



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA



JULIANA CORDEIRO CARVALHO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM IDOSAS E FATORES ASSOCIADOS

Recife

2020

JULIANA CORDEIRO CARVALHO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM IDOSAS E FATORES ASSOCIADOS

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

Linha de Pesquisa: Envelhecimento e Saúde

Orientador (a): Prof. Dr. Rogério Zimmermann

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição Lafayette

Recife

2020

Catálogo na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4 1790

C331a Carvalho, Juliana Cordeiro
Avaliação da satisfação e função sexual em idosas e fatores associados / Juliana Cordeiro Carvalho. – 2020.
74 f.

Orientador: Rogerio Dubosselard Zimmermann.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em gerontologia. Recife, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Idoso. 2. Sexualidade. 3. Exercício Físico. I. Zimmermann, Rogerio Dubosselard. (orientador). II. Título.

618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2020 - 124)

JULIANA CORDEIRO CARVALHO

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM IDOSAS E FATORES ASSOCIADOS

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

Aprovada em: 18/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^aDr.^a Márcia Carréra Campos Leal (Membro Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^aDr.^aFábia Maria de Lima (Membro Titular Externo)
Universidade de Pernambuco

A Deus, que abriu os meus caminhos para chegar até aqui.
Aos meus queridos pais, Wilma e Pedro, que sempre me estimularam a ir cada vez mais longe e sempre me deram alicerce para isso.
Ao minha querida irmã Leticia, que está sempre ao meu lado.
Ao Prof. Rogério por sua paciência e por todo momento de orientação no mestrado.
E a toda a equipe, seja ela dissente ou docente que fez o PPGERO ser a minha segunda família.
Meu muito obrigado a todos(as).

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Zimmermann, meu orientador, pela sua atenção e disponibilidade na orientação deste trabalho, por ser um exemplo de professor e pesquisador, e pelo incentivo constante.

À Prof.^a Maria da Conceição Lafayette, minha coorientadora, pelo seu incentivo, pelas orientações e por participar da minha formação como pesquisadora.

À Prof.^a Ana Paula, professora e coordenadora do programa de pós-graduação em gerontologia da UFPE, que me orientou no estágio, mostrando o quanto é gratificante e prazeroso esse caminho da docência.

À Prof.^a Márcia Carrera, professora e vice-coordenadora da pós graduação em gerontologia da UFPE, agradeço por ter aberto os caminhos para conhecer o Núcleo do Apoio ao Idoso (NAI), onde realizei a minha coleta de dados e fiz alguns trabalhos voluntários.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFPE, pelos ensinamentos e por toda a aprendizagem que levarei para toda a vida.

À Prof.^a Carmita Helena Najjar Abdo, professora da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), criadora do Quociente Sexual Feminino (QSF) que me auxiliou respondendo algumas dúvidas e fazendo algumas sugestões sobre o trabalho.

Aos meus colegas e amigos: Maria de Fátima, Monique Freitas, Anna Carolina, Mikaella Carla, Renata e Marcelo, pelo companheirismo desde as aulas do aperfeiçoamento até o final desta dissertação.

Ao estatístico **Emidio Albuquerque**, pela organização dos dados e orientação na análise estatística.

À Manoel, Marta e Jane, SECRETÁRIOS (AS) DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA DA UFPE E DO NÚCLEO DO APOIO AO IDOSO (NAI), pelo auxílio e orientação em todos os procedimentos, cursos, cartas e documentos a serem entregues, desde a matrícula e término da Pós-Graduação.

Aos Idosos inscritos na Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI) da UFPE, pela paciência e disponibilidade demonstradas durante todo o andamento deste estudo.

RESUMO

É comum, considerar que pessoas mais velhas são sinônimos de “assexuados” e que não podem e nem devem sentir vontade de ter relação sexual (SIQUEIRA, 2007) (AIZENBERG, 2015). Esse pensamento negativo está relacionado ao modelo de sexualidade estabelecido como “normal” e é centrado no culto ao corpo, à juventude, à beleza, na consideração do sexo como fonte de prazer restrito ao coito e para fins de procriação (NONATO, 2017). Devemos lembrar que a velhice não é sinônimo de incapacidade motora ou ausência de vivências sociais e sexuais (VIEIRA et al, 2018). Mesmo com as limitações da idade é possível supor que os velhos podem ter momentos ou relacionamentos afetivos sexuais. A pesquisa objetivou avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas e fatores associados. Trata-se de um estudo observacional-descritivo, quantitativa de corte transversal. Foi avaliado 110 idosas cadastradas nos cursos de línguas pela Universidade. Aberta da Terceira Idade (UNATI) inserido na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no município do Recife. Foi analisada a função e satisfação sexual, o nível de atividade física, a imagem corporal e condições sociodemográficas e clínicas. Ao comparar a as variáveis “Com quem reside”, “Estado Civil”, “Filhos” e “Etilismo” o teste de distribuição foi significativo, comprovando assim associação dessas variáveis com a função e satisfação sexual nas idosas. Nas outras variáveis como: “atividade física”, “nível de escolaridade”, “origem dos recursos”, “deficiência hormonal”, “medicação”, “drogas”, “cardiopatias”, “pressão alta”, “diabetes” e a “imagem corporal” não foram obtidos relações entre a sexualidade. Sendo interessante a realização de novas pesquisas para assim comprovar a veracidade dessas relações.

Palavras-chave: Idoso. Sexualidade. Exercício Físico.

ABSTRACT

It is common to consider that older people are synonymous with “asexuals” and can not and should not feel like having sex (SIQUEIRA, 2007) (AIZENBERG, 2015). This negative thinking is related to the model of sexuality established as “normal” and is centered on the worship of the body, youth, beauty, the consideration of sex as a source of pleasure restricted to coitus and for procreation purposes (NONATO, 2017). We must remember that old age is not synonymous with motor disability or absence of social and sexual experiences (VIEIRA et al, 2018). Even with age limitations, it is possible to assume that older people may have sexual affairs or relationships. The research aimed to evaluate the satisfaction and sexual function of elderly women and associated factors. This is an observational-descriptive quantitative cross-sectional study. We evaluated 110 elderly women registered in language courses by the Open University for the Third Age (UNATI) inserted at the Federal University of Pernambuco (UFPE), in the city of Recife. Sexual function and satisfaction, physical activity level, body image, and sociodemographic and clinical conditions were analyzed. When comparing the variables “With who resides”, “Marital Status”, “Children” and “Ethnicity”, the distribution test was significant, thus proving the association of these variables with sexual function and satisfaction in the elderly. In other variables such as: “physical activity”, “educational level”, “source of resources”, “hormonal deficiency”, “medication”, “drugs”, “heart disease”, “high blood pressure”, “diabetes” and “body image” no relationship was obtained between sexuality. It is interesting to conduct new research to prove the veracity of these relationships.

Keywords: Sexuality. Elderly. Exercise.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das idades em idosas avaliadas - Recife/PE. 2019	29
Tabela 2 - Caracterização do perfil das idosas avaliadas – Recife/PE. 2019.....	30
Tabela 3- Caracterização do perfil sócio demográfico das idosas avaliadas - Recife/PE. 2019	31
Tabela 4 – Caracterização do estilo de vida das idosas avaliadas - Recife/PE. 2019	32
Tabela 5 - Caracterização das co-morbidades das idosas avaliadas - Recife/ PE. 2019	33
Tabela 6 – Caracterização da imagem corporal em idosas avaliadas - Recife/ PE. 2019	33
Tabela 7 – Caracterização da função e satisfação sexual em idosas avaliadas - Recife/PE. 2019.....	34
Tabela 8 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (trabalho) em idosas. Recife /PE. 2019.....	35
Tabela 9 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (meio de transporte) em idosas. Recife/ PE. 2019.....	35
Tabela 10 - Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (em casa) em idosas. Recife/PE. 2019	35
Tabela 11 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (esporte) em idosas. Recife/PE. 2019	35
Tabela 12 - Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (total) em idosas. Recife/PE. 2019	36
Tabela 13 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI/ UFPE relacionando com a coabitação, Recife. 2019.....	37
Tabela 14 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI/ UFPE, relacionando com o estado civil, Recife. 2019.....	38
Tabela 15 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI / UFPE, relacionando com filhos, Recife. 2019.....	39
Tabela 16 - Análise da questão 2 (Interesse) do QSF, Recife 2019.....	42
Tabela 17 - Análise da questão 3 (Preliminares) do QSF, Recife. 2019.....	42
Tabela 18 - Análise da questão 5 (Excitação) do QSF, Recife 2019.	43
Tabela 19 - Análise da questão 8 (distração) do QSF, Recife 2019.....	43
Tabela 20 - Análise da questão 7 (Dor) do QSF, Recife 2019.....	43
Tabela 21 - Análise da questão 8 (Distração) do QSF, Recife 2019.....	44
Tabela 22 - Análise da questão 9 (Orgasmo) do QSF, Recife 2019.....	44
Tabela 23 - Análise da questão 10 (satisfação) do QSF, Recife 2019.	44
Tabela 24 - Análise de todas as questões do QSF, Recife 2019.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AF	Atividade Física
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROIDOSO	Programa do Idoso
PROEXT	Pró-Reitoria de Extensão
QS-F	Quociente Sexual Feminino
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNATI	Universidade Aberta para a Terceira Idade
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	14
2.2	AVALIAÇÃO DA SAÚDE AUTO PERCEBIDA E A IMAGEM CORPORAL POR MULHERES IDOSAS	16
2.3	ATIVIDADE FÍSICA E SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE	16
2.4	SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS	20
3	OBJETIVOS	24
3.1	OBJETIVO GERAL	24
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4	MÉTODO.....	25
4.1	TIPO DE PESQUISA	25
4.1.1	Local do Estudo	25
4.1.2	Quociente Sexual Feminino (QS-F)	26
4.1.3	International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	27
4.1.4	Escalas de Silhuetas.....	27
4.2	ANALISE DOS DADOS	28
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	28
5	RESULTADOS	29
5.1	PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, MORBIDADE E IMAGEM CORPORAL NAS IDOSAS PARTICIPANTES.....	29
5.2	FUNÇÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM IDOSAS	34
5.3	ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)	34
5.4	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS VERSUS PADRÃO DE DESEMPENHO/SATISFAÇÃO SEXUAL.....	36
5.5	ANALISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F)	39
6	DISCUSSÃO.....	46
7	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PELA UFPE, 2019	66

ANEXO B - QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F).....	70
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ.....	71
ANEXO D - ESCALA DE SILHUETAS DE SORENSEN E SUNKARD	72
ANEXO E - FORMULÁRIO DE MATRICULA DO UNATI.....	73

1 INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) projeta que o número de pessoas idosas aumentará para 22% da população total até 2050 (MILANOVIĆ. et al 2013). Com esta estimativa, de um aumento significativo da população, cresce o interesse em estudar sobre o envelhecimento humano, entender sobre suas características e seus aspectos fisiológicos.

No mundo, em geral, a proporção de mulheres idosas é maior do que os homens, pois vivem, em média, sete anos a mais. Este fato se deve, entre outros fatores, em decorrência de maiores cuidados com a saúde e menor exposição a fatores como a violência. Em regra casam-se com homens mais velhos e estes quando ficam viúvos, geralmente casam-se novamente com mulheres mais novas e, por vezes ainda solteiras. (SALGADO. 2016).

É comum, considerar que pessoas mais velhas são sinônimos de “assexuados” e que não podem e nem devem sentir vontade de ter relação sexual (SIQUEIRA, 2007) (AIZENBERG, 2015). Esse pensamento negativo está relacionado ao modelo de sexualidade estabelecido como “normal” e é centrado no culto ao corpo, à juventude, à beleza, na consideração do sexo como fonte de prazer restrito ao coito e para fins de procriação (NONATO, 2017).

Devemos lembrar que a velhice não é sinônimo de incapacidade motora ou ausência de vivências sociais e sexuais (VIEIRA et al, 2018). Mesmo com as limitações da idade é possível supor que os velhos podem ter momentos ou relacionamentos afetivos sexuais. Acrescentando que nesse relacionamento não inclui só o coito, mas também, existe uma afetividade que é essencial ao ser humano (SANTANA,. et al 2014).

Somado a isso, algumas literaturas ressaltam que muitos idosos não conhecem sobre o processo de envelhecimento, negativando essa fase e levando a complicações psicológicas, físicas e cognitivas além do aumento da ansiedade e diminuição da autoestima, quando chegam ou estão próximos de chegar nessa faixa etária (PEREIRA, 2018).

Em contrapartida, os gerontólogos “pós-modernistas” encaram que a velhice e o próprio processo de envelhecimento seriam fases em que se viveria uma “maturidade pós-sexual”, em que a sexualidade deveria ser deserotizada e conseqüentemente a inclusão e à defesa da sexualidade no curso da vida dessa população (PASSAMANI, G. 2017). A maior procura em vendas por próteses para disfunção erétil e sobre o auto-cuidado com relação a

reposição hormonal feminina, mostra que os idosos e as idosas estão redescobrando o sexo.(BURIGO, 2015)

De acordo com a literatura, alguns autores como Costa et al (2017) relatam que há uma carência de estudos sobre as várias vertentes da sexualidade no idoso, inclusive, da vida sexual.

Segundo Seco et al (2013) a relação entre a prática de exercício físico e a sexualidade do idoso advém possivelmente dos benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais que o exercício físico acarreta, levando a uma melhoria das capacidades funcionais, da aptidão física e da satisfação com a vida de um modo geral. Sabe-se que os programas de atividade física têm um papel importante na manutenção da saúde física e do bem-estar entre os idosos.

Vale ressaltar que à prática regular de exercício físico, pode-se atribuir a um fator positivo na melhora da qualidade de vida dos idosos, como também é um importante motivo para prevenir quedas, a melhorar o equilíbrio, prevenir doenças crônicas e degenerativas (SOUZA, et al. 2015). Já os benefícios psicológicos, referem-se à melhoria da auto eficácia, da satisfação com a vida e da qualidade de vida, além de uma diminuição nos níveis de tensão, ansiedade e depressão (VAZ, et al2016).

Destacamos o estudo de Cardoso et al (2012) onde os autores, compararam idosos sedentários e ativos e de acordo com os resultados, demonstraram que os ativos têm maior interesse e frequência nas relações sexuais, além de terem uma maior iniciativa e um maior prazer na relação.

Com relação à imagem corporal das mulheres, geralmente é afetada pela beleza física, que muda ao longo tempo e está ligado ao estado físico geral ou atração física (por ex. peso). (Shkolnik, 2013). Assim, se uma mulher percebe que não é atraente aos olhos de seu parceiro pode tornar as relações sexuais menos agradáveis (FERNANDES, 2009), e isso pode, conseqüentemente, causar sensação de fracasso e perda de autoestima. Souza, et al (2015) ressalva que existe relação entre a imagem corporal e sexualidade em todas as faixas etárias inclusive na velhice.

Diante do exposto, o estudo apresenta como pergunta condutora: qual o padrão de satisfação/função sexual e os fatores associados em mulheres idosas?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

De acordo com dados apontados pelo IBGE a população de idosos, em 2020, será superior a 30 milhões de pessoas. Dentro do grupo etário de 75 anos haverá maior crescimento, sendo 49,3 % dessa população (IBGE, 2015).

