UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS

KAY FRANCIS LEAL VIEIRA

JOÃO PESSOA – PB

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS

Kay Francis Leal Vieira
Doutoranda

Maria da Penha de Lima Coutinho
Orientadora

Ana Raquel Rosas Torres
Leitora

João Pessoa – PB

2012

KAY FRANCIS LEAL VIEIRA

SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por Kay Francis Leal Vieira, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Profª. Drª. Maria da Penha de Lima Coutinho

João Pessoa
2012

SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS

KAY FRANCIS LEAL VIEIRA

Banca Avaliadora:

_____

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB, Orientadora)

_____

Profª. Drª. Ana Raquel Rosas Torres (UFPB, Membro Interno)

_____

Profª. Drª. Angela Elizabeth Lapa Coêlho (UNIPÊ, Membro Externo)

_____

Profª. Drª. Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva (UFPB, Membro Interno)

_____

Prof. Dr. João Carlos Alchieri (UFRN, Membro Externo)

_____

Profª. Draª. Nathália Ramos (Universidade Aberta de Lisboa, Membro Externo)

João Pessoa, agosto de 2012

*Ao meu esposo **Jairo** e aos meus filhos,*
***Pedro e Júlia**, que abriram mão de momentos especiais; que sentiram minha ausência e sofreram por ela, mas que hoje comemoram orgulhos essa conquista.*

"Talvez o teste máximo para verificar se atravessamos ou não uma revolução sexual seja verificar- se se tranformaram mesmo as atitudes quanto à sexualidade na velhice" ***(Master e Johnson)***

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de inspiração e sabedoria, pelas oportunidades e pela força interior necessária para seguir adiante;

Aos meus filhos, Pedro e Júlia, pelo que eles são e pelo sentido que eles dão à minha vida;

Ao meu esposo Jairo, por todo o amor, companheirismo e compreensão nos momentos de ausência e estresse, e pelo suporte nos momentos de desânimo.

A minha mãe e amiga, Kay, primeira referência do saber e do gosto pelos estudos, pelo exemplo compartilhado e pela eterna torcida.

Aos meus irmãos, David e Elayne pelo apoio, incentivo e cumplicidade durante essa longa jornada;

As minhas avós Leó e Lindalva, pela grandiosa sabedoria transmitida em meio a tanta simplicidade;

A minha orientadora Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, por todos os ensinamentos e exemplos que levo tanto para vida profissional quanto pessoal. Meu sincero agradecimento pela brilhante orientação e pela confiança em mim depositada;

Aos professores Angela Coêlho, Ana Raquel Torres e João Carlos Alchieri que gentil e prontamente aceitaram avaliar esta tese.

A Evelyn Saraiva pela disponibilidade, dedicação e contribuições que trouxe a este estudo.

Aos colegas doutorandos, com especial gratidão a Márcio Coutinho pela preciosa contribuição, empenho, paciência e por todos os conhecimentos compartilhados;

Aos colegas do núcleo, especialmente Rosane, Iany, Clenia e Andrea pelas significativas contribuições nas enriquecedoras ttardes de reuniões;

As minhas amigas Regina Lígia, Camila Maia, Khivia Barbosa e Ana Lúcia Pereira, amigas de tantos anos, pelos momentos vividos e pelo carinho demonstrado;

As minhas colegas de trabalho Daniela Amaral, Rejane Peregrino e Regina Formiga, pelo incentivo e credibilidade, com especial gratidão à Cristiane Galvão, pelos grandiosos ensinamentos e disponobilidade em compartilhá-los.

A todos os meus alunos pelas trocas de saberes que muito contribuem para minha formação profissional e pessoal.

Aos idosos pela participação na coleta de dados e pela demonstração de confiança neste estudo.

RESUMO

A presente tese teve como objetivo principal analisar a relação existente entre a sexualidade e a qualidade de vida do idoso. Para tanto, buscou-se apreender as representações sociais da sexualidade elaboradas pelos idosos, almejando-se a construção e validação de um instrumento de medida capaz de mensurar as vivências sexuais nesta etapa do desenvolvimento. Objetivou-se ainda mensurar a qualidade de vida dos participantes, correlacionando, por fim, os dois construtos. Para atingir tais objetivos, foram realizados três estudos, sendo o primeiro, referente à apreensão das representações sociais da sexualidade para posterior construção da escala. Foram realizadas 30 entrevistas em profundidade com idosos freqüentadores de um grupo de convivência localizado no município de João Pessoa – PB. Os dados oriundos desta técnica foram submetidos à Análise de Conteúdo Temático e ao software ALCESTE. Os conteúdos representacionais abordaram os elementos constituintes da sexualidade, as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, a importância das vivências sexuais para a pessoa idosa, bem como a percepção negativa dessas práticas por parte da sociedade em geral. Já a análise obtida por meio do ALCESTE demonstrou o surgimento de quatro classes distintas, sendo possível apreender o significado da sexualidade para os idosos, ratificando a análise realizada anteriormente. As classes foram: Concepção/Significado da Sexualidade na Velhice; Importância da Sexualidade; Aspectos naturais da sexualidade e Ausência das Vivências Sexuais na Velhice. A partir dos resultados foram elaborados os itens que compuseram a versão inicial da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), composta por 40 itens que abordam temas relacionados às vivências sexuais. Trata-se de uma escala do tipo Likert, sendo cinco as opções de respostas variando de nunca à sempre. No estudo dois foi realizada a validação da referida escala, com o auxílio do programa PASW (*Predictive Analytics Software)*. Fizeram parte desse estudo 200 idosos, homens e mulheres, com idades superiores a 60 anos e que fossem casados ou possuíssem companheiro fixo, uma vez que os itens avaliam as vivências sexuais do casal idoso. Devido à validação, houve a exclusão de dois itens, sendo a versão final da escala composta por 38 itens. Os parâmetros psicométricos demonstraram-se satisfatórios, sendo sua versão final composta por três dimensões: Ato sexual, Relações Afetivas e Adversidades física e social. No estudo três foi realizada a mensuração da sexualidade e da qualidade de vida dos idosos, bem como a análise correlacional entre os dois construtos. Participaram deste estudo 200 idosos que responderam a versão final da EVASI e ao WHOQOL-Old, instrumento de avaliação da Qualidade de Vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) especialmente para a população idosa. Constatou –se que as maiores pontuações na EVASI encontraram-se nos itens referentes a dimensão Relações Afetivas. No que concerne ao WHOQOL-old, observou-se que a faceta *Atividades passadas, presentes e futuras* foi a que apresentou maior pontuação, seguida da faceta *Participação Social*, sendo válido ressaltar que maiores pontuações indicam melhor qualidade de vida. A correlação entre a sexualidade e a qualidade de vida do idosos mostrou-se de forma significativa e positiva. A construção de um instrumento psicometricamente válido capaz de mensurar as vivências sexuais dos idosos caracteriza-se como um marco importante, além da comprovação da correlação existente entre a sexualidade e a qualidade de vida dos idosos. Acredita-se que este estudo possa promover reflexões e mudanças de atitudes acerca da sexualidade da pessoa idosa, bem como demonstrar a importância da mesma para a qualidade de vida dessa população.

Palavras- chave: Envelhecimento; Sexualidade; Idoso; Qualidade de Vida; Representações Sociais

ABSTRACT

This thesis aimed at analyzing the relationship between sexuality and quality of life of elderly people. To this end, it was apprehended the social representations of sexuality elaborated by elderly people, with the purpose to obtain the construction and validation of a research instrument aimed at measuring sexual experiences at this stage of their development. It was also objectified to measure the quality of life of elderly people to correlate these, two constructs. In order to achieve these objectives, three studies were carried out, the first referred to the apprehension of the social representations of sexuality as a guide for the construction of a measured scale. It was done 30 interviews with elderly who attend a support group in João Pessoa - PB. The data originated from this technique were submitted to Thematic Content Analysis and to the software ALCESTE. The representational contents presented the constituent elements of sexuality such as: the changes resulting from the aging process, the importance of sexual experiences for the elderly, as well as, the negative perception of these practices by society as a whole. The analysis obtained through ALCESTE generated four distinct classes, in which it was appreherended the meaning of sexuality for the elderly, confirming the previous analysis.The classes were named as: Conception/ Meaning of Sexuality in Old Age; Importance of Sexuality; natural aspects of sexuality and Lack of Sexual Experiences in Old Age. Based on the results it was developed the items that composed the initial version of the Affective and Sexual Experiences Scale for Elderly (ASESE), comprising 40 items covering topics related to sexual experiences. It is a Likert scale, with five answers choices ranging from never to always. In the study two it was validated the scale before mentioned, with the aid of PASW (Predictive Analytics Software).This study counted on 200 elderly men and women, aged older than 60 years who were married or have a steady partner, since the items assess sexual experiences of the elderly couple. Due to the validation procedure, two items were excluded and the final scale comprised 38 items. The psychometric parameters proved to be satisfactory, and its final version consisted of three dimensions: Sex Act, Affective Relationships, and Physical and Social Adversity. The study three was done the measurement of sexuality and quality of life of the elderly, as well as, the correlation analysis between the two constructs. This study counted on 200 elderly who answered the final version of ASESE and the WHOQOL-Old an instrument to evaluate Quality of Life, developed by the World Health Organization (WHO) especially for the elderly. It was found that the highest scores in ASESE were achieved in the items regarding the Affective Relations. Regarding the WHOQOL-old, it was observed that the facet activities past, present and future revealed the highest score, then the facet Social Participation, and it is important to note that higher scores indicate better quality of life. The correlation between sexuality and quality of life of elderly proved to be significant and positive. The construction of an instrumment psychometrically validated to measure sexual experiences of the elderly is characterized as an important achievement, besides of the proof of correlation between sexuality and quality of life of elderly. It is believed that this study may promote reflections and changes in attitudes concerning sexuality in the elderly as well as demonstrate its importance for the quality of life of this population.

