão²⁸.

Entre as regiões que concentram as maiores médias de idade do Brasil, encontram-se as regiões Sudeste e Sul, tanto na área urbana como rural. O maior aumento na idade média da população entre os anos de 1991 e 2010 está na região Sul, com 7,5 anos a mais que os demais Estados, tratando-se da população mais envelhecida do Brasil, visto que 9,5% dessa população possuem idade acima de 65 anos de idade²⁹. Em termos de capitais brasileiras mais envelhecidas, encontram-se São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná, dos quais concentram, em conjunto, 58,7% da população total do País. A cidade do Recife possui com 9,38% de idosos na população geral, segundo censo de 2010³⁰.

Nesse contexto epidemiológico e no reconhecimento do crescimento da população idosa, é necessário salientar que o cuidado à pessoa idosa deve estar pautado em sua totalidade como ser humano e não apenas nos cuidados prestados para os adoecimentos, dos quais estão mais propensos a desenvolver. O cuidar implica ação reflexiva e dinâmica, da qual envolve atitude integrada pela formação pessoal e a profissional, assim a Enfermagem, sendo considerada a arte do cuidar, passa a integrar-se fundamentalmente nas práticas de cuidado³¹, tendo na saúde do idoso, papel importante no desenvolvimento de ações que objetivem a promoção da qualidade de vida dos mais velhos.

2.3 Políticas públicas para saúde dos idosos

Em 1982, ocorreu, em Viena, a I Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento humano, na qual foi aprovado o primeiro documento mundial que serviria de guia para formulação de políticas públicas sobre o envelhecimento. Na II

Assembleia Mundial em 2002, foi aprovado o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, este documento representa compromisso dos países das Nações Unidas sobre o rápido envelhecimento populacional, definindo três áreas de prioridade: (1) a inserção do envelhecimento na agenda de desenvolvimento; (2) importância singular e global da saúde e (3) desenvolvimento de políticas do ambiente físico e social que atendam as necessidades dos mais velhos³².

No Brasil, a legislação pertinente à prática do cuidado à pessoa idosa, ainda, é insatisfatória, embora seja bastante avançada em alguns aspectos legislativos³. Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842 que estabeleceu a Política Nacional da Pessoa Idosa - PNPI, tendo como finalidade assegurar os direitos sociais, garantindo promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, obtendo espaço para exercer sua cidadania, sendo posteriormente promulgado pelo Decreto nº 1.948/96. Em 2003, foi consolidado o Estatuto do Idoso pela regulamentação da Lei nº 10.741 que institui juridicamente a promoção do envelhecimento saudável³³.

Em contrapartida, muito ainda precisa ser efetivado para que os direitos regidos em lei sejam respeitados em unidades sociais e de saúde. Desta forma, a PNPI se constitui como umas das seis prioridades do Pacto pela Saúde pela Portaria nº399/06. É objetivo recuperar, manter e promover autonomia dos idosos, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde, em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre suas diretrizes, o envelhecimento ativo faz parte do plano de ação³.

A OMS define o envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Os desafios para que esse processo ocorra são globais e necessitam de grandes mudanças em uma política nacional³⁴. A Política de Saúde para o envelhecimento ativo identifica alguns desafios a serem considerados, dentre eles: (1) doenças prevalentes em idosos, (2) economia de uma população em envelhecimento; (3) provisão de cuidados para esta população; (4) feminização do envelhecer³⁴.

2.4 Surgimento das universidades abertas para terceira idade

As UnATIs são espaços voltados para reformulação de padrões associados ao envelhecimento, vivenciada em ambiente de ensino pela experiência coletiva, objetivando a promoção da qualidade de vida em defesa dos interesses dos mais

velhos³⁵. A primeira Universidade da Terceira Idade - UniTI surgiu na França, no final da década de 1960, como espaço para atividades culturais e de sociabilidade, com o intuito de ocupar o tempo livre e favorecer as relações sociais. Não havia até então preocupação com a educação permanente, educação sanitária e assistência jurídica ³⁶, a segunda geração da UniTI surgiu em Toulouse, também na França, em 1973, sendo a primeira a correlacionar ensino, pesquisa e extensão³⁶.

Ainda na França, na década de 1980, surgiu a terceira geração, este movimento caracteriza-se pela elaboração de programa educacional mais amplo, voltado à oferta de alternativas diversificadas a uma renovada população de aposentados, cada vez mais escolarizada, a exigir cursos universitários formais³⁶. O movimento internacional das UniTIs se expandiu pelo mundo, ocorrendo modificações e adaptações, conforme as necessidades sociais e locais, dependendo também do perfil econômico e educacional. No Brasil, em 1960, as primeiras iniciativas foram realizadas pelo Serviço Social do Comércio – SESC, sendo formados grupos de convivência, destinados ao lazer ou preenchimento do tempo livre³⁷.

Em 1970, foram fundadas as Escolas Abertas para Terceira Idade, das quais ofereciam informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, preparação para aposentadoria, atualização cultural, atividades físicas, arte e cultura, envolvendo o envelhecimento biopsicossocial e espiritual³⁷. Arelada a essas ações encontra-se a educação como um dos eixos centrais no loco do espaço universitário, a educação permanente é aplicada pelo princípio da educação que ocorre ao longo da vida, insere-se na perspectiva de política educativa, cujo eixo de apoio é a redistribuição social do conhecimento³⁸.

Em 1990, foi criada a UnATI da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, marcando o início da disseminação das UnATIs pelo país ³⁸. Na cidade do Recife/PE, a UnATI foi implantada na UFPE em 1996, regulamentada pela portaria normativa nº 01 de 17/01/2002 – BO/UFPE, estando subordinada ao Programa do Idoso – PROIDOSO, ambos vinculados a Pró-Reitoria de Extensão ³⁹. A UnATI/UFPE representa espaço de convivência em grupo, estimulando a participação ativa dos idosos que realizam os diversos cursos ofertados semestralmente, proporciona espaço de prática para o estudo do envelhecimento, permitindo o elo ensino, pesquisa e extensão³⁹.

Nos programas voltados à clientela idosa, os mesmos são incentivados a busca de estilo de vida saudável, considerando a realidade biopsicossocial de cada um. Nesses espaços, a manutenção da capacidade funcional e a conquista e a preservação da

autonomia, boa qualidade de vida e da independência são incentivadas. Os idosos têm a possibilidade de adquirir novas informações e ampliar conhecimentos, permitindo a socialização, minimizando os riscos de depressão⁴⁰.

2.5 Sexualidade no contexto do envelhecimento

Kinsey (1948), Masters e Johnson (1966) foram os pioneiros no estudo da sexualidade humana, seus estudos serviram como referência para investigação da sexualidade dos idosos⁴¹. Os recentes estudos apontam que a sexualidade dos mais velhos é um dos aspectos do envelhecimento que mais sofre preconceito, muitas vezes considerado como um período de assexualidade e de renúncias, devendo o idoso reservar seu tempo para adotar o papel de avô e avó, reprimindo desejos e vontades no campo sexual⁴².

Em qualquer idade é sempre tempo de viver, de expressar a singularidade que permeia cada ser humano, que para cada um tem um começo e fim próprio. Amor, afeto, intimidade e sexo são elementos de valor fundamental na tessitura da vida⁴³. Não se pode afirmar que o idoso perca a sua capacidade de amar ou de manter sua prática sexual, restringindo a sexualidade aos mais jovens⁴⁴. A sexualidade envolve aspectos que ampliam a percepção do contato íntimo, visto que está relacionada à identidade da pessoa, em seu papel social, bem como na união com o outro⁴⁵. Não deve ser considerada como algo pronto e acabado, sua constituição ocorre ao longo de sua existência, adquirindo formas desde o nascimento⁴⁶.

A sexualidade do indivíduo está inserida em um contexto de desenvolvimento desde o nascer e tem autenticidade própria gerada pelo estímulo dos sentidos que proporcionam o prazer e que pode acontecer em qualquer segmento do corpo, não estando direcionada apenas ao sexo. É um componente importante da saúde para todas as idades⁴⁷, devendo ser compreendida partindo do princípio de que compõe a totalidade do ser humano, considerando o sentido holístico, não se tratando de um fator biológico, mas biopsicossociocultural⁴⁸.

Considera-se que a sexualidade não apenas corresponde às atividades sexuais e ao prazer ligado à genitalidade, mas a todas as manifestações presentes, desde a infância que produzem prazer, sendo processo de construção durante a vida⁴⁹. O ato sexual

compreende os comportamentos que envolvem a genitália e as zonas erógenas, e a sexualidade é compreendida como comportamento multidimensional, envolvendo aspectos psicológicos, biológicos e sociais⁵⁰.

A sexualidade é mais abrangente e se refere a uma das dimensões do indivíduo e não apenas ao seu potencial erógeno, são comportamentos que incluem flerte, formas de estar, vestir-se, andar, estar com as pessoas afins. É uma forma de expressão pessoal, não tem momento para começar nem para terminar. Portanto, não tem início na adolescência e, muito menos desaparece com a menopausa, como faz crer a representação social, embasada por um olhar biologizante de genitalização do processo⁵¹.

É importante enfatizar que a sexualidade não é fixa, que seus significados e os conteúdos a ela atribuídos podem variar, não somente ao longo da história de uma sociedade para outra e entre diferentes grupos sociais na sociedade, como também ao longo da vida dos indivíduos. A análise de vida sexual remete ao impulso biológico, a incitação do discurso e das práticas, e a regulamentação social é orientada pelas convenções pré-estabelecidas⁵².

As mudanças fisiológicas e biológicas que ocorrem com o decorrer do tempo, tanto no sexo feminino quanto no masculino, podem gerar influências no exercício da sexualidade, no entanto se o idoso tiver em bom estado de saúde, não haverá impedimento para que o mesmo mantenha atividade sexual⁵, algumas doenças podem influenciar na vida sexual, mas não necessariamente será fator que impeça a prática do sexo⁵³. Alguns fatores podem influenciar negativamente no exercício da sexualidade dos idosos: cultura da assexualidade, doenças crônicas, trajetória da vida sexual, ausência de um companheiro, mudanças corporais, religião, dentre outros^{5, 48, 54, 55}.

Estudo realizado em um centro de saúde, na cidade de Madri/Espanha, com 162 mulheres idosas, as enfermidades e os tratamentos mais frequentes encontrados pelas mulheres foram: hipertensão arterial, reumatismo, diabetes, cardiopatia isquêmica, câncer. Da amostra, 68 eram viúvas, 58 casadas, 25 solteiras e seis divorciadas. Das entrevistadas, 34 referiram ter relação sexual e 38 manter desejo sexual. Os motivos assinalados para as relações sexuais são: desejo do parceiro; obrigação conjugal; costume do ato; desejo próprio e de ambos⁵⁶.

Em 2008, pesquisa na cidade do Recife-PE com 245 idosos que objetivou investigar a satisfação sexual de homens idosos cadastrados no Programa Saúde da Família – PSF, atual Estratégia Saúde da Família, com idade 60 a 95 anos. Nesse estudo, as condições de saúde do idoso ou da parceira foram apontadas como um dos fatores que mais interferem na vida sexual, os que tinham parceiras apresentaram maior satisfação no sexo⁵⁷. Cerca de 73% afirmaram que permaneciam sexualmente ativos, destes 1,6% dos referiram uso de medicamentos para melhorar as relações sexuais. Mesmo nos idosos que não mantinham relações sexuais, o interesse pelo sexo continuava, e quando a prática sexual inexistia estava relacionada às limitações corporais, ausência de parceiro, falta de privacidade, de apoio social e familiar, mas o interesse e os pensamentos relativos ao ato sexual eram conservados⁵⁷.

2.6 Interface da educação em saúde e da Enfermagem no exercício da sexualidade dos idosos

A educação em saúde é uma estratégia em que o enfermeiro cria espaços discursivos quanto aos aspectos relevantes da sexualidade⁵⁸, é uma prática social, devendo ser centralizada na problematização do cotidiano e na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais⁵⁹. A prática dialógica da enfermagem, no contexto da educação em saúde, constitui um discurso transformador, mediado pela participação do sujeito de forma ativa, crítica e questionadora e não por uma participação por extensão, estando contrária ao modelo verticalizado, em que não há troca de informações, de saberes e práticas, perpetuando o discurso de imposição⁶⁰.

O enfermeiro possui papel essencial nas discussões que envolvem a temática da sexualidade, seja no idoso ou não, é um profissional que contribui para o processo educativo pela execução de estratégias que possibilitam a desmistificação de tabus quando o assunto envolve a sexualidade dos mais envelhecidos. Neste contexto, a educação em saúde permite que de forma dialógica, educador e educando discutam e compartilhem conhecimentos sobre a temática.

A participação de grupos de idosos no reconhecimento de suas expectativas assistenciais e, conseqüentemente, de suas necessidades de saúde, possibilita maiores chances de êxito nas ações profissionais voltadas a essa clientela, essas atividades devem ser mais participativas com a inclusão dos sujeitos e considerando seus hábitos e

valores⁶¹. A inclusão do idoso nas decisões pode ser o caminho para se efetivar a humanização na atenção à saúde, não contrariando a liberdade do mesmo, fazendo-o participante ativo por meio de experiências com o mundo assistencial⁶¹.

Na metodologia de Paulo Freire, a educação fundamenta-se na reflexão da realidade do educando, na perspectiva de transformá-la, mas considerando a autonomia do sujeito e o reconhecendo como um ser de valores e de liberdade, da qual deve atuar de forma crítica e participativa na sua realidade⁶². Nas ações educativas, a escuta qualificada na narração de um fato pelo sujeito permite a modificação por meio da transformação de uma situação, aprender a ouvir é uma habilidade fundamental na educação em saúde e na atuação do enfermeiro⁶³.

A prática educativa como parte do cuidado de enfermagem, sendo entendida em sua forma ampliada, pode ocorrer em momentos planejados e formais, como em conversas cotidianas. Essas práticas devem buscar o compartilhamento orientadas pela interdisciplinaridade, autonomia e cidadania⁶⁴. As ações de educação em saúde permitem a implantação de estratégias realizadas pelos enfermeiros para educação sexual, envolvendo não apenas os idosos, como também os jovens, considerando que a saúde sexual deve ser iniciada e debatida na família, escola e sociedade.

Freire⁶⁵ observa que educar não é transferir conhecimento, mas a conscientização e o testemunho de vida, se não oposto a isso, não terá efeito. A autonomia, a dignidade dos sujeitos deve ser considerada, caso contrário, o processo educativo não terá sucesso. Nesse cenário, considerar as ações educativas na temática da sexualidade do idoso é ferramenta importante nesse processo, visto que essas ações estão voltadas em grande escala para o público jovem, desconsiderando que mesmo com a diminuição das práticas sexuais durante o envelhecimento, a sexualidade se mantém durante a vida do indivíduo.

3 Capítulo 2 - Métodos

Neste capítulo está descrita a metodologia utilizada nos dois artigos: Fatores que interferem na sexualidade dos idosos: uma revisão integrativa e Exercício da sexualidade em pessoas idosas e fatores associados

3.1 Primeiro artigo: Fatores que interferem na sexualidade dos idosos: uma revisão integrativa.

3.1.2 Tipo de estudo

Trata-se de revisão integrativa, cuja finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado⁶⁶. Esse método científico constitui a Prática Baseada em Evidência – PBE, a qual permite a utilização de resultados para a prática clínica.

A Enfermagem baseada em evidências é caracterizada pela tomada de decisões do profissional ocasionada pela aplicabilidade de informações válidas, testadas e baseadas em pesquisas⁶⁷. Uma das finalidades da PBE é encorajar a utilização de resultados experimentados e avaliados em pesquisas na assistência prestada à saúde em seus níveis de atuação, reforçando a importância da pesquisa para a prática profissional⁶⁶.