Atualmente o Brasil possui, cerca de 21 milhões de idosos que soma 11,1% da população (IBGE, 2010) (PEREIRA, A.M.V.B. et al, 2009).

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, como consequência do avanço no campo da saúde e à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade. Isso vem ocasionando mudanças na estrutura etária, com diminuição relativa da população mais jovem e aumento proporcional dos idosos (PAVARINI, et al, 2005).

Dentro do processo de envelhecimento populacional, destaca-se a feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa. Sabe-se que atualmente elas constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que elas vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. (ALMEIDA, et al 2015) De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2017).

Com relação ao nível de escolaridade de idosos moradores da cidade do Recife, Porciúncula, et al (2017) avaliou 227 idosos longevos, constatando-se que a maioria não possuía escolaridade ou concluiu apenas o 1º grau e uma pequena parcela possuía nível superior ou pós-graduação. Entre os homens, os que não tinham escolaridade representaram uma parcela maior (44,2%) e as mulheres estudaram mais do que os homens até o 2º grau. Já com relação aos idosos frequentadores da UnATI/UFPE no período de março a junho de 2006 prevaleceram idosos com nove ou mais anos de estudo (72%), destacando-se apenas uma idosa sem escolaridade formal. (Batista et al, 2011).

Sobre o estado conjugal, 31,1% das idosas eram casadas, frequentadoras de dois grupos para a terceira idade, onde um deles era um grupo de extensão da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e o segundo grupo era de frequentadoras da Igreja de São Sebastião, ambos localizados na comunidade de Santo Amaro em Recife, Pernambuco (Annes et al, 2017). Já no projeto de extensão oferecido pela Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI) da UFPE percebeu-se que os casados ou

com companheiro foram mais frequentes na amostra (34,5%), assim como entre os homens (71,4%), mas, entre as mulheres, a viuvez foi mais frequente (32,4%) (Batista et al, 2011).

As modificações biofisiológicas provocadas pelo avançar da idade são universais e comuns a todos os indivíduos. Quanto às mulheres, o processo de envelhecimento sexual tem uma marca biológica evidente, a menopausa, que é um período caracterizado por alterações hormonais e fisiológicas que afetam principalmente o trato genital. A diminuição progressiva de estrogénios que ocorre nesta fase é responsável pela involução dos órgãos reprodutores, nomeadamente atrofia da vulva, vagina, trompas, ligamentos pélvicos, aumento da flacidez mamária e diminuição da lubrificação vaginal. Esta etapa, que é determinada pelo fim da capacidade reprodutiva, desencadeia profundas modificações estéticas, da autoimagem e da autoestima. (VIEIRA et al, 2017)

Uma das variáveis que pode condicionar o interesse e a atividade sexual dos idosos é a saúde. Além das mudanças físicas naturais e inerentes ao processo de envelhecimento, existem alguns distúrbios ou doenças que podem afetar a sexualidade. Estas patologias, que prevalecem ou aumentam com a idade, são maioritariamente doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia, doenças metabólicas como a diabetes. Estas perturbações podem ter um impacto negativo sobre a atividade sexual, influenciando quer a libido quer o próprio desempenho sexual. Os efeitos iatrogénicos da polimedicação prescrita aos idosos também podem contribuir para que surjam profundas alterações a este nível (SIQUEIRA, 2017) (KONTULA, 2019).

Mesmo com as doenças advindas do envelhecimento, e que podem influenciar na função e satisfação sexual, dados mostram que casos de doenças sexualmente transmissíveis em idosos aumentaram no mundo e também no Brasil. Nos Estados Unidos, estudos apontam aumento de 43% na taxa de sífilis e clamídia entre idosos, além de outras DST como herpes vírus e papiloma vírus humano. Na China, dentre todos os casos de DST (sífilis, gonorreia, clamídia, condiloma acuminado e herpes simples), 15,8% e 9,8% ocorreram em homens e mulheres acima de 50 anos, respectivamente. No Brasil, estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam que há aproximadamente 937 mil novas infecções de sífilis, 1,5 milhão de casos de gonorreia e quase dois milhões de casos de clamídia por ano. (Rahman, *et al* 2013) (Poynten, 2013). Comprovando que mesmo com as limitações, os idosos e as idosas continuam tendo relações, porém por não usar preservativos, adquirem doenças sexualmente transmissíveis, levando a graves consequências e tornando-se um problema de saúde pública.

2.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE AUTO PERCEBIDA E A IMAGEM CORPORAL POR MULHERES IDOSAS

A condição de saúde percebida ou auto percepção de saúde é considerada importante preditor de incapacidade funcional nos idosos. A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções. (DRESCH et al 2017)

O envelhecimento é caracterizado pela deterioração dos sentidos e mudanças visíveis, relacionadas à idade e aparência física que inclui rugas, cabelos grisalhos, manchas na pele, diminuição da massa muscular, entre outros. Esses sinais podem causar sentimentos de vergonha, alienação, raiva e inferioridade, dificultando a aceitação da imagem corporal (Shkolnik, et al, 2013)

Assim, é importante abordarmos a imagem corporal, como um fenômeno que envolve aspectos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores. Está associado com o conceito de si próprio e é influenciável pelas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de desenvolvimento está associado às concepções sociais e culturais. O ideal de estética corporal foi sofrendo alterações à medida que as normas e os comportamentos foram mudando (Lveset et al, 2009).

No caso da mulher idosa, as transformações em seu corpo e as forças opressoras culturais sustentam o argumento da impossibilidade de serem vistas como atraentes e, como consequência disto, questionam sua capacidade de sedução e de vivência plena da sexualidade. (Bourdieu, 2005). O culto ao corpo jovem, idealizado pela mídia, perpetua a convicção de que a sexualidade esteja ligada à beleza jovial. (Brown et al, 2014)

Portanto, o corpo que envelhece, e para a maioria dos comportamentos sociais, geralmente não produz mais interesse e é retratado sem desejo, sem atração física e em um estado de declínio. Assim, as pessoas que envelhecem são, na maioria das vezes, rotuladas como assexuadas ou incapazes de sentirem desejo, tornando evidente que o assunto da sexualidade do idoso está impregnado de rótulos, tabus e preconceitos (Robbins et al, 2017), expressando os fatores socioculturais e históricos envolvidos.

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

A escassez de ações e serviços que objetivem prioritariamente a promoção à saúde e prevenção, aliados a um modelo hospitalocêntrico de investir em saúde, fortemente atrelada ao estereótipo curativo da medicina popularmente enraizado na cultura da população, favorece que a busca adequada por tratamento ocorra de forma tardia, especialmente por parte das pessoas idosas, dificultando as chances de minimizar prováveis agravos. Por conta disso, são necessárias inovações estratégicas afim de mudar o paradigma de atenção a saúde da população idosa, nessa perspectiva a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2002, um outro paradigma sobre envelhecimento, intitulado “Envelhecimento Ativo” (DIAS. et al, 2010).

A inatividade física vem sendo relatada como determinante de prejuízos cruciais para a qualidade de vida na velhice e conseqüentemente a atividade física é citada como componente dos mais importantes para uma boa qualidade de vida, a busca pelo prazer, pela satisfação e bem estar pessoal (ALCANTARA. et al, 2014).

Segundo World Health Organization (2005) Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A definição de envelhecimento ativo citado por alguns dos idosos, analisados por, Ferreira. et al (2010), seria:

“[...] o idoso ativo é trabalhador, toma conta da casa, resolve seus problemas, faz compras sozinho, cuida dos netos [...] o idoso ativo é responsável, é inteligente, sai sozinho, é independente, cuida da casa [...] o idoso ativo é enxerido, é namorador, quer ser novo, anda, passeia, é trabalhador [...]”

Então, não basta envelhecer por envelhecer, temos que procurar envelhecer com autonomia, independência, com boa saúde física e mental, enfim com um envelhecimento saudável e ativo. (FERREIRA. et al, 2012) (MOREIRA et al, 2014). E uma das formas de manter a independência máxima dos idosos e retardar suas perdas, por um período longo de tempo seria a prática de exercício físico. (FIDELIS. et al. 2013).

A atividade física trás como melhoria ao idoso, a maior longevidade, redução das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos prescritos, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia e benefícios psicológicos, como, por

exemplo, melhoria da autoimagem, da autoestima, do contato social e prazer pela vida.(CARDOSO et al, 2008).

As atividades físicas trazem benefícios que vão além da saúde. Guimarães e Caldas (2006) ressaltam que para os idosos, os exercícios físicos também favorecem uma interação social, afetividade, melhora a auto-eficácia (crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas) e proporciona uma maior sensação de controle sobre os eventos e demandas do meio, favorecendo uma melhor longevidade.

O foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria - na medida do possível - da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, bem como a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida (VERAS. et al, 2013).

As mulheres que se engajaram em exercício moderado tiveram duas vezes mais chances de serem sexualmente ativas em comparação com aquelas que não o fizeram. (CHIRINDA; ZUNGU, 2016).

Na pesquisa de Poli et al (2017), o perfil dos idosos sexualmente ativos e que praticavam atividade física estavam associados a uma idade mais jovem (65 a 75 anos), com um maior apoio social, uma melhor saúde física e psicológica. Uma curiosidade é que idosas que não tinham parceiros, que consumiam vegetais e que praticavam exercício físico, mantiveram a sua sexualidade ativa.

Mulheres idosas que se envolvem em exercícios moderados foram duas vezes mais propensas a serem sexualmente ativas em comparação com aquelas que não praticavam (ALENCAR, D.L. et al 2016; REED, M.D.S. et al 2014). Níveis mais altos de esporte foram associados com a redução psicológica, sintomas somáticos, físicos e aumento da função sexual (BORKOLES, E., et al, 2015).

Idosas que tinham uma baixa qualidade de vida, aumento do peso, diminuição da autoestima, doenças associadas, distúrbios no humor, insônia, tendência à depressão e dificuldades sexuais. Todos esses sinais estão diretamente ligados à falta de exercício físico, onde, as mesmas não praticavam. Nota-se que a falta de exercício desencadeia a somatização desses outros aspectos e que podem levar aos problemas sexuais (LORENZI, D.R.S. et al, 2006).

Dennerstein et al (2004) compararam idosas europeias e latinas sobre seu estilo de vida, bem-estar, sexualidade, entre outros aspectos e em seu resultado as mulheres de países latinos teve uma maior frequência de relações sexuais, associado a isso, também relataram maior bem-estar e paridade, fatores que mostraram afetar a frequência de relações sexuais.

No estudo de Borkoles, (2015) uma das idosas prestou o seguinte depoimento:

“No meu tempo livre pratico ping-pong e faço caminhadas. Com o exercício, percebo que o tempo do sexo dura um pouco mais. Sinto-me mais disposta e forte.”

Mostrando que até exercícios simples como o ping-pong, associado com a caminhada já podem influenciar na sexualidade.

A presença de parceiro, bem-estar, qualidade de vida e exercício físico tiveram efeitos positivos e lineares na resposta da sexualidade e na frequência de relações sexuais em idosos avaliados na pesquisa (DENNERSTEIN et al, 2004).

Mulheres que praticavam exercícios moderados eram duas vezes mais propensas a serem sexualmente ativas em comparação com aquelas que não o fizeram. As entrevistadas afirmam que a maior barreira para ser sexualmente ativas em uma idade mais avançada é a falta de disponibilidade de parceiros sexuais (POLI et al, 2017).

Segundo a pesquisa Chirinda, W.; Zungu, N. (2016), homens e mulheres com uma boa saúde tiveram maior expectativa de vida sexualmente ativa em comparação com aqueles que apresentavam problemas de saúde.

Silva, et al (2017) avaliaram a função sexual de pós-menopausadas através da escala de quociente sexual feminino (QS-F), após a avaliação fizeram algumas intervenções utilizando exercícios físicos (alongamentos, fortalecimento e exercícios específicos para o assoalho pélvico) onde descobriram que com a utilização do treinamento houve uma melhora da função sexual das mulheres.

Os exercícios musculares do assoalho pélvico (exercícios de Kegel) provou ser eficaz na melhoria de alguns domínios da função (excitação, orgasmo e satisfação) em mulheres pós-menopausadas. O estudo sugere a estimulação desse tipo de repertório de exercícios já que existe uma alta prevalência de disfunção sexual nesse publico (Nazarpour, S. et al, 2017).

A postergação da velhice tem ocasionado transformações na vida cotidiana dos idosos em diferentes aspectos e várias mudanças já estão sendo sentidas de forma bastante concreta,

revelando a importância de constante revisão das necessidades deste segmento populacional. Entre essas indispensabilidades encontram-se, a importância de se estudar a sexualidade e o efeito da atividade física sobre a saúde dessa população. (BASTOS. et al, 2012) (ALCANTARA. et al 2014).

2.4 SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES IDOSAS

Com o aumento da expectativa de vida, os estudos sobre sexualidade têm se tornados relevantes, uma vez que a função sexual influencia a qualidade de vida e no bem-estar emocional dentro do processo de envelhecimento (CHIRINDA; ZUNGU, 2016).

Nos últimos anos vem ocorrendo uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, o que tem se refletido de forma indiscutível na terceira idade. Alguns fatores tiveram influência direta no processo, sendo três os mais importantes. Primeiro: a vida sexual deixou de ter apenas função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades. Segundo: o aumento notável e progressivo de pessoas que chegam a uma idade sempre mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar a vida sexual. Terceiro: o aparecimento da AIDS nos obrigou a repensar sobre a sexualidade, reforçando a necessidade de todos informarem se e falarem mais abertamente sobre sexo. (ARAÚJO. 2016).

A sexualidade é uma dimensão inerente a cada pessoa, presente em todos os aspectos da vida, inclusive na velhice e influencia, individualmente, o modo de cada um se manifestar, comunicar, sentir e expressar. Pode ser vista enquanto identidade, explicitada na forma como o indivíduo estabelece a relação consigo e com o mundo, e está presente desde antes do nascimento até o momento da morte. É parte integrante da personalidade do ser humano e seu desenvolvimento se completa enquanto necessidade humana básica, como o desejo de contato, intimidade expressão emocional, prazer, amor e carinho (QUEIROZ. et al, 2015).

As alterações fisiológicas do envelhecimento, que tornam os organismos mais susceptíveis às doenças, levam a pensar que esse público também não vivencia mais sua sexualidade e que o envelhecimento carrega-se consigo o desinteresse pela vida e a sexualidade fosse inerente ao jovem. É importante notar que a sexualidade não se resume ao coito, com a única finalidade de procriação, ela vai muito mais além, trata-se de um misto de prazer, comunicação e amor entre duas pessoas como uma forma de conhecimento do seu corpo e do corpo do outro, fortificando os laços de união de um casal (MORAES. 2011).

Acrescentando que os sentimentos e as sensações não sofrem deterioração. Não impede o indivíduo de desfrutar a vida de forma ativa, saudável e feliz, podendo a sexualidade ser vivida até o fim (SOUZA. 2016).