Keywords: Aging; Sexuality; Elderly; Quality of Life; Social Representations**.**

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo principal analizar la relación existente entre la sexualidad y la calidad de vida del anciano. Para tanto, se buscó aprehender las representaciones sociales de la sexualidad elaboradas por los ancianos, aspirando a la construcción y validación de un instrumento de medida capaz de mesurar las vivencias sexuales en esta etapa del desarrollo. Se objetivó también medir la calidad de vida de los participantes, correlacionando, finalmente, los dos constructos. Para alcanzar tales objetivos, fueron realizados tres estudios, siendo el primero, referente a la aprehensión de las representaciones sociales de la sexualidad para posterior construcción de la escala. Fueron realizadas 30 entrevistas en profundidad con ancianos frecuentadores de un grupo de convivencia localizado en el municipio de João Pessoa – PB. Los datos oriundos de esta técnica fueron sometido al Análisis de Contenido Temático y al *software* ALCESTE. Los contenidos representacionales abordaron los elementos constituyentes de la sexualidad, los cambios derivados del proceso de envejecimiento, la importancia de las vivencias sexuales para la persona anciana, así como la percepción negativa de esas prácticas por parte de la sociedad en general. El análisis obtenido por medio del ALCESTE demostró el surgimiento de cuatro clases distintas, siendo posible aprehender el significado de la sexualidad para los ancianos, ratificando el análisis realizado anteriormente. Las clases fueron: Concepción/Significado de la Sexualidad en la Vejez; Importancia de la Sexualidad; Aspectos naturales de la sexualidad y Ausencia de las Vivencias Sexuales en la Vejez. A partir de los resultados fueron elaborados los ítems que compusieron la versión inicial de la Escala de Vivencias Afectivas y Sexuales del Anciano (EVASI), compuesta por 40 ítems que abordan temas relacionados a vivencias sexuales. Se trata de una escala del tipo Likert, siendo cinco las opciones de respuestas variando de nunca a siempre. En el estudio dos fue realizada la validación de la referida escala, con el auxilio del programa PASW (*Predictive Analytics Software)*. Hicieron parte de ese estudio 200 ancianos, hombres y mujeres, con edades superiores a 60 años y que fueran casados o tuvieran compañero fijo, una vez que los ítems evalúan las vivencias sexuales de la pareja anciana. Debido a la validación, hubo la exclusión de dos ítems, siendo la versión final de la escala compuesta por 38 ítems. Los parámetros psicométricos se demostraron satisfactorios, siendo su versión final compuesta por tres dimensiones: Acto sexual, Relaciones Afectivas y Adversidades física y social. En el estudio tres fue realizada la mensuración de la sexualidad y de la calidad de vida de los ancianos, así como el análisis correlacional entre los dos constructos. Participaron de este estudio 200 ancianos que respondieron la versión final de la EVASI y al WHOQOL-Old, instrumento de evaluación de la Calidad de Vida, desarrollado por la Organización Mundial de Salud (OMS) especialmente para la población anciana. Se constató que las mayores puntuaciones en la EVASI se encontraron en los ítems referentes a la dimensión Relaciones Afectivas. En lo que se refiere a WHOQOL-old, se observó que la faceta *Actividades pasadas, presentes y futuras* fue la que presentó mayor puntuación, seguida de la faceta *Participación Social*, siendo válido resaltar que mayores puntuaciones indican mejor calidad de vida. La correlación entre la sexualidad y la calidad de vida del anciano se mostró de forma significativa y positiva. La construcción de un instrumento psicométricamente válido capaz de medir las vivencias sexuales de los ancianos se caracteriza como un marco importante, además de la comprobación de la correlación existente entre la sexualidad y la calidad de vida de los ancianos. Se cree que este estudio puede promover reflexiones y cambios de actitudes acerca de la sexualidad de la persona anciana, así como demostrar la importancia de la misma para la calidad de vida de esa población.

Palabras-clave: Envejecimiento; Sexualidad; Anciano; Calidad de Vida; Representaciones Sociales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas operacionais da Análise de Conteúdo 122

Figura 2: Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente 134

Figura 3: Elementos constituintes da Sexualidade do Idoso 142

Figura 4: Distribuição gráfica dos valores da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI 154

Figura 5: Sinopse- Construção da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI 162

Figura 6: Frequência das Relações Sexuais dos Idosos – *Estudo 3* (N=200) 174

Figura 7 : Avaliação das Vivências Sexuais dos Idosos - *Estudo 3* (N=200) 174

Figura 8: Análise de Regressão Linear EVASI e WHOQOL-old 188

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil bio-sócio- demográfico dos participantes (N=30) 124

Tabela 2: Análise de Conteúdo das Representações Sociais da Sexualidade do Idoso 125

Tabela 3: Itens da Versão Inicial da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI 138

Tabela 4: Perfil bio- sócio- demográfico dos idosos participantes de Grupos de Convivência – Estudo 2 (N=200) 152

Tabela 5: Perfil bio- sócio- demográfico dos idosos – Estudo 2 (N=200) 153

Tabela 6: Valores próprios observados e simulados para a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso- EVASI 155

Tabela 7: Estrutura fatorial da dimensão Ato Sexual 156

Tabela 8: Estrutura fatorial da dimensão Relações Afetivas 157

Tabela 9: Estrutura fatorial da dimensão Adversidades Física e Social 158

Tabela 10: Estatística Descritiva e Correlação das Dimensões 158

Tabela 11: Dimensões e itens da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso- EVASI 167

Tabela 12: Facetas e itens do WHOQOL-old 169

Tabela 13: Perfil bio- sócio- demográfico dos idosos frequentadores de grupos de convivência – Estudo 3 (N=200) 172

Tabela 14: Perfil bio- sócio- demográfico dos idosos – Estudo 3 (N=200) 173

Tabela 15: Avaliação das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso 175

Tabela 16: Avaliação das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso por dimensões 177

Tabela 17: Comparação das dimensões das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso de acordo com o sexo dos participantes 177

Tabela 18: Comparação das dimensões das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso de acordo com o nível de escolaridade dos participantes 178

Tabela 19: Comparação das dimensões das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso de acordo com a avaliação das vivências sexuais dos participantes 179

Tabela 20: Comparação das dimensões das Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso de acordo com a frequência das relações sexuais dos participantes 180

Tabela 21: Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos 181

Tabela 22: Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos por facetas 182

Tabela 23: Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com o sexo dos participantes 183

Tabela 24: Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com o nível de escolaridade dos participantes 184

Tabela 25: Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com a avaliação das vivências sexuais dos participantes 185

Tabela 26: Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com a frequência das relações sexuais dos participantes 186

LISTA DE SIGLAS

ALCESTE - Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

DP – Desvio Padrão

EVASI – Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP – Instituição de Longa Permanência

M - Média

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASW - Predictive Analytics Software

PNI – Plano Nacional do Idoso

QV – Qualidade de Vida

RS – Representação social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UTI - Universidades da Terceira Idade

WHOQOL – OLD - World Health Organization Quality Of Life – versão para idosos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 19

PARTE I - MARCO TEÒRICO

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO 26
1.1 Objetivo Geral 32
1.2 Objetivos Específicos 32

CAPÍTULO II – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO 34
2.1 Envelhecimento Etário 40
2.2 Aspectos biológicos do envelhecimento 43
2.3 Aspectos psicológicos do envelhecimento 45
2.4 Aspectos sociais do envelhecimento 47
2.5 O idoso e as Políticas Públicas 50
2.6 Atenção ao idoso: Geriatria, Gerontologia e Psicogerontologia 52

CAPÍTULO III – SEXUALIDADE 55
3.1.Aspectos históricos do estudo da sexualidade 57
3.2 Sexualidade e Envelhecimento: aspectos biológicos e psicossociais 61
3.3 Desafios Contemporâneos e Repercussões psicossociais da sexualidade do idoso 73

CAPÍTULO IV – QUALIDADE DE VIDA 78
4.1 Conceito de Qualidade de Vida 79
4.2 Qualidade de Vida do Idoso 85
4.2.1 Os Grupos de Convivência e as Universidades da Terceira Idade como promotores da qualidade de vida dos idosos 89
4.2.2 As Vivência Afetivas como promotoras da qualidade de vida dos idosos 92
4.3 Mensuração da Qualidade de Vida 93

CAPÍTULO V – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 98
5.1 Uma abordagem dimensional 102
5.2 Representações sociais do envelhecimento 109
5.3 Representações sociais da sexualidade do idoso 113
5.4 Representações sociais da qualidade de vida 115

PARTE II - **ESTUDOS EMPIRICOS** 118

CAPÍTULO VI – *REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE DO IDOSO: Construção de uma escala* - Estudo 1 119

6.1 MÉTODO 119
6.1.1 Tipo de estudo 119
6.1.2 Amostra 119
6.1.3 Lócus 119
6.1.4 Instrumentos 119
6.1.5 Aspectos Éticos 120
6.1.6 Procedimento de Coleta dos Dados 120