3.1.2 Etapas percorridas para elaboração da revisão integrativa

Para elaboração da presente revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa; seleção dos artigos e estabelecimento dos critérios de inclusão; obtenção dos artigos que constituíram a amostra; avaliação dos artigos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁶⁸. Para a primeira etapa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas publicadas nos últimos seis anos que abordam os fatores que interferem na sexualidade dos idosos?

A segunda etapa constituiu-se na busca dos artigos, esta ocorreu em pares, por autores do presente estudo, em outubro de 2011, de forma *on-line*, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): sexualidade e idoso/ sexuality and aged/ sexualidad y anciano. As bases de dados eletrônicas empregadas para seleção dos

artigos foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Cidades Saudáveis (CIDSAÚDE) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: ser artigo original; ter sido publicado entre os anos de 2006 até o mês de outubro de 2011; responder à questão norteadora e estar nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os trabalhos que envolviam idosos e adultos na publicação e estudos que consideravam idosos com idade inferior a 60 anos.

A terceira etapa teve como objetivo a avaliação da qualidade metodológica dos artigos posteriormente à seleção dos artigos, os mesmos foram submetidos a dois instrumentos, por dois autores de forma separada: o primeiro instrumento foi adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme – CASP* (anexo C), esse instrumento possui 10 itens que são pontuados, incluindo: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra, 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados e 10) contribuições e limitações da pesquisa.

Ao final do instrumento, o estudo foi classificado em nível A (06 a 10 pontos), significando possuir boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 05 pontos), indicando qualidade metodológica satisfatória, porém com tendência a viés. No presente estudo, optou-se pela utilização dos artigos classificados no nível A.

O segundo instrumento foi o critério de Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos (anexo D), sendo considerados os estudos nos seguintes níveis: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaio clínico sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo⁶⁹.

Após aplicação dos instrumentos, foi realizada leitura breve dos títulos e resumos para posterior seleção dos artigos que atendessem aos critérios de inclusão adotados. Na quarta etapa, os artigos foram lidos crítica e exaustivamente, sendo separados em três eixos temáticos que convergiam pela similaridade dos seus

resultados, são eles: aspectos socioculturais, aspectos fisiológicos e aspectos da condição de saúde.

3.2 Segundo artigo: Exercício da sexualidade em pessoas idosas e fatores associados

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa que objetivou analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas. Os estudos transversais produzem ‘instantâneos’ da situação de saúde de uma população ou comunidade, utiliza-se de amostras representativas, tratando-se de estudo, no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico⁷⁰. Os estudos quantitativos são caracterizados por um delineamento da realidade, ao mesmo tempo em que descreve, registra, analisa e interpreta processos ou fenômenos da natureza⁷¹.

3.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta a Terceira Idade – UnATI que tem por finalidade a promoção de ações para melhoria da qualidade de vida e inclusão social de pessoas idosas, mediante realização de cursos de extensão. A UnATI foi implantada em agosto de 1996, sendo regulamentada e subordinada ao Programa do Idoso – PROIDOSO da Pró-Reitoria de Extensão da UFPE, por Portaria Normativa nº 01 – B.O. UFPE, de 17 de janeiro de 2002³⁹.

3.2.3 População do estudo

Fizeram parte do estudo os idosos regularmente matriculados nos 26 cursos oferecidos na UnATI/UFPE durante o primeiro semestre de 2012, correspondendo a um total de 605 idosos, destes, 576 eram mulheres e 29 homens. No período considerado para investigação, foram ofertados na UnATI/UFPE 23 cursos, ministrados uma vez por semana e listados a seguir: psicologia e família, laboratório da memória, desconstrução da velhice, psicoenvelhecer, construindo a saúde, nutrição e envelhecimento, ioga (seis turmas), iniciação à língua portuguesa, alfabetização, espanhol, inglês, italiano (duas turmas), pedraria (duas turmas), pintura em tela (duas turmas), pintura em tecido, tapeçaria, xadrez, bainha aberta, crochê, origami, bordado em fitas, renascência e tricô.

3.2.4 Seleção da amostra

Para seleção dos idosos, foi empregada a técnica de amostragem estratificada proporcional. Nela, as subamostras mantêm tamanhos proporcionais aos respectivos números dos estratos e guardam a proporcionalidade com respeito à variabilidade de cada estrato ⁷².

O plano amostral estratificado permite estimativas mais precisas, além de produzir conclusões para as subpopulações assumidas nos estratos, apresentando como vantagens à facilidade de execução, além de ser menos sujeita a viéses de seleção, permitindo menor variância dos dados em relação a uma alocação aleatória simples, o que torna seu poder estatístico melhor ^{72, 73}. A amostra do estudo foi calculada por meio da equação:

$$n = \frac{z^2 pq N}{d^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

Em que:

N = número de idosos regularmente matriculados (N = 605)

p = prevalência esperada de idosos sexualmente ativos (0,5)

q = prevalência esperada de idosos sexualmente inativos (1 – 0,5)

d = Margem de erro (0,05)

z = 1,96 (abscissa da distribuição normal padrão, considerando o nível de 95%)

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a equação de proporção para população finita, considerando o número de idosos regularmente matriculados no semestre de 2012.1 (N = 605), prevalência esperada de idosos sexualmente ativos (p = 0,5) e margem de erro (d = 0,05), correspondendo o tamanho da amostra a 235 idosos, destes, 224 eram sexo feminino e 11 do sexo masculino, sendo empregada a razão de 2.6.

3.2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Ter idade equivalente ou superior a 60 anos, condição que define pessoa idosa, segundo a PNI – Lei nº 8.842/94 art. 2º³.
- Estar inscrito regularmente nos cursos da UnATI/UFPE, no primeiro semestre de 2012;

Foram excluídos os idosos que apresentaram comprometimento de comunicação e/ou cognição que interferisse na coleta de dados durante a realização das entrevistas.

3.2.6 Variáveis do estudo

3.2.6.1 - Variável dependente

Exercício da sexualidade - investigado nos seguintes aspectos: concepção sobre sexualidade, pensamento sobre sexo; o que faz quando tem desejo por sexo, atividade sexual e autoerotização.

A concepção sobre sexualidade, abordada durante a entrevista como questão aberta (apêndice A item 18) foi categorizada em:

1. Sexualidade não é somente sexo (n=10)
2. Envolve sentimentos e carícias entre casal (n=7)
3. Faz parte da vida; promove felicidade para o idoso/casal (n=31)
4. Sexualidade é ter sexo (n=138)
5. Prazer/desejo do ato sexual (n=10)
6. Necessidade do corpo (n=10)

Para fins de análise estatística, as categorias encontradas foram organizadas em dois blocos, a partir dos achados da literatura especializada em: percepção da sexualidade sob uma concepção holística (1;2;3) e baseada na genitalidade (4;5;6;7).

Na visão holística, a sexualidade é entendida na expressão e vivência do *ser mulher* e do *ser homem*, não apenas pelo ato sexual, marcada pelo amor, carinho e pela doação com valorização de sentimentos, como: companheirismo, cumplicidade, abraço, carícias e beijos. A sexualidade faz parte da vida do ser humano, estando presente em todas as fases de desenvolvimento, desde o nascimento até a morte^{8, 15,55,74}.

Na visão baseada na genitalidade, a sexualidade está relacionada ao ato sexual, reduzida ao órgão genital, ao coito. Quando o significado da sexualidade infere apenas ter relação sexual, implica na concepção de que o idoso ao deixar de ter relação sexual, se torna assexuado^{8, 47, 53, 74}.

Os demais aspectos relacionados ao exercício da sexualidade foram representados por questões fechadas e as respostas identificadas como (1) sim, (2) não e (3) não respondeu.

3.2.6.2 Variáveis independentes

Sociodemográficas

- Sexo: categorizado em masculino e feminino;
- Idade: em anos completos, agrupados por faixa etária - 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais;
- Situação conjugal: casado ou mora com companheiro, solteiro, viúvo, separado ou divorciado.
- Escolaridade: categorizada em anos de estudo; nenhum, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais de estudo.
- Religião.

Condições de saúde

- Saúde autopercebida: percepção da própria saúde que para fins de análise neste estudo foi dicotomizada em: excelente, boa, regular, ruim e péssima.
- Morbidade com diagnóstico médico para as seguintes enfermidades: hipertensão, diabetes, artrite/artrose, acidente vascular cerebral, osteoporose, doença pulmonar e tumor e outras. Seleccionadas a partir do estudo de Lebrão e Laurenti⁷⁵ (Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE, coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde).
- Prática de atividade física – considerada como atividade executada no mínimo três vezes por semana e com duração não inferior a 30 minutos por seção.
- Imagem corporal autopercebida obtida a partir da aplicação do questionário de Silhueta de Stunkard, Sorensen e Schulsinger^{76,77} (anexo B). Este questionário representa o reconhecimento da autoimagem corporal em uma escala que vai da

magreza (silhueta 01) até a obesidade severa (silhueta 09). O procedimento consiste na identificação da silhueta mais semelhante à própria aparência corporal real e da silhueta que o respondente atribui ser mais semelhante à aparência corporal ideal para própria idade. Para a interpretação, subtraiu-se a pontuação da imagem corporal real da pontuação da imagem corporal ideal. O resultado equivalente à zero significa satisfação com a própria imagem. O resultado com pontuação positiva indica insatisfação por excesso de peso, e o resultado com pontuação negativa sinaliza a insatisfação por magreza.



3.2.7 Coleta de dados

Para coleta, utilizou-se a entrevista técnica, em que o investigador se apresenta frente a frente ao investigado e formula perguntas, com objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação ⁷¹. A atividade ocorreu de 05 de maio a 22 de junho de 2012, em ambiente confortável, adequado e reservado, favorecendo a privacidade do entrevistado, com anuência do coordenador do Programa (anexo D).

Além da pesquisadora responsável, participaram das entrevistas cinco alunas de graduação do curso de Enfermagem da UFPE, as quais foram orientadas em relação à temática - sexualidade da pessoa idosa, por meio de encontros de leitura e discussão, além de treinadas quanto à técnica de entrevista e aplicação do formulário, com simulação da atividade, objetivando minimizar erros, viabilizar observações e correções por parte da pesquisadora responsável.

Antes da aplicação do formulário semiestruturado (apêndice A), foi realizado pré-teste com 10 idosos, a fim de avaliar possíveis falhas e inconsistência do instrumento. O que se deseja no pré-teste é maximizar a confiabilidade e a validade do

formulário construído em relação aos objetivos propostos para o estudo ⁷⁸. Após aplicação do pré-teste, foram reformuladas três questões, sem modificar o contexto das perguntas, obtendo êxito nas entrevistas posteriores.

Os dados foram digitados em dupla entrada. O programa de gerenciamento compara os dois valores entrados para cada variável e apresenta a lista dos valores que não foram correspondentes ⁷⁸. Foram encontrados dez valores diferenciados, os quais foram corrigidos, permitindo formulários sem erros para análise estatística.

3.2.8 Análise dos dados

A entrada dos dados ocorreu pelo programa Epi Info 3.5.2, com posterior transferência para fins de análise estatística para o programa R versão 2.15. Primeiramente, realizou-se estatística descritiva estratificada por sexo, caracterizando a amostra segundo as variáveis investigadas; posteriormente, realizada correlação bivariada pelo coeficiente de Spearman, quando uma das variáveis era binária e utilizando-se o coeficiente de Kendall para variáveis categóricas.

Para análise multivariada, foi empregada a regressão linear generalizada, em que em cada um dos parâmetros estimados, realizou-se o teste t de Student, adotando-se o valor de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula. No modelo, foram incluídas as variáveis independentes que tiveram nível significância menor ou igual a 0,2 ($p \leq 0,20$), na análise bivariada.

3.2.9 Considerações éticas

Obedecendo às exigências éticas e científicas da Resolução 196/96 que dispõe sobre as pesquisas que envolvem seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UFPE e aprovado, conforme CAAE nº 01651112.5.0000.5208.

Anteriormente à coleta de dados, os idosos que aceitaram em participar da pesquisa foram esclarecidos sobre riscos de constrangimento durante a realização da entrevista. Após os esclarecimentos, o pesquisador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (apêndice C), do qual contemplou de forma clara e compreensível ao idoso sobre os objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios. Ao final da coleta, os participantes receberam um folder educativo sobre

sexualidade na terceira idade (apêndice D). O pesquisador responsável garantiu a confidencialidade dos entrevistados e de manter por cinco anos os TCLE e as entrevistas, conforme Termo de Responsabilidade (apêndice E).

4 Capítulo 3 – Resultados

4.1 Revisão Integrativa da Literatura

Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa

Danielle Lopes de Alencar

Ana Paula de Oliveira Marques

Márcia Carréra de Campos Leal

Júlia de Cássia Miguel Vieira

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas que abordam os fatores que interferem na sexualidade de idosos. A busca ocorreu em pares, de forma *on-line*, sendo incluídos artigos originais que estivessem na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e respondessem ao objetivo do estudo e com publicação no período de 2006 a outubro de 2011. Teve por Base de dados: MEDLINE, LILACS, CUIDSAÚDE e BDENF, sendo utilizados como descritores: sexualidade e idoso/ sexuality and aged/ sexualidad y anciano. Os artigos selecionados foram avaliados quanto à qualidade metodológica por meio de dois instrumentos: CASP e a Classificação Hierárquica das evidências. Após análise, 15 artigos foram incluídos na revisão, os quais discutem a cultura da assexualidade do idoso, prevalecendo a vivência da sexualidade apenas aos mais jovens. A ausência do parceiro devido à viuvez, valorização do padrão da beleza jovem, ocorrência de doenças, uso de medicamentos e mudanças na fisiologia sexual foram identificadas como fatores importantes que influenciam na sexualidade dos mais velhos. Conclui-se que fatores sociais, culturais, mudanças na fisiologia corporal e a ocorrência de doenças interferem na sexualidade dos idosos, fazendo-se necessária atuação do profissional de enfermagem na desmistificação de mitos e promovendo orientações por meio de atividades educativas.

Descritores: Sexualidade; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific evidences approaching the factors that influence the sexuality of elderly people. This was an online search carried out in pairs, including

original articles in Portuguese, English or Spanish language, which answered the purpose of the study, and were published from 2006 to October 2011. We used the MEDLINE, LILACS, CILSAÚDE and BDNF databases, with the following descriptors: *sexualidade e idoso*/ sexuality and aged/ *sexualidad y anciano*. The selected articles were assessed for methodological quality by two instruments: CASP and Hierarchical Classification of Evidence. After analysis, 15 articles were included in the review, which discuss the culture of elderly people's asexuality, with only the prevalence of younger people's sexual experiences. As important factors that influence the sexuality of elderly people, we identified the absence of the partner due to widowhood, appreciation of the young beauty standard, diseases occurrence, medication use, and changes in sexual physiology. We conclude that social and cultural factors, changes in body physiology, and diseases occurrence interfere with sexuality of elderly people, making it necessary the performance of nursing professionals in debunking myths and promoting guidelines through educational activities.

Descriptors: Sexuality; Aged; Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano constitui um processo que, no plano individual, implica trajetórias de vida e, no plano coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural¹. A velhice, enquanto etapa da vida, na concepção de muitos, ainda, é marcada como sinônimo de incapacidades, seja de ordem física ou mental, tornando os idosos improdutivos no campo econômico e social². A abordagem no processo de envelhecimento engloba vários aspectos, na perspectiva do desenvolvimento humano, com enfoque biológico e psicológico, nas questões socioeconômicas e na abordagem cultural, que realça os estereótipos e as percepções dos mesmos e dos outros ao seu respeito².