De acordo com Viana, Madruga (2008), muitas mulheres reprimidas sexualmente, com o passar dos anos, na medida em que ganham experiência sexual, mais confiança em si mesma e no parceiro, podem usufruir maior prazer na relação sexual do que quando eram jovens. Porém Cardoso. et al (2012) discordam dessas características entre idosas, alegando que com o passar do tempo, os idosos terão alterações biológicas e modificações culturais nos valores morais, redefinições da vida conjugal e das relações sociais que, somadas às restrições impostas aos idosos, refletem diretamente sobre suas manifestações sexuais, oprimindo-os.

As mulheres também passam pela fase da menopausa que é um episódio pontual durante o climatério e se caracteriza pela finalização permanente das menstruações após um período de 12 meses consecutivos. Os sintomas mais comuns são: ondas de calor, sudorese, secura vaginal, dificuldades de excitação e orgasmo e alterações no funcionamento sexual. Contudo, a maneira como cada mulher vivencia este período não se limita às influências biológicas, está associado a fatores contextuais, pessoais e a sua experiência. Por isso é importante compreender as influências psicossociais, emocionais, culturais e situacionais que acompanham as mulheres após a menopausa e podem influenciar sua sexualidade, uma vez que a autoimagem, o papel social feminino e as relações sociais ganham novos contornos e significações nesta etapa da vida (CREMA, TILIO. 2017).

Fleury e Abdo (2015) ressaltam que a população idosa feminina apresenta significativos comprometimentos em relação à sexualidade quando comparada aos homens, tais como a diminuição na qualidade de vida sexual e interesse sexual reduzido ao longos anos, especialmente por parte de mulheres solteiras ou viúvas. Pontuando a contribuição para o abandono da própria vida sexual.

A disfunção sexual (DS) é definida como uma situação na qual o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro. É considerado problema de saúde pública que afeta significativamente a vida das mulheres e de seus parceiros (MARQUI; SILVA; IRIE, 2015).

Com relação aos fatores hormonais, há uma considerável diminuição na produção de estrógenos e progestágenos (hormônios sexuais femininos), provocando as seguintes mudanças no aparelho genital feminino: Os ovários diminuem progressivamente de tamanho; As trompas de falópio se fazem filiformes; O útero regride ao seu tamanho pré-púbere; O

endométrio e a mucosa do colo uterino se atrofiam; A vagina se torna mais curta e menos elástica; A mucosa vaginal se torna mais delgada e friável; Diminui a capacidade de lubrificação da vagina, podendo piorar a função sexual das mulheres. (GUIMARÃES, 2016). O climatério também coincide, frequentemente, com eventos significativos que podem interferir no estado emocional da mulher. Dentre outros, menciona-se a mudança nos papéis sociais, que está diretamente relacionada à sensação de valor produtivo, quer seja laboral, familiar ou comunitário, à autoimagem e à incerteza acerca da qualidade de vida na velhice (FREITAS; BARBOSA. 2015).

No entanto, constatou-se que no decorrer do envelhecimento, a atividade sexual parece mudar e consiste predominantemente de beijos, abraços e toque sexual. Além da mudança na forma de expressão da sexualidade, estudos mostram também uma diminuição da frequência da atividade sexual com o envelhecimento, mas a satisfação sexual permanece para a maioria das que continuam sexualmente ativas (GASS. et al, 2011). A presença de atividade sexual, nesse processo de envelhecimento, apesar de menos frequente, pode tornar-se cada vez mais importante, não somente como ato sexual físico, mas como preservação de relacionamento íntimo que ajuda diminuir os sentimentos de solidão e isolamento, uma vez que, no processo de envelhecimento, existe um estreitamento na rede de relacionamentos sociais e o papel social dos indivíduos se restringe. Além disso, a atividade sexual pode ser uma força básica para conectar as pessoas com o significado de suas próprias vidas (CHOI et al, 2011). Como a sexualidade envolve a percepção e controle do corpo e como a vida é movimento, é importante adequar este movimento do corpo no decorrer do climatério e envelhecimento, assumir limitações impostas pelas mudanças corporais, cientes de que elas são parte da evolução natural dos indivíduos e ferramentas usadas para o amadurecimento e crescimento dos seres humanos (GONÇALVES et al, 2009).

A relevância social desse tema consiste em subsidiar educadores, profissionais de saúde, sacerdotes e outras pessoas que estejam compromissadas em trabalhar a questão do preconceito referente à sexualidade do idoso, para que este os vença, passando a usufruir uma vida saudável e mais feliz. Abordar a sexualidade do idoso constitui uma temática emergente, polêmica e cercada de preconceitos, inclusive, por parte de jovens e até mesmo por profissionais de saúde (NERY, VALENÇA. 2014).

Enquanto a maioria dos casais entre 60 e 74 anos é sexualmente ativa, apenas um quarto daqueles com mais de 75 anos relatam o coito conjugal. Ocorre alguma masturbação,

particularmente entre os viúvos. As mudanças nas taxas de atividade refletem tanto fatores psicológicos como mudanças fisiológicas definitivas. (SANTOS, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas e fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sócio demográfico, saúde auto percebida, imagem corporal, morbidade referida das idosas participantes do estudo;

Identificar o nível de atividade física segundo os domínios do IPAQ;

Verificar se existe associação entre a satisfação e a função sexual com as demais variáveis investigadas.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional-descritivo, quantitativa de corte transversal. O estudo transversal define uma população, em um dado momento e de forma censitária ou por amostragem, retira-se informação de cada indivíduo sobre existência ou não de exposição e de agravo à saúde. É assim possível a quantificação da exposição e da doença na população, de uma forma geral ou segundo alguma característica (exposição). É ainda possível a pesquisa de associação entre exposição e agravo à saúde. A existência de associação entre exposição e doença não indica, necessariamente, a existência de relação causal (JEKEL, J.F. et al. 2002).

4.1.1 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI-UFPE, localizada no Campus da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Av. Jornalista Aníbal Fernandes S/N – CDU – Recife - PE. A UNATI é vinculada ao programa do idoso (PROIDOSO) da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) da UFPE. A UNATI tem por finalidade a promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante a realização de cursos e outras ações que facilitem a atualização de conhecimentos e integração na sociedade contemporânea. A UNATI foi implantada na UFPE em agosto de 1996, sendo regulamentada e subordinada ao PROIDOSO por Portaria Normativa n. 01 de 17-01-2002-BO-UFPE.

A quantidade foi de 110 idosas, de uma população de 120 idosas, onde destas, 10 se recusaram a participar da pesquisa. Todas as participantes frequentavam os cursos de línguas (inglês espanhol e italiano).

O trabalho de campo ocorreu sob-responsabilidade da orientanda, onde se capacitou para assim poder entrevistar corretamente as idosas. As entrevistas foram feitas com a utilização Formulário de Matrícula do UNATI, QS-F, IPAC e o da Escala de Nove Silhuetas proposta por Sorensen e Stunkard.

Inicialmente foi feito um primeiro contato, com as idosas, através de uma apresentação sobre o projeto e abordando o assunto de sexualidade durante a velhice. Após a apresentação, foi entregue os questionários, explicando minuciosamente cada quesito, deixando aberto para caso alguém desejasse realizar algum tipo de pergunta.

4.1.2 Quociente Sexual Feminino (QS-F)

O questionário que avalia o desempenho/satisfação sexual feminino, é um instrumento que conforme ficou constituído, compõe-se de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. No final estas questões são agrupadas e são avaliados os seguintes aspectos:

Desejo e interesse sexual (questões 1,2,8);

Preliminares (questão 3);

Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4,5);

Conforto na relação sexual (questões 6,7);

Orgasmo e satisfação sexual (questões 9,10).

Escores baixos para as questões 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escore alto para a pergunta 7 confirma a presença de dor à relação, cuja causa pode ser física ou psicológica. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos para as questões 9 e 10. Escores menores ou abaixo de 2 para estas questões significam domínio prejudicado. Soma total dos escores menor que 62, aponta para disfunção sexual a ser identificada (inibição do desejo ou da excitação ou do orgasmo ou dispareunia, etc) pela análise dos escores dados às questões.

O resultado final é obtido através da soma das 10 respostas que deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. Na versão feminina a sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. (Anexo A)

Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual, a saber:

82-100 pontos: *bom a excelente*

62-80 pontos: *regular a bom*

42-60 pontos: *desfavorável a regular*

22-40 pontos: *ruim a desfavorável*

0-20 pontos: *nulo a ruim*

4.1.3 International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

O questionário IPAQ (Anexo B), foi validado por PARDINI em 2001 (versão 6), sendo a versão longa, autoaplicável, referente a uma semana normal da paciente. É composto de 19 questões sobre atividade física diária. As pacientes respondem a perguntas sobre sua semana habitual e quanto tempo elas gastam realizando atividade física no trabalho, em casa, como meio de transporte e lazer.

O questionário é dividido em quatro domínios:

- Atividade física em tempo livre;
- Atividade física no trabalho;
- Atividade física em casa;
- Atividade como transporte.

As questões sobre as atividades físicas realizadas em cada um dos domínios acima avaliam o tempo gasto na atividade (contando apenas se for tempo maior que dez minutos) e quantas vezes essa atividade é realizado por semana.

Para a interpretação do nível de atividade física das idosas pelo IPAQ adotou-se o critério baseado em recomendações de limiares de atividades físicas que resultam em benefícios para a saúde, classificando como “ativos” os indivíduos que praticam, pelo menos, 150min por semana (min/sem) de atividade física (MARSHAL; BAUMAN, 2001). Já os Insuficientemente ativos seriam indivíduos que praticassem alguma atividade que tivesse duração menor à 150 por semana (min/sem). (CARDOSO *et al*, 2008)

4.1.4 Escalas de Silhuetas

De modo a avaliar a percepção corporal em relação à forma e tamanho corporal das participantes foi utilizada a Escala de Figuras de Silhuetas (Anexo C), para o sexo feminino, desenvolvida por Stunkard et al (1983). Esta escala é constituída por desenhos de 9 silhuetas frontais ordenadas por ordem gradativa do menor para o maior tamanho corporal (Stunkard et al, 1983; Sorensen e Stunkard, 1993; Bulik et al, 2001; Garner e Brown, 2010). Após a apresentação da Escala de Figuras de Silhuetas foi pedido às participantes que selecionassem a figura que representasse a silhueta que representa a sua aparência física atual (silhueta real).

Para verificar a satisfação ou a insatisfação com a imagem corporal deve-se calcular a diferença entre a silhueta real e a silhueta ideal, apontadas pelo indivíduo. Se estiver satisfeito com a sua aparência (variação igual a ZERO), insatisfeito com a sua aparência (variação diferente de zero). Quando a diferença for positiva, considera-se insatisfatória por excesso de

peso e quando for negativa, insatisfação por magreza. (Buliket al, 2001; Garner e Brown, 2010).

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados com dupla entrada no software EPI-INFO versão 3.3.2. Os resultados das variáveis categóricas serão apresentados em forma de tabelas e/ou gráficos com suas respectivas frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas através das medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e quando necessário, o teste exato de Fisher. Todas as análises serão realizadas no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 13.0.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos metodológicos deste estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (APÊNDICES), sob o número de registro CAAE 01436518.1.0000.5208, conforme a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas científicas desenvolvidas com seres humanos. Sendo o aceite dos participantes ao estudo expresso através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, mantendo seus nomes resguardados.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, MORBIDADE E IMAGEM CORPORAL NAS IDOSAS PARTICIPANTES.

A amostra foi constituída por 110 idosas, distribuídas nas tabelas distribuídas nos temas: idade (tabela 01), perfil (tabela 02), perfil sócio demográfico (tabela 03), estilo de vida (tabela 04), Morbidades (tabela 05), imagem corporal (tabela 06).

A distribuição em relação à faixa etária apresenta-se entre 60 a 84 anos, com média de 67,17 anos e desvio padrão de 5,24, com maior concentração de idosas entre 60 a 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil das idades em idosas avaliadas - Recife/PE. 2019

N	Dados Perdidos	110
Média		0
Mediana		67,17
Desvio Padrão		66,00
Valor Mínimo		5,248
Valor Máximo		60
Porcentagem	25	84
	50	63,00
	75	66,00
		70,25

Fonte: Resultado da pesquisa

Com relação ao nível de escolaridade, onde 41,8% tinham o ensino superior completo, 36,4 estudaram entre 09 à 12 anos de estudo (antigo científico ou magistério) e 16,4% eram pós-graduadas (Tabela 2).

Foi registrado que a maioria das idosas morava sozinha (30,9%), outras moravam com os filhos (24,5%) e com o seu esposo (19,1%). Mesmo com uma menor proporção, ainda havia aquelas que moravam com netos, irmãos e amigos. No que se refere ao estado conjugal houve uma maior proporção de mulheres casadas ou em união estável, 31,8% em seguida vieram às viúvas com 26,4%. (Tabela 2).

A grande maioria das idosas tinham filhos (85,5%), contra apenas 14,5% que não tinham. Com relação ao estado civil, cerca de 31,8% eram casadas ou estavam em união estável, 26,4% estavam viúvas, 21,8% divorciadas e 20% solteiras (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do perfil das idosas avaliadas – Recife/PE. 2019.

	Frequência	Porcentagem	P-valor
Escolaridade			
De 05 a 08 anos de estudo (antigo ginásio)	6	5,5	
De 09 a 12 anos de estudo (antigo científico, magistério)	40	36,4	=,340
Superior Completo (graduado)	46	41,8	
Pós-Graduado	18	16,4	
Total	110	100,0	100,0
Com quem reside			
Esposo (a) ou companheiro (a)	21	19,1	
Filho (a) ou enteado (a)	27	24,5	
Neto (a)	3	2,7	=0,033
Irmão (a)	4	3,6	
Outros Parentes, amigos (a)	5	4,5	
Mora sozinho (a)	34	30,9	
Outros agrupamentos	16	14,5	
Total	110	100,0	100,0
Estado Civil			
Solteiro (a)	22	20,0	
Casado (a) ou união estável	35	31,8	= 0,20
Divorciado	24	21,8	
Viúvo	29	26,4	
Total	110	100,0	100,0
Filhos			
Sim	94	85,5	
Não	16	14,5	
Total	110	100,0	100,0

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Na tabela 03 são apresentados os dados referentes à situação previdenciária, fonte de renda individual e familiar.

A situação previdenciária de 70% das entrevistadas estava definida, recebendo proventos oriundos de aposentadoria. 13,6% não recebiam aposentadoria e apenas 9,1%

recebia pensão. Vale ressaltar que 72,7% das idosas não realizavam nenhum tipo de atividade remunerada, portanto vivia apenas da aposentadoria ou pensão.

A renda individual apresentou uma variação significativa em seus limites, tendo quem não apresentasse nenhuma fonte de renda e àquelas que tinham proventos superiores a mais que 4 salários (valor do SM em 2019 = R\$ 998 reais). Houve prevalência das que ganhava entre um à dois salários mínimos, em seguida vem às que recebiam mais que quatro salários (30%), enquanto 27,3% recebiam entre 2 à 4 salários.