6.1.7 Análise dos Dados 121
6.1.8 Descrição dos resultados 124
6.1.8.1 *Perfil da Amostra* 124
6.1.8.2 *Análise de Conteúdo Temático* 125
6.1.8.3 *Análise Lexical do ALCESTE* 132
6.1.8.4 Construção da EVASI 137
6.1.9 Análise e discussão dos resultados 139
6.1.10 Considerações Parciais 145

CAPÍTULO VII *VALIDAÇÃO DA ESCALA DE VIVÊNCIAS AFETIVAS E SEXUAIS DO IDOSO – EVASI* - Estudo 2 149

7.1 MÉTODO 148
7.1.1 Tipo de estudo 148
7.1.2 Amostra 148
7.1.3 Lócus 148
7.1.4. Instrumentos. 149
7.1.5 Procedimento de Coleta dos Dados 149
7.1.6 Análise dos Dados 150
7.1.7 Descrição dos resultados 151
7.1.7.1 Perfil da Amostra 151
7.1.7.2 Validação da EVASI 154
7.1.8 Análise e discussão dos resultados 159
7.1.9 Considerações Parciais 163

CAPÍTULO VIII *SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: Uma análise correlacional* - Estudo 3 165

8.1 MÉTODO 165
8.1.1 Tipo de estudo 165
8.1.2 Amostra 165
8.1.3 Lócus 165
8.1.4. Instrumentos. 166
8.1.5 Procedimento de Coleta dos Dados 170
8.1.6 Análise dos Dados 170
8.1.7 Descrição dos resultados 171
8.1.7.1 Perfil da Amostra 172
8.1.7.2 Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI 175
8.1.7.3 WHOQOL- Old 180
7.1.8 Análise e discussão dos resultados 188
7.1.9 Considerações Parciais 198

CAPÍTULO IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS 199

REFERÊNCIAS 205

ANEXOS 223

APRESENTAÇÃO

O estudo sobre a população idosa, ao longo dos anos, vem despertando o interesse de pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento científico, dentre elas, a ciência psicológica. A Psicologia do Envelhecimento, ou Psicogerontologia, enfatiza os fatores subjetivos dessa etapa da vida, e um de seus desafios é conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, tradicionalmente vistos como antagônicos. Entretanto, na atualidade, esses processos já são vistos como coexistentes ao longo do ciclo vital, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que, vulgarmente, são chamadas de ganhos ou perdas (Neri, 2008).

No campo da Psicologia Social, especificamente, tem-se observado, nos últimos anos, o crescimento de estudos que contemplam a velhice, de modo a contribuir, juntamente com a Psicologia da Personalidade, para o entendimento dos diversos fatores intrínsecos ao processo de envelhecimento, o que promove intervenções psicossociais que propiciem melhores condições de vida ao idoso. A velhice é a última fase do ciclo vital, delimitada por eventos de natureza múltipla, que incluem, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva (Neri, 2002; 2008).

O processo de envelhecimento ocorre de maneira singular e complexa e varia de acordo com cada pessoa. Depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais, tanto atuais quanto passados. De acordo com Khoury e Gunther (2006), o envelhecimento humano é um processo que pode oferecer risco ao bem-estar psicológico e à boa qualidade de vida, uma vez que se faz acompanhar por perdas significativas.

O declínio biológico pode trazer mudanças na aparência física, na performance intelectual, na sexualidade e pode ser acompanhado por certas doenças que trazem limitações.

Todas as mudanças – físicas, fisiológicas e de papéis sociais - podem conduzir a sentimentos negativos de abandono, inutilidade, falta de autonomia e de controle sobre si e seu meio.

Ressalte-se, no entanto, que, ao contrário do que preconizam os preconceitos oriundos do senso comum, velhice não é sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais. Mesmo na presença de perdas físicas, psicológicas e sociais decorrentes do processo de envelhecimento humano, é possível viver uma velhice bem sucedida. Cachioni e Falcão (2009) referem que ela é associada à boa saúde física e mental, a atividade e envolvimento com a vida. Essas condições dependem da influência combinada de eventos genético-biológicos, sociais, econômicos e psicológicos. Portanto, é de fundamental importância investigar a qualidade de vida na velhice, para que possa haver um trabalho profilático nessa fase do desenvolvimento. A qualidade de vida do idoso tem relação direta com o bem-estar percebido, uma vez que a velhice não se reduz a um simples fenômeno biológico. Mais do que isso, o envelhecimento é um fenômeno social, extremamente relacionado à forma como o idoso se sente, vive, relaciona-se com a vida e com os demais indivíduos (Neri, 2007).

Nessa perspectiva, são também reconhecidos os efeitos potencializadores das vivências sexuais sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que a sexualidade pode ser compreendida como uma das atividades que mais contribuem positivamente nesse sentido. Entretanto, essa prática representa, em nossa sociedade, algo próprio e quase exclusivo dos jovens saudáveis e fisicamente atraentes (Ballone, 2002). De certa forma, percebe-se que a sociedade aliena e exclui os idosos das vivências afetivas e sexuais, por considerá-los fora de um padrão estipulado como ideal, e isso interfere assim,negativamente na qualidade de vida dessa população.

A concepção de sexualidade adotada neste estudo segue o modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), que a entende em seu sentido amplo, que não envolve apenas o fisiológico, posto que é compreendida como um elemento que dá sentido e significado à existência humana. Corresponde a uma função vital do ser humano, na qual intervêm múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração (Fernandez & Paniagua, 2007).

Socialmente, tem-se considerado o idoso como assexuado, desprovido de desejos e de vida sexual, como se os anos lhe trouxessem uma inapetência nesse aspecto vital do desenvolvimento humano (Gonzalez & Brenes, 2007). A sociedade tem uma imagem negativa e redutora acerca da pessoa idosa e percebe a sexualidade como algo inalcansável e impraticável. Entretanto, a idade não determina a presença ou a ausência de relações sexuais, porque o desejo e o prazer continuam existindo apesar do avanço da idade.

Conforme ressaltam Fávero e Barbosa (2011), apesar dos esforços da Geriatria e da Gerontologia para tentar desmistificar a sexualidade do idoso, o imaginário coletivo sobre essa temática ainda está carregado de mitos e ideias errôneas. Entretanto, sabe-se que as vivências sexuais são uma realidade cotidiana para os idosos, que envolvem sentimentos e emoções que lhes proporcionam satisfação física e mental.

A sexualidade inicia-se desde o nascimento, e não há idade fixa para seu término. Porém, conforme ressalta Bernardino (2011), ela pode ser bloqueada por forças externas advindas do discurso da família, da religião, da mídia, entre outros, razão porque é necessário um trabalho de desconstrução e/ou desmistificação das crenças e dos estereotipos veiculados.

Nessa tela, o processo de envelhecimento ,a sexualidade e a qualidade de vida por se tratarem de construtos socialmente elaborados, merecem uma análise advinda da Psicologia

Social, sob a égide psicossociológica da Teoria das Representações Sociais, por tal abordagem proporcionar a elaboração de um conhecimento prático construído por um grupo de pertença (os idosos) acerca das vivências sexuais, no que diz respeito às crenças, às atitudes e aos valores relativos a esses fenômenos.

Moscovici (1978/2010) compreende as representações sociais como

> um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (p. 21).

A sexualidade na velhice, devido a sua complexidade, deve ser compreendida por meio de um novo olhar, que não a limite apenas aos seus aspectos biológicos, mas se atente para todos os aspectos emocionais que envolvem as vivências sexuais, visando à assistência integral ao idoso. Conforme ressalta Bernardino (2011), enfatizar a sexualidade é dar visibilidade ao idoso e conduzi-lo para o lugar de sujeito desejante.

Dessa forma, conhecer as representações sociais da sexualidade significa compreender o significado desse fenômeno para a população idosa, analisando os mitos e preconceitos que permeiam esse processo e que norteiam o comportamento dos idosos no que diz respeito às suas vivências sexuais. Além disso, elaborar e validar um instrumento de medida do construto sexualidade representa um avanço significativo, posto que os profissionais atuantes do contexto gerontológico ainda não dispõem de tal recurso. Por fim, ressalta-se que compreender a relação existente entre a sexualidade e a qualidade de vida da pessoa idosa contribui para desmistificar a sexualidade nessa etapa do desenvolvimento e promover benefícios para uma velhice ativa e bem sucedida.

Em face dessas premissas, a presente tese foi desenvolvida em duas partes uma destinada ao marco teórico e outra constituída pelos estudos empíricos. A primeira parte foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro, denominado *Contextualização do objeto de estudo,* aborda a descrição das temáticas, bem como a contextualização do problema pesquisado. Também é destacada a relevância social e acadêmica que justifica sua realização, além dos objetivos e das questões norteadoras que fundamentaram a investigação acerca da sexualidade e da qualidade de vida da pessoa idosa.

No segundo capítulo aborda-se a temática do envelhecimento humano, enfatizando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que permeiam esse processo. São destacados também os aspectos demográficos do envelhecimento etário da população, que tem demandado atenção das políticas públicas e sociais.

No terceiro capítulo é apresentado o construto sexualidade, em que se realçam seu aspecto sócio-histórico e as mudanças biopsicossociais que ocorrem na esfera da sexualidade dos idosos. No quarto capítulo são feitas considerações acerca da temática qualidade de vida e são expostos sua definição, sua forma de mensuração e o significado da qualidade de vida para a pessoa idosa.

No quinto capítulo encontra-se descrita a Teoria das Representações Sociais, enfatizando-se a sua abordagem dimensional proposta pelo francês Serge Moscovici (1978). Também são abordadas as representações sociais acerca das temáticas em estudo - o envelhecimento, a sexualidade e a qualidade de vida – descritas e analisadas por estudos anteriores.