A sexualidade quando relacionada ao envelhecimento traduz mitos e tabus, resultando na concepção de idosos são pessoas assexuadas³. A sexualidade do idoso deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, devendo ser considerado o seu sentido holístico. Sendo, portanto, não somente fator biológico, como também biopsicossociocultural⁴.

Face ao aumento contínuo da população idosa e da necessidade de cuidados que visualizem a promoção da qualidade de vida dessa população, são necessários estudos na área do envelhecimento, que abordem não apenas o aparecimento das doenças, como também temáticas que considerem o idoso em toda sua identidade humana, incluindo a sua sexualidade.

A investigação sobre os fatores que interferem na vivência da sexualidade dos idosos, sem estigmas e repreensões, comuns nessa faixa etária, deve ser estimulada no campo científico e nos espaços sociais, tendo por atores do processo educativo os profissionais de saúde, dentre estes o enfermeiro. Portanto, o estudo objetivou analisar as evidências científicas dos últimos seis anos que retratam os fatores que interferem na sexualidade dos idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa, cuja finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado⁵. Esse método científico constitui a Prática Baseada em Evidência – PBE, a qual permite a utilização de resultados para prática clínica.

A Enfermagem baseada em evidências é caracterizada pela tomada de decisões do profissional ocasionada pela aplicabilidade de informações válidas, testadas e baseadas em pesquisas⁶. Uma das finalidades da PBE é encorajar a utilização de resultados experimentados e avaliados em pesquisas na assistência prestada à saúde em seus níveis de atuação, reforçando a importância da pesquisa para prática profissional⁶.

Para elaboração da presente revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa; seleção dos artigos e estabelecimento dos critérios de inclusão; obtenção dos artigos que constituíram a amostra; avaliação dos artigos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa⁷. Para a primeira etapa elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas publicadas nos últimos seis anos que abordam os fatores que interferem na sexualidade dos idosos?

A segunda etapa constituiu-se na busca dos artigos, esta ocorreu em pares, em outubro de 2011, de forma *on-line*, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): sexualidade e idoso/ sexuality and aged/ sexualidad y anciano. As bases de

dados eletrônicas empregadas para seleção dos artigos foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Cidades Saudáveis (CIDSAÚDE) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: ser artigo original; ter sido publicado entre os anos de 2006 até o mês de outubro de 2011; responder à questão norteadora; e estar nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos os trabalhos que envolviam idosos e adultos na publicação e estudos que consideravam idosos com idade inferior a 60 anos.

A terceira etapa teve como objetivo a avaliação da qualidade metodológica dos artigos posteriormente à seleção dos artigos, os mesmos foram submetidos a dois instrumentos, por dois autores, de forma separada: o primeiro instrumento foi adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme – CASP* (Anexo C), esse instrumento possui 10 itens que são pontuados, incluindo: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra, 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados e 10) contribuições e limitações da pesquisa.

Ao final do instrumento, o estudo foi classificado em nível A (06 a 10 pontos), significando possuir boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 05 pontos), indicando qualidade metodológica satisfatória, porém com tendência a viés. No presente estudo optou-se pela utilização dos artigos classificados no nível A.

O segundo instrumento foi o critério de Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos⁸ (Anexo D), sendo considerados os estudos nos seguintes níveis: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaio clínico sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo.

Após aplicação dos instrumentos, foi realizada leitura breve dos títulos e resumos para posterior seleção dos artigos que atendessem aos critérios de inclusão adotados. Na quarta etapa, os artigos foram lidos crítica e exaustivamente, sendo

separados em três eixos temáticos que convergiam pela similaridade dos seus resultados, são eles: aspectos socioculturais, mudança fisiológica e condição de saúde.

RESULTADOS

Realizada a busca, conforme os critérios estabelecidos, a amostra foi representada por 16 artigos, a seleção e exclusão de acordo com cada base de dados estão representados no Quadro 1. Após aplicação do instrumento da CASP, um artigo foi excluído por estar evidenciado no nível B, sendo a amostra reduzida para 15 artigos.

Na MEDLINE, foram publicados 692, destes, 65 estavam entre os anos de publicação de 2006 a 2011. Foram excluídos 61, sendo a amostra representada por quatro artigos, todos na língua inglesa. Na LILACS, 135 foram publicados, contudo apenas 28 estavam no ano delimitado, posteriormente, 18 foram excluídos e nove permaneceram na amostra, destes, cinco na língua portuguesa e quatro na língua espanhola, dois destes artigos também foram encontrados na BDENF, reduzindo a amostra para sete.

Na CIDSÁUDE, dois artigos foram encontrados e somente um foi incluído na amostra, o qual pertence à língua espanhola. Na base de dados BDENF, foram encontradas cinco referências, mas apenas três artigos respeitavam aos critérios de inclusão. Todos pertencem à língua portuguesa.

O Quadro 2 detalha os artigos, conforme título/autoria/objetivo/resultados/ano de publicação. Dos estudos da presente revisão, oito artigos utilizaram o desenho metodológico quantitativo e sete a pesquisa qualitativa. Quanto à autoria, oito foram realizados por enfermeiros, seis por médicos e um por uma fisioterapeuta.

Apenas um artigo trouxe a discussão da educação em saúde como mediadora no processo da sexualidade dos idosos, entretanto todos relatam a importância da atuação profissional no aconselhamento ou na visão do profissional na temática da sexualidade ao tratarem pacientes idosos, seja na atenção básica ou hospitalar.

Quanto ao nível de evidência, cinco artigos se encontram no nível 6, tendo apenas um, no nível 3. Na coleta de dados, utilizaram o método da entrevista semiestruturada, grupo focal, observação participante, questionário Quociente Sexual –

versão feminina, questionário de satisfação sexual (GRISS), inventário de saúde sexual masculino, índice de cinco itens internacionais de disfunção erétil (IIEF-5). Para organização dos dados, encontrou-se a utilização da análise estatística descritiva, Discurso do Sujeito Coletivo- DSC, análise temática, análise do discurso.

DISCUSSÃO

ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

A influência da cultura sobre a assexualidade dos idosos encontra-se discutida em alguns artigos ^{9,10,11}, preconceitos e tabus estão presentes quando os sujeitos pertencem à faixa etária dos 60 anos ^{9,11}. A percepção que a sociedade tem acerca da prática sexual na terceira idade ainda transcorre com os moldes que a pessoa quando alcança a fase da velhice deixa de ser sexual, adotando a assexualidade.

O significado da sexualidade se reduz, em sua maioria, ao órgão genital e ao coito, reduzindo-o para a atividade sexual. Nessa fase da vida, a ausência do companheiro fixo delimita para alguns idosos como o fim das práticas sexuais ^{4,9,11}.

A sexualidade não é expressa somente pelo ato sexual¹⁰ e o sexo nem sempre significa penetração, é preciso separar a genitalidade da sexualidade ³. À medida que o corpo não responde mais ao desejo, as adaptações sexuais se tornam necessárias e ajudam na expressão da sexualidade em idosos ¹⁰.

Ao considerar a sexualidade em sua denominação, deve-se compreender e esclarecer aos idosos que mesmo na ausência de parceiro, a busca pelo prazer pode ser obtida por outras formas e que sua identidade sexual não se estabelece pela presença do outro.

Os fatores que podem interferir na expressão da sexualidade ou no ato sexual transcorrem pelos aspectos individuais, fisiológicos e sociais, e apesar das limitações que podem ocorrer na velhice, a satisfação sexual ainda pode permanecer¹². As dificuldades na aceitação da sexualidade nessa fase podem advir tanto pela ausência de informação como na conceituação que a sexualidade esteja restrita a genitalidade, concepção essa que existe entre os idosos e sociedade¹¹.

Em uma atividade educativa realizada com 25 idosos, percebeu-se a necessidade de programas de educação sexual que visem à sensibilização quanto às questões sobre o tema e construções de novos conceitos que ainda permeiam sobre a assexualidade na

velhice, tendo por público alvo não somente pessoas idosas, como também os não idosos¹³.

Faz-se necessário que esse processo educativo tenha espaço em diversos momentos durante a atuação profissional, seja na atenção básica ou hospitalar, permitindo de fato o início nas mudanças sociais e pessoais quanto à sexualidade dos idosos.

O julgamento e a vigilância que a sociedade mantém sobre a pessoa idosa faz com que a mesma se sinta inibida a expressar com naturalidade sua identidade sexual¹⁶. Isso faz com que o mesmo assimile esses reflexos como verdade, levando a privações pessoais, passando a adotar comportamento de acordo com as expectativas sociais¹¹.

O modelo de educação dos antepassados unidos ao atual envolvem regras repressoras, e mesmo quando os idosos se sentem repreendidos quanto a sua sexualidade, a maioria discursa que seus desejos e vontades ainda continuam e que desejam vivenciá-los, mesmo com as mudanças fisiológicas ocorridas^{3,9,10,12,15,17}. O preconceito do sexo na velhice é adotado por se acreditar que a fase de vivenciar a sexualidade está condicionada à idade dos mais jovens⁹.

Em um Grupo da Terceira Idade, com a participação de 15 idosas, identificou-se a continuidade pelo interesse sexual entre todas as entrevistadas e quando a relação sexual estava ausente, o namoro e o companheirismo foram indicados como substitutos do sexo. Outro aspecto considerado pelas idosas refere-se à beleza corporal, ligada à juventude e devido à idade não se sentem atraentes para terem relação sexual³.

O sentimento da feminilidade ou de não mais se sentirem atraentes devido às mudanças físicas devido ao envelhecimento, retrata o declínio da função sexual, principalmente pelas idosas¹⁰. Corroborando, estudos^{3,18} demonstram a concepção errônea de que no climatério e na menopausa a sexualidade se exaure e isso se relaciona ao conceito de que a atração somente ocorre com a beleza da juventude e vigor físico.

A presença fixa do parceiro sexual é relatada como aspecto positivo para continuidade das relações sexuais, e isso contribui favoravelmente para abstinência sexual das mulheres, visto que as mesmas estão mais propensas à viuvez. Enquanto que nos homens a reação ocorre de forma diferente, parte dos idosos procuram outras companheiras, em sua maioria jovens, para continuarem as relações sexuais^{3,4,15,17}.

Quando existe o parceiro sexual, o desejo de manter as atividades sexuais ocorreu em 75% dos idosos, em uma totalidade de 162 participantes, quando ocorre a

ausência desse parceiro fixo, observa-se declínio significativo das relações sexuais, em que apenas 14,3% referem manter o desejo sexual ^{15,17}.

MUDANÇA FISIOLÓGICA

As mudanças fisiológicas que são esperadas no processo do envelhecimento podem influenciar na resposta sexual dos idosos, seja no sexo masculino ou feminino ^{9,10,19}. As transformações na fisiologia sexual masculina embora não ocorram de forma uniforme entre todos os homens, caracterizam-se quanto aos aspectos: ereção mais flácida, sendo necessário mais tempo para alcançar o orgasmo; ereções involuntárias noturnas diminuem; ejaculação retardada e redução do líquido pré-ejaculatório ¹⁹.

Na fisiologia feminina, as alterações se iniciam na fase da menopausa, com a diminuição dos hormônios pelos ovários; a pele tende a ficar mais fina e seca; a lubrificação vaginal diminui, podendo ocorrer a dispareunia; o orgasmo fica em menor duração devido às contrações vaginais estarem mais fracas e em menor número ¹⁰.

A autoerotização pode ser uma prática quando não há existência de um parceiro sexual. O sexo vaginal deixa de ser a principal fonte de prazer e o erotismo apresenta-se mais difuso, passando a se manifestar por outras formas de estimulação e outras zonas erógenas ^{9,10,14}.

Em estudo ¹⁸ realizado com 36 participantes, verificou-se que 10 idosos preferiam carícias, quatro carícias e beijos, quatro praticavam a masturbação para alcançarem a satisfação sexual, e na totalidade nenhum dos idosos relataram o ato sexual como fonte de prazer. Como zona erógena, (8) mencionaram a cabeça, seguida de boca e pescoço (6), mamilos, peito e genitais (2), como zona secundária, rosto (7), mamilos (5) peito (4), genitais (30), boca (2), pescoço e nuca (1).

Em outro estudo com 125 idosos, a prática da masturbação esteve presente tanto em homens como em mulheres, apesar de ser mais prevalente entre os homens (67,1%), enquanto que mulheres (13,4%) praticam a masturbação como fonte de prazer e para alívio das tensões ¹⁴.

As idosas preferem carícias, beijos e toques com manipulação do corpo e partes íntimas e não necessariamente o ato do coito para obter prazer. Na fase da velhice, as mudanças ocorridas na função sexual levam esses idosos a expressarem a relação sexual em outros meios que não sejam necessariamente o coito ¹⁶. As carícias e o toque desempenham papel fundamental no exercício da sexualidade, por isso descobrir o poder do carinho, do beijo, da fala pode diferenciar a vivência do sexo ³.

CONDIÇÃO DE SAÚDE

A presença de enfermidade, tanto no parceiro como no próprio idoso, foi fator envolvido para ausência ou diminuição da prática sexual, principalmente quando a doença ocorre no homem, pois comumente afetam a potência masculina^{4,13,15,17,20,21,22,23}.

Estudo¹⁹ que objetivou determinar a prevalência da Disfunção Erétil (DE), por meio do inventário de saúde sexual, tendo por casuística 124 idosos que se submeteram ao procedimento de angiografia coronária, identificou 31,3% de ausência da atividade sexual entre os homens com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC). Na avaliação dos idosos sexualmente ativos, a disfunção sexual foi mais prevalente entre os que tinham DAC (85,7%), em relação aos que não apresentavam DAC (72,7%).

Analizando a influência da incontinência urinária de urgência sobre a sexualidade de 60 pacientes com idade média de 65 anos, acompanhados por 24 semanas, Ruiz et al.²⁰ verificam a relação entre a presença de incontinência urinária e a recusa para a prática sexual nestes pacientes, os quais relatam que a perda da urina durante o ato sexual influencia a diminuição ou ausência da prática sexual. É necessário avaliar o impacto da patologia sobre a sexualidade desses pacientes, já que estão mais propensos a problemas emocionais e de isolamento social.

Em estudo que explorou as experiências de 22 pacientes com diagnóstico e tratamento para câncer de bexiga, foram relatados especificamente as mudanças na função e imagem corporal, as relações sexuais e a intimidade como desafios para estes pacientes devido ao processo cirúrgico²¹. O diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata foram representativos na interferência da potência sexual masculina²².

No estudo de Pérez e Chavéz¹⁴, o interesse pelo sexo e pela atividade sexual ocorre em 75% dos homens e 69% das mulheres, com frequência que varia de uma vez por semana ou mais. Os distúrbios na função sexual encontrados são: hábitos de tabagismo (47,7%), lesões de nervos periféricos causados por diabetes mellitus (35,3%), depressão e uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que além das modificações fisiológicas que o corpo apresenta com o decorrer dos anos e que podem interferir na prática sexual, a cultura da assexualidade e o preconceito social com os mais velhos favorecem a construção do

estereótipo que a sexualidade está designada aos mais jovens, repreendendo em idosos desejos e vontades no campo sexual.

A revisão integrativa permitiu visualizar por meio dos 15 estudos os fatores que interferem na sexualidade do idoso, remetendo à importância da atuação dos profissionais da saúde na educação sexual dos mais velhos, a fim de contribuir, por meio de atividades educativas, para desmistificação que permeia o exercício da sexualidade da população idosa.