Tabela 3 - Caracterização do perfil sócio demográfico das idosas avaliadas - Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
Situação Previdenciária				
Não Aposentado (a)	15	13,6	13,6	13,6
Aposentado (a)	77	70,0	70,0	83,6
Pensionista	10	9,1	9,1	92,7
Aposentado (a) e pensionista (a)	8	7,3	7,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Renda Mensal				
Menos de 1 salário	6	5,5	5,5	5,5
De 1 a 2 salários	39	35,5	35,5	40,9
Entre 2 a 4 salários	30	27,3	27,3	68,2
Mais de 4 salários	33	30,0	30,0	98,2
Sem renda	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Origens dos Recursos				
Não tem rendimento	2	1,8	1,8	1,8
Salários ou atividade informal	8	7,3	7,3	9,1
Aposentadoria	69	62,7	62,7	71,8
Pensão	11	10,0	10,0	81,8
Outra fonte	7	6,4	6,4	88,2
Total	110	100,0	100,0	
Atividade Remunerada				
Sim	30	27,3	27,3	27,3
Não	80	72,7	72,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Com relação ao estilo de vida a maioria das idosas não ingeriam álcool (96,4%), e como também não fumavam (97,3%) e apenas 2,7% das idosas usavam drogas (Tabela 04).

Tabela 4 – Caracterização do estilo de vida das idosas avaliadas - Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
Etilismo				
Sim	4	3,6	3,6	3,6
Não	106	96,4	96,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Tabagismo				
Sim	4	3,6	3,6	3,6
Não	106	96,4	96,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Drogas				
Sim	3	2,7	2,7	2,7
Não	107	97,3	97,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Sobre as morbidades referidas 50,9% não tinham pressão alta, 73,6% não eram diabéticas, 92,2% e nem cardiopatas, 82,7% não tinham nenhuma deficiência hormonal, porém 80% das idosas usam medicamentos (Tabela 05).

Tabela 5 - Caracterização das co-morbidades das idosas avaliadas - Recife/ PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
Pressão Alta				
Sim	54	49,1	49,1	49,1
Não	56	50,9	50,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Diabetes				
Sim	29	26,4	26,4	26,4
Não	81	73,6	73,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Cardiopatias				
Sim	8	7,3	7,3	7,3
Não	102	92,7	92,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Deficiência Hormonal				
Sim	19	17,3	17,3	17,3
Não	91	82,7	82,7	100,0
Total	110	100,0	100,0	
Medicação				
Sim	88	80,0	80,0	80,0
Não	22	20,0	20,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Com relação a imagem corporal, 61,8% as idosas tinham vontade de ter o corpo mais magro e 6,4% desejavam ter um corpo maior do que os que tinham. Tinham apenas 35 idosas que estavam satisfeitas com o seu corpo (Tabela 06)

Tabela 6 – Caracterização da imagem corporal em idosas avaliadas - Recife/ PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
Imagem Corporal				
Satisfação Corporal	35	31,8	31,8	31,8
Ter um corpo maior (negativo)	7	6,4	6,4	38,2
Ter um corpo magro (positivo)	68	61,8	61,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

5.2 FUNÇÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM IDOSAS

O padrão de função e satisfação sexual das 110 idosas que referiram prática sexual foi obtido através da avaliação das respostas ao questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). Atribuindo às idosas que não tiveram prática sexual, um padrão de desempenho nulo (38,2%), enquanto para as demais, 24,5% obteve um padrão de bom a excelente, 20,0% de regular a bom, 10% desfavorável à regular e 7,3% ruim à desfavorável (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização da função e satisfação sexual em idosas avaliadas - Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F TOTAL				
Nulo a ruim	42	38,2	38,2	38,2
Ruim a desfavorável	8	7,3	7,3	45,5
Desfavorável a regular	11	10,0	10,0	55,5
Regular a bom	22	20,0	20,0	75,5
Bom a excelente	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

5.3 ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

De acordo com os dados contidos na tabela 08 sobre a Atividade Física (AF) no Trabalho, apenas 10% eram consideradas ativas. Com relação ao Meio de Transporte (tabela 09), 39,1% das idosas obtiveram um nível ativo de AF. Sobre o quesito Em Casa (tabela 10) 68,2% das idosas exerciam alguma atividade domestica, sendo a modalidade mais alta da escala. Em relação a AF no Esporte (tabela 11) cerca de 50% das idosas obtiveram um nível ativo. Sobre o IPAQ total (tabela 12), 82,7% das idosas eram ativas e 17,3% inativas. Percebe-se então que as atividades no trabalho e como meio de transporte são as menos utilizadas pelas idosas, porém a atividade domestica e esporte são as mais procuradas e trabalhadas, revelando que mesmo com o déficit nos dois primeiros itens, a soma dos totais mostra que as idosas continuam sendo ativas.

Tabela 8 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (trabalho) em idosas. Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
IPAQ: Trabalho				
Ativo (≥ 150 min/ sem)	11	10,0	10,0	10,0
Inativo (≥ 150 min/ sem)	99	90,0	90,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 9 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (meio de transporte) em idosas. Recife/ PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
IPAQ: Meio de Transporte				
Ativo (≥ 150 min/ sem)	43	39,1	39,1	39,1
Inativo (≥ 150 min/ sem)	67	60,9	60,9	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 10 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (em casa) em idosas. Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
IPAQ: Atividade Física em Casa				
Ativo (≥ 150 min/ sem)	75	68,2	68,2	68,2
Inativo (≥ 150 min/ sem)	35	31,8	31,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 11 – Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (esporte) em idosas. Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
IPAQ: Atividade física no esporte				
Ativo (≥ 150 min/ sem)	55	50,0	50,0	50,0
Inativo (≥ 150 min/ sem)	55	50,0	50,0	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 12 - Resultados do nível de atividade física através do IPAQ (total) em idosas. Recife/PE. 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
IPAQ: Total				
Ativo (≥ 150 min/ sem)	91	82,7	82,7	82,7
Inativo (≥ 150 min/ sem)	19	17,3	17,3	100,0
Total	110	100,0	100,0	

5.4 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS VERSUS PADRÃO DE DESEMPENHO/SATISFAÇÃO SEXUAL.

Com a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson foi verificado que houve associação estatisticamente entre o padrão de desempenho/satisfação sexual (PDSS) e a coabitação, cujo o p-valor encontrado foi de 0,033. Onde as idosas que viviam com seus esposos (33,3%) e com os seus netos tinham o PDSS de “bom a excelente”, já as idosas que obtiveram um PDSS de “nulo a ruim” viviam com outros parentes (60,0%) e com o irmão (a) (50,0%). Com o PDSS de “ruim à desfavorável” geralmente viviam com o irmão (a) (25,0%). Sobre o PDSS ser “desfavorável a regular” as idosas viviam 33,3% com os netos O PDSS “regular a bom” obteve 38,1% nos caso em que as idosas moravam com o esposo (a) ou companheiro (a) (Tabela 13).

Tabela 13 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI/UFPE relacionando com a coabitação, Recife. 2019

Com quem reside		QSF					Total
		Nulo a Ruim	Ruim a Desfavorável	Desfavorável a Regular	Regular a Bom	Bom a Excelente	
Esposo (a)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	3 14,3%	0 ,0%	3 14,3%	8 36,1%	7 33,3%	21 100,0%
Filho (a)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	13 48,1%	5 18,5%	0 ,0%	1 3,7%	8 29,6%	27 100,0%
Neto(a)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	3 100,0%
Irmão (ã)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	2 50,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 0%	1 25,0%	4 100,0%
Outros parentes ou amigos (as)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	42 38,2%	8 7,3%	11 10,0%	22 20,0%	27 24,5%	110 100%
Mora Sozinha	Count % within Com quem reside CODIFICADO	7 43,8%	0 ,0%	2 12,5%	5 31,3%	2 12,5%	16 100%
Outros agrupamentos (as)	Count % within Com quem reside CODIFICADO	42 32,8%	8 7,3%	11 10,0%	22 20,0%	27 24,5%	110 100%

Coabitação p-valor = 0,033

O estado conjugal obteve-se p-valor igual a 0,020, evidenciando sua associação estatística com a variável dependente (VD). Observa-se que das 110 idosas casadas 31,4% apresentaram PDSS Bom a Excelente, 22,9% não praticavam sexo, apresentando desempenho sexual Nulo, Ruim a Desfavorável foram 0%, desfavorável a regular 17,1% e Regular a Bom 28,6%. Então, neste grupo de mulheres a existência de um relacionamento afetivo com um parceiro (a) revelou ser um fator que propicia um melhor desempenho e satisfação sexual. Nos demais estados conjugais, a maior proporção foi de mulheres que tiveram um desempenho sexual Nulo. (Tabela 14).

Tabela 14 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI/UFPE, relacionando com o estado civil, Recife. 2019.

Estado Cívil		QSF					Total
		Nulo a Ruim	Ruim a Desfavorável	Desfavorável a Regular	Regular a Bom	Bom a Excelente	
Solteira	Count	10	1	0	7	4	22
	% within Estado Cívil	45,5%	4,5%	,0%	31,8%	18,2%	100,0%
Casada	Count	8	0	6	10	11	35
	% within Estado Cívil	22,9%	,0%	17,1%	28,6%	31,4%	100,0%
Divorciada	Count	12	2	1	3	6	24
	% within Estado Cívil	50,0%	8,3%	4,2%	12,5%	25,0%	100,0%
Viúva	Count	12	5	4	2	6	29
	% within Estado Cívil	41,4%	17,2%	13,8%	6,9%	20,7%	100,0%
Total	Count	42	8	11	22	27	110
	% within Estado Cívil	38,2%	7,3%	10,0%	20,0%	24,5%	100%

Estado Cívil p-valor = 0,020

Sobre a associação entre a PDSS com o fato das idosas terem ou não filhos, percebe-se que o $p=0,024$ concluindo assim que idosas com um bom desempenho sexual geralmente tem filhos (as). Sobre os níveis de PDSS de Bom a Excelente em idosas com filhos são 26,6%, já as que não têm filhos são 12,5%(Tabela 15).

Neste grupo a variável Escolaridade ($p=0,340$). não teve um bom nível de significância.

Com relação a classe socioeconômica: Situação Previdenciária ($p=0,596$), Renda Mensal ($p=0,330$), Origem dos Recursos ($p=0,711$) e Atividade Remunerada ($p=0,605$) não obtiveram valores próximos à $p=0,005$, por consequência não tiveram associação com a variável de sexualidade.

Tabela 15 – Padrão de desempenho / satisfação sexual em idosas frequentadoras da UNATI / UFPE, relacionando com filhos, Recife. 2019.

Filhos			QSF					Total
			Nulo a Ruim	Ruim a Desfavorável	Desfavorável a Regular	Regular a Bom	Bom a Excelente	
Sim	Count		36	8	11	14	25	94
	% within Filhos		38,3%	8,5%	11,7%	14,9%	26,6%	100,0%
Não	Count		6	0%	0%	8	2	16
	% within Filhos		37,5%	,0%	,0%	50,0%	12,5%	100%
Total	Count		42	8	11	22	27	110
	% within Filhos		38,2%	7,3%	10,0%	20,0%	24,5%	100%

Filhos p-valor = 0,020

Dentre as três categorias de estilo de vida, o teste Qui-quadrado de Pearson revelou que apenas uma apresentava associação estatisticamente significativa com o PDSS. O etilismo com p-valor de 0,028 foi referida nas 110 idosas, das quais 25,5% que não inferiam álcool tinha um desempenho sexual de “bom a excelente”. 17,9% resultaram de Regular a Bom no PDSS. Já no quesito Desfavorável a regular do PDSS foram 9,4% das idosas. Ruim a Desfavorável foram 7,5 e Nulo a Ruim 39,6% (Tabela 16). Nas demais variáveis foram: Tabagismo (p=0,704), Drogas (p=1000).

Dentre as comorbidades, não obtivemos nenhuma associação com a função e satisfação sexual através do teste Qui-quadrado de Pearson. Pressão Alta (p = 0,109), Diabetes (p= 0,283), Cardiopatias (p= 0,276), Deficiência Hormonal (0,904) e Medicação (p= 2,88).

5.5 ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DO QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F)

Nas tabelas 16 até a 25 foram registradas as respostas às dez questões do QS-F pelas 110 idosas que declararam prática sexual nos seis últimos meses anteriores a pesquisa.

As questões do QS-F visam avaliar alguns aspectos da vida sexual das participantes compreendido em cinco domínios. O primeiro avalia o desejo e o interesse sexual (questões 01, 02 e 08). Na questão 01 (tabela 16), que trata da frequência de pensamento em sexo, 67,3% responderam que não pensavam espontaneamente em sexo, podendo ser um fato que as impedissem de manter relação sexual nos últimos meses. No item interesse e participação na relação sexual (questão 2) 57,3% não tinham interesse (tabela 17). A questão 08 revelou que 52,7% se distraem ou perde a concentração durante a relação sexual, havendo outra parte que declarou não se sentir envolvida na relação (47,3%) (tabela 18).

Nos domínios preliminares (questão 03), 56,4% acham que a relação iniciada com carícias, beijos, abraços e afagos às estimulavam a continuar na relação (tabela 19).

Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 04 e 05) corresponde ao terceiro domínio. Na questão 04, 57,3% declararam ficar lubrificada durante as relações (tabela 20). A sintonia com o parceiro (questão 05) foi revelada pela metade (50%), ou seja, para essas idosas à medida que aumentava a excitação do parceiro elas se sentiam mais estimuladas para o sexo (tabela 21).

No domínio conforto na relação sexual (questões 06 e 07) avalia-se inicialmente o conforto durante a penetração (questão 06), neste tópico 50,9% das idosas declararam conseguir relaxar o suficiente para facilitar a penetração e 40,9% não conseguiam atingir este relaxamento (tabela 22). Quanto a presença de dor a penetração (questão 07) 90,9% não sentia dores (tabela 23).

Orgasmo e satisfação sexual (questões 09 e 10) compõem o quinto domínio do QS-F. Na questão 09, 56,4% das idosas afirmaram não conseguir atingir o orgasmo durante a relação contra 43,6% que sentiram as sensações do orgasmo (tabela 24).

Por ultimo, a questão 10 avalia se a satisfação sexual obtida com a relação sexual é capaz de motivar a mulher a praticar sexo normalmente em dias diferentes. 59,1% possui algum tipo de prejuízo, considerando assim outros domínios mais importantes (tabela 25).

O somatório dos pontos das respostas ao QS-F revelou o padrão de desempenho/satisfação sexual das idosas que declararam atividade sexual nos seis últimos meses anteriores a pesquisa. De acordo com o gabarito de pontuação das 110 idosas, 27 (24,5%) apresentaram um padrão de Bom a Excelente (82-100 pontos), 22 (20,0%) apresentaram um padrão de Regular a Bom (62-80 pontos), 11 (10,0%) apresentaram um padrão de Desfavorável a Regular (42-60 pontos), 8 (7,3%) apresentaram um padrão de Ruim a Desfavorável (22-40 pontos) e 42 (38,5%) apresentaram um padrão de nulo a ruim (0-20 pontos) (tabela 26).