A segunda parte da tese é composta pelos caítulos VI, VII e VII e se refere aos estudos empíricos, onde se encontram descritos os três estudos realizados. Em cada um deles

destacam-se o tipo de estudo, a amostra, o lócus, os instrumentos, os procedimentos éticos e de coleta e análise dos dados. Também são informados, analisados e discutidos, parcialmente, os resultados apreendidos em cada estudo.

Por fim, no capítulo IX, apresentam-se as considerações finais, com as conclusões acerca dos estudos realizados, suas limitações, desdobramentos futuros e aplicabilidade. Em seguida, encontram-se todas as referências utilizadas e os anexos.

PARTE I – MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os estudos acerca da sexualidade da pessoa idosa são escassos e limtam-se, quase sempre, a uma abordagem médico-terapêutica que, invariavelmente, aborda a temática em questão a partir de concepções patológicas associadas a distúrbios fisiológicos. De modo geral, ignoram todos os aspectos psicológicos, sociais e culturais que permeiam e condicionam as vivências sexuais dos idosos (Martins, M.B. 2012).

Na sociedade contemporânea, existem muitos mitos e concepções errôneas sobre a sexualidade na fase do envelhecimento, capazes de trazer prejuizos significativos para as vivências sexuais dos idosos e, consequentemente, para sua qualidade de vida. Alguns desses mitos referem-se ao fato de se acreditar que a sexualidade não tem importância nessa etapa da vida, que os últimos anos deveriam ser assexuados, que é anormal os idosos terem interesse por sexo e normal que os homens procurem por mulheres mais jovens (Perry & Potter, 2005).

Ao longo dos anos, perpetuou-se um modelo de sexualidade impregnada de tabus, mitos e preconceitos, agravada, muitas vezes, por diversificação de gênero. Ao homem foi atribuído o papel de detentor do sexo, e à mulher, o estigma de assexuada (Bernardino, 2011). Embora o foco desta tese não seja a questão de gênero, entende-se que, principalmente para as mulheres idosas, a sexualidade foi e ainda é algo pouco falado e menos permissivo.

A sexualidade é um processo natural, que obedece a uma necessidade fisiológica e emocional do indivíduo e que se manifesta de forma diferenciada nas diferentes fases do desenvolvimento humano. Trata-se de um fenômeno que visa ao prazer, ao bem-estar, à valorização da autoestima e à busca de uma relação íntima, por meio da qual se compartilham

o amor e o desejo com outra pessoa, para criar laços de união mais intensos (Soutto Mayor, Antunes & Almeida, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2007), a sexualidade é uma energia que motiva para o amor, contato, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e sexual. A OMS entende que a sexualidade influencia pensamentos e, por isso, também influencia a saúde física e mental do indivíduo. Nesse sentido, é sobremaneira importante para a qualidade de vida, entendida como o reflexo da avaliação que cada um faz a respeito de suas condições de vida, com base em elementos subjetivos ou objetivos (Coutinho, Franken & Ramos, 2007). A relação entre sexualidade e qualidade de vida é reconhecida por alguns autores, como Rodrigues, Andrade & Faro (2008), que afirmam que a primeira pode ser considerada como um dos pilares edificadores da segunda. Segundo Rouco, González, Carvalho e Sanchez (2009), a sexualidade é um componente fundamental para a qualidade de vida e vital para a manutenção das relações interpessoais saudáveis, do autoconceito e do sentido de integridade.

Segundo Mendonça e Ingold (2006), a sexualidade muda no decorrer do tempo, uma vez que as pessoas mudam, crescem, tornam-se cada vez mais elas mesmas. A sexualidade revela o que somos; e o que somos traz em si o que já fomos e a possibilidade de vir a ser. É na sexualidade de cada um que estão impressos e expressos a história pessoal e o modo de lidar com a trajetória do envelhecimento.

As pessoas idosas definem e expressam sua sexualidade de forma singular, diferentemente das demais fases do desenvolvimento. À medida que envelhece, o ser humano apresenta mudanças em suas vivências sexuais. A velhice é uma etapa em que a sexualidade gira mais em torno da intimidade, da companhia, da admiração, da masturbação, das

conversas eróticas e do consumo de material cinematográfico ou visual erótico (Rouco, González, Carvalho & Sanchez, 2009).

Rodrigues (2008) ressalta que os idosos devem estar conscientes das mudanças que estão ocorrendo em seu corpo decorrentes do processo de envelhecimento. Destaca, que os parceiros precisam investir mais em carícias, toques, beijos e carinhos durante todo o dia, e não, apenas, durante a relação sexual.

O processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada, mas a outra etapa no processo da sexualidade humana, a qual deve ser merecidamente vivenciada e apreciada (Fávero & Barbosa, 2011). As vivências sexuais, independentemente da idade, proporcionam ao casal a possibilidade de se realizar pessoalmente, refletem a intimidade e a cumplicidade e enriquecem as relações humanas. Para os idosos, a sexualidade é fisiologicamente possível, emocional e afetivamente enriquecedora, porquanto fortalece a importância do carinho, do apego, a comunicação, o companheirismo e o cuidado mútuo (Urquiza, Thumala, Cathalifaud, Ojeda & Vogel, 2008)

Para Moura, Leite e Hildebrandt (2008), a sexualidade do idoso é simples e, ao mesmo tempo, complexa, afinal, o corpo envelhece, a anatomia e a fisiologia sexual se modificam, mas a capacidade de amar e de se relacionar continua intacta até o final da vida. Para o idoso, algumas vezes, as carícias e o companheirismo podem ter mais significado do que o ato sexual propriamente dito. Dessa forma, a pessoa idosa, mesmo diante de suas limitações fisiológicas, pode exercer plenamente sua sexualidade e satisfazer-se ao fazê-lo.

Alguns aspectos substanciais da sexualidade, nomeadamente, a capacidade de enamoramento, o interesse sexual, a comunicação, o afeto, a sensibilidade, a empatia e a importância atribuída às carícias coporais, entre outros, não diminuem com o avançar da idade

(Fávero & Barbosa, 2011). Entretanto, a sexualidade, na velhice, também significa a relação sexual, pois os idosos continuam com desejos semelhantes aos que tinham quando jovens, mas que, agora, apresentam maiores limitações em razão das alterações fisiológicas e, por vezes, patológicas, que dificultam um relacionamento mais íntimo. Entretanto, descobrem outros prazeres, adaptam-se a sua condição, conseguem encontrar para cada problema um novo modo de viver (Moura, Leite & Hildebrandt, 2008).

Segundo Almeida, L.A. e Patriota (2009), com uma visão limitada sobre a sexualidade e a velhice, a sociedade, muitas vezes, vê essa etapa da vida como um período de assexualidade e de renúncias, em que o idoso deve reservar seu tempo a desempenhar unicamente o papel de avó e avô e se esquecer de suas vontades, seus desejos e seus direitos. Na verdade, as autoras afirmam que, na velhice, perde-se em quantidade, mas, seguramente, pode-se ganhar em qualidade. O prazer pode ser vivido em sua totalidade, pois a pessoa idosa tem, nesse momento, a experiência e a paciência que, em geral, são determinantes da qualidade da vida sexual.

Face a tantos tabus, a sociedade continua com dificuldades em lidar com a questão da sexualidade, principalmente, no que se refere à população idosa. A grande força negativa destinada aos idosos, em relação à manifestação do desejo ou da atividade sexual, vem das normas de comportamento existentes nos séculos anteriores. Muitos indivíduos, pela formação reprimida que tiveram, têm dificuldades de falar sobre sexo, e isso interfere para que suas dúvidas sejam esclarecidas.

Frente ao desconhecimento e à forte pressão sociocultural, é comum os idosos expressarem sentimentos de culpa e/ou vergonha. Até se consideram como pessoas fora da normalidade, por sentirem desejo e vontade de manifestar sua sexualidade. Poe rssa razão, renunciam e ocultam sua sexualidade por medo de ser discriminadas (Fávero & Barbosa,

2011). Para Bernardino (2011), a pessoa idosa não encontra em seu cotidiano a confirmação de que desejar uma vida sexual ativa durante a velhice seja algo normal e sadio. A sociedade percebe o idoso como alguém sem atrativos físicos, assexuado e que está no fim da vida.

A dificuldade de reconhecer a sexualidade na pessoa idosa, segundo Rodrigues (2008), baseia-se em vários fatores valorativos originados na interpretação sociocultural que reforça o culto a corpos perfeitos, esculpidos em academias, ao vigor físico e à juventude. Portanto, a sociedade dita as regras, estabelece os limites da sexualidade e demarca as condições e as aceitações.

Nesse cenário, Bernardino (2011) afirma que a prática ao culto jovem e ao consumo de novas imagens e ideias provoca discussões acerca do envelhecimento, carregado de estereótipos e de segregação. A autora afirma que enfatizar a beleza física e usar o corpo para atrair o outro são práticas comuns do ser humano. Esse comportamento auxiliou na construção social de crenças, mitos e atitudes segregativas voltadas para a velhice, já que as construções sociais externalizam a concepção de que os idosos são incapazes de usufruir das vivências sexuais.

A falta de informação sobre o processo de envelhecimento e as mudanças ocorridas na sexualidade têm auxiliado a manutenção de preconceitos e, consequentemente, trouxeram muitas estagnações das atividades sexuais das pessoas idosas. Tal fato, inevitavelmente, acarreta prejuizos para a qualidade de vida da pessoa idosa. Por essa razão, é preciso desmistificar os aspectos relacionados às vivências sexuais dos idosos, para que eles não desacreditem de seus potenciais e de capacidades, e acabem por adotar uma vida assexuada.