A educação em saúde vem a ser a estratégia na construção de conceitos que visualizem o idoso como indivíduo livre para vivenciar sua sexualidade desprendida de mitos e preconceitos que se solidificaram socialmente, sendo necessário considerar que essas ações educativas devem envolver idosos e não idosos, pois o envelhecimento é inerente ao ser humano e questões sobre a sexualidade precisam ser discutidas no percurso de todas as etapas da vida.

Portanto, a sexualidade permanece em construção ao longo da trajetória do ser humano, e frente a este processo, destaca-se o papel do enfermeiro como educador, inserindo a educação em saúde nos espaços de atuação profissional, no que se refere à educação sexual.

Referências:

1. Fernandes MGM, Garcia LG. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. Comunicação, saúde, educação [periódico na internet]. 2010 [acessado em 2011 out 10];14(35):879-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400013
2. Almeida LA, Patriota LM. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das cidades-Campina Grande. Qualitas[periódico na internet]. 2009[acessado em 2011 out 10];8(1):1-20. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/397/274>
3. Coelho DNP, Danter DV, Santana RF, Santo FHE. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. Rev Rene [periódico na internet]. 2010 out/dez [acessado em 2011 out 10];11(4):163-173. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/443>
4. Lyra DGP, Jesus MCP. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. Nursing (São Paulo) 2007;9(104)23-40.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto

enferm[periódico na internet].2008 Out/dez [acessado em 2011 out 10]; 17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext

6. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem Baseada em evidências. Poro Alegre: Artmed, 2010.

7. Beya S, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J 1998;67(4): 877-80.

8. Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. Am J Nurs. 2010;110(5):41-7.

9. Linhares FMP, Pottes AF, Araújo EC, Menezes EP, Siqueira KA. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao idoso em Recife, Brasil. Rev. enferm. hereditaria.2008; 1(2):93-103.

10. Grandim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. Cogitare enferm[periódico na internet]. 2007 Abr/Jun[acessado em 2011 out 10];12(2): 204-13. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/9826>

11. Lenardt MH, Seima MD, Willig MH, Araújo CR, KSA Hammerschmidt. Concepção de ser idoso pelos Cavalheiros da Boca Maldita: estudo qualitativo descritivo. Online braz. J. nurs.(online). 2009,8(3).

12. Fernández Hernández M, Gaviria MNC, Muñoz González F, Calvo IM, Torres EC, Fuentes F, Manuel E. Sexualidade em lãs mujeres mayores. Aten. Primaria. 2006 mayo.37(9):504-09.

13. Molina RB. Intervención educativa sobre salud sexual em ancianos y ancianas del centro urbano Abel Santamaría Cuadrado. Medsan [periódico na internet]. 2010 [acessado em 2011 out 10]14(4): 444-52. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n4/san05410.pdf>

14. Pérez Martínez VT, Arcia Chavéz N. Comportaminento de la sexualidad en ancianos Del Policlínico Ana Betancout. Rev cuba med gen integr.2008 abr-jun.24(2).

15. Ferreira KS, Silva MG, Cherem TMDA, Araújo CLO. Percepção dos idosos perante o sexo na idade avançada. Rev. bras. geriatr. gerontol .2009;3(4):182-88.

16. Hernández MM, Díaz PR, Llerenas ES. Estados clínicos y autopercepción de la sexualidade em ancianos com enfoque de género. Rev Cubana Enfermer[online].2009[acessado em 2011 out 10];25(1-2). Disponível em: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf031_209.pdf

17. Politzer AA, Alves TMB. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. Fisioter mov[periódico na internet] . 2009 abr/jun [acessado em 2011 out 10];22(2): 151-58. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/rfm?dd1=2698&dd99=view>

18. Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta fisiátrica*[periódico na internet] ,2003. 10(3):107-112.
19. Justo D, Arbel Y, Mulat B, Mashav N, Saar N, Steinvil A, RF Heruti, Banai S, Lerman Y. Sexual activity and erectile dysfunction in ederly men with angiographically documented coronary artery disease. *Int J Impot Res*, 2010
20. Ruiz LGG, Sánchez LG, Aranda IC, González JVA, Pérez GS, Egea LG. Trabajando la incontinência urinaria en atencion primaria: satisfacci3n, sexualidade y cumplimiento terapéutico. *Arch.Esp.Orol*.2006.60:6,625-632.
21. Filtch ML, Miller D, Sharir S, McAndrew A. Radical cystectomy for bladde cancer: a qualitative stdy of patient experiences and implications for practice. *Can Oncol Nurs J*, 2010 20(4) 177-87.
22. Carter N, Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Blythe J, Neville AJ. The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*, 2011 marc. 38(2) 189-98.
23. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, Earle C, Jamrozik K. Sex life after 65: how does erectile dysfunction affect ageing and ederly men? *Aging Male*. 2009 Jun-Sep;12(2):41-6.

Quadro 1 – Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados.

Base de Dados	Artigos			
	Encontrados	Selecionados	Excluídos	Analisados
BDENF	5	3	1	2
CIDSAÚDE	2	1	1	1
LILACS	135	28	18	7
MEDLINE	692	65	60	5

Quadro 2 – Identificação dos artigos, conforme título, autor (es), objetivo(s), metodologia, principais resultados, ano de publicação.

Título	Autores	Objetivo(s)	Principais resultados	Ano
Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem.	Coelho DNP; Daher DV; Santana RF; Santo FHE.	Descrever a percepção de mulheres idosas sobre sua sexualidade; analisar as implicações de gênero no envelhecimento feminino e no cuidado de enfermagem.	A educação repressora na juventude reflete na vivência da sexualidade na fase da velhice; a mulher adota papel social de cuidadora e que o sexo é apenas para a procriação; a sexualidade não pode ser reduzida à genitalidade; o desejo sexual permanece nessa fase da vida; o estudo favorece a contribuição no ensino e prática da enfermagem.	2010
A prática sexual e o envelhecimento	Grandim CVC; Sousa AMM; Lobo JM.	Conhecer se a prática sexual é exercida e, uma população de idosos; identificar fatores que interferem no relacionamento sexual de homem e mulher; identificar quais estratégias são utilizadas por estes para continuarem a se sexualmente ativos.	Os idosos com condições físicas favoráveis e parceiros fixos continuam a manter suas relações sexuais; alguns exprimem sua sexualidade, por meio de carícias e toques de afeto.	2007
Sexualidade em las mujeres mayores	Hernández MF; Cano MNG; Muñoz González FM; Calvo IM; Torres EC; Ferrer MEF.	Determinar a prevalência sexual de mulheres com idade acima de 65 anos.	A relação sexual esteve mais presente em mulheres com parceiros estáveis, o desejo sexual se manteve na maioria das idosas, embora os homens mantivessem mais interesse.	2006
Intervención educativa sobre salud sexual em ancianos y ancianas del Centro urbano Abel Santamaría Cuadrado	Molina RB.	Realizar intervenção educativa com idosos para melhorar a saúde sexual destes.	A atividade educativa elucidou questões de mitos construídos sobre a sexualidade na velhice; fazem-se necessários programas de educação sexual para idosos e jovens, com intuito de sensibilizar aspectos relacionados à sexualidade dos idosos.	2010

Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao idoso em Recife, Brasil.	Pereira MFL; Pottes AF; Cavalcante EA; Pinheiro EM; Andrade KS.	Descrever a percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade.	A sexualidade esteve ligada à capacidade física, sentimentos e a maneira como foi vivenciada na juventude; as mudanças fisiológicas e a aparência física foram apontadas como fatores que influenciam negativamente na sexualidade.	2008
Concepção de ser idoso pelos Cavalheiros da Boca Maldita: estudo qualitativo descritivo.	Leonardt MH; Seima MD; Willig MH; Araújo CR; Hammerschmidt KSA.	Investigar a concepção dos idosos frequentadores sobre ser idoso.	A redução da sexualidade ao ato sexual, sendo reduzida aos mais jovens, implicando os tabus e mitos da sexualidade dos idosos.	2009
Estados clínicos y autopercepción de la sexualidade em ancianos com enfoque de género.	Hernández MM; Díaz PR; Llerenas ES.	Determinar a relação entre o estado clínico e a autopercepção da sexualidade em idosos na visão de género.	A idade, a enfermidade, os mitos, o género e a menopausa foram considerados com fatores que influenciam na sexualidade dos idosos.	2009
Perfil da satisfação e função sexual de idosas.	Polizer AA; Alves TMB.	Avaliar a satisfação e função sexual de mulheres na terceira idade através do questionário quociente sexual-versão feminina (QS-F).	O padrão de satisfação sexual das idosas, em sua maioria, foi o regular a bom (34,2%). As mudanças biológicas não são responsáveis pela interrupção do comportamento sexual, as alterações não determinam o fim da vida sexual.	2009
Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso.	Lyra DGP; Jesus MCP.	Compreender, a partir da visão do próprio idoso, sua vivência acerca da sexualidade, considerando as questões biopsicossociais do ser humano que ocorrem com a chegada da terceira idade.	Os idosos consideram a sexualidade como sinônimo de sexo; a presença de um parceiro fixo, acometimento de doenças e trajetória sexual na juventude bem como questões de género são condições que interferem na vivência da sexualidade dos idosos.	2007
Comportamiento de la sexualidad em ancianos del Policlínico Ana	Martínez VTP; Chávez NA.	Definir o padrão sexual de idosos assistidos em uma Policlínica.	As maiorias dos idosos mantêm o interesse sexual e praticam sexo; as razões para os homens diminuírem o	2008

Betancout.			padrão sexual esteve relacionado à disfunção sexual e as mulheres relatam a ausência de parceiro, preconceitos sociais e diminuição do desejo sexual.	
Trabajando la incontinencia in primary em atención primaria: satisfacción, sexualidade y cumplimiento terapéutico.	Ruíz LGG; Sánchez LG; Aranda IC; González JVA; Pérez GS; Egea LG.	Analisar a influência da incontinência urinária dos pacientes; adesão ao tratamento em pacientes com incontinência de urgência.	Adesão ao tratamento melhora nos aspectos relacionados à qualidade de vida e respectivamente nas relações sexuais.	2007
The supportive care needs of men with advanced prostate cancer.	Carter N; Bryant-Lukosius D; DiCenso A; Blythe J; Neville AJ.	Compreender as necessidades prioritárias de cuidados de apoio de homens com câncer de próstata avançado.	As questões sexuais foram citadas como um dos problemas de questão funcional que afetam os homens.	2011
Radical cystectomy for bladder cancer: a qualitative study of patient experiences and implications for practice.	Fitch MI; Miller D; Sharir S; McAndrew A.	Explorar as experiências de pacientes que haviam sido submetidos a cistectomia radical para câncer de bexiga.	As mudanças na imagem corporal, relações sexuais, função corporal e intimidade apresentaram desafios para os pacientes. A enfermagem que cuidam de pacientes com câncer devem entender as necessidades específicas.	2010
Sexual activity and erectile dysfunction elderly men with angiographically documented coronary artery disease.	Justo D; Arbel Y; Mulat B; Mashav N; Saar N; Steinivil A; Heruti R; Banai S; Lerman Y.	Analisar a prevalência de disfunção sexual em idosos com idade superior a 65 anos.	A ausência de relação sexual foi mais presente em idosos com doença arterial coronariana - DAC. Nos homens sexualmente ativos a Disfunção erétil foi mais presentes nos que apresentaram DAC em relação aos que não tinham, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.	2010
Sex life after 65: how does erectile dysfunction affect ageing and elderly men?	Chew KK; Bremner A; Stuckey B; Earle C; Jamrozik K.	Identificar disfunção erétil em uma população de idosos.	A disfunção erétil teve prevalência maior nos idosos acima de 80 anos, estando associada à doença cardiovascular e diabetes. Alguns	2009

			idosos ainda possuem relação sexual, seja de forma regular ou não.	
--	--	--	--	--

4 Capítulo 3 – Resultados

4.2 Artigo Original

Exercício da sexualidade em pessoas idosas e fatores associados

Danielle Lopes de Alencar

Ana Paula de Oliveira Marques

Márcia Carréra Campos Leal

Júlia de Cássia Miguel Vieira

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas.

Método: Trata-se de estudo transversal, com desenho quantitativo, em que foram entrevistados 235 idosos inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco, no primeiro semestre de 2012. A variável dependente, exercício da sexualidade, foi investigada nos aspectos: concepção sobre sexualidade, pensamento acerca do sexo, o que faz quando tem desejo por sexo, atividade sexual e autoerotização. As variáveis independentes incluídas foram: dados sociodemográficos, condição de saúde e autopercepção da imagem corporal. Na análise estatística utilizou-se a correlação bivariada pelo coeficiente de Kendall e Spearman posteriormente. Na regressão linear generalizado, foram incluídas todas as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bivariada, sendo considerado o valor de $p \leq 0,05$ como rejeição da hipótese nula do estudo.

Resultados: Foram prevalentes na amostra estudada os idosos do sexo feminino (95,3%), com idade entre 60 e 69 anos (54%), solteiros ou sem companheiro (36,6%) e com escolaridade equivalente a nove ou mais anos de estudos (64,7%). A quase totalidade (97%) da amostra mencionou ter alguma religião. A autopercepção de saúde foi referida como boa por 42,1% dos idosos, hipertensão (61,3%) e diabetes (14,9 %) foram às doenças mais citadas. A insatisfação da imagem corporal pelo excesso de peso prevaleceu principalmente entre as mulheres idosas (53,6%). A concepção sobre sexualidade teve maior relação com a genitalidade (67,2%), 51,5% referiram pensar em sexo, embora 71,1% disseram ser indiferentes ao desejo sexual; 32,3% afirmam ter atividade sexual; e 23% autoerotização. As variáveis: faixa etária, anos de estudo, religião, prática de exercício físico e insatisfação com a imagem corporal tiveram significância na correlação bivariada. Em seguida, foram transportadas para o modelo regressão linear na qual a concepção sobre sexualidade teve significância para os idosos com nove anos ou mais de estudo. O desejo por sexo e atividade sexual apresentaram menores chances de estarem presentes para os idosos que praticavam exercício físico.

Conclusões: A sexualidade da pessoa idosa se alicerça em diversos fatores que podem interferir em sua vivência e devem ser considerados nas estratégias educativas realizadas pelo profissional de saúde que agem na promoção de ações para saúde sexual dos mais velhos.

Descritores: Sexualidade. Idoso. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that affect the sexuality of elderly people.

Method: This was a cross-sectional study with quantitative approach, in which we interviewed 235 elderly people registered in the Universidade Aberta à Terceira Idade, Universidade Federal de Pernambuco in the first half of 2012. The dependent variable sexuality was investigated in the following aspects: conception of sexuality, thinking about sex, what to do when you have desire for sex, sexual activity, and sexual self-stimulation. The independent variables included were: socio-demographic characteristics, health status, and self-perception of body image. For statistical analysis we used the Spearman correlation coefficient and later the Kendall's coefficient. In generalized linear regression we included all variables with $p \leq 0.20$ in the bivariate analysis, considering the value of $p \leq 0.05$ as the rejection of the study's null hypothesis.

Results: We verified the prevalence, in the studied sample, of elderly women (95.3%), aged 60-69 years (54%), single or without a partner (36.6%), and with education corresponding to nine or more years of study (64.7%). Almost all (97%) of the sample mentioned having some religion. Self-perceived health was reported as good by 42.1% of the elderly, hypertension (61.3%) and diabetes (14.9%) were the most mentioned diseases. The body image dissatisfaction by overweight prevailed mostly among elderly women (53.6%). The conception of sexuality presented greater association with genital (67.2%), 51.5% reported thinking about sex, while 71.1% said they were indifferent to sexual desire. 32.3% reported being sexually active and 23% reported sexual self-stimulation. The variables: age group, years of study, religion, physical activity, and body image dissatisfaction were significant in the bivariate correlation. Later, they were transported to the linear regression model in which the conception of sexuality had significance for elderly with nine or more years of study. The desire for sex and sexual activity presented lower odds of being present among the elderly who practiced physical exercises.