Tabela 16- Análise da questão 1(Pensamento) do QSF, Recife. 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 1				
Nunca	36	32,7	32,7	32,7
Raramente	8	7,3	7,3	40,0
Às vezes	30	27,3	27,3	67,3
Aproximadamente 50% das vezes	11	10,0	10,0	77,3
A maioria das vezes	12	10,9	10,9	88,2
Sempre	13	11,8	11,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 16 - Análise da questão 2 (Interesse) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 2				
Nunca	43	39,1	39,1	39,1
Raramente	7	6,4	6,4	45,5
Às vezes	13	11,8	11,8	57,3
Aproximadamente 50% das vezes	6	5,5	5,5	62,7
A maioria das vezes	14	12,7	12,7	75,5
Sempre	27	24,5	24,5	100
Total	110	100	100	

Tabela 17 - Análise da questão 3 (Preliminares) do QSF, Recife. 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 3				
Nunca	42	38,2	38,2	38,2
Raramente	6	5,5	5,5	43,6
Às vezes	7	6,4	6,4	50,0
Aproximadamente 50% das vezes	15	13,6	13,6	63,6
A maioria das vezes	40	36,4	36,4	100,0
Sempre	40	36,4	36,4	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 19 - Análise da questão 4 (Lubrificação) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 4				
Nunca	51	46,4	46,4	46,4
Raramente	3	2,7	2,7	49,1
Às vezes	9	8,2	8,2	57,3
Aproximadamente 50% das vezes	10	9,1	9,1	66,4
A maioria das vezes	16	14,5	14,5	80,9
Sempre	21	19,1	19,1	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 18 - Análise da questão 5 (Excitação) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 5				
Nunca	47	42,7	42,7	42,7
Raramente	0	0	0	0
Às vezes	8	7,3	7,3	50,0
Aproximadamente 50% das vezes	8	7,3	7,3	57,3
A maioria das vezes	12	10,9	10,9	68,2
Sempre	35	31,8	31,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 19 - Análise da questão 8 (distração) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 6				
Nunca	46	41,8	41,8	41,8
Raramente	3	2,7	2,7	44,5
Às vezes	7	6,4	6,4	50,9
Aproximadamente 50% das vezes	7	6,4	6,4	57,3
A maioria das vezes	19	17,3	17,3	74,5
Sempre	28	25,5	25,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 20 - Análise da questão 7 (Dor) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 7				
Nunca	68	61,8	61,8	61,8
Raramente	17	15,5	15,5	77,3
Às vezes	15	13,6	13,6	90,9
Aproximadamente 50% das vezes	5	4,5	4,5	95,5
A maioria das vezes	1	9	9	96,4
Sempre	4	3,6	3,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 21 - Análise da questão 8 (Distração) do QSF, Recife 2019

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 8				
Nunca	48	43,6	43,6	43,6
Raramente	7	6,4	6,4	50,0
Às vezes	3	2,7	2,7	52,7
Aproximadamente 50% das vezes	7	6,4	6,4	59,1
A maioria das vezes	19	17,3	17,3	76,4
Sempre	26	23,6	23,6	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 22 - Análise da questão 9 (Orgasmo) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 9				
Nunca	47	42,7	42,7	42,7
Raramente	6	5,5	5,5	48,2
Às vezes	9	8,2	8,2	56,4
Aproximadamente 50% das vezes	12	10,9	10,9	67,3
A maioria das vezes	16	14,5	14,5	81,8
Sempre	20	18,2	18,2	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 23 - Análise da questão 10 (satisfação) do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F Questão 10				
Nunca	48	43,6	43,6	43,6
Raramente	3	2,7	2,7	46,4
Às vezes	14	12,7	12,7	59,1
Aproximadamente 50% das vezes	7	6,4	6,4	65,5
A maioria das vezes	11	10,0	10,0	75,5
Sempre	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

Tabela 24 - Análise de todas as questões do QSF, Recife 2019.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Validada	Porcentagem Cumulativa
QS-F – Total				
Nulo a Ruim	42	38,2	38,2	38,2
Ruim a Desfavorável	8	7,3	7,3	45,5
Desfavorável a Regular	11	10,0	10,0	55,5
Regular a Bom	22	20,0	20,0	75,5
Bom a Excelente	27	24,5	24,5	100,0
Total	110	100,0	100,0	

6 DISCUSSÃO

Na Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI) - UFPE, em seu primeiro semestre de 2019, haviam 120 idosas matriculadas nos cursos de línguas. Entrevistamos 110 idosas, com uma perda de apenas 10. Em outras pesquisas percebe-se a dificuldade e a perda de respostas, por ser um tema cercado de preconceitos e que por consequência, acaba sendo pouco abordado e discutido. Como foi no caso de Almeida; Lourenço (2017), na qual o seu universo continha 61 idosas, porém apenas 14 participaram. O teor das perguntas era sobre a sexualidade ao longo da vida, as alterações fisiológicas advindas com a idade, o conhecimento sobre sexualidade nesse momento da vida, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS e as formas de prevenção.

As idades das idosas da nossa pesquisa variaram entre 60 a 84 anos, com média de 66 anos (Desvio Padrão: 5,2). Em 2011, estudo realizado de grupos de convivências do Recife verificou que a faixa etária de maior concentração foi a de 60 a 69 anos, sendo registrado um percentual significativo de mulheres com mais de 80 anos (12%) (Nascimento, 2016). Na pesquisa de Almeida et al (2015), as idades das idosas variaram de 62 e 90 anos, com média de 75 anos. Observou-se que 57,5% das idosas estavam no grupo de 70 a 79 anos, seguidas de 27,5% das do grupo de 80 anos ou mais e 15% com idade entre 60 e 69 anos. A maior concentração (57,5%) de idosas estava na faixa etária de 70 a 79 anos, com número significativo de octogenárias (com 80 anos ou mais), o que tem sido uma realidade cada vez maior no mundo, especialmente no Brasil.

6.1 ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS (COM QUEM RESIDE, ESTADO CIVIL, FILHOS E ETILISMO) COM A SEXUALIDADE.

As variáveis que contribuíram com a relação da sexualidade foram: “Com quem reside” (p= 0,033), “Estado Civil” (p= 0,020), “Filhos” (p= 0,024) e o “Etilismo” (p= 0,028).

6.1.1 Com quem reside

Em nossa pesquisa o fato de morar com alguém tem influência na função sexual das idosas (p=0,033). Assim, entre os 60% que moravam com outros parentes, 50% morava com o irmão (ã) e os 48,1% moravam com os filhos que tinham um desempenho situado no intervalo “ruim à péssimo” obtiveram um desempenho considerado ruim. Já as idosas que

tiveram um desempenho considerado “Bom a Excelente”, 33, 3% moravam com o esposo, 29,6% morava com o seu filho, 25% morava com o seu irmão e 20,6% morava sozinho.

Na pesquisa de Nascimento (2016) a falta de privacidade no domicílio ocorre pelo fato do idoso conviver com outras gerações, não restando espaço para a vivência da sexualidade, principalmente quando o parceiro não é aquele com quem viveu a vida toda.

Observe as falas que seguem:

“[...] agora já tá sozinho até em casa, que às vezes tinha as meninas, então às vezes a gente fica meio retraído mesmo que elas já são adultas, a gente não vai ficar se expondo na frente delas [...]” (E1)

Nascimento (2016) complementa que o desejo de vivenciar uma vida plena mesmo com as alterações do processo de envelhecimento torna-se ainda mais difícil ao idoso quando há a presença do familiar convivendo no mesmo domicílio, pois a idosa manifesta o receio de exposição.

“O sexo acontece, e eu aceito, porque vai fazer o que né. E depois eu tenho o meu irmão comigo. Ele dorme no quarto assim, bem no meio, entre o meu e do meu marido. E agora num tenho mais vontade.” (E11)

6.1.2 Estado Civil

Em nosso estudo houve relação entre o estado civil com a função sexual em idosas ($p=0,020$). No quesito da sexualidade: Nulo a Ruim, 50% das idosas eram divorciadas e 45,5% eram solteiras, seguindo por 41,4% viúvas. Já no item de Bom a Excelente, 31,4% eram casadas, 25% eram divorciadas em seguida 20% eram viúvas. Cavalcante et al (2014) corrobora com a nossa pesquisa onde mostra que mulheres casadas apresentaram mais chances de não terem disfunção sexual, enquanto outro evidenciou que as divorciadas ou separadas tiveram maior frequência de disfunção.

Vários estudos relacionam o fato da expectativa média de vida ser maior no sexo feminino com a existência de um acréscimo do número de viúvas que, não demonstrando disponibilidade e motivações para a procura de um novo parceiro acabam por se tornar sexualmente inativas (Vieira et, 2014).

6.1.3 Filhos

Em nossa pesquisa, o fato de ter filhos influencia na função sexual ($p=0,024$). As idosas que obtiveram um nível de ruim e nulo, 38,3% tinham filhos, em seguida 26,6% das idosas com nota de excelente a bom, 14,9% foram “regular a bom”, 11,7% “desfavorável a

regular” e 8,5% de “ruim a desfavorável”. Gomes et al (2015) ressalva que a presença de filhos inibe a expressão da sexualidade nas idosas.

6.1.4 Etilismo

Com relação ao álcool teve-se associação com a função sexual ($p=0,025$). Onde as idosas que ingeriam bebidas alcoólicas, que tiveram um nível “regular a bom” através da escala QSF, foram 75%; já as que obtiveram um nível “desfavorável à regular” foram 25%. Nos outros níveis da escala de sexualidade, as idosas entrevistadas obtiveram 0,0%. Já as idosas que não consumiam álcool, “39,6%” tinham um nível de “Nulo a Ruim” diante da sexualidade. 7,5% eram “ruim a desfavorável”, 9,4% “desfavorável a regular”, “regular a bom” 17,9%, 25,5% foram as que obtiveram nível de “Bom a Excelente”. Concluindo assim que o álcool pode gerar um desempenho mediado durante a relação sexual.

Nos resultados da pesquisa de Pereira et al (2016) no sexo feminino o consumo de álcool foi o mais frequente, seguido do uso de cocaína e crack. O álcool é conhecido por causar desinibição e, portanto, pode potencializar o desejo sexual. Outros estudos confirmam potenciais ações nocivas que o uso crônico do álcool tem sobre as funções sexuais que podem ser atribuídos aos seus efeitos sobre o sistema cardiovascular e o sistema nervoso (Zaazaa; Bella; Shamloul, 2013). Contudo, acredita-se que por questões culturais a população feminina tende a ter uma maior inibição, o que poderia justificar o uso de álcool como consequência desinibidora.

6.2 VARIÁVEIS QUE NÃO TIVERAM RELAÇÃO COM A SEXUALIDADE

Não obtivemos relação entre a sexualidade com as seguintes variáveis: atividade física ($p= 0,400$), nível de escolaridade ($p= 0,340$), origem dos recursos ($p= 0,711$), deficiência hormonal ($p= 0,904$), medicação ($p= 0,288$), drogas ($p= 1000$), cardiopatias ($p= 0,276$), pressão alta ($p=0,109$), diabetes ($p=0,283$) e a imagem corporal ($p= 0,814$).

6.2.1 Nível de Escolaridade

Em nosso trabalho não existiu relação entre a sexualidade e o nível educacional ($p=0,340$). Já na pesquisa de Cavalcante et al (2014) quanto à escolaridade, esperar-se-ia que o menor nível educacional estivesse associado à disfunção sexual, como revelam alguns estudos; no entanto, os achados não mostraram tal associação. Essa diferença poderia ser explicada pelo fato de não existir uma padronização do que é considerada baixa escolaridade.

6.2.2 Origem dos Recursos

Em nossa pesquisa, as origens dos recursos foram em sua grande maioria através da aposentadoria (62,7%), em seguida pela pensão (10,0%) das idosas, em terceiro lugar segue com a aposentadoria e pensão (8,2%). ALMEIDA et al (2015) no que se refere à principal fonte de renda entre as idosas, observou-se que em 37,5% dos casos vinha da aposentadoria, seguida de aposentadoria e pensão (25%) (Tabela 2). A preponderância desses dois benefícios previdenciários torna evidente sua importância para a sobrevivência das idosas, conforme afirmam Sousa e Silver (2008). Isso é confirmado nos estudos de Camarano et al. (2004), que ressaltam que a importância das aposentadorias e pensões na renda das pessoas idosas tem crescido ao longo do período de 1980 a 2000, tanto para homens quanto para mulheres.

6.2.3 Renda

Em nosso estudo não houve associação entre a renda das idosas com sua sexualidade ($p= 0,330$). Corroborando com os nossos resultados na pesquisa de Cardoso et al (2012) também não tiveram associação significativa entre essas características sociodemográficas e a sexualidade dos participantes. Em sua pesquisa, 41,9% dos idosos possuem renda inferior a 4 salários mínimos e 23,5% recebe de 4 a 6 salários mínimos.

6.2.4 Reposição Hormonal

Em nosso trabalho não obtivemos relação entre a função sexual com a deficiência hormonal ($p= 0,904$). Os hormônios são apenas um de muitos fatores relacionados à função sexual feminina. A partir da menopausa, a mulher pode apresentar secura e atrofia vaginal em decorrência do declínio nos níveis de estrogênio, levando ao desconforto e à dor durante a penetração e ao conseqüente comprometimento da resposta sexual (FONSECA et al., 2010). Observou-se influência positiva da terapia de reposição hormonal para a lubrificação, dispareunia, orgasmo, satisfação, excitação e desejo sexual em mulheres de 45 a 64 anos de idade (Fleury et al, 2012) (Chedraui et al 2011; Dennerstein et al, 2008) (Cavalcanti et al 2014).

6.2.5 Medicação

Sobre as medicações, 80% das idosas utilizam algum tipo de remédio. Não obtivemos associação entre a sexualidade com o uso de medicamentos em idosas ($p= 0,288$). Fleury et al, 2012 relata que alguns idosos interrompem o uso de medicações necessárias à manutenção da

saúde, devido aos efeitos adversos dessas sobre a função sexual, enquanto outros referem efeitos negativos decorrentes de medicamentos para tratar dificuldades sexuais.

6.2.6 Cardiopatias

Com relação às cardiopatias, não obtivemos associação entre a sexualidade nas idosas do estudo ($p=0,276$). Segundo Stein et al. (2006), as doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e na vasta maioria das vezes atua como um fator complicador. Isso tem sido observado basicamente por duas razões: 1) pelo diagnóstico cardíaco e todas as implicações psicológicas que tal “marca” acarreta, como ansiedade, medo da morte, restrição na atividade física; 2) a necessidade do uso de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam o desempenho sexual.

6.2.7 Drogas

Em nosso estudo, não obtivemos relação entre o uso de drogas com a função sexual em idosas ($p=1,000$). Na pesquisa de Diehl; Silva; Laranjeira (2013) estudo realizado no centro de pesquisas de álcool e drogas da Universidade de São Paulo mostrou prevalência de sintomas de disfunção sexual em 34% das mulheres usuárias de drogas. O uso de drogas e de álcool também colabora com a disfunção sexual podendo agir sobre a atividade sexual, influenciando o desejo, excitação e orgasmo. O uso da heroína e derivados do ópio em baixas doses pode aumentar o desejo sexual, entretanto, o uso crônico está associado à redução da libido, distúrbios da ejaculação e do orgasmo devido aos efeitos depressores causados no sistema nervoso central (Zavala et al., 2011).

6.2.8 Pressão Alta

Em nosso trabalho, a pressão alta não influenciou na sexualidade das idosas entrevistadas ($p=0,109$). Indo de contra ao nosso resultado, Baldissera (2010) cita que a pressão alta reduz o fluxo sanguíneo aos órgãos genitais em decorrência das estruturas das artérias que irrigam estes órgãos dificultando ou impossibilitando o coito, e indireta, pelas consequências do tratamento farmacológico ou dos aspectos emocionais relacionados ao estresse provocado pelas mudanças dos hábitos de vida. No entanto, acredita-se que as razões para a dificuldade da vivência da sexualidade não esteja relacionada unicamente aos aspectos fisiopatológicos em hipertensos idosos (Baldissera, 2010).