Em estudo realizado por Catusso (2005), observou-se que um dos aspectos que influenciam negativamente no exercício da sexualidade das pessoas idosas é a família. Muitos

idosos, por morarem em lares com muitos membros, não têm a privacidade necessária para viver sua sexualidade. Famílias numerosas, compostas por membros de várias idades, não permitem a criação de um ambiente propício para a expressão de sentimentos. Ribeiro, A. (2002) salienta que, em família, os filhos são os primeiros a negarem a sexualidade dos pais e interpretam a necessidade sexual deles como algo depreciativo, como sinal de segunda infância ou demência.

Os problemas familiares se agravam especialmente quando se trata do falecimento de um dos idosos. Nesse casos, os filhos interpretam o interesse de um dos genitores em encontrar um novo(a) companheiro (a) como uma falta de respeito com aquele que se foi. Bernardino (2011) ressalta que as mulheres são as que mais sofrem com essa situação, devido aos aspectos culturais e sociais, e acabam por privar seus desejos. Frente a essa realidade, várias pessoas idosas, que ainda sentem intensamente o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha e até se considerarem anormais, pelo simples ato de se perceberem com vontade de procurar a obtenção do prazer.

A sociedade cria padrões de comportamento que limitam a sexualidade humana a um período compreendido entre a puberdade e o início da maturidade. Portanto, esse tipo de comportamento não é reforçado pela sociedade na velhice. Ao contrário, o idoso é, muitas vezes, vítima de preconceito, o que acarreta grande perda em sua qualidade de vida. As concepções criadas sobre o envelhecimento e apreendidas pela sociedade aprisionam a pessoa idosa ao discurso do outro e renegam-lhe o direito de vivenciar seus desejos, como se fossem incapazes de se relacionar afetivamente e usufruir da sexualidade (Bernardino, 2011).

É válido ressaltar que as atitudes discriminatórias em relação à velhice, por vezes, são expressas através de reações de afastamento, desgosto e ridicularização, de modo que, ainda nos dias atuais, o velho é visto como uma pessoa incapaz e inútil (Neri & Freire, 2000).

Por não apresentarem o perfil ideal estipulado pela sociedade, os idosos são, frequentemente, percebidos como seres assexuados e até são proibidos de expressar seus desejos sexuais.

Levando-se em consideração a complexidade, a abrangência e a escassez de estudos a respeito das temáticas aqui abordadas, justifica-se a necessidade de investigar a sexualidade do idoso, haja vista que ela representa um elemento fundamental para que ele tenha uma boa qualidade de vida.

Diante do exposto, a presente tese foi desenvolvida, visando atender aos seguintes objetivos:

Geral:

Analisar a relação entre a sexualidade e a qualidade de vida dos idosos.

Específicos:

1. Apreender as representações sociais da sexualidade elaboradas pela população idosa;
2. Construir e validar uma escala de avaliação das vivências afetivas e sexuais do idoso a partir das suas representações sociais;
3. Avaliar as vivências afetivas e sexuais dos participantes da pesquisa;
4. Verificar a frequência e a satisfação deles no que diz respeito às suas vivências sexuais;
5. Mensurar sua qualidade de vida dos idosos participantes.

Para alcançar os objetivos propostos, tomou-se como referências as seguintes questões norteadoras:

- Quais as representações sociais da sexualidade elaboradas pelos idosos?
- Os idosos continuam a exercer sua sexualidade após os 60 anos?
- Como os idosos avaliam suas vivências sexuais?
- Qual a frequência com que os idosos mantêm relações sexuais?
- Existe correlação entre os construtos sexualidade e qualidade de vida dos idosos?

CAPÍTULO II

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Neste capítulo, aborda-se a temática do envelhecimento humano, destacando, inicialmente, os principais termos utilizados para descrever esse processo. Em seguida, enfatiza-se o envelhecimento populacional caracterizado pelo aumento da longevidade e da queda da natalidade. Por fim, são abordados os aspectos biopsicossociais que compõem o processo de envelhecimento humano e ressaltadas as políticas públicas destinadas à população idosa.

Antes de serem iniciadas algumas considerações acerca do processo de envelhecimento, é necessário definir esse construto e descrever o significado dos termos *idoso* e *velhice*, conceitos intimamente relacionados e interdependentes. O envelhecimento é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (Brasil, 2006).Trata-se de um processo de mudanças universais, pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acúmulo de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. Refere-se ao ato ou efeito de envelhecer, que significa ficar velho; parecer velho; durar muito tempo, permanecer, tornar-se desusado ou inútil (Neri, 2008; Silva,R.M.O., 2006) .

O termo “velho” tem sido evitado pela literatura, por entender-se que o mesmo possui uma conotação negativa, pasando a ideia de algo decadente, desgastado e pouco útil. Segundo Ferreto (2010), existe um preconceito em relação ao emprego dessa palavra, que detém

diferentes significados e aborgagens, que dão a impressão de que o velho vive improdutivamente e está ultrapassado pela nossa sociedade.

Frente ao exposto, atualmente, tem-se preferido empregar o termo "idoso", tendo em vista que é mais aceito e evita o caráter pejorativo da palavra "velho". A OMS e o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741 de 1 de outubro 2003,) determinam que o indivíduo idoso é aquele que, cronologicamente, atingiu 60 anos de idade. Essa conceituação foi estabelecida para fins de classificação oficial ou normativa, que facilita a criação de programas de saúde, entre outras situações.

Já a velhice é definida por Neri (2008) como a última fase do ciclo vital, delimitada por eventos de natureza múltipla, que incluem perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. Em seu sentido etimológico, velhice refere-se à idade avançada, ao estado ou condição de ser velho. Para Ferreto (2010), é dificil definir a velhice com especificidade e determinar seus limites, pois esse é um processo individual de cada ser humano, ao mesmo tempo em que apresenta caráter cultural.

Outra nomenclatura bastante utilizada para definir a velhice é o termo "*terceira idade".* Essa expressão surgiu na França, a partir de 1962, em virtude da introdução de uma política de integração social da velhice que objetiva transformar a imagem das pessoas idosas. Até então, a velhice era pautada na exclusão social, e o asilo era o seu principal símbolo. A designação idoso era restrita aos indivíduos que tinham *status social* advindo de experiências em cargos políticos, situação financeira privilegiada ou alguma atividade valorizada socialmente (Rodrigues & Soares, 2006).

O termo "*envelhescência"* também constitui um dos novos termos utilizados para definir o processo de envelhecimento. De acordo com Martins, M.B. (2012), essa

nomenclatura é utilizada para se referir ao ato de envelhecer, um pouco mais a cada dia. Trata-se de um termo popular, definido como uma preparação do adulto para a velhice, semelhante à adolescência, que é a preparação para a fase adulta. Nesse contexto, *envelhescente* seria, então, o indivíduo que vivencia as etapas do envelhecimento.

Existem algumas metáforas acerca do envelhecimento, como "amadurecimento" ou "maturidade", que significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a obtenção dos papéis sociais, respectivamente (Neri & Freitas, 2000). Entretanto, conforme ressaltam Araújo,L.F., Coutinho e Santos (2006a), independentemente da existência de diferentes termos para denominar a velhice, essa constitui uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto as demais, que merece toda a atenção e dedicação por parte dos pesquisadores, da família, da sociedade e, principalmente, do Estado, através do planejamento e da operacionalização das políticas públicas para a velhice.

Segundo Jeckel Neto (2001), a definição do termo "envelhecer" varia entre os países e as sociedades. No Brasil, é associada, de forma implícita, à ideia de involução do ser humano. A razão para isso envolve, entre outros fatores, a própria origem da palavra, uma vez que o termo usado para designar esse processo é formado a partir do radical "velho". Segundo o autor, o sentido imediato da palavra velho traz a imagem de algo decrépito, decadente, que perdeu o uso ou a validade.

Já em outras culturas são encontradas outras palavras às quais se associa o envelhecimento. Na língua inglesa, por exemplo, existe a palavra "old", para velho, mas envelhecimento é "aging", cujo radical é "age", que significa idade. Nesse sentido, envelhecimento significa acrescentar idade ou ganhar idade. Outro exemplo provém da língua japonesa, em que é utilizado o termo "karei", que é composto por "kanji" (ideogramas

originários do chinês), “ka”, que é o radical do verbo “kuwaeru”, que significa somar, acrescentar, e “rei”, que significa tempo de vida (Jeckel Neto, 2001).

A desvalorização da pessoa idosa, em nossa sociedade, é notória, pois, conforme ressaltam Lopes, R.G.C. e Goldfab (2009), vemos, na contemporaneidade, que não há mais espaço para o idoso exercer seu papel de transmissor da tradição e dos valores ancestrais, tampouco há muitos lugares para aqueles que querem permanecer verdadeiramente ativos e socialmente atuantes. Não raras vezes, o valor do idoso não é reconhecido sequer dentro da própria família, cujos mebros o percebem como alguém ultrapassado, cujos conhecimentos não podem ser valorizados.

A ideia de que envelhecer é perder sua utilidade e o seu valor diante da vida é, na verdade, uma representação social, e não, uma realidade. Do ponto de vista biológico, envelhecer não é apenas ficar velho. Trata-se de um processo de alterações morfológicas e funcionais do organismo que vão ocorrendo à medida que o tempo passa. Do ponto de vista psicológico, envelhecer representa acúmulo de vivências, experiências, que devem ser valorizadas tanto pelo idosos quanto pela sociedade em geral.