Conclusions: The sexuality of elderly people is grounded in several factors that may interfere with their experience and should be considered in educational strategies conducted by health professionals who work in promoting actions for sexual health of elderly people.

Descriptors: Sexuality. Aged. Health Education. Nursing.

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial que cada vez mais ocorre de forma acelerada. A transição epidemiológica e demográfica no Brasil repercute em questões cruciais na qualidade de vida dessa população que estão mais vulneráveis às morbidades crônicas¹.

Embora, a velhice seja marcada de estereótipos negativos, estando relacionados ao declínio e às perdas funcionais, faz-se necessário que o profissional de saúde

visualize o idoso em todos os seus aspectos, dentre eles a sua sexualidade. A sexualidade transcende à biologia das estruturas corporais e dos processos fisiológicos, dos quais materializam e objetivam o sexo a partir do determinismo biológico de ter nascido homem ou mulher².

A vivência da sexualidade entre idosos é uma continuação do processo iniciado na infância, fazendo parte de uma dimensão inerente à pessoa, da qual está presente em todos os atos de sua vida, estando determinado, de um modo particular e individual de ser, de se manifestar, se comunicar, sentir e se expressar³.

Na perspectiva de que a sexualidade é uma continuação ao longo da existência do indivíduo e mesmo que haja diminuição da prática sexual ou mesmo que os idosos internalizem os estereótipos negativos quanto a sua sexualidade, a temática em questão deve ser abordada nos contextos dos serviços de saúde, utilizando-se da educação em saúde como intermédio para construção de novos conceitos sobre a sexualidade dos mais velhos. Desta forma, o objetivo do estudo foi analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoa idosas.

Método

Trata-se de estudo analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Universidade Aberta a Terceira Idade - UnATI da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.

Para cálculo da amostra, foi considerado erro amostral de 0,05%, prevalência de idosos sexualmente ativos de 0,5%, nível de 95% de confiança. Utilizou-se como população o quantitativo de idosos inscritos (n=605) nos cursos ofertados pela UnATI no semestre 2012, obtendo-se amostra de 224 mulheres e 11 homens. O plano amostral foi estratificado por gênero, sendo realizado sorteio simples, a fim de garantir aleatoriedade.

Foram elegíveis os idosos inscritos nos cursos ofertados no período considerado para investigação e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo excluídos aqueles que apresentaram comprometimento de comunicação e/ou cognição que interferisse na coleta de dados durante a realização das entrevistas.

O exercício da sexualidade foi investigado sob os seguintes aspectos: concepção sobre sexualidade (questão aberta, posteriormente agrupada em seis categorias: sexualidade não é só sexo (n=10); envolve sentimentos e carícias entre casal (n=7); faz

parte da vida, promove felicidade para o idoso/casal (n=31); sexualidade é ter sexo (n=138); prazer/desejo do ato sexual (n=10); necessidade do corpo (n=10). Para fins de análise estatística as categorias encontradas foram organizadas em dois blocos: percepção da sexualidade sob uma concepção holística e baseada na genitalidade.

Na visão holística, a sexualidade é entendida na expressão e vivência do *ser mulher* e do *ser homem*, não apenas pelo ato sexual, marcada pelo amor, carinho e pela doação com valorização de sentimentos, como companheirismo, cumplicidade, abraço, carícias e beijos. A sexualidade faz parte da vida do ser humano, estando presente em todas as fases de desenvolvimento, desde o nascimento até a morte^{4, 5, 6, 7}.

Na visão baseada na genitalidade, a sexualidade está relacionada ao ato sexual, reduzida ao órgão genital, ao coito. Quando o significado da sexualidade infere apenas ter relação sexual, implica na concepção de que o idoso ao deixar de ter relação sexual, torna-se assexuado^{6, 8, 9}.

As variáveis independentes foram representadas por dados sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e religião), condições de saúde (autopercepção de saúde, morbidades com diagnóstico médico, prática de atividade física e imagem corporal autopercebida, essa última avaliada por meio do questionário de Silhueta Stunkard, Sorensen e Sunkard)¹⁰.

Os dados foram coletados entre maio e junho de 2012, em sala individual, favorecendo privacidade entre o pesquisador e o idoso. Juntamente à pesquisadora responsável, participaram da realização da coleta quatro alunas de graduação, previamente treinadas. Para ajustes de possíveis inconsistências no protocolo utilizado para coleta dos dados, foi realizado o teste piloto, ocorrendo reformulação de três questões. Eleveu-se como técnica de coleta a entrevista, com aplicação de instrumento semiestruturado.

Ao final da coleta, foi construído banco de dados, utilizando-se o Programa Epi-Info 3.5.2, com digitação dos dados em dupla entrada, sendo o mesmo transferido para o programa R versão 2.15.0 para análise estatística. Na análise bivariada, foi utilizado o coeficiente de Spearman e Kendall.

Na regressão linear generalizado, foram incluídas todas as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bivariada, em que em cada um dos parâmetros estimados realizou-se o teste t de Student para verificar sua significância, adotando-se o valor de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula do estudo.

No intuito de responder aos preceitos éticos presentes na Resolução nº 196/96 que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UFPE com aprovação CAAE nº 01651112.5.0000.5208. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como os riscos e benefícios, ao final das entrevistas os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, receberam um folder de caráter educativo sobre o tema da sexualidade.

Resultados

Dos 235 idosos entrevistados, 95,3% eram do sexo feminino. A faixa etária dos 60 a 69 anos teve prevalência de 54% dos idosos, quanto ao estado conjugal, a maioria eram solteiros 36,6% seguidos dos casados 34%. O nível de escolaridade de nove anos ou mais de anos de estudos correspondeu a 64,7%, cabendo destacar que 3,8% não tinham escolaridade, dos quais todos eram o sexo feminino; 97% referiram ter religião, destes, 66,4% eram católicos, 16% evangélicos, seguidos de 13,6% espíritas e 0,9% de outras crenças religiosas.

Quanto à autopercepção de saúde, 42,1% referiram como boa e 41,3% regular, a hipertensão (61,3%) e o diabetes (14,9%) foram as morbidades mais citadas. A prática de exercício físico, considerada com frequência de no mínimo três vezes por semana e duração mínima de trinta minutos, correspondeu a 64,7%, sendo a caminhada a mais relatada. Sobre a imagem corporal, 53,6% se consideram insatisfeitas devido à gordura corporal e 6,8% devido à magreza. (Tabela 1).

A concepção sobre sexualidade (67,2%) foi significativa quanto ao aspecto da genitalidade. Da totalidade, 51,5% referiram pensar espontaneamente em sexo, embora no aspecto do desejo sexual, 71,1% relataram indiferença, 20% procuravam ter relação sexual com seu parceiro, 6,8 realizavam autoerotização e 2,1 não responderam. A atividade sexual esteve presente em 32,3% dos entrevistados e a autoerotização em 23% (Tabela 2).

Foram consideradas na correlação bivariada as variáveis investigadas que cruzaram com as variáveis do exercício da sexualidade e que tiveram significância através da correlação de Spearman e Kendall (Tabela3). Estas foram analisadas posteriormente no modelo de regressão múltipla, em que somente foram consideradas as com $p \leq 0,05$ (Tabela 4).

Na regressão linear generalizada, utilizou-se a função de ligação logit em todas as análises significantes da bivariada dos parâmetros do exercício da sexualidade com as variáveis independentes. A concepção sobre sexualidade teve significância estatística com anos de estudo ($p=0,012$), indicando que os idosos que tinham nove anos ou mais de estudo com aprovação apresentavam maior probabilidade (85,08%) de compreender a concepção sobre a sexualidade de forma holística.

Na análise do pensamento sobre sexo e atividade sexual, a significância estatística esteve relacionada com os idosos que realizavam atividade física. O parâmetro estimado indica que a probabilidade do idoso pensar em sexo e ter atividade sexual é menor (55,11% e 63,98%, respectivamente) nos idosos que praticavam exercício físico. Não foi observada significância estatística, no que diz respeito à autoerotização (Tabela 4).

Discussão

A sexualidade na velhice, ainda, é permeada por tabus que a descrevem como algo vergonhoso de ser dialogado, apesar de ainda pouco discutida em espaços de serviços de saúde e ambientes sociais. Os entrevistados se dispuseram a responder às entrevistas, embora alguns tenham se negados a participar, pois se consideravam inelegíveis por não terem mais prática sexual. No entanto, qualquer pessoa independente de ter relação sexual ou não, ainda possui sua sexualidade.

Para compreender a sexualidade dos idosos, é necessário considerar que fatores, como cultura, religião e educação, são influentes no comportamento sexual dos mais velhos e que determinam como será vivenciado durante essa fase da vida⁶. A sexualidade está presente em todos os estágios do desenvolvimento humano e mesmo que no idoso a atividade sexual possa diminuir ou estar ausente, a sexualidade na fase do envelhecimento não deve ser visualizada como incompatível¹¹.

O Ministério da Saúde mostra que o estudo da sexualidade no envelhecimento é necessário por se tratar de elemento importante para a qualidade de vida dos idosos, enfatizando também problema agravante referente ao crescimento das infecções sexualmente transmissíveis-IST¹². O aumento dos medicamentos para o controle da impotência sexual, insuficiência dos programas de prevenção das IST e o preconceito da assexualidade do idoso, conduzem à vulnerabilidade e incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS na população envelhecida¹³.

De forma geral, os idosos se sentem insatisfeitos com a imagem corporal em relação ao excesso de peso, principalmente o sexo feminino, variável que teve significância na correlação binária do estudo. A insatisfação pode estar relacionada às modificações decorrentes do envelhecimento, sendo a circunferência de cintura a medida mais relacionada a essa percepção¹⁴.

A concepção dos idosos sobre sexualidade ainda está alicerçada nos moldes da genitalidade, embora a prática sexual faça parte da expressão da sexualidade, não é a única forma. Apenas 20,4% relataram que a sexualidade envolve mais do que o sexo, estando aliada ao bem-estar, carinho, companheirismo e à relação consigo e com os outros. No estudo de Lyra e Jesus⁸, a sexualidade foi reduzida ao coito, confirmando a construção social de que sexualidade é ter relação sexual, inferindo, portanto que nos idosos a ausência da relação sexual traduz a assexualidade dos mais velhos.

Existe, ainda, por parte dos idosos o significado da sexualidade como prática sexual, negando as demais demonstrações, como erotismo, afetividade e prazer¹⁵. Logo, esse conhecimento é necessário à atuação profissional na educação sexual dos envelhecidos pelas estratégias de educação em saúde, do qual permitem por meio da dialogicidade discussões sobre a temática em questão.

Utilizando o questionário quociente sexual – versão feminina com 38 idosas, Polizer e Alves¹⁶ observaram que o interesse pelo sexo e o desejo sexual ainda continuam nessa idade, em que 29 e 34,2% das entrevistadas relataram o desempenho e satisfação sexual como bom a excelente e regular a bom, respectivamente. No presente estudo, ainda que 67,7% dos entrevistados não tivessem atividade sexual, o pensamento sobre sexo esteve presente em 51,5%, mostrando que mesmo os idosos, mesmo possuindo ou não parceiro, ainda pensam em sexo e que o desejo sexual não cessa nessa fase.

Embora a prática sexual não tenha sido citada pela maioria dos idosos, é importante que o profissional de saúde tenha a percepção da continuidade das relações sexuais do idoso e possa discutir medidas preventivas no tocante às IST, visto que ao considerar o sexo apenas para os mais jovens, ocasiona a vulnerabilidade da população idosa para esses agravos de saúde que podem estar relacionadas à ausência da discussão e investigação na população idosa.

No Brasil, a taxa de incidência de casos de AIDS teve aumento em pessoas com 60 anos e mais, entre os anos de 1998 e 2010¹⁷. A ideia subestimada do risco para a esta faixa etária traduz o preconceito e a marginalização da sexualidade dos idosos, as

campanhas educativas devem ser veiculadas constantemente e os profissionais da saúde necessitam ser estimulados e capacitados quanto à sexualidade da pessoa envelhecida¹⁸.

Muitas vezes a regularidade da relação sexual está relacionada à presença de um parceiro fixo¹⁹, corroborando com o estudo, a prática do sexo como obrigação foi evidenciada na pesquisa de Ferreira et al²⁰, no qual os idosos entrevistados responderam que o sexo com o marido era obrigação, ou somente era realizado para satisfação do outro ou até mesmo não tinha motivo para praticar. As decepções e mágoas vivenciadas na vida do casal foram descritas também como fatores que interferiram nas práticas sexuais⁸.

Lindau et al.²¹ referem que a prevalência da atividade sexual diminui com a idade, e as mulheres são menos prováveis de terem relação sexual do que os homens em todas as idades, os que mantinham atividade sexual indicam pelo menos um problema que interferia no sexo. As mulheres apontam o ressecamento vaginal e a diminuição do desejo sexual, enquanto os homens mencionam dificuldade na ereção, como fatores que interferem na atividade sexual dos mesmos. O interesse pela continuidade do sexo é apontado por idosos, em que consideram um dos aspectos para satisfação da vida²², sendo necessário que o profissional de saúde inclua em sua atividade clínica com os mais velhos questões que envolvam a sexualidade.

Estudo realizado na Faculdade de Medicina de São Paulo-SP, com um grupo de 36 idosos, com idade entre 60 e 80 anos, cuja maioria era mulheres (31), 16 viúvas, 10 casadas e 5 solteiras, investigou a prática da atividade sexual e as principais alterações mencionadas pelos entrevistados na função sexual. Com relação à frequência sexual, (17) idosos se julgaram satisfeitos e (21) informaram sentir prazer durante as relações sexuais²³.

Em relação à atividade sexual, verificou-se que 10 idosos preferiam carícias, seguidos de quatro que citaram carícias e beijos e quatro que praticaram a masturbação para conseguir a satisfação sexual, o ato sexual propriamente dito não se faz necessário, sendo mais importantes os carinhos e beijos para conseguirem a sua própria satisfação²³. Os idosos podem manifestar sua sexualidade por meio de atenções especiais, carinhos e toques e pela relação sexual, nessa faixa etária, a sexualidade está mais relacionada ao campo sentimental⁴.

Não houve achado de evidências científicas que discutam a relação da prática do exercício físico e a diminuição do pensamento sobre sexo ou atividade sexual. Possivelmente, os idosos que não possuem parceiros fixos encontrem nas atividades

físicas uma forma de vivenciar novos prazeres através do autocuidado e realizar novas amizades que são possíveis com a realização da atividade física.

Embora na análise final, a relação concepção holística sobre sexualidade tenha sido significativa nos idosos que tinham nove anos ou mais de estudo e os idosos que praticavam atividade física apresentaram probabilidades menores de pensar sobre sexo e ter atividade sexual, as correlação bivariadas devem ser consideradas, inferindo-se que outros fatores podem influenciar na vivência da sexualidade da pessoa idosa.

Novos estudos que abordem a temática da sexualidade na velhice devem ser considerados, com vistas a promover a saúde dos idosos em sua forma mais holística e menos biologicista, cujo ser humano deve ser visualizado em sua totalidade e não ser reduzido às doenças crônicas, das quais está mais vulnerável com o avançar dos anos.