6.2.9 Diabetes

No que diz respeito a diabetes (DM), não houve associação com a sexualidade nas idosas ($p= 0,283$). Abu Ali et al (2018) avaliaram 613 mulheres diabéticas e 524 não diabéticas na Jordânia, e encontraram uma prevalência de disfunção sexual de 59.6% em mulheres diabéticas de 60 anos de idade ou mais velhas comparadas com 45.6% de não diabéticas da mesma faixa etária, corroborando assim com a nossa pesquisa.

Fleury e Abdo (2012) acrescenta que idosas diabéticas, sexualmente ativas, apresentaram mais problemas relacionados à satisfação sexual. Aquelas tratadas com insulina tendiam a mais problemas com lubrificação e orgasmo do que as não diabéticas. As diabéticas, independentemente do uso da insulina, relataram doenças cardíacas, infarto, disfunção renal e neuropatia periférica comprometendo a função sexual. Na pesquisa de Cavalcanti et al (2014) em relação às comorbidades, não houve associação da hipertensão arterial, depressão e diabetes mellitus à disfunção sexual.

6.2.10 Imagem Corporal

Não obtivemos relação entre a imagem corporal e a sexualidade entre as idosas ($p=0,814$). VIEIRA et al (2014) cita que o aparecimento de cabelos brancos, de rugas e flacidez cutânea, o aumento da gordura corporal e a falta de vitalidade podem contribuir para que as mulheres idosas tenham uma imagem depreciativa de si próprias, questionando a sua capacidade de atração sexual, do libido e da capacidade de sedução.

Porém existem outros estudos revelam que os idosos que aceitam a vulnerabilidade da vida e a proximidade da morte, fazendo um balanço positivo do seu percurso conseguem manter as expectativas, os vínculos afetivos, bem como a necessidade de estabelecer relações íntimas, emocionais e de pertença onde expressam o desejo e o interesse sexual (Souza, 2014).

6.2.11 Atividade Física

Nos resultados, das idosas que eram ativas (≥ 150 min/semana), 35,2% tiraram “nulo a ruim” nas escalas sobre sexualidade contra 27,5% das que eram “Bom a Excelente”. Já as idosas inativas, 52,6% tiraram entre “nulo a ruim”, já 10,5% foram de “Bom a Excelente”. Por o valor de p ter sido igual a 0,400, não ocorreu associação entre a sexualidade com o nível de atividade física corroborando com a pesquisa de Oliveira et al (2018) onde cita que a

sexualidade não apresentou relação com o nível de atividade física e o comportamento sedentário.

Em contraponto Ches e Faahb (2015), cita que a prática de exercício físico pode melhorar o desempenho sexual. Os autores relatam que resistência física, tônus muscular e composição corporal melhoram o funcionamento sexual, e que o exercício físico, ativa o sistema nervoso simpático, estimulando o fluxo sanguíneo para a região genital. Os autores afirmam ainda que indivíduos ativos relatam maior grau de satisfação sexual e autoestima, o que se reflete na percepção do indivíduo para se sentir mais desejado e com maior confiança em seu desempenho sexual.

6.2.12 Sexualidade

Com relação à sexualidade das idosas em nossa pesquisa, dividimos nos aspectos de pensar, interesse, preliminares, lubrificação, excitação do parceiro, relaxamento da vagina, dor, concentração, orgasmo e satisfação sexual.

Quanto ao pensamento, 32,7% das idosas nunca pensaram em sexo, 27,3% pensam às vezes, 11,8% sempre pensam 10,9% pensa a maioria das vezes, 7,3% pensa raramente. Semelhante ao nosso estudo, Abdo et al (2002) revelou que 36% das idosas nunca pensam em sexo. Já na pesquisa de Lopes et al (2016) mostra que o pensamento sobre sexo esteve presente em 51,5%, mostrando que mesmo na fase do envelhecimento a presença ou não de um parceiro não impede que o desejo sexual aconteça.

No que diz respeito ao interesse, 39,1% das idosas nunca se interessam por sexo em sexo, 24,5% sempre possuem interesse, 12,7% interessam a maioria das vezes, 11,8% às vezes se interessam e 5,5% das idosas interessam-se aproximadamente 50% das vezes. Corroborando com o nosso estudo Mitchell et al. (2013) constataram que, entre as mulheres, 38% de falta de interesse em sexo. Espera-se que as mulheres demonstrem pouco interesse em sexo, seja menos experimentado sexualmente que os homens, e restringir e resistir avanços sexuais dos homens. Na pesquisa de Polizer e Alves (2009) e na de Pascual (2000) mostraram que a maioria das participantes da pesquisa têm desejo e interesse por sexo, indo de contra aos nossos resultados.

Sobre às preliminares (beijos, abraços, carícias), 38,2% das idosas nunca estimulava durante a relação sexual, 36,4% das idosas sempre estimulavam 13,6% a maioria das vezes estimulava, 6,4% aproximadamente 50% das vezes e 5,5% às vezes fica estimulada durante a relação sexual. Estudos de Pereira et al. (2008) e Renata Silva (2003), revelam que as mulheres idosas preferem carícias, abraços, beijos, sem o coito, podendo inclusive se excitar e

atingir o orgasmo sem a penetração. Pascual (2002) em sua pesquisa percebeu que as carícias e as preliminares estimulam as idosas a continuar a relação sexual.

No que se refere à lubrificação, 46,4% nunca ficam lubrificadas, 19,1% sempre ficam, 14,5% ficam a maioria das vezes, 9,1% ficam aproximadamente 50% das vezes, 8,2% às vezes ficam e 2,7% raramente ficam. Corroborando com a nossa pesquisa Lindau e seus colegas (2007) constataram que, entre as mulheres, 43% de dificuldades com lubrificação. De acordo com Vaz e Nodin (2005) a mulher passa por algumas mudanças fisiológicas com o envelhecimento, como diminuição da lubrificação vaginal, redução de tamanho e perda da elasticidade da vagina.

No que se refere à excitação do seu parceiro, 42,7% nunca se estimula mesmo com o seu parceiro estando excitado. 31,8% sempre se estimulam com a excitação do parceiro, 10,9% a maioria das vezes e 7,3% foram aproximadamente 50% e às vezes se excitava. Basson (2005) vai de contra a nossa pesquisa onde afirma que a harmonia com o parceiro facilita a excitação e a permanência na relação sexual. Segundo Viana e Madruga (2008), sobre o domínio sintonia com o parceiro, a vontade do parceiro, as estimulam para continuar a atividade sexual.

Em relação ao relaxamento da vagina, 41,8% nunca conseguem relaxar, 25,5% sempre relaxam, 17,3% relaxam a maioria das vezes, 6,4% relaxam aproximadamente 50% das vezes, 6,4% relaxam as vezes e 2,7% raramente relaxam. Indo de contra a nossa pesquisa o estudo de Vaz e Nodin (2005) observaram que a maioria das entrevistadas (40%) relataram que ficam lubrificadas sempre e conseguem relaxar a vagina para facilitarem a penetração do pênis (44%).

Quanto a dor, 61,8% das idosas não sentem dor, 15,5% raramente sente dor, 13,6% às vezes sente dor, 4,5% aproximadamente 50% das vezes sente dor, 3,6% sempre sentem dor e 0,9% a maioria das vezes sente dor. Em contrapartida ao nosso resultado Lindau e seus colegas (2007) constataram que, entre as mulheres, 19% relataram dor durante a relação sexual. Abdo et al (2002) e de Polizer e Alves (2009) reafirma de forma oposta aos nossos dados, que observaram haver uma menor frequência de queixa de dor durante a relação sexual de acordo com o aumento da idade.

No que concerne a concentração, 43,6% das idosas nunca conseguem se concentrar, 23,6% sempre se concentram, 17,3% se concentram a maioria das vezes, 6,4% se concentra aproximadamente 50% das vezes, 6,4% raramente se concentra e 2,7% às vezes se concentra. Com o envelhecimento, surgem dificuldades de concentração, afetando também as relações sexuais. Para as mulheres é explicado devido as alterações hormonais ocasionadas pela

menopausa e pós-menopausa. Sabe-se que os estrógenos e os andrógenos, quando repostos, podem ter papel importante na melhoria desta função cognitiva. (Bulcão et al, 2009).

No que se refere a atingir o orgasmo, 42,7% das idosas nunca conseguem, 18,2% das idosas sempre conseguem, 14,5% das idosas conseguem a maioria das vezes, 10,9% das idosas conseguem atingir o orgasmo aproximadamente 50% das vezes, 8,2% às vezes chega no orgasmo e 5,5% raramente chegam. Corroborando com a nossa pesquisa Polizer e Alves (2009) observaram uma tendência de aumento da frequência de falta de orgasmo com a idade em mulheres com mais de 60 anos, onde 59,5% não atingiam o orgasmo durante as relações sexuais.

Em oposição aos nossos dados Frugoli e Magalhães-Junior (2011), constata que a maioria das entrevistadas (34%) apresentam orgasmos durante as relações.

Com relação à satisfação sexual, 43,6% das idosas nunca chegam, 24,5% das idosas sempre chegam, 12,7% às vezes chegam, 10% chegam na maioria das vezes, 6,4% chegam aproximadamente 50% das vezes, 2,7% raramente chegam na satisfação sexual. Pereira et a.(2008); Silva, R. (2003) corrobora com a nossa pesquisa, onde o nível de satisfação sexual nas idosas foram de apenas 29% tiveram padrão Bom a Excelente e houve uma proporção significativa de mulheres com padrão Nulo (10,5%). Já no trabalho de Silva (2003) e Polizer e Alves (2009), difere do nosso por as mulheres da terceira idade mantém uma atividade sexual e encontram-se satisfeitas, o que é constatado neste estudo onde 42% e 12% obtiveram um resultado de regular a bom e de bom a excelente respectivamente.

Sugestões para futuros trabalhos seria realizar uma pesquisa quantitativa e qualitativa, já que muitas idosas relataram falas pertinentes, onde foram violentadas verbalmente pelo parceiro e conseqüentemente não tinham desejo e nem satisfação sexual. Outras suspeitaram ter contraído o vírus do HIV e pediram informações sobre o local para descobrir se houve o contágio da doença. Muitas idosas relataram que gostariam de continuar tendo relações sexuais e até sentiam falta, porém por não terem companheiros não o faziam. Outras alegaram que por o marido ter falecido não estavam à procura de sexo obtiveram notas baixas nos quesitos de satisfação e função sexual.

Percebeu-se também que a maioria das idosas participantes do estudo, falam abertamente sobre a sua sexualidade, sendo um fator positivo, já que muitos artigos citam ser um tabu estudar sobre esse tema na nossa cultura, e quando vem à tona costuma causar bastante polêmica. Almeida et al (2007) corrobora afirmando que a sociedade frequentemente classifica esse período da vida como um período de assexualidade e até de androginia. Ou

seja, um período em que o indivíduo teria que assumir unicamente o papel de avó ou avô, cuidando de seus netos, fazendo tricô e vendo televisão.

Para Rozendo et al (2015), acrescenta que tais mitos induzem os mais velhos a assumirem uma atitude pessimista na esfera da sexualidade. Entretanto, com os recursos médicos e farmacológicos da atualidade, a maioria das pessoas idosas está apta a usufruir uma vida sexual satisfatória, como nunca antes.

7 CONCLUSÃO

Estudos sobre sexualidade no envelhecimento são de suma importância na área da Gerontologia e Geriatria, posto que permitam abrir novos espaços na prática clínica dos profissionais de saúde, sendo, pois, necessário ser discutida junto aos idosos sobre sua saúde, considerando-se que a sexualidade faz parte da promoção do bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos. Novos estudos que abordem a temática da sexualidade na velhice devem ser considerados com vistas a promover a saúde dos idosos de forma menos biológica e mais holística, onde o ser humano deve ser visualizado em sua totalidade e não ser reduzido a doenças crônicas uso de medicações e o estilo de vida, as quais está mais vulnerável com o avançar dos anos.

As políticas de saúde do Ministério da Saúde ainda são tímidas para o enfrentamento da situação vivenciada pelas idosas quanto à sua sexualidade seja do ponto de vista da promoção, da prevenção, da discussão e até mesmo do enfrentamento diário sobre o tema.

Vale destacar que no nosso estudo, as variáveis: “com quem reside”, “estado civil”, “filhos” e “etilismo” tiveram relação com a sexualidade. Já os itens: “atividade física”, “nível de escolaridade”, “origem dos recursos”, “deficiência hormonal”, “medicação”, “drogas”, “cardiopatias”, “pressão alta”, “diabetes” e a “imagem corporal”, não tiveram associação com a sexualidade. Sendo interessante a realização de novas pesquisas para assim comprovar a veracidade dessas relações.

REFERÊNCIAS

- ABU, A.R.M.;HAJERI, A.R.M., KHADER, Y.S., SHEGEM, N.S., AJLOUNI, K.M. **Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women**. Diabetes Care, vol. 31, 2018.
- AIZENBERG, D., WEIZMAN, A., & BARAK, Y. Attitudes Toward Sexuality Among Nursing Home Residents. **Sexuality and Disability** , vol. 20, n.3, p. 185-189. 2002
- ALCANTARA, A.R.; CABRAL, H.M.A.; FREIRE, A.L.L.; PEREIRA, L.G.F.; ROCHA, G.M.; TORRES, M.V. Análise comparativa qualidade de vida entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física em Teresina-Piauí. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** , p. 3004-14, Ano 2014.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 10, núm. 1, 2007, pp. 101-113 Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.
- ALENCAR, D.L.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C.; VIEIRA, J.C.M. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 19, ed. 5, p. 861-869, 2016
- ALMEIDA, A.V.; MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015.
- ARAÚJO, A.C.F. ROMPENDO O SILÊNCIO: DESVELANDO A SEXUALIDADE EM IDOSOS. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**. v. 12,n. 29,out./Dez, 2016.
- BASTOS, C.C.; CLOSS, V.E.; PEREIRA, A.M.V.B.; BATISTA, C.; IDALÊNCIO, F.A.; CARLI, G.A.; GOMES, I.; SCHNEIDER, R.H. Importância atribuída ao sexo por idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**,vol, 15, n. 1, p. 87-95, 2012.
- BARRETO, L.M.;MENDONÇA, H.G.S.; LIMA, F.M.; LIMA, M.A.S.;AQUINO, J.M. **Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que Participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco**.Rev. Cuid., vol. 8, ed. 1, 2017.
- BATISTA, A.F.O.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C.; MARINO, J.G.; MELO, H. M. A. **Idosos: Associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,vol. 14, ed. 1, p. 39-48, 2011.
- BALDISSERA, V.D.A., BUENO, S.M.V. A representação da sexualidade por idosas e a educação para a saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet], vol. 12, ed. 4, p. 622-9, 2010.
- Stein, R.; Hohmann, C.B. Atividade Sexual e Coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** – volume 86, n. 1, janeiro 2006.