O reconhecimento dos ganhos decorrentes do processo de envelhecimento é fundamental, visto que a velhice traz a maturidade alcançada no fluxo das experiências individuais e coletivas. Apesar de envelhecer, as pessoas podem manter-se ativas e participantes da vida social, desempenhar diversas tarefas, idealizar e executar projetos, assumir responsabilidades e encontrar novos papéis sociais, novas amizades e planos para o futuro (Araújo,E.C. 2010).

A leitura de obras que versam sobre o envelhecimento humano evidencia a dificuldade de se delinear um conceito preciso e consensual, haja vista que é notória a parcialidade de

diferentes disciplinas que investigam essa fase do desenvolvimento, além das especificidades próprias ao seu processo. Martins, M.B. (2012) assevera que

> ...a dificuldade primordial para categorizar a velhice consiste em não poder vislumbrá-la como um estado único e estático, mas um constante processo de permanente construção e reconstrução que leva a inúmeras subjetivações. Dessa maneira, uma visão unilateral e simplista impossibilita construir uma categorização que valorize o indivíduo em todas as suas dimensões, considerando as experiências acumuladas ao longo dos anos e seu conteúdo em termos de vivência (p. 22)

O envelhecimento não pode ser visto apenas por meio dos aspectos negativos, com ênfase nas perdas e limitações. É necessário reconhecer que o idoso exerce um papel mediador nas tramas da vida social, portanto, não é uma folha apagada pelo tempo ou a caminho disso (Gusmão, 2001).

O preconceito contra a velhice e o desconhecimento das questões que envolvem tal processo são lamentáveis, porém inegáveis, e ocorrem em diferentes espaços, inclusive nos grupos familiares. Segundo Almeida, L.A. e Patriota (2009), na sociedade contemporânea, a velhice é estigmatizada, e a pessoa idosa, vítima de condicionamentos sociais e esquecidos em sua subjetividade, suas experiências, sentimentos e emoções. Por isso, é preciso, com urgência, buscar uma nova visão da velhice de forma a promover a valorização da pessoa idosa.

2.1 Envelhecimento etário

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno extremamente perceptível, que vem ocorrendo de forma mais notória em países emergentes. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), no Brasil, a população idosa representa 9,6% da população geral e se estima que esse percentual chegará a 15% em 2020. As maiores populações de idosos pertencerão aos países emergentes, sendo que o Brasil será o 6º país com o maior número de idosos no ano de 2025, que totalizam mais de 30 milhões (Dantas, Silva & Loures, 2002).

As estatísticas apontam que a faixa etária com maior crescimento, na maioria dos países emergentes, está acima de 60 anos. De acordo com Freitas (2002), enquanto a população geral mundial cresce anualmente a uma taxa de 1,7%, a população acima de 60 anos aumenta a uma taxa de 2,5% ao ano. Almeida, T. e Lourenço (2007) evidenciam, ainda, que a proporção de idosos com idade superior a 80 anos apresenta também um crescimento significativo. Segundo os autores, considera-se, atualmente, a existência de uma "quarta idade", que englobaria, justamente, as pessoas nessa faixa etária. Estima-se que, no ano de 2020, elas representem cerca de 4,5 milhões de indivíduos.

A proporção do aumento significativo do número de idosos está diretamente relacionada às mudanças positivas na qualidade de vida da população, como, por exemplo, melhoria nas condições de higiene, controle das enfermidades, melhores condições de moradia e alimentação. Destaca-se, ainda, o declínio nas taxas de natalidade como fator desencadeante do processo de envelhecimento populacional. Carvalho e Garcia (2003) asseveram que o Brasil, que tinha uma população extremamente jovem, com o declínio da

fecundidade, passou a apresentar um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e, consequentemente, de envelhecimento da população.

Neri (2008) enuncia que houve uma expressiva evolução da expectativa de vida para os brasileiros, estimada, em 1890, em 34 anos para a população geral. Já em 1940, essa expectativa passou para 39 anos; em 1960, para 41; em 1970, para 59, e, em 1980 e 1990, para 61 anos. Atualmente, de acordo com os dados do censo de 2010, a expectativa de vida dos brasileiros é de 73,2 anos. Embora represente um aumento, ainda é menor do que a expectativa de vida de outros países também emergentes, como Chile (78,5 anos), Uruguai (76,2 anos) e México (76,1 anos). O país que lidera o ranking é o Japão, cuja expectativa de vida corresponde a 82,7 anos (IBGE, 2010) .

O envelhecimento da população mundial é um fator relativamente recente, ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão se adaptando. Veras (2000) afirma que aquilo que constituía, no passado, uma característica de alguns poucos países, como a China e o Japão, passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Sousa (2008) ressalta que, na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento foi um processo gradual, acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas gerações. Já nos países emergentes, esse processo está sendo reduzido em duas ou tres décadas. É possível constatar que, enquanto os países desenvovlidos tornaram-se ricos antes de envelhecer, os emergentes estão envelhecendo antes de obter um aumento substancial em sua riqueza.

Na história e na evolução da humanidade, nunca houve uma esperança de vida tão significativa, o que se constitui um divisor de águas nas políticas públicas, na ciência e na gestão de saúde na velhice. Vários são os fatores contribuintes apontados como responsáveis por esse crescimento da expectativa de vida, como o avanço nas pesquisas científicas, acesso

aos serviços de saúde e sócio-sanitários, bem como avanços e descobertas no campo da Medicina, que proporcionaram melhor qualidade de vida e longevidade para a população idosa (Araújo,L.F. Saraiva & Saraiva, 2009).

Nesse sentido, Chachamovich e Fleck (2008) ressaltam que os avanços médicos contribuíram para o aumento do período de vida da população, no entanto, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade de vida. Apesar de ainda serem consideradas longe do ideal, se as condições de vida atuais forem comparadas às de 60 anos atrás, serão verificadas melhoras nutricionais e higiênicas, nas condições sanitárias em geral, nas circunstâncias de trabalho e nas residências.

Frente ao exposto, percebe-se que o progresso científico aumentou os anos de vida da população, embora os idosos ainda não possam desfrutar da qualidade de vida necessária. Contrariamente aos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida resultou da melhoria considerável das condições de vida das populações, no Brasil, muitos indivíduos estão atualmente vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias (Sousa, 2008).

As populações compostas por um grande número de pessoas idosas são eventos cada vez mais recentes, ou seja, paradoxalmente, a velhice é jovem, tanto sob o ponto de vista científico quanto social. De um ponto de vista histórico-cultural, é o período etário sobre o qual se dispõe de menos conhecimentos (Trentini, Chachamovich & Fleck, 2008).

De acordo com Coelho (2006), o envelhecimento da população brasileira representa um fenômeno para reflexão e estimula a realização de estudos sobre como a sociedade está percebendo e convivendo com essa nova realidade, em especial, como os idosos estão enfrentando essa situação. O debate sobre o envelhecer está sendo realizado em diversos

segmentos da sociedade e tem objetivado subsidiar intervenções sociais que possibilitem melhorias na qualidade de vida dos idosos.

Definir o envelhecimento parece, à primeira vista, uma tarefa simples e de afirmações quase óbvias. Entretanto, esse processo é complexo, pluridimensional, que deve ser compreendido, inicialmente, a partir de três aspectos: o biológico, o psicológico e o social.

2.2 Aspectos biológicos do envelhecimento

Biologicamente, o envelhecimento caracteriza-se como um processo natural e inerente à vida do ser humano, com caráter progressivo e irreversível. Conforme destaca Jordão Netto (1997), trata-se de um processo que se instala em cada indivíduo desde o nascimento até a morte e provoca, nesse transcurso, modificações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas. Para Neri (2008), o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.

De acordo com o enquadre da Biologia, a vida humana, como a de todo organismo multicelular, desdobra-se em três fases: (a) *crescimento* e *desenvolvimento*, (b) *reprodução* e (c) *senescência* ou *envelhecimento*. Na primeira fase, dá-se a evolução dos órgãos especializados, o organismo cresce e conquista habilidades funcionais que o habilitam à reprodução e à sobrevivência. Na segunda fase, o organismo está apto para se reproduzir, assegurando a perpetuação e a evolução da própria espécie. A terceira fase, a senescência, é marcada pelo declínio da capacidade funcional do organismo (Hoffman, 2002).

Não existe um padrão único para a definição do envelhecimento como processo biológico, uma vez que as funções orgânicas variam em ritmo, forma e intensidade, de

acordo com cada organismo e história de vida. Trata-se de um processo único e individual, embora traga em seu bojo o entendimento de algumas alterações na aparência, no comportamento, na experiência pessoal e, principalmente, nos papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas (Martins, M.B., 2012).

As mudanças percebidas durante essa etapa do desenvolvimento humano são tanto de ordem interna quanto externa. Em relação às modificações externas, destacam-se a flacidez da pele, o branqueamento dos cabelos e dos pêlos, manchas escuras na pele (manchas senis), alargamento do nariz, encurvamento postural, diminuição da estatura, entre outras. Já as modificações internas são representadas pelo mau ou irregular funcionamento de alguns órgãos vitais (coração e pulmão, principalmente) e por alterações no metabolismo basal, ou seja, na energia mínima necessária para manter as funções vitais do organismo, como respiração, circulação, atividade glandular etc. (Jordão Netto, 1997; Zimerman, 2000).