No tocante à educação para a sexualidade, o diálogo oportuniza a aproximação dos sujeitos e oportuniza espaços de reflexões, agregando as representações sociais sobre sexualidade, sem sobrepor o conhecimento dos sujeitos, mas acrescentando e construindo novos pensamentos, de forma participativa²⁴.

Nesse contexto, a Enfermagem possui papel intermediador na promoção da qualidade de vida do idoso, entendendo a sexualidade como constructo ao longo da vida e que deve ter na educação em saúde uma das estratégias a serem consideradas no processo do cuidar.

Conclui-se que diversos fatores interferem no exercício da sexualidade do idoso, sejam sociais, culturais e fisiológicos, os quais devem ser considerados na promoção da educação sexual dos mais velhos, tendo por estratégia, a educação em saúde, ferramenta básica na atuação do profissional de enfermagem.

Referências

1. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. saúde pública 2009; 43(3):548-54.
2. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto & contexto enferm. 2008, 17, 417-26.
3. Coelho DNP; Dailer DV; Santana RF; Santo FHE. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. Rev Rene. Fortaleza 2010, out/dez.11 (4) 163-173.
4. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, Gomes I, Schneider RH. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e

associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012;15(1):87-95.

5. Netto, MP, O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L. et al. (Orgs.). Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-12.

6. Grandim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. Cogitare enferm. 2007; 12(2):204-13.

7. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Giami PCA. A sexualidade no processo do envelhecimento novas perspectivas – comparação transcultural. Estud. psicol.(Campinas.).2004; 9(3):413-9.

8. Lyra DGP, Jesus MCP. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. Nursing (São Paulo) 2007; 104(9): 23-30.

9. Linhares FMP, Pottes AF, Araújo EC, Menezes EP, Siqueira KA. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao idoso em Recife, Brasil. Rev. enferm. hereditaria 2008; 1(2):93-103.

10. Chaim J, Izzo H, Sera CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. Mundo saúde. 2009; 33 (2): 175-181.

11. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2007;10(1): 101-13.

12. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento saúde da pessoa idosa. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n 19, Brasília: MS;2006.

13. Medeiros KCS, Leal MCC, Marques APO, Marino JG. Avaliação do nível de informação em relação à AIDS/HIV por idosos assistidos no Programa de Saúde da Família. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2008; 2(2): 53-58.

14. Pereira EF, Teixeira CS, Borgato AF, Daronco LSE. Relação entre diferentes dados antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas ativas. Rev. psiquiatr. Clín. (São Paulo). 2009; 36(2):54-9.

15. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Oliveira AEC, Gouvêia EML, Duarte MCS. Representações sociais e envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura. Revista Brasileira de Ciências da saúde, 2012; 13(3): 427-34.

16. Polizer AA, Alves TMB. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. Fisioter Mov. 2009;22(2):151-58.

17. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde. Ano V, No. 01, Dez 2007.

18. Ultramari L, Moretto PB, Canini SEM, Teles AS, Gaspar J, Machado AA. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS em idosos. *Rev. eletrônica enferm.* 2011;13(3):405-12.
19. Fernandes MGM, Garcia LG. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. *Comunicação, saúde, educação.* 2010;14(35):879-90.
20. Ferreira KS, Silva MG, Cherem TMDA, Araújo CL. Percepção dos idosos perante o sexo na vida avançada. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2009;3(4):182-88.
21. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007, 357(8): 762–774.
22. Woloski-Wruble AC, Oriel Y, Leefsma M, and Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *J Sex Med* 2010;7:2401–2410.
23. Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta fisiátrica.* 2003;10(3): 107-12.
24. Baldissera VDA, Bueno SMV. A representação da sexualidade por idosas e a educação para a saúde. *Rev. eletrônica enferm.* 2010;12(4):622-9.

Tabela 1- Caracterização dos idosos entrevistados, segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde e escala de autoimagem, UnATI/UFPE. Recife/PE, 2012.

Variável	n	%	Mulheres		Homens	
Amostra	235	(100)	224	%	11	%
Faixa Etária						
60 a 69	127	(54,0)	119	(53,1)	6	(54,5)
70 a 79	87	(37,0)	83	(37,1)	4	(36,4)
80 ou mais	21	(9,0)	20	(8,9)	1	(9,1)
Estado Conjugal						
Casado (a)	80	(34,0)	73	(32,6)	7	(63,6)
Viúvo (a)	29	(12,3)	29	(12,9)	0	(0,0)
Solteiro (a)	86	(36,6)	86	(38,4)	0	(0,0)
Separado (a)	40	(17,0)	36	(16,1)	4	(36,4)
Anos de Estudo						
Nenhum	9	(3,8)	9	(4,0)	0	(0,0)
1 a 4	19	(8,1)	18	(8,0)	1	(9,1)
5 a 8 anos	55	(23,4)	52	(23,2)	3	(27,3)
>/ 9 anos	152	(64,7)	145	(64,7)	7	(63,6)
Religião						
Sim	228	(97,0)	220	(98,2)	8	(72,7)
Não	7	(3,0)	4	(1,8)	3	(27,3)
Autopercepção de saúde						
Excelente	27	(11,5)	26	(11,6)	1	(9,1)
Boa	99	(42,1)	92	(41,1)	7	(63,6)
Regular	97	(41,3)	94	(42,0)	3	(27,3)
Ruim	12	(5,1)	12	(5,4)	0	(0,0)
Prática de Exercício físico						
Sim	152	(64,7)	143	(63,8)	9	(81,8)
Não	83	(35,3)	81	(36,2)	2	(18,2)
Satisfação com a imagem corporal						
Satisfeito	97	(41,3)	91	(40,6)	6	(54,5)
Insatisfeito com o excesso de peso	122	(51,9)	120	(53,6)	2	(18,2)
Insatisfeito com a magreza	16	(6,8)	13	(5,8)	3	(27,3)

Tabela 2 - Exercício da sexualidade referido pelos idosos, quanto à concepção sobre sexualidade, pensamento sobre sexo, o que faz quando tem desejo, prática sexual e autoerotização. UnATI/UFPE. Recife/PE, 2012.

Variável	n	%	Mulheres		Homens	
Amostra	235	(100)	224	%	11	%
Concepção sobre sexualidade:						
Holística	48	(20,4)	45	(20,1)	3	(27,3)
Genitalidade	158	(67,2)	150	(67,0)	8	(72,7)
Não respondeu	29	(12,3)	29	(12,9)	0	(0,0)
Pensamento sobre sexo						
Sim	121	(51,5)	114	(50,9)	7	(63,6)
Não	114	(48,5)	110	(49,1)	4	(36,4)
O que faz quando tem desejo?						
Indiferente	167	(71,1)	158	(70,5)	9	(81,8)
Procura ter relação sexual	47	(20,0)	45	(20,1)	2	(18,2)
Autoerotização	16	(6,8)	16	(7,1)	0	(0,0)
Não respondeu	5	(2,1)	5	(2,2)	0	(0,0)
Prática sexual						
Sim	76	(32,3)	73	(32,6)	3	(27,3)
Não	159	(67,7)	151	(68,4)	8	(72,7)
Autoerotização						
Sim	54	(23,0)	54	(24,1)	4	(36,4)
Não	177	(75,3)	170	(75,9)	7	(63,6)

Tabela 3. Correlação binária da variável exercício da sexualidade com as variáveis independentes. UnATI/UFPE. Recife-PE, 2012.

Variáveis Independentes	Variável Dependente	Correlação
Faixa etária	Concepção sobre sexualidade	$p < 0,05^b$
Anos de Estudo	Concepção sobre sexualidade	$p < 0,02^a$
	Pensamento sobre sexo	$p < 0,09^b$
Religião	Prática Sexual	$p < 0,15^b$
Prática de exercício físico	Pensamento sobre sexo	$p < 0,04^b$
Insatisfação com a imagem corporal	Prática Sexual	$p < 0,03^b$
	Pensamento sobre sexo	$p < 0,10^b$

(a = correlação de Kendall)

(b = correlação de Spearman)

Tabela 4. Regressão Linear Generalizada da variável exercício da sexualidade com as variáveis significantes da correlação binária. UnATI/UFPE. Recife -PE, 2012.

Variáveis Independentes	Variável Dependente	Parâmetro	p valor
Anos de Estudo	Concepção sobre sexualidade	0,8545	0,012
Prática de exercício físico	Pensamento sobre sexo	-0,5511	0,048
	Prática Sexual	-0,6398	0,027

5 Capítulo 4 – Considerações Finais

Observou-se correlação estatística entre o exercício da sexualidade e as variáveis: faixa etária, ter nove anos ou mais de estudo, religiosidade, prática de exercício físico e insatisfação com a imagem corporal, bem como os idosos que praticavam exercício físico apresentavam probabilidades menores de pensarem em sexo e ter relação sexual. Esses dados são de relevância para a prática profissional, a qual deve reconhecer o idoso como ser sexual e demonstrar importância em considerar a abordagem sobre sexualidade na prática clínica.

Na revisão integrativa, obteve-se, por meio da análise dos estudos, que fatores sociais, culturais e fisiológicos interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas. Preconceitos sociais acerca da sexualidade do idoso ainda se moldam que no envelhecimento, o indivíduo se torna assexuado, estando o padrão da beleza jovem, presença de parceiro fixo e doenças crônicas condições influentes na sexualidade do idoso.

O estudo permitiu o conhecimento dos fatores que interferem no exercício da sexualidade da pessoa idosa, oportunizando a atuação educativa do profissional de saúde nas variáveis investigadas desse estudo, bem como a realização de novos questionamentos, no tocante à temática da sexualidade no envelhecimento.

Assim, o enfermeiro, como educador em sua prática profissional, possui na educação em saúde estratégia intermediadora na educação sexual dos mais velhos, permitindo através do diálogo que a sexualidade da pessoa idosa seja visualizada como aspecto inerente ao ser humano, a qual se constrói ao longo da vida e não cessa com a idade.

Referências

Referência da Introdução, Revisão de Literatura e Métodos.

1. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev. bras. enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2011 agost 10]; 63(2): 279-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17.pdf>

2. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2007 [acesso em 2011 agost 10];10(1): 101-13. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100008&lng=pt&nrm=iso

3. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. Brasília, 2006.

4. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e a experiência de envelhecer para os idosos. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2010; 44(2):407-12 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024

5. Coelho DNP, Daher DV; Santana RF; Santo FHE. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. Rev. Rene [Internet]. 2010[acesso em 2011 agost 10];11(4): 163-73. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/443/pdf>

6. Silva VJCF, Medeiros BF, Brito AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet].2006[acesso em 2013 jan 18]; 9(2): 25-34. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt&nrm=iso

7. Silva MRA. Satisfação e função sexual de mulheres idosas participantes de grupo de convivência. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011.100p. Mestre em Saúde Coletiva.

8. Grandim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. Cogitare enferm [Internet]. 2007,12(2): 204-13. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/9826>

9. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2008[acesso em 2011 agost 10]; 17(03) 417-26. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71417304.pdf>

10. Rusman A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico – cultural. *Textos envelhecimento* [Internet]. 2005[acesso em 2011 agost 10]; 8(1): 15-32.

11. Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída na cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2007[acesso em 2012 out 8];16(2): 326-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a17v16n2.pdf>

12. Ordonez TN, Cachioni M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. *Rev. bras. geriatr. gerontol* [Internet]. 2011[acesso em 2012 out 8];14(3): 461-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n3/v14n3a07.pdf>

13. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Geneve: World Health Organization, 2002. 58 p.

14. Boletim Epidemiológico - Aids e DST [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde. Ano V, No. 01, Dez 2007.

15. Netto, MP, O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-12.

16. Morangas R. *Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida*. 3 ed. São Paulo: Paulinas, 2010. 388p.

17. Roach S. *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Guanabara Koogan, 2003.

18. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010[acesso em 2011 out 8];15(6): 2931-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a31v15n6.pdf>

19. Costa ACO. *O desejo envelhece?* Barueri: Minha editora, 2012. Capítulo 2, As crenças sobre envelhecimento;15-25.

20. Gray A. The social capital of older people. *Ageing and Society*, v. 29, p 5-31, 2009
21. Veras R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2009[acesso em 2012 out 9];43(3):548-54. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>
22. Carvalho JAM, Rodrigues-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2008[acesso em 2012 out 9];24(3):597-05. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300013&lng=pt
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade – 1980-2050, Revisão 2008*.
24. Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2008[acesso em 2012 out 9]; 24(10):2301-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/11.pdf>
25. Chaimowicz F. *Saúde do idoso/ Flávio Chaimowicz com colaboração de: Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. – Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.*
26. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012[acesso em 2012 out 10];17(1):231-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100025&script=sci_arttext
27. Sant'Ana RB. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. teoria e pesquisa [Internet]. 2009[acesso em 2012 out 10];25(4):467-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a02v25n4.pdf>
28. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011[acesso em 2012 out 12];16(9):3689-96. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2170>

29. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 2010, Características da população e municípios. Rio de Janeiro, 2011.p.1-125.
30. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Prefeitura do Recife-PE.
31. Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ [Internet].2011[acesso em 2012 out 12]; 19(2):186-91.
32. Lopes M, Souza RMQ. Desafios para educação de idoso no terceiro milênio. In: Malagutti W, Bergo AMA. Abordagem Interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p.91-100.
33. Brasil. Estatuto do Idoso. 4ª ed. Brasília; Câmara dos deputados: Câmara; 2009.
34. Organização Mundial de Saúde. Tradução Suzana Gontijo. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
35. Vieira CMSS. A importância das universidades Abertas e novos princípios para a gerontologia educacional. Memorialidades. 201, 15(1):137-66.
36. Veras RP, Caldas PC. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004[acesso em 2012 out 15]; 9(2):423-432. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>
37. Toni IM. Universidade da Terceira Idade espaço de novos saberes para novos fazeres. Memorialidades. 2011,15(1):63-84.
38. D'Alencar RS. Velhice e Educação ao longo da vida: um imperativo para um convívio mais humano. Memorialidades. 2011, 15(1):167-91.
39. Universidade Aberta a Terceira Idade – UnATI [homepage]. Recife, PE. Universidade Federal de Pernambuco; 2012. [atualizado em 2012; acesso em junho de 2012].
Disponível em:
http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=135

40. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. Rev. psiquiatr Rio Gd. Sul [Internet]. 2007[acesso em 2012 out 15];29(1):19-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08.pdf>
41. Eliopoulos C. Enfermagem Gerontológica. 7ª ed. Por Alegre: Artmed, 2007.
42. Almeida LA, Patriota LM. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das cidades – Campina Grande/PB. Qualitas [Internet]. 2009[acesso em 2011 agost 10]; 8(1):1-20. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewArticle/397>
43. Monteiro DMR. Afetividade intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorgoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2006. p. 943-49.
44. Freire SA. A personalidade e o self na velhice: continuidade e mudança. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorgoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;2006. p. 929-34.
45. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade do saber. 13ª edição. Rio de Janeiro: Graal,1988.
46. Brêtas JRS. Sexualidades. São Paulo: All Print Editora, 2011.
47. Woloski-Wruble AC, Oliel Y, Leefsma M, Hochner-Celnikier D. Sexual Activities, Sexual and Life Satisfaction, and Successful Aging in Women. J Sex Med. 2010;7:2401–10.
48. Lyra DGP, Jesus MCP. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. Nursing (São Paulo). 2007,104(9):23-30.
49. Freud S. Teoria Sexual y otros ensayos. Porto Alegre: Americana,1943.
50. Lianza S. Medicina de reabilitação. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2007.
51. Masters WH, Johnson VE, Kolodny R. O relacionamento amoroso. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

52. Loyola MA. A sexualidade nas ciências humanas. Coleção Saúde & Sociedade. Rio de Janeiro:UERJ,1998.
53. Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta fisiátrica*. 2003;10(3): 107-12.
54. Pereira FML, Pottes FA, Araújo EC, Pinheiro EM, Andrade KS. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao idoso em Recife,Brasil. *Rev. enferm. Herediana*.2008;1(2):93-03.
55. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Giami PCA. A sexualidade no processo do envelhecimento novas perspectivas – comparação transcultural. *Estud. psicol.(Campinas)* [Internet]. 2004[acesso em 2011 agost 10]; 9(3):413-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>
56. Hernández MF, Cano MNG, González FM, Calvo IM, Torres EC, Ferrer MEF. Sexualidad en mujeres mayores. *Aten. primaria*.2006; 37(9):504-9.
57. Silva VXL. Até o apagar da velha chama: satisfação sexual entre homens idosos cadastrados no Programa Saúde da Família. [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.93p. Mestre em Saúde Coletiva.
58. Gabriel GLL, Neves S, Dias LG. Sexualidade na vivência dos idosos. *Rev. pesqui.cuid. fundam. (Impresso)* [Internet]. 2010[acesso em 2012 out 20]; 2:720-24. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1105>
59. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011[acesso em 2012 dez 10];16(1): 319-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034
60. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto & contexto enferm.* [Internet] 2007 [acesso em 2012 dezem 11]; 16(2): 315-19. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>
61. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev. bras. enferm*[Internet]. 2009[acesso em 2012 out 20];62(3): 367-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300006

62. Freire P. Educação como prática da liberdade. 10 ed. Rio de Janeiro (RJ): paz e Terra;1980.
63. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidmann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre Enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto & contexto enferm [Internet]. 2007[acesso em 2012 out 20];16(2): 307-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf/>
64. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev. bras. enferm [Internet].2008[acesso em 2012 dezem 10];61(1): 117-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100019&script=sci_arttext
65. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à pratica educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
66. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2011 agost 10];17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext
67. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem Baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.
68. Beya S, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J 1998;67(4): 877-80.
69. Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. Am J Nurs. 2010;110(5):41-7.
70. Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 7ed. Medbook: São Paulo,2013.
71. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2011.
72. Marthins GA, Théophilo CR. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.
73. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2005.

74. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, Gomes I, Schneider RH. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [internet]2012 [acesso em 2012 dez 10];15(1):87-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100010&script=sci_arttext
75. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2003 [acesso em 2012 out 10]; 8(2): 127-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>
76. Stunkard AJ, Sorenson T, Schulusinger F. Use of the dnish adoption register for the study of obesidade an thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse. *The genetics of neurological an psychiatric disorders*. New York: Raven;1983.p 115-20.
77. Chaim J, Izzo H, Sera CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *Mundo saúde* [Internet]. 2009 [acesso em 2012 dez 10]; 33 (2): 175-181. Disponível em: http://saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/175a181.pdf
78. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed.Porto Alegre: Artmed,2008.

APÊNCIDES

APÊNDICE A – Formulário semiestruturado

A) Dados para identificação:

01 N° Questionário: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 N° do idoso: _____
Nome: _____	
Curso inscrito na UnATI: _____	

B) Dados sociodemográficos e condições de saúde:

05 Sexo (1) Feminino (2) Masculino Sexo: _____	06 Idade (anos completos): _____ Idade: _____
07 Faixa etária (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 anos ou mais	08 Situação Conjugal (1) Casado (a) ou mora com o companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Viúvo(a) (4) Separado (a) ou Divorciado(a) Sit Conjugal: _____
09 Sr(a) estudou? (1) Sim (2) Não Estuda: _____	10 Até que série?(anos de estudo com aprovação) (1) Nenhum (4) ≥ 9 anos (2) 1 a 4 anos (3) 5 a 8 anos Aestudo: _____
11 Atualmente, o Sr(a) tem alguma religião? (1) Sim (2) Não Caso positivo, especifique: _____ Relig: _____	12 Como o Sr(a) classificaria a sua saúde hoje? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima Autoperceb: _____
13 O Sr(a) possui diagnóstico médico para: (pode ser marcada mais de uma resposta) (1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Artrite/Artrose (4) Acidente Vascular Cerebral (AVC) (5) Osteoporose (6) Doença Pulmonar (7) Tumor (8) Outras morbidades: _____ Diagnóstico: _____	14 O Sr(a) pratica alguma de atividade física?(3x semana, mínimo de 30 minutos) (1) Sim (2) Não Caso positivo, especifique: Tipo: _____ Frequência: _____ Duração: _____ Atfsica: _____

C) Dados sobre o exercício da sexualidade dos idosos:

15 Para a Sr(a) o que é sexualidade? (1) Visão holística (2) Genitalidade respostas categorizadas* Perc.sex. _____	
16 O Sr(a) costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo? (1) Sim (2) Não (3) Não respondeu Pensar: _____	
17 O que faz quanto tem desejo por sexo? (1) Indiferente (2) procura ter relação sexual (3) masturbação (4) não respondeu Desejo: _____	
18 A Sr (a) mantém suas relações sexuais? (1) Sim (2) Não (3) Não respondeu Relasexual: _____	19 A Sr (a) toca seu próprio corpo para obter prazer? (1) Sim (2) Não (3) Não respondeu Mast: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

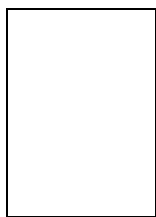
Estou sendo convidado (a) para participar como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é minha e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisa é intitulada como FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS, sob a responsabilidade da mestrandia Danielle Alencar da Universidade Federal de Pernambuco. Ao assinar o termo estou plenamente ciente de que:

1. Estou participando de forma voluntária na pesquisa e que mesmo que tenha assinado o TCLE posso desistir de continuar, sem dano algum;
2. O estudo objetiva identificar os fatores que interferem no exercício da sexualidade;
3. Irei responder questões ao pesquisador em uma sala confortável e que me permita privacidade e da qual não sou obrigado a responder a nenhuma questão da qual eu não estiver à vontade;
4. A entrevista será gravada para que o pesquisador possa transcrever algumas questões com maior segurança e fidegnidade;
5. A pesquisa poderá me causar constrangimento devido ao tema sexualidade ainda não ser um assunto muito discutido entre os idosos;
6. O estudo me beneficia com um folder explicativo sobre o tema que me trará informações sobre o assunto;
7. Os responsáveis pelo estudo não divulgarão meu nome em nenhum momento e se comprometerão em preservar minha privacidade e garantirão sigilo em minhas informações, como minha identidade, no entanto minhas respostas serão incluídas para os resultados da pesquisa;
8. Em caso de dúvidas poderei recorrer à mestrandia Danielle Alencar no contato: 081 98289831 ou email: daniellopesalencar@hotmail.com como também a Dr^a. Ana Paula de Oliveira Marques no contato comercial: 081 2126 8550 ou email: marquesap@hotmail.com;

9. Poderei entrar em contato com o Comitê de Ética da UFPE em caso de dúvidas ou se me sentir prejudicado de outra forma pelo telefone e endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, Cidade Universitária, Recife – PE, CEP: 50740-600. Tel: 081 2126 8588. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética/UFPE com CAAE: 01651112.5.0000.5208. Uma das cópias desse termo ficará em meu poder.

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado: FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS como sujeito onde fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre o estudo, procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantida a retirada do meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife ____/____/2012



Impressão datilográfica

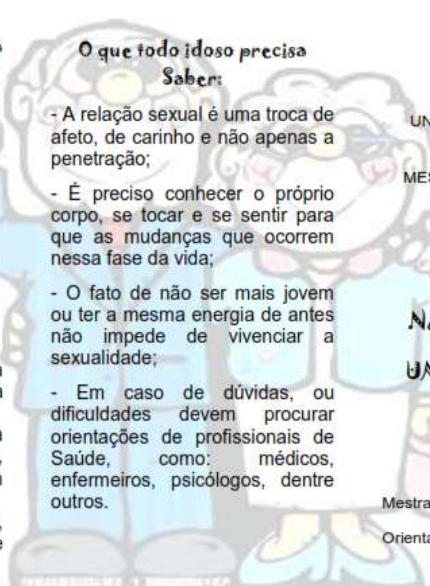
Assinatura do entrevistado (a) ou impressão digital

Responsável pela pesquisa

Testemunha (1)

Testemunha (2)

APÊNDICE C - Folder educativo sobre sexualidade na terceira idade



Mitos comuns sobre a Terceira idade:

- Sexualidade é a mesma coisa que Ato sexual;
- Os idosos perdem o interesse sexual;
- Os idosos doentes são proibidos de terem relações sexuais;
- Tocar o próprio corpo faz mal à saúde.

Verdades:

- Ato Sexual faz parte da Sexualidade, mas NÃO é a mesma coisa;
- Alguns idosos podem ter a diminuição pelo desejo sexual, mas a maioria ainda mantém seus desejos sexuais;
- A masturbação não faz mal, desde que o idoso deseje e se sinta a vontade em se tocar.

O que todo idoso precisa Saber:

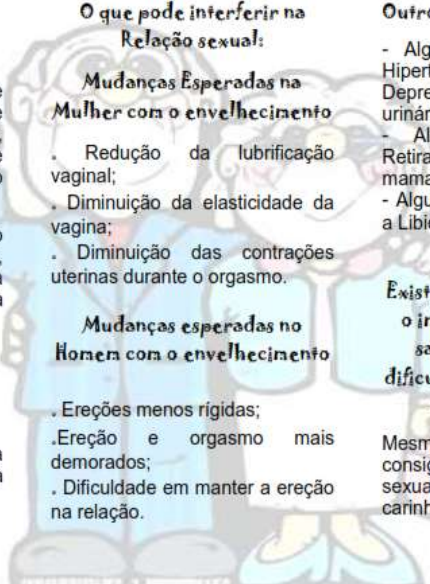
- A relação sexual é uma troca de afeto, de carinho e não apenas a penetração;
- É preciso conhecer o próprio corpo, se tocar e se sentir para que as mudanças que ocorrem nessa fase da vida;
- O fato de não ser mais jovem ou ter a mesma energia de antes não impede de vivenciar a sexualidade;
- Em caso de dúvidas, ou dificuldades devem procurar orientações de profissionais de Saúde, como: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentre outros.

SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: UM DESEJO QUE NÃO ACABA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Mestranda Enfª Danielle Alencar
Orientadora: Drª. Ana Paula Marques

Junho, 2012



Sexualidade

O que é?

A sexualidade não se refere apenas ao ato Sexual! Envolve aspectos fisiológicos, espirituais, emocionais. Está presente desde a infância e finaliza no último suspiro do ser humano.

Está presente na forma como interagimos com os amigos, familiares, companheiro(a). Na nossa forma de expressão para com o mundo e as pessoas.

Sexualidade e o Ato sexual são apenas para os mais jovens?

Não! Toda e qualquer pessoa pode e deve expressar sua sexualidade ou desejo sexual.

O que pode interferir na Relação sexual:

Mudanças Esperadas na Mulher com o envelhecimento

- . Redução da lubrificação vaginal;
- . Diminuição da elasticidade da vagina;
- . Diminuição das contrações uterinas durante o orgasmo.

Mudanças esperadas no Homem com o envelhecimento

- . Ereções menos rígidas;
- . Ereção e orgasmo mais demorados;
- . Dificuldade em manter a ereção na relação.

Outros fatores:

- Algumas doenças: Diabetes; Hipertensão; Artrite/Artrose; Depressão; Incontinência urinária;
- Algumas cirurgias, como: Retirada da próstata, do útero, da mama;
- Alguns medicamentos reduzem a Libido.

Existem outras mudanças, mas o importante é que o idoso saiba que mesmo com as dificuldades É Possível manter as relações Sexuais!

Mesmo que não tenha/ou não consiga ter mais relações sexuais, pode encontrar no carinho e no toque o prazer!

APÊNDICE D - Termo de responsabilidade do pesquisador

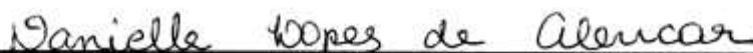
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por este termo de responsabilidade, eu, Danielle Lopes de Alencar, estudante do mestrado acadêmico em Enfermagem da UFPE do ano 2011/2013 pesquisadora do projeto intitulado 'FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS: AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM' assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, acadêmica e sujeitos da pesquisa.

Reafirmo, igualmente, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das entrevistas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término do estudo.

Informarei e apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de Ética da UFPE e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa onde foi realizado o estudo, relatório final da pesquisa, comunicando ao Comitê de Ética qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Recife, 02 de Maio de 2012.



Danielle Lopes de Alencar

ANEXOS

ANEXO A – Regulamentação da defesa e normas de apresentação

I REGULAMENTAÇÃO RELACIONADA À DEFESA

- **Apresentação da dissertação é em formato de artigos, sendo no mínimo um de revisão integrativa/sistemática e um original decorrente da sua coleta de dados, no formato a ser encaminhado para publicação.¹**
- **O mestrando deve seguir o fluxograma estabelecido pelo programa referente a pré-banca e a defesa da dissertação.**

II NORMAS QUANTO À APRESENTAÇÃO²**1 Parte Externa**

Proteção externa do trabalho e sobre a qual se imprimem no anverso da folha (frente) as informações indispensáveis à sua identificação tendo como norma:

- a) **Cor:** Azul celeste;
- b) **Consistência:** capa dura
- c) **Formatação do texto:** letras douradas, escrito em maiúsculas, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, espaço simples (nome da instituição) e 1,5 cm entre linhas (nos demais itens), alinhamento centralizado.
- d) **Conteúdo do texto:** na parte alta deve ser colocado o nome da instituição e do programa; na parte central deve ser colocado o nome do mestrando, do título e do subtítulo (se houver) da Dissertação; na parte inferior deve ser colocado o local (cidade) da instituição e ano da defesa.

Observação: A capa de consistência dura será exigida somente quando da entrega dos volumes definitivos, após aprovação da banca examinadora e das respectivas correções exigidas.

1.2 Lombada (ABNT NBR 12225:2004)

Parte da capa do trabalho que reúne as margens internas das folhas, sejam elas costuradas, grampeadas, coladas ou mantidas juntas de outra maneira.

Deverá ser utilizada a lombada descendente onde o título da Dissertação e o nome do(a) aluno(a) deverão ser impressos longitudinalmente, do alto para o pé da lombada, segundo a ABNT-NBR 12225: 2004. Esta forma possibilita a leitura, quando o documento está com a face dianteira voltada para cima.

2 Parte Interna

2.1**Elementos****Pré-Textuais****2.1.1 Folha de Rosto**

2.1.1.1 No anverso, o conteúdo do texto deve figurar na seguinte ordem:

- a) Símbolo do Programa (na parte alta, à direita);
- b) nome mestrando (na parte alta fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado);
- c) título Dissertação. Se houver subtítulo, deve ser evidenciada a sua subordinação ao título principal, precedido de dois-pontos (na parte média superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, espaço 1,5 cm entre linhas, alinhamento centralizado);
- d) natureza, nome da instituição e objetivo, explícito pelo seguinte texto: “Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem” (deve ser digitado na parte média inferior, fonte “Times New Roman”, tamanho 13, espaço simples entre linhas, alinhado do meio da mancha para a margem direita);
- e) Linha de Pesquisa do Orientador no Programa (logo abaixo do item **d**, separados por um espaço simples, fonte “Times New Roman”, tamanho 13, alinhado do meio da mancha para a margem direita);
- f) Grupo de Pesquisa do Orientador a qual o aluno está vinculado (logo abaixo do item **e**, separados por um espaço simples, fonte “Times New Roman”, tamanho 13, alinhado do meio da mancha para a margem direita);
- g) o nome do orientador e, se houver, do co-orientador (logo abaixo do item **f**, separados por um espaço simples, fonte “Times New Roman”, tamanho 13, alinhado do meio da mancha para a margem direita);
- h) local (cidade) da instituição (na parte inferior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado);
- i) ano da defesa (logo abaixo do item **e**, sem espaço, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado).