BECKMAN, W.G.S.. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971-2001. **BMJ** vol. 3, ed. 37, 2013.

BICA, E.B.; BONAMIGO, E.C.B.; BERLEZI, E.M.; WINKELMANN, E.R. Estudo Dos Hábitos Sociais E Vivências Sexuais De Uma População Idosa Do Interior Do Estado Do Rio Grande Do Sul **Revista Contexto & Saúde Ijuí** Editora Unijuí V. 11 N. 21 Jul./Dez. 2011 P. 2-10.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BORKOLES, E.; REYNOLDS, N.; SKI, C.F.; STOJANOVSKA, L. THOMPSON, D.R.; POLMAN, R.C.J. Relationship between Type-D Personality, Physical Activity Behaviour and Climacteric Symptoms. **BMC Women's Health**, vol. 15, ed. 18, 2015.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: **Bertrand Brasil**, 2005.

BROWNA, D.L.; BRADLEYB, T.W.; COBBC, P.D.; SPAWA, D.; ALDRIDGEA, K.N. African American women's safer sexual practices: the influence of ethnic-racial socialisation and body esteem. **Culture, Health & Sexuality**, vol. 16, n. 5, p. 518-532, 2014.

BULCÃO, C.B.; CARANGE, E. ; CARVALHO, H. P.; Baudet, J.França, F.; Kligerman, A. ; Backes, J.; Landi, L.C.M; Lopes, M.C.; Santos, R.B.M.; Franco, A.S. **Ciências & Cognição**, vol 01, p. 54-75, 2004;

BURIGO, G.F.; FACHINI, I.H.; GORETTI, B.; STREICHER, C.C.I.; ROSA, R.S. Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doença sexualmente transmissíveis. **Rev. Cuid. Arte Enfermagem**. Vol. 9, ed. 2, 2015.

CARDOSO, C.S.; LEVANDOSKI, G.; MAZO, G.Z.; PRADO, A.P.M.; CARDOSO, L.S.A. Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 2008.

CARDOSO, F.L.; MAZO, G.Z.; SILVEIRA, R.A.; VIRTUOSO, J.F.; MENEZES, E.C. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. **Arq. Catarin. Med.**, vol. 41, n. 1, p. 34-40, 2012.

CARDOSO, A.S. MAZO, G.Z. ; SALIN, M.S. SANTOS, C.A.X. Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, vol. 11, ed. 1, p. 81-91, 2008.

CARDOSO, F.L.; MAZO, G.Z.; SILVEIRA, R.A.; VIRTUOSO, J.F.; MENEZES, E.C.. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. **Arq. Catarin. Med.** Vol. 1, n. 41, p. 34-40, 2012.

CAVALCANTI, I.F.; FARIAS, P.N.; ITHAMAR, L. SILVA, V.M. LEMOS, A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.

CHEDRAUI, P., PÉREZ-LÓPEZ, F.R., MEZONES-HOLGUIN, E., AVILA, S.M.G. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. **Maturitas**. Vol. 68, n. 4, p. 387-90, 2011.

CHES, T.M.; FAAHB, M.Y. Sexual desirability and sexual performance: does exercise and fitness really matter?. **Electronic Journal of Human Sexuality**, Arkansas, v. 7, out./2004.

CHOI, K.B.; JANG, S.H.; LEE, M.Y.; KIM, K.H. Sexual life and self-esteem in married elderly. **Arch. Gerontol. Geriatr**. v. 53, n.1, p. 17-20, 2011.

COSTA, D.C.A. et al. Sexualidade no idoso: percepção de profissionais da geriatria e gerontologia. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 75-80, jul./dez. 2017.

CREMA, I.L.; TILIO, R. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 37 n°3, 753-769, 2017.

DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **RBCS** Vol. 27 n° 80 outubro/2012

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. **Menopause**, V. 11, No. 6, 2004

Dennerstein L.; Guthrie J.R.; Hayes, R.D, Rogatis, L.R., Lehert, P. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. **J Sex Med**. Vol. 5, ed. 10, vol. 5, n. 10, p.2291-9.2008.

DIAS, E.G.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ed. 34, v. 2, p. 258-267, 2010.

DRESCH, F.K.; BARCELOS, A.R.G.; CUNHA, G.L.; SANTOS, G.A. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia da saúde da família. **Revista Conhecimento Online**, a. 9, v. 2, p. 118-127, jul./dez. 2017.

FERREIRA, A.A.; MENEZES, M.F.G.; TAVARES, E.L.; NUNES, N.C.; SOUZA, F.P.; ALBUQUERQUE, N.A.F.; PINHEIRO, M.A.M. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, vol. 17, n. 2, p.: 289-301, Rio de Janeiro, 2014;

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 513-8, 2012.

FERREIRA, O.G.L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FIDELIS, L.T.; PATRIZZI, L.J.; WALSH, I.A.P. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 16, ed. 1, 109-116, 2013

FERNANDES, M.G.M. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 17, ed. 3, p. 418-22, 2009.

FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 3, p. 112-124, 2015.

FLEURY, H. J.,& ABDO, C. H. N. Sexualidade da mulher idosa. **Diagnóstico Tratamento**, vol. 20, n. 3, p. 117-120, 2015.

FLEURY, H. J.,& ABDO, C. H. N. Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual. **Diagn. Tratamento**. vol. 17, ed. 4, p. 201-5, 2012.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES-JUNIOR, C. A. O. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, vol. 15, n. 1, p. 85-93, jan./abr. 2011.

FONSECA, H. P. et al. Androgen deficiency in women. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 56, n. 5, p. 579-582, 2010.

FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.** Vol. 12, p. 189-98, 1975.

GASS, M.L., COCHRANE, B.B., LARSON, J.C., MANSON, J.E., BARNABEI, V.M., BRZYSKI, R.G., et al. Patterns and predictors of sexual activity among women in the hormone therapy trials of the Women's Health Initiative. **Menopause.** Vol. 18, n. 11, p. 1160-71, 2011.

GUIMARÃES, J.M.N.; CALDAS, C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Rev.Bras. Epidemiol.**, ed. 9, v. 4, p. 481-92, 2006.

GUIMARÃES, H.C. Sexualidade na terceira idade. **Revista Portal de Divulgação**, n.47, Ano VI. Jan.Fev., 2016.

GOMES, L.; Charles, A.; GOMES, M.; FERREIRA, F.; MOURA, T.G.; SILVA, E.;MARQUES, M.J.B. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, núm. 2, abril-junho, 2015, p. 2229-2240.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M.A. Reflections on sexuality during the climacteric. **Rev Latino am. Enferm.** Vol, 17, ed. 2, p. 160-6, 2009.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. **Research Gate**.1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília: **MPOG**; 2010.

IBGE, ESTATÍSTICA DO PERFIL DO IDOSO. Disponível em: Acesso em: 26 de Maio de 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2017.

JEKEL, J.F. Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. 1ª Ed. Porto Alegre: **Editora Artmed S.A.**, 2002.

KONTULA, H.M. The impacto fagingon human sexual activity and sexual desire. **The Journal of Sex Research**. Vol. 46, 2019.

LEVINE, K.B.; WILLIAMS, R.E.; HARTMANN, K.E. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. **Menopause**. Vol. 15, p. 661-6, 2008.

LOMBARDO, C., BATAGLIESE, G., PEZZUTI, L., & LUCIDI, F. Validityof a figure rating assessing body size perception in school- age children. **Eat weight disord**, 19, pp. 329-336. 2014.

LOPES, K.M.D.C.; OLIVEIRA, R.J.; LIMA, R.M.; GODOY, J.R.P.; SILVA, V.Z.M.; SILVA, M.L.; BARROS, J.F. Associação entre imagem corporal e variável da aptidão física relacionada à saúde em mulheres idosas. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, vol. 33, ed. 2, 2012.

LOPES, A. D.; MARQUES, O.D.A.P.; CARRERA, M.L.C.; CÁSSIA, J.V.M. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 5, p. 861-869.

LOURENÇOL, R.A.; VERAS, R.. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, n. 40, v. 4, p. 712-9, 2006.

LORENZI, D.R.S.; BARACAT, E.C.; SACILOTO, B; PADILHA, I. Fatores Associados à Qualidade de Vida após a Menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol. 52, ed. 5, p. 312-7, 2006.

LVES, D.; PINTO, M.; ALVES, S.; MOTA A.; LEIRÓS V. Cultura e imagem corporal. **Motri**. Vol. 5, n. 1, p. 1-20, 2009.

MARQUI, A.B.T.; SILVA, M.P.C.; IRIE, G.R.F. Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática. **Revista FMRP**, VOL. 48, N. 5, P. 478-490, 2015.

MILANOVIĆ, Z. et al. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women, **Clinical Interventions in Aging** 2013:8 549–556

MINICHIELLO, V., RAHMAN, S., HAWKES, G., PITTS, M. S.T.I. **Epidemiology in the global older population: emerging challenges**. *Perspect Public Health*; vol. 132, ed. 4, p.178-181, 2012.

MORAES, K.M.; VASCONCELOS, D.P.; SILVA, A.S.R.; SILVA, R.C.C.; SANTIAGO, L.M.M.; FREITAS, C.A.S.L. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, vol. 14, n. 4, p. 787-798, Rio de Janeiro, 2011.

MOREIRA, R.M.; TEIXEIRA, R.M.; NOVAES, K.O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**. vol. 17, ed. 1, pp.201-217.

NAZARPOUR, S.N.; SIMBAR, M.; TEHRANI, F.R.; MAJD, H.A. Effects of Sex Education and Kegel Exercises on the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Randomized Clinical Trial. **The Journal of Sexual Medicine**, vol. 1; ed. 9, 2017.

NASCIMENTO, R.F. Vivência da sexualidade pelas mulheres idosas Marília, 2016. 75 f. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Sanches Marin. Coorientadora: Profa Dr.^a Sueli Moreira Pirolo. Dissertação (**Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento**).

NERY, V.A.S., VALENÇA, T.D.C. Sexo e Sexualidade no processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p.20-32, jul./dez. 2014

OLIVEIRA, D.V.; MARQUES, T.G.; PIVETTA, N.R.; PAULO, D.L.V.; NASCIMENTO, J.R.A. Conhecimento sobre sexualidade em idosas fisicamente ativas. **Revista Ártemis**, vol. XXVI nº 1; jul-dez. pp. 271-282, 2018.

PASCUAL, C. P. A sexualidade do idoso vista com novo olhar. São Paulo: **Loyola**, 2000. 168p.

POLIZER, A. A.; ALVES, T. M. B. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 151-158, abr./jun, 2009.

PAVARINI, S.C.I., et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Text & Context**, vol.14, p. 398-402, 2005.

PASSAMANI, G. “É ajuda, não é prostituição”. Sexualidade, envelhecimento e afeto entre pessoas com condutas homossexuais no Pantanal de Mato Grosso do Sul*. **Cadernos Pagu**, vol 51, 2017.

PEREIRA, V. V.; FERREIRA, A. V.; NOVAIS, R. L. R.; ANDRADE, H. S.; GUIMARÃES, E. A. de A.; MACHADO, R. M. Disfunção sexual e o uso de drogas: uma análise diagnóstica. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, p. 89-94, 2016.

PEREIRA, A.M.V.B.; SCHNEIDER, R.H.; SCHWANKE, C.H.A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, vol. 19, n. 4, p. 154-161, 2009.

PEREIRA, D.; PONTE, F.; COSTA, E. Preditores das atitudes negativas face ao envelhecimento e face à sexualidade na terceira idade. **Análise Psicológica**, n. 1, p. 31-46, 2018.

POLI, R.F. et al. Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults: Cross-Sectional Prevalence and Associated Characteristics. **J Sex Med**, n. 14, p. 918-927, 2017.

PORCIÚNCULA, R.C.R.; CARVALHO, E.F.; BARRETO, K.M.L. LEITE, V.M.M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, vol. 17, n. 2, p. 315-325. 2014.

POYNTEN, I.M., GRULICH, A.E., Templeton, D.J. Sexually transmitted infections in older populations. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, vol. 26, ed. 1, p. 80-85, 2013.

QUEIROZ, M.A.C.; LOURENÇO, R.M.E.; COELHO, M.M.F.; MIRANDA, K.C.L.; BARBOSA, R.G.B.; BEZERRA, S.T.F. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Rev. Bras. Enferm.** vol.68, n.4, Brasília, July/Aug, 2015.

REED, S.D.; GUTHRIE, K.A.; NEWTON, K.M.; GARNET, L.A.; LAFORCE, C.B.; CAAN, B.; CARPENTER, J.S.; COHEN, L.S.; DUNN, A.L.; ENSRUD, K.E.; FREEMAN, E.W.; HUNT, J.R.; JOFFE, H.; LARSON, J.C.; LEARMAN, L.A.; RO; ROTHENBERG, R.; SEGUIN, R.A.; SHERMAN, K.J.; STERNFELD, B.S.; LACROIX, A.Z. Menopausal Quality of Life: A RCT of Yoga, Exercise and Omega-3 Supplements. **Am J ObstetGynecol.** vol. 3, p. 2010-2015, 2014.

ROBBINS, A.R.; REISSING, E.D. Appearance Dissatisfaction, Body Appreciation, and Sexual Health in Women Across Adulthood. **Arch Sex Behav**, vol. 6, n. 2, p. 13-28, 2017.

ROZENDO, A.S.; ALVES, J.M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Revista Kairós Gerontologia**, vol. 18, n. 3, pp. 95-107, 2015.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008

- SECO, J. et al. Aging and physical activity. **Rehabilitation Nursing**, vol. 38, p. 37-47, 2012.
- SECRETARIA DE SAÚDE (BRASIL). Saúde Reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). 2.ed. Fortaleza: **SESA**; 2002.
- SHKOLNIK, D.; LECOVICH, E. HEALTH. Body image, gender, and migration status: their relationship to sexuality in old age. **International Psychogeriatrics**, vol. 25, n. 10, p. 1717-1727, 2013.
- SILVA, R. M. O. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **Acta Fisiátrica**, v.10, n.3, p.107-112, dez. 2003.
- SIQUEIRA, T.C.B.; PEREIRA, A.B.M. Terceira idade e sexualidade: um encontro possível? **Fragmentos de cultura**, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 271-277, mar./abr. 2007.
- SOUZA, M.P. A percepção dos idosos sobre a sexualidade: revisão sistemática da literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v.6, n.1, p.124-131, 2016.
- VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol, 23, ed. 4, p. 1189-1213, Rio de Janeiro, 2013.
- VIEIRA, S.; HASSAMO, V.; BRANCO, V.; VILELAS, J. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, vol.6, 2017.
- SANTOS, D.L.R. Saúde sexual e sexualidade de mulheres idosas: revisão de literatura. **Trabalho de Conclusão de Curso** apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 2015.
- STEIN, R.; HOHMANN, C.B. Atividade Sexual. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 86, n. 1, jan. 2006.
- SHKOLNIK, D.; LECOVICH, E. Health, bodyimage, gender, and migration status: their relationship to sexuality in old age. **International Psychogeriatrics**, vol. 25, ed. 10. 2013.
- SIQUEIRA, P. Terceira idade e sexualidade: Um encontro possível? **Fragmentos de Cultura**, vol. 17, 2017.
- SOUSA, A.A.. Sexualidade na terceira idade: Uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST – **J Bras Doenças Sex Transm**. Vol. 20, p. 59-64, 2013.