Dentre as teorias que buscam explicar as causas do envelhecimento humano, há um destaque para a que parte do princípio da deteriorização dos mecanismos de síntese proteica realizada pelas células do corpo, um processo fundamental para a vitalidade orgânica. De acordo com Zimerman (2000), outra teoria causadora do envelhecimento, bastante relacionada à teoria anterior, é a "hipótese do relógio biológico", que considera que as células humanas se reproduzem até um determinado número, conforme o seu tipo e depois morrem. Assim sendo, num determinado espaço de tempo, o ser humano teria sua existência finita. Segundo a autora supracitada, o espaço temporal de vida possível poderia chegar até 120 anos ou mais em função da capacidade reprodutiva das células da pessoa. Esse é o limite máximo de tempo da espécie.

2.3 Aspectos psicológicos do envelhecimento

Embora o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) defina como idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, sabe-se que, nem sempre, a idade cronológica é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, uma vez que a percepção da chegada da velhice é algo extremamente subjetiva e individual. Para Gradim, Sousa e Lobo (2007), a velhice não tem idade definida para se iniciar, pois depende da disposição, da atitude e do interesse de cada pessoa em relação à sua vida.

Hargreaves (2006) enfatiza as dificuldades de se precisar o momento em que a pessoa se percebe e se aceita como idosa, posto que esse processo remete, invariavelmente, à perspectiva da existência do indivíduo, como sendo único, que influencia e é influenciado por aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Nessa perspectiva, Neri (2008) traz o conceito de *idade psicológica*, que, em sua concepção, pode ser utilizado em dois sentidos:

> *Um é análogo ao significado de idade biológica e refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Esse uso do conceito é muito próximo ao de senescência ou envelhecimento normal. O segundo uso do conceito idade psicológica tem relação cm o senso subjetivo de idade. Esse depende de como cada indivíduo avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas de sua idade. (p.111).*

É notório que os corpos de todos os seres humanos apresentam modificações com o passar dos anos, mas o significado que essas mudanças adquirem é específico de cada

formação social e momento histórico (Silva, V.X.L., Marques & Fonseca, 2009). A forma como cada pessoa envelhece é determinada por suas condições subjetivas, incluindo-se nesse contexto, a forma como viveu sua história pessoal em todos os períodos da sua existência, que está atrelada também às condições socioculturais (Santos & Carlos, 2003).

Para Beres (2002), não aceitar que se está envelhecendo, de certa forma, representa algo natural, pois o desejo ligado à continuidade da vida se mostra atuante. Segundo essa autora, quando o ver-se e o sentir-se velho não encontram um ponto de interseção, possivelmente não se terá como atribuir estado de velhice à pessoa. Nesse segmento, o envelhecer é uma experiência bastante individual, uma vez que a maneira como cada pessoa direciona sua vida varia conforme a interação entre fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos, culturais e de saúde aos quais a pessoa está submetida. Trata-se de um processo extremamente pessoal, que constitui uma etapa da vida com realidades próprias e diferenciadas das anteriores (Araújo,E.C. 2010; Gavião, 2005).

A aceitação do envelhecimento está intimamente relacionada às características da personalidade do indivíduo. A Psicologia acredita que pode haver o desenvolvimento da personalidade durante a velhice, transcendendo os níveis de desenvolvimento atingidos na maturidade (Hargreaves, 2006). Pessoas idosas tendem a indicar uma idade psicológica menor do que a sua idade cronológica, em parte, para salvaguardar a imagem social e a autoestima e, em parte, talvez, por dificuldades de autoaceitação. Muitos idosos acreditam que a velhice é um estado de espírito, no sentido de que independe da idade cronológica e de outros marcadores de velhice (Neri, 2008).

Nesse direcionamento, Lodovici Neto (2010) ressalta a importância de se compreender a diferença entre idade biológica, cronológica e vivencial. De acordo com esse autor, a idade biológica é a idade das células; já a cronológica diz respeito ao tempo, que é medido através

dos dias, dos meses e dos anos de vida. Por fim, a idade vivencial representa o tempo vivido, caracterizado com algo interno e particular de cada um. Dessa forma, para compreender o real significado do envelhecimento e da velhice, há que se levar em conta todos os aspectos subjetivos que compoem essa etapa do desenvolvimento humano.

2.4 Aspectos sociais do envelhecimento

Conforme já mencionado, o processo de envelhecimento não é algo homogêneo ou que tampouco possa ser explicado apenas sob o ângulo cronológico, quantitativo ou biológico. Como ressaltam Minayo e Coimbra Júnior (2002), se, por um lado, o ciclo próprio do ser humano se assemelha aos dos demais seres vivos, por outro, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas.

O aumento do número de idosos no Brasil, até há pouco considerado um país de jovens, começa a dar lugar a uma realidade diferenciada, que traz consciência de que a velhice existe e é um fenômeno social que demanda uma grande atenção. O envelhecimento social é o processo de mudança em papéis e comportamentos que é típico dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à adequação dos papéis e dos comportamentos dos adultos mais velhos ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária (Neri, 2008).

Esse conceito de envelhecimento social é bem perceptível nos ambientes de trabalho, embora as atitudes em relação aos idosos e a idade para considerá-los velhos no trabalho variem em diferentes organizações, profissões e contextos históricos e sociais. Na atualidade, a maioria das pessoas acredita que a velhice começa aos 60 ou 65 anos, uma vez que essas são as idades-limite para a aposentadoria. Porém, conforme destaca Neri (2008), as pessoas

podem ser discriminadas no trabalho, com base no argumento de que o envelhecimento acarreta decadência intelectual e física.

Para Almeida, L.A. e Patriota (2009), o conceito social de velhice é construído, predominantemente, pela contraposição à identidade do jovem e não é raro encontrar, nos discursos dos idosos, depoimentos que transmitem a insatisfação com sua condição atual, quando eles se reportam à condição de jovem com bastante saudosismo. Isso decorre, em parte, dos estereótipos criados acerca da pessoa idosa, pois, durante essa etapa da vida, muitas transformações e acontecimentos são vivenciados e fazem com que aspectos psicossociais sejam construídos por meio de paradigmas cruéis, o que acaba impossibilitando o desabrochar do ciclo natural da vida (Martins, M.B., 2012).

Socialmente, a velhice é considerada como a fase do desenvolvimento em que a morte parece mais presente, pela aparente proximidade com ela . Segundo Beres (2002), esse período é também marcado por grandes perdas sociais, pois a sociedade ocidental tenta marginalizar o velho na condição de aposentado, improdutivo, desvalorizado, tendência que está sendo alterada graças aos próprios representantes dessa faixa etária e aos profissionais preocupados com essa questão.

De acordo com Zimerman (2000), o envelhecimento social da população traz uma modificação no status do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de uma crise de identidade provocada pela falta de papel social, o que leva o idoso a uma perda de sua autoestima. Outro fator apontado pela autora são as mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade, uma vez que, com o aumento de seu tempo de vida, ele precisa se adequar a novos papéis. Os idosos também precisam se adequar à condição de aposentados para não acabar isolados e deprimidos.

De acordo com o modelo social de velhice presente na sociedade contemporânea, são atribuídas características estigmatizadoras aos idosos. A acredita-se que eles não têm atributos como capacidade produtiva, memória, beleza, força, ou seja, já não atendem mais aos conceitos ideológicos criados por ela (Almeida, L.A. & Patriota, 2009).

Penna e Santo (2006) afirmam que

> ...a velhice pode ser caracterizada pela maneira como a sociedade determina e encara o envelhecer, sendo mais forte do que a percepção do idoso a respeito do envelhecimento, o que nem sempre corresponde ao seu estado d evelhice. Por isso, a forma como uma sociedade superprotege, venera ou marginaliza o idoso determinará como ele vai se adaptar e assumir a velhice (p.18).

As perdas de ordens diversas, como por exemplo, da condição financeira ou da independência e autonomia, ou mesmo de parentes e familiares são fatores sociais que interferem também na vida e no bem-estar do idoso. Ressalta-se, ainda, a diminuição dos contatos sociais nessa fase do desenvolvimento que, muitas vezes, é decorrente da redução de suas possibilidades, distâncias, circunstâncias financeiras e da realidade da violência nas ruas.

Segundo Lodovici Neto (2010), compreender, de forma lúcida, o processo de envelhecimento é essencial, pois se trata de um processo que acompanha o ser humano desde o nascimento até a morte. O autor acrescenta que, apesar da visão distorcida e limitada proveniente da sociedade, ser idoso não é ser um indivíduo, que será acometido por todas as doenças. É necessário que sejam desarticuladas essas noções que, por desconhecimento da população, acabam provocando consequências danosas aos idosos.

2.5 O idoso e as Políticas Públicas

Como já mencionado, o envelhecimento não se caracteriza apenas como um fenômeno individual ou biológico, mas também como uma questão de âmbito social e político. À medida que a população idosa cresce, surge também a necessidade de se desenvolverem políticas públicas e sociais específicas a essa população.

Almeida, L.A. e Patriota (2009) referem que a emergência da população idosa influencia tanto na constituição de centros de estudos e na formação de profissionais voltados para trabalhar com o segmento quanto na necessidade de uma legislação específica que dê suporte à enorme demanda que a velhice apresenta, uma vez que são necessárias exigências cada vez mais diversificadas.

A Política Nacional do Idoso – PNI (Lei 8.842, 1994), legislação direcionada especificamente ao segmento idoso, tem como objetivo "...assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1º)". Esses direitos básicos devem ser concretizados a partir de políticas sociais na área de saúde, promoção e assistência social, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer (Borges, 2006).