2.1.1.2 No verso, deve conter ficha catalográfica, segundo o Código de Catalogação Anglo-Americano (AACR2R), 2ª edição, atualizada em 2005.

2.1.2 Errata

Esta folha deve conter o título (Errata), sem indicativo numérico, centralizado, sendo elemento opcional que deve ser inserido logo após a folha de rosto, constituído pela referência do trabalho e pelo texto da errata e disposto da seguinte maneira:

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
32	3	Publicação	Publicação

2.1.3 Folha de Aprovação

Elemento obrigatório, colocado logo após a folha de rosto, escrito no anverso da folha, não deve conter título (folha de aprovação) nem indicativo numérico, constituído pelos seguintes elementos:

- a) nome do mestrando (na parte alta fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado);
- b) título da Dissertação. Se houver subtítulo, deve ser evidenciada a sua subordinação ao título principal, precedido de dois-pontos (na parte média superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, espaço 1,5 cm entre linhas, alinhamento centralizado);
- c) data de aprovação da Dissertação, exemplo: Dissertação aprovada em: 25 de março de 2010 (na parte média inferior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhado à esquerda);
- d) nome, titulação e assinatura de todos os componentes da banca examinadora e instituições a que pertencem (na parte média inferior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhado à esquerda);
- e) local (cidade) da instituição (na parte inferior, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado);
- f) ano da defesa (logo abaixo do item e, sem espaço, fonte “Times New Roman”, tamanho 14, alinhamento centralizado).

Observação: A data de aprovação e assinaturas dos membros componentes da banca examinadora serão colocadas após a aprovação do trabalho.

2.1.4 Dedicatória(s)

Elemento opcional, colocado após a folha de aprovação, onde o autor presta homenagem ou dedica seu trabalho. Esta folha não deve conter o título (dedicatória) nem o indicativo numérico.

2.1.5 Agradecimento(s)

Esta folha deve conter o título (Agradecimento), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003, sendo elemento opcional, colocado após a dedicatória, onde o autor faz agradecimentos dirigidos àqueles que contribuíram de maneira relevante à elaboração do trabalho.

2.1.6 Epígrafe

Elemento opcional, colocado após os agradecimentos. Folha onde o autor apresenta uma citação, seguida de indicação de autoria, relacionada com a matéria tratada no corpo do trabalho. Esta folha não deve conter o título (epígrafe) nem o indicativo numérico. Podem também constar epígrafes nas folhas de abertura das seções primárias.

Observação: o conjunto dos itens relacionado à dedicatória (s), agradecimento (s) e epígrafe deve conter no máximo cinco páginas.

2.1.7 Resumo na língua vernácula (modelo no final do documento)

Esta folha deve conter o título (Resumo), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003, sendo elemento obrigatório, escrito em português, em parágrafo único, de forma concisa narrativa, e objetiva dos pontos relevantes, fornecendo a essência do estudo contendo: introdução, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões/considerações. O resumo deve conter no máximo 500 palavras, seguido, logo abaixo, das palavras representativas do conteúdo do trabalho, as, palavras-chave e/ou descritores, conforme a ABNT NBR 6028:2003. Estes descritores devem ser integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Todas os descritores necessitam serem separadas entre si e finalizadas por ponto (ABNT - **NBR 6028** de 11/2003). Antes do título (Resumo), na parte alta, fonte "Times New Roman", tamanho 12, espaço 1,5 entre linhas, alinhamento justificado, descrever a referência completa da dissertação.

2.1.8 Resumo na língua estrangeira - Abstract

Esta folha deve conter o título (Abstract), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003, sendo elemento obrigatório, escrito em inglês, com as mesmas características do resumo na língua vernácula.

2.1.9 Lista de ilustrações

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, acompanhado do respectivo número da página. Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros). Esta folha deve conter o título (Lista de ilustrações), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003.

2.1.10 Lista de tabelas

Elemento opcional, elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, devidamente numeradas, acompanhado do respectivo número da página. Esta folha deve conter o título (Lista de tabelas), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003.

2.1.11 Lista de abreviaturas e siglas

Elemento opcional, que consiste na relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes grafadas por extenso. Esta folha deve conter o título (Lista de abreviaturas e siglas), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003.

A abreviatura é a redução gráfica de um nome ou de uma sequência de nomes, resultando em um outro único nome conciso com o mesmo significado.

É necessário que, antes da primeira aparição no texto de uma abreviação ou sigla, se coloque por extenso o nome ou sequência de nomes que a originou, colocando o nome abreviado entre parênteses. Em seguida, deve-se usar sempre a sigla ou abreviação. Deve-se evitar, todavia, a utilização de siglas ou abreviaturas nos títulos.

2.1.12 Lista de símbolos

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com o devido significado. Esta folha deve conter o título (Lista de símbolos), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003.

2.1.13 Sumário

Esta folha deve conter o título (Sumário), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003. Os elementos pré-textuais não devem figurar neste item.

O sumário é a enumeração das principais divisões, seções e outras partes do trabalho, na mesma ordem e grafia em que a matéria nele se sucede, deve ser localizado como o último elemento pré-textual, considerado elemento obrigatório, cujas partes são acompanhada do respectivo número da página, conforme a ABNT NBR 6027:2003.

Exemplo:

12 Diagnósticos de enfermagem..... 45

2.2 Textuais - Modelo de Dissertação com Inclusão de Artigos

2.2.1 Introdução (delimitação do problema)

Texto preliminar no início do manuscrito que servirá de preparação aos estudos. Deve conter a caracterização e a relevância do problema (argumentos que estabelecem a legitimidade do estudo científico); a hipótese/pergunta condutora da pesquisa (proposição que visa a fornecer uma explicação verossímil para um conjunto de evidências e que deve estar submetida ao controle da experiência); os objetivos da dissertação (finalidades que devem ser atingidas); métodos (técnicas adequadas que devem testar as hipóteses). Os objetivos devem ser claramente descritos com frases curtas e concisas e as informações sobre os artigos, relacionando com os objetivos e referência ao periódico que será/foi submetido.

2.2.2 Revisão da Literatura

A revisão da literatura é um levantamento bibliográfico que deve contemplar a articulação entre a Área de Concentração do Programa (Enfermagem e Educação em Saúde), a Linha de Pesquisa do Orientador no Programa (Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem ou Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar) e o Objeto do Estudo da Dissertação.

2.2.3 Métodos (estudo quantitativo) / caminho metodológico (estudo qualitativo)

Neste item deve-se detalhar o necessário para que o leitor possa reproduzir o estudo, criticar e analisar as soluções encontradas pelo mestrando frente aos problemas surgidos na execução do projeto. A análise dos dados deve ser escrita de modo a permitir a avaliação crítica das opções feitas. Estes detalhes são referentes aos passos metodológicos realizados em cada artigo contido nos resultados da dissertação.

Exemplos:

- a) Artigo de revisão integrativa/sistemática - Descrever detalhadamente como foi realizada a revisão.
- b) Artigo original - Descrever com detalhes todos os procedimentos metodológicos deste artigo.

2.2.4 Resultados - Artigos

Neste capítulo deverão ser colocados no mínimo dois artigos, (revisão integrativa/sistemática e o original), resultantes do trabalho de Dissertação. Estes trabalhos deverão ser submetidos ou publicados em revistas científicas indexadas (formatados de acordo com as normas do periódico que foi/será submetido pelo mestrando como autor principal), com QUALIS representativos para Enfermagem.

2.2.5 Considerações Finais

Neste capítulo deve-se expor as consequências das observações realizadas. É o momento de emitir eventuais generalizações. Não deve ser repetições dos resultados. Constitui-se de respostas às indagações feitas, isto é, às enunciadas na introdução e detalhada nos objetivos. O autor deverá se posicionar frente ao problema estudado e poderá incluir recomendações, inclusive discutir novas hipóteses e consequentemente novos estudos e experimentos.

2.3 Elementos pós-textuais

2.3.1 Referências

Conjunto padronizado de elementos descritivos, retirados de um documento, que permite sua identificação individual. Elemento obrigatório, deve conter o título (Referências), sem indicativo numérico, centralizado, seguindo as normas de Vancouver, das referências utilizadas na introdução, revisão de literatura e métodos. As referências dos artigos apresentados nos resultados da dissertação devem fazer parte das mesmas normas “instrução para autores” dos periódicos.

2.3.2 Apêndices

Textos ou documentos elaborados pelo autor da dissertação/tese com a finalidade de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho. Elemento opcional deve conter o título, e apresentado na mesma ordem de colocação na parte textual da dissertação (**Apêndice**), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003. Deve ser apresentado na mesma ordem de colocação na parte textual da dissertação.

O (s) apêndice (s) é identificado por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos apêndices, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

APÊNDICE A - Avaliação numérica de células inflamatórias totais aos quatro dias de evolução

APÊNDICE B - Avaliação de células musculares presentes nas caudas em regeneração

2.3.3 Anexos

Texto ou documento não elaborado pelo autor e que serve de fundamentação, comprovação ou ilustração. Elemento opcional, deve conter o título (Anexo), sem indicativo numérico, centralizado, conforme a ABNT NBR 6024:2003, e apresentado na mesma ordem posta na parte textual da dissertação.

O(s) anexo(s) é (são) identificado(s) por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos. Excepcionalmente utilizam-se letras maiúsculas dobradas, na identificação dos anexos, quando esgotadas as 23 letras do alfabeto.

Exemplo:

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Documentação de encaminhamento do artigo ao periódico

3 REGRAS GERAIS

- 3.1 Os elementos textuais e pós-textuais devem ser digitados no anverso das folhas.
- 3.2 A digitação da parte textual deve ser em parágrafos com recuo e sem espaços entre os parágrafos.
- 3.3 Outras regras devem seguir rigorosamente as normas da ABNT NBR 14724 (informação e documentação - trabalhos acadêmicos - apresentação) de 2011, em anexo.

Recife, 02 de junho de 2011

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ CCS/ UFPE

ANEXO B – Questionário de silhueta Stunkard, Sorensen e Schulsinger

Esse questionário representa o reconhecimento da autoimagem corporal em uma escala que vai da magreza (silhueta 01) até a obesidade severa (silhueta 09). O procedimento consiste na identificação da silhueta mais semelhante à própria aparência corporal real e da silhueta que o respondente atribui ser mais semelhante à aparência corporal ideal para a própria idade. Para a interpretação, subtraiu-se a pontuação da imagem corporal real da pontuação da imagem corporal ideal. O resultado equivalente a zero significa satisfação com a própria imagem. O resultado com pontuação positiva indica insatisfação por excesso de peso, e o resultado com pontuação negativa sinaliza a insatisfação por magreza^{76, 77}.



Qual aparência física mais se parece com o Sr(a) atualmente?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

17 Qual aparência física Sr(a) gostaria de ter?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

Pontuação: _____

- (1) Satisfeito
- (2) Insatisfeito com o excesso de peso
- (3) Insatisfeito com a magreza

ANEXO C - Instrumento de avaliação do rigor metodológico dos artigos selecionados da revisão integrativa

Questões	Considerações	Julgamento
1. Objetivo claro e justificado?	○ Explicita objetivo ○ Explicita relevância do estudo	() Sim () Não
2. Há adequação da metodologia?	○ A pesquisa visa interpretar e/ou iluminar as ações?	() Sim () Não
3. Os procedimentos teóricos-metodológicos são apresentados e discutidos?	○ Explicita os procedimentos metodológicos	() Sim () Não
4. A amostra do estudo foi selecionada adequadamente?	○ Explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra do estudo.	() Sim () Não
5. A coleta de dados esta detalhada?	○ Explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal..) ○ Explicita o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro...)	() Sim () Não
6. A relação pesquisador e pesquisado foi considerada?	○ O pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo o potencial de viés ○ Descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa	() Sim () Não
7. Os aspectos éticos da pesquisa foram considerados?	○ Menção de aprovação pelo comitê de ética ○ Menção do termo de consentimento autorizado	() Sim () Não
8. A análise dos dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	○ Explicita o processo de análise ○ Explicita como as categorias de análise foram identificadas ○ Os resultados refletem os achados	() Sim () Não
9. Os resultados foram apresentados de forma claro?	○ Explicita os resultados ○ Dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores ○ Os resultados são analisados à luz da questão do estudo	() Sim () Não
10. Qual a importância da pesquisa?	○ Explicita a contribuição e limitações da pesquisa ○ Indica novas questões da pesquisa	() Sim () Não

*Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CAPS) Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Milton Keynes Primary Care Trust, 2002. All rights reserved.

Resultado:

Nível A () Nível B ()

ANEXO D - Instrumento para classificação hierárquica das evidências para avaliação
dos estudos selecionados na revisão integrativa

Nível de Evidência	Tipo de Evidência
I	Revisão sistemática ou meta-análise
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado delimitado
II	Evidências obtidas de ensaios clínicos delimitados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso – controle delimitados
V	Evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo

Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence–Based Practice: Step by step. **American Journal of Nursing**. 2010; 110(5): 41-7.

APÊNDICE E – Parecer do comitê de ética

7/03/13
 Samuel

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
 PERNAMBUCO CENTRO DE
 CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

Plataforma
 Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados ao exercício da sexualidade de pessoas idosas: ações educativas de enfermagem

Pesquisador: Danielle Lopes de Alencar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01651112.5.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Boa tarde, envio relatório final do projeto desenvolvido conforme cronograma,

Data do Envio: 18/12/2012

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 181.581

Data da Relatoria: 28/12/2012

Apresentação da Notificação:
 Indicada na relatoria inicial do protocolo.

Objetivo da Notificação:
 Indicada na relatoria inicial do protocolo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
 Indicada na relatoria inicial do protocolo.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:
 Indicada na relatoria inicial do protocolo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
 Indicada na relatoria inicial do protocolo

Recomendações:
 Informar se os benefícios foram definidos como descrito:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



"O estudo o beneficiará com um folder explicativo sobre o tema Sexualidade que trará informações educativas";

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O relatório final da pesquisa foi avaliado e o colegiado aprova, de forma definitiva, o protocolo em questão.

RECIFE, 27 de Dezembro de 2012

Geraldo Bosco Lindoso Couto

Assinador por:

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

APÊNDICE F – Carta de Anuência

Carta de Anuência

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber Danielle Lopes de Alencar, aluna acadêmica do Mestrado em Enfermagem da Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, facultando-lhe o uso das instalações da Universidade Aberta à Terceira Idade – UnATI, a qual sob a orientação da profa. Ana Paula de Oliveira Marques, desenvolverá o projeto de pesquisa intitulado ' FATORES ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS IDOSAS: AÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM' , informamos que a coleta dos dados deverá ser previamente agendada junto a secretaria executiva da UnATI/UFPE, bem como só será iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

Recife, 05 / março de 2012.

Márcia Carrera Campos Leal

Márcia Carrera Campos Leal

- Vice Coordenadora da UnATI/UFPE

Profa. Márcia Carrera Campos Leal
Coordenadora Núcleo de Atenção ao Idoso
UnATI/UFPE
SIAPE 6435238

ANEXO G – Normas de Publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seção de Publicação: Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/ key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a

metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO H - Normas de Publicação da Revista de Saúde Pública

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A

seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves - São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de links para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".