SOUZA, M.; MARCON, S.S.; BUENO, S.M.V.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V.D.A. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde Soc.** São Paulo, vol. 24, ed. 3, 2015.

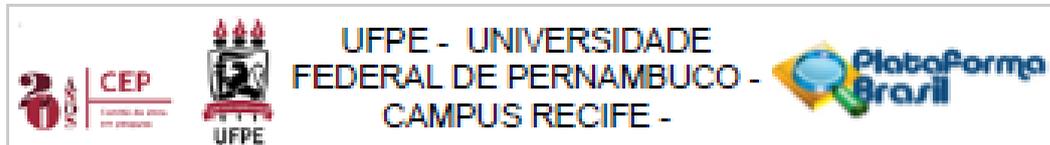
VAZ, R. A.; NODIN, N. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.23, n.3, p.329-339, jun. 2005.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v.6, n.0, p. 222-233, jan. 2008.

VIEIRA, S.; HASSAMO, V. ; BRANCO, V.; VILELAS, J. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP** Vol.6, 2014

ZAAZAA, A.; BELLA, A. J.; SHAMLOUL, R. Drug addiction and sexual dysfunction. **Endocrinol Metab. Clin.** v. 42, p. 585-592, 2013.

**ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PELA UFPE,
2019**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO E FUNÇÃO SEXUAL EM IDOSAS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: JULIANA CORDEIRO CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01436518.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.108.473

Apresentação do Projeto:

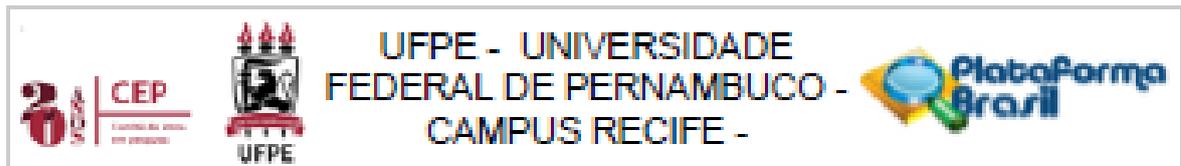
Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, da discente Juliana Cordeiro Carvalho sob orientação do Prof. Dr. Rogério Zimmermann e co-orientação da Profa. Dra. Maria Conceição Lafayette. Trata-se de um estudo observacional-descritivo, quantitativo de corte transversal, que será realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI-UFPE, com idosas que frequentam os cursos da UNATI, cadastradas no ano de 2019.1. Serão incluídas na amostragem, mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, inscritas nos cursos da UNATI em 2019.1; que concordem em participar e assinem o TCLE. Serão excluídas da amostra as pessoas que estiverem sendo submetidas a algum tipo de tratamento que possa interferir na assiduidade ao programa, que tenha algum déficit cognitivo ou deficiência auditiva.

Os dados serão analisados por medidas de frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas através das medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para verificar possíveis associações entre as variáveis categóricas utilizará o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e quando necessário, o teste exato de Fisher.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores apresentam como objetivo primário avaliar a satisfação e função sexual de mulheres idosas e fatores associados.

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-500
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefones: (81)2126-8868 E-mail: cepce@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.108.473

Como objetivos secundários:

Caracterizar o perfil sociodemográfico, saúde e imagem corporal e auto-percebida das idosas participantes do estudo;

Avaliar o nível de atividade física segundo os domínios do IPAQ;

Verificar se existe associação entre a satisfação e a função sexual com as demais variáveis investigadas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos o estudo aponta para os constrangimentos perante as perguntas contidas nos questionários, principalmente ao de sexualidade. Para que não ocorram tais riscos a pesquisadora utilizará de códigos de identificação dos participantes. Não irá adotar os nomes ou iniciais dos mesmos como forma de identificação. A entrevista será realizada de forma individual, orientando também a paciente que ela terá a liberdade de responder apenas as perguntas que ache conveniente.

Com o aumento da expectativa de vida, os estudos sobre sexualidade têm se tornado relevantes, uma vez que a função sexual influencia a qualidade de vida e no bem-estar emocional dentro do processo de envelhecimento. Como benefício o estudo trará o conhecimento sobre este aspecto de bem-estar emocional quando há a preservação de relacionamento íntimo que ajuda a diminuir os sentimentos de solidão e isolamento, conectar as pessoas, influenciando no significado de suas próprias vidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores apontam uma influência na qualidade de vida sobre a relação da atividade física na função sexual de idosas. Dessa forma, com um tamanho amostral significante, o estudo revela-se importante por aumentar o escopo de pesquisas para mais um fator que possa contribuir para melhorar a qualidade de vida do público idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação exigida.

Recomendações:

Rever ortografia e pontuação.

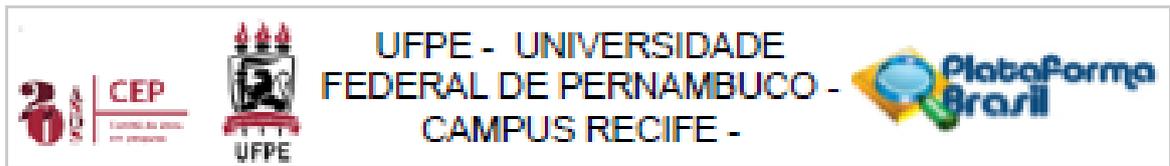
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2125-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer 3.108-473

coleta de dados. Informamos que a **APROVAÇÃO DEFINITIVA** do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1240309.pdf	26/12/2018 18:43:11		Aceito
Outros	conceicao_.docx	26/12/2018 18:40:42	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Outros	carta.pdf	26/12/2018 18:36:11	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto.docx	26/12/2018 18:31:33	JULIANA CORDEIRO CARVALHO	Aceito
Outros	cartadeanuencia.jpg	19/10/2018 08:55:48	JULIANA CORDEIRO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento /	Termodeconsentimento.docx	19/10/2018 08:47:53	JULIANA CORDEIRO	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8888 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.108.473

Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.docx	19/10/2018 08:47:53	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostooo.docx	18/10/2018 13:24:48	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Outros	CurriculoJulianaa.docx	18/10/2018 12:51:09	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Outros	Curriculoorientador.docx	18/10/2018 12:48:30	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Outros	vinculoo.jpg	18/10/2018 12:47:53	JULIANA CORDEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ter_com.jpg	17/10/2018 19:23:56	JULIANA CORDEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO B - QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA (QS-F)

Quadro 1. Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)*

<p>Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:</p> <p>0 – nunca 1 – raramente 2 – às vezes 3 – aproximadamente 50% das vezes 4 – a maioria das vezes 5 – sempre</p>	
1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>Resultado – padrão de desempenho sexual:</p> <p>82-100 pontos: <i>bom a excelente</i> 62-80 pontos: <i>regular a bom</i> 42-60 pontos: <i>desfavorável a regular</i> 22-40 pontos: <i>ruim a desfavorável</i> 0-20 pontos: <i>nulo a ruim</i></p>	<p>Como somar os pontos:</p> $2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + [5-Q_7] + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$ <p>(Q = questão)</p>

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ

ANEXO Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Forma longa, semana usual /normal, adaptado por Benedetti et al.⁽¹²⁾

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **normal/habitual**

Para responder às questões lembre que:

- atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal.
- atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **um pouco** mais forte que o normal.
- atividades físicas **leves** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

DAS QUESTÕES 1B a 4C O QUADRO ABAIXO DEVERÁ ESTAR DISPONÍVEL PARA PREENCHIMENTO

Dia da semana	Tempo horas/Min.			Dia da semana	Tempo horas/Min.		
	manhã	tarde	noite		manhã	tarde	noite
2ª-feira				6ª-feira			
3ª-feira				Sabado			
4ª-feira				Domingo			
5ª-feira				XXXXXX			

DOMÍNIO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO: Este domínio inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Não incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no Domínio 3.

1a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – **Caso você responda não, Va para o Domínio 2: Transporte**

➤ **2b.** Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **ANDA DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro por **pelo menos 10 minutos contínuos?** (Não inclua o pedalar por lazer ou exercício)

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para a questão 2d**

2c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você **CAMINHA** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

(NÃO INCLUA as Caminhadas por Lazer ou Exercício Físico)

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para o Domínio 3.**

DOMÍNIO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **normal/habitual** dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa e para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas com duração **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz Atividades Físicas **VIGOROSAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM)** como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para a questão 3b.**

3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS AO REDOR de sua casa ou apartamento** (jardim ou quintal) como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para questão 3c.**

3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento** como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão, por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para o Domínio 4.**

DOMÍNIO 4 – ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **normal/habitual** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **não inclua** atividades que você já tenha citado.

As próximas questões relacionam-se com toda a atividade física que você faz em uma semana **normal/habitual**, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. **Não inclua** o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem **pelo menos 10 minutos contínuos** dentro de seu trabalho:

1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **VIGOROSAS** como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para a questão 1c.**

1c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **MODERADAS**, como: levantar e transportar pequenos objetos, lavar roupas com as mãos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para a questão 1d.**

1d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **CAMINHA, NO SEU TRABALHO remunerado ou voluntário** por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?** Por favor, **não inclua** o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário.

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para a Domínio 2 - Transporte.**

DOMÍNIO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

2a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você **ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para questão 2b.**

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal. ➤

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você **CAMINHA (exercício físico) no seu tempo livre** por **PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para questão 4c.**

4b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **VIGOROSAS no seu tempo livre** como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfilem, esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para questão 4d.**

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **MODERADAS no seu tempo livre** como: pedalar em ritmo moderado, jogar vôleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar... **pelo menos 10 minutos contínuos?**

____ horas ____ min. ____ dias por **semana** () Nenhum. **Va para o Domínio 5.**

DOMÍNIO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste a televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. **Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.**

5a. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal?**

UM DIA ____ horas ____ minutos

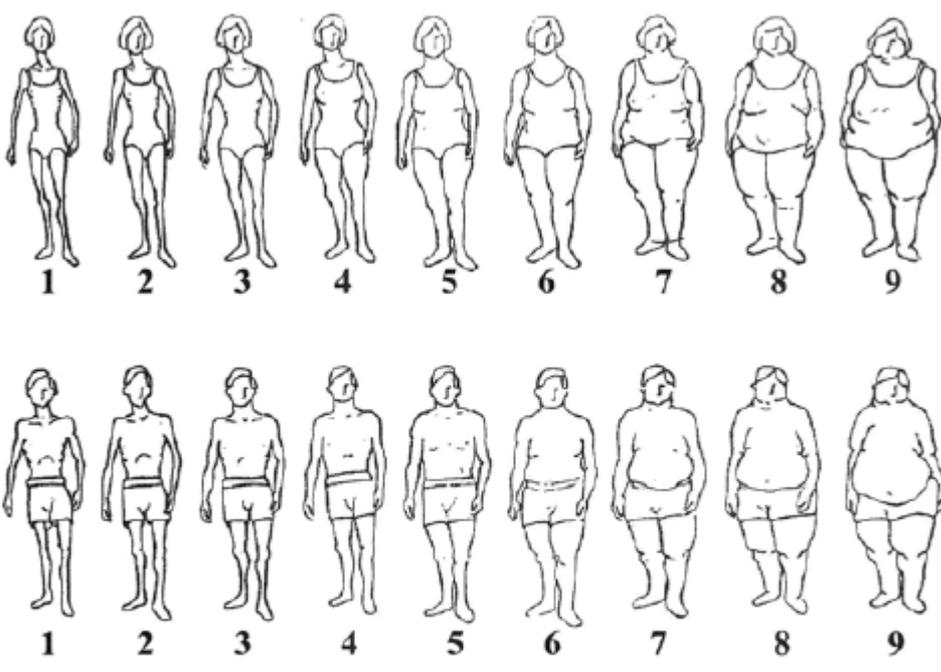
Dia da semana Um dia	Tempo horas/Min.		
	manhã	tarde	noite

5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal?**

UM DIA ____ horas ____ minutos

Final da semana Um dia	Tempo horas/Min.		
	manhã	tarde	noite

ANEXO D - ESCALA DE SILHUETAS DE SORENSEN E SUNKARD



Qual aparência física mais se parece com você **ATUALMENTE**?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Qual aparência física que você **GOSTARIA DE TER**?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

ANEXO E - FORMULÁRIO DE MATRICULA DO UNATI

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _ _ _ Idade (em anos) _____

<p>1) Nível de Escolaridade</p> <p>1. Sem escolaridade (nunca estudou)</p> <p>2 De 05 a 08 anos de estudo (antigo ginásio)</p> <p>3 De 09 a 12 anos de estudo (antigo científico, magistério ou técnico)</p> <p>4-Superior completo (graduado)</p> <p>____ Pós-Graduado</p>	<p>2) Com quem reside (Permitido Múltipla Escolha)</p> <p>1. ____ Esposo (a) ou companheiro (a)</p> <p>2. ____ Filho (a) ou enteado (a)</p> <p>3. ____ Genro-Nora</p> <p>4. ____ Neto (a)</p> <p>5. ____ Irmão (a)</p> <p>6. ____ Cunhado (a)</p> <p>7. ____ Outros parentes, amigos (a)</p> <p>8. ____ Mora sozinho (a)</p>
<p>3) Situação Previdenciária:</p> <p>1. ____ Não aposentado (a)</p> <p>2. ____ Aposentado (a)</p> <p>3. ____ Pensionista</p> <p>4. ____ Aposentado (a) e pensionista</p>	<p>4) Estado Civil</p> <p>1. ____ Solteiro (a)</p> <p>2. ____ Casado (a) ou união estável</p> <p>3. ____ Divorciado (a)</p> <p>4. ____ Viúvo (a)</p>
<p>5) Renda mensal atual:</p> <p>1- ____ Menos de 1 salário (menos de R\$ 954,00)</p> <p>2. ____ De 1 a 2 salários (de R\$ 954 a R\$ 1908,00)</p> <p>3. ____ Entre 2 a 4 salários (de R\$ 1908,00 a R\$ 3816,00)</p> <p>4. ____ Mais de 4 salários (mais de R\$ 3816,00)</p> <p>5. ____ Sem renda</p>	<p>6) Origens dos Recursos</p> <p>1. ____ Não tem rendimento</p> <p>2. ____ Salários ou atividade informal</p> <p>3. ____ Aposentadoria</p> <p>4. ____ Pensão</p> <p>5. ____ Outra fonte</p>

<p>7)No momento, exerce alguma atividade (remunerada e ou trabalho voluntário) 1 () sim 2 () não</p>	<p>. 8)Tem-Teve Filhos: 1(..) Sim 2() Não</p>
<p>9)Pressão Alta: 1 () Sim 2 () Não</p>	<p>10)Diabetes: 1() Sim 2() Não</p>
<p>11)Cardiopatias: 1() Sim 2() Não</p>	<p>12)Etilismo: 1() Sim 2 (..) Não</p>
<p>13)Tabagismo: 1()Sim 2()Não</p>	<p>14)Drogas Ilícitas: 1()Sim 2() Não</p>
<p>15)Deficiência Hormonais: 1() Sim 2()Não</p>	<p>16)Medicação: 1()Sim 2()Não</p>