A PNI rege-se por cinco princípios: (1) A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida; (2) O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e deve ser objeto de conhecimento e informação para todos; (3) O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; (4) O idoso é o destinatário e o principal agente das mudanças sociais propostas pela PNI; e (5)

Diferenças econômicas sociais e regionais, bem como contradições entre os meios rurais e urbanos, serão levadas em conta na execução das transformações que a PNI propõe.

Com o objetivo de promover a inclusão social e garantir os direitos da população idosa, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741) foi sancionado pelo presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, em 1º de outubro de 2003, e publicada no Diário Oficial da União de 3 de outubro de 2003, garantindo e ampliando os direitos dos brasileiros com mais de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, o referido Estatuto considera os mais velhos como prioridade absoluta e institui penas aplicáveis a quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos (Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003). Além de reafirmar direitos básicos de cidadania, defende: o atendimento preferencial, imediato e individualizado, em órgãos públicos e privados; preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas à proteção; criação de formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações; e priorização no atendimento da família, em detrimento do atendimento asilar, salvo em situações de exceção.

Outro aspecto de suma importância, preconizado pelo Estatuto do Idoso, diz respeito à realização de programas de capacitação de recursos humanos e ampla divulgação de informações sobre aspectos do envelhecimento. Os cuidadores de idosos, sejam eles formais ou informais, precisam ser capacitados para atuar com eles, promovendo-lhes um atendimento de qualidade.

As políticas públicas exercem um papel fundamental, no que tange à promoção da qualidade de vida do idoso, pois, conforme destacam Lopes, R.G.C. e Goldfarb (2009), o direito do indivíduo de usufruir de uma QV deve estar presente em todas as faixas etárias.

Desse modo, a melhoria e a ampliação dos serviços voltados para esse segmento visam a um lugar na sociedade com mais dignidade e menos sofrimento para a pessoa idosa.

2.6 Atenção ao idoso: Geriatria, Gerontologia e Psicogerontologia

A Geriatria é o ramo das ciências da saúde que diagnostica e trata as patologias das pessoas idosas. É mais frequentemente relacionada à especialidade médica (Silva, J., 2006). Os trabalhos pioneiros sobre envelhecimento, que embasam as práticas modernas sobre a velhice, surgiram na França, através de Bichat e Charcot, porém a Geriatria aparece como especialidade médica apenas no Século XX. Portanto, o saber geriátrico surge de demandas da sociedade e é construído também histórica e socialmente (Silva, V.X.L., Marques & Fonseca, 2009).

A Gerontologia, por sua vez, abrange as ciências da saúde e sociais, com um caráter mais amplo. Trata-se de um estudo científico dos diferentes aspectos do envelhecimento, que causam, aceleram, concorrem, integram, interferem e permeiam esse processo (Silva, J., 2006). Segundo Lopes, R.G.C e Goldfarb (2009), a Gerontologia vem se configurando como uma nova área do conhecimento e tem como objetivo abordar a velhice em suas múltiplas dimensões. Ao longo dos anos, essa ciência desenvolveu formas de explicar como se dá o ajustamento do indivíduo ao seu processo de envelhecimento (Silva, V.X.L., Marques e Fonseca, 2009).

O atendimento geriátrico e gerontológico pode ser definido como um processo interdisciplinar, que atende às pessoas idosas, visando aos serviços médicos, psicológicos, sociais e funcionais, a fim de manter o idoso com plena capacidade e autonomia pelo maior

período possível (Penna & Santo, 2006). Nessa mesma ótica, Pavarini, Mediondo, Barham, Varoto e Filizola (2005) ressaltam que a Gerontologia é

> ...multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos de diferentes disciplinas em torno do seu objeto de estudo. É interdisciplinar em função da complexidade do fenômeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática. Assim, podemos dizer que a gerontologia é uma disciplina transversal porque não pode ser explicada sob a ótica de um ramo específico da ciência (p.400).

O surgimento da Gerontologia é um marco na constituição da velhice como objeto da ciência e, embora seja um campo abrangente, a sua base empírica se assenta sobre um eixo formado pela Biologia, pela Psicologia e pelas Ciências Sociais. Ela engloba a *Geriatria*, que se ocupa do diagnóstico e do tratamento das doenças dos velhos, e ainda comporta interfaces com a Filosofia, a História e a Neuropsicologia, o que contribui para se descrever e explicar a dinâmica da velhice e do envelhecimento (Luna, 2007).

No que se refere à atuação da Psicologia, cujos estudos e intervenções referem-se ao campo de atuação da Psicogerontologia ou da Psicologia do Envelhecimento, tem conquistado reflexões próprias, nas diferentes abordagens teóricas, colaborando para a construção da Gerontologia. A Psicologia, assim como as outras profissões, tem buscado inserir-se no contexto interdisciplinar da Gerontologia, enfrentando os desafios e dilemas que a atenção aos idosos representam no atual contexto brasileiro.

Segundo Neri (2004), a psicologia do envelhecimento focaliza as mudanças nos desempenhos cognitivos, afetivos e sociais, bem como as motivacionais, de interesse, atitudinais e de valores, que ocorrem durante a passagem da maturidade aos anos mais avançados da vida adulta. As contribuições da Psicologia para a compreensão do envelhecimento e promoção da qualidade de vida da pessoa idosa são de extrema importância, uma vez que, conforme já mencionado, o processo de envelhecimento é multifacetado e envolve aspectos de ordem biopsicossocial.

CAPÍTULO III

SEXUALIDADE

3. SEXUALIDADE

O conceito de sexualidade é complexo e multidimensional, em que estão inclusos o sexo, a identidade sexual e as relações de gênero, o prazer, a intimidade e a reprodução (OMS, 2002). Dentro da teoria das necessidades humanas de López (1995), conforme destacam Rouco, González, Carvalho e Sanchez (2009), a sexualidade está incluída no grupo das necessidades interpessoais. Esse grupo é formado pelas necessidades sociais, emocionais e sexuais.

É necessário que a sexualidade seja considerada em seu sentido amplo, sem que se limite sua compreensão apenas ao ato sexual propriamente dito. Quando nos referimos apenas à atividades reprodutoras ou ao coito, o termo mais apropriado seria genitalidade (Pascual, 2002). Obviamente, as relações sexuais fazem parte da sexualidade, porém diversos outros sentimentos, atitudes e comportamentos encontram-se inseridos nesse contexto. Nesse direcionamento, Mendonça e Ingold (2006) enfatizam que a sexualidade oferece a oportunidade não apenas de expressar paixão, mas também afeto e lealdade, que proporcionam alegria de se sentir com vida.

Ribeiro, A. (2002) ressalta que

> a sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa seu sexo. É como a mulher vivencia e expressa o "ser mulher" e o homem o "ser homem". Se expressa através de gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, dos perfumes, enfim, de cada detalhe do indivíduo (p.124).

No decorrer dos séculos, a sexualidade caminhou por uma lógica reprodutiva, reduzida a uma função biológica, desvinculada das emoções e vivenciada como um processo mecânico.

Abordar temas relacionados às vivências sexuais era algo inconcebível, vergonhoso e imoral, principalmente entre as mulheres (Bernardino, 2011). Ainda nos dias atuais, a sexualidade, devido aos aspectos morais a ela vinculados, representa uma fonte de angústia e de dúvidas para o indivíduo, especialmente os idosos. Procurando um caminho para aplacar essa angústia, a Psicologia vem tentando superar o moralismo que envolve o tema e procurando descobrir as fontes e os caminhos da sexualidade (Bock, Furtado & Teixeira, 2008).

3.1 Aspectos históricos do estudo da sexualidade

Freud (1905), um dos pioneiros nos estudos da sexualidade humana, afirma em sua obra, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que ela ocorre nos indivíduos desde o seu nascimento e que a prática sexual entre adultos pode ser bem mais livre do que supunham os teóricos moralistas do começo do século. Para ele, o período de desenvolvimento da sexualidade é longo e complexo até chegar à sexualidade adulta, na qual as funções de reprodução e de obtenção do prazer podem estar associadas, tanto no homem quanto na mulher. Essa afirmação contrariava as ideias predominantes de que o sexo estava associado, exclusivamente, à reprodução.

No processo de desenvolvimento psicossexual, o indivíduo, nos primeiros anos de vida, tem a função sexual ligada à sobrevivência e, portanto, o prazer é encontrado no próprio corpo. Conforme destacam Bock, Furtado e Teixeira (2008), o corpo é erotizado, as excitações sexuais estão localizadas em suas partes e há um desenvolvimento progressivo que levou Freud a postular as fases do desenvolvimento sexual.

A teoria de Freud postula que o ser humano, desde o seu nascimento, vivencia cinco fases: (1) a fase oral, em que a zona de erotização é a boca; (2) a fase anal, em que a zona de

erotização é o ânus; (3) a fase fálica, em que a zona de erotização é o órgão sexual; (4) a fase latente, quando ocorrem diminuições da atividade sexual, ou seja, um intervalo na evolução da sexualidade; e por fim, a (5) fase denominada de genital, quando há um deslocamento do objeto de erotização, o desejo já não se encontra no próprio corpo, mas em um objeto externo ao indivíduo – o outro.

A concepção pioneira de Freud, ao afirmar que o prazer é um objetivo da sexualidade humana, desvinculava as vivências sexuais do significado exclusivo da reprodução. Sua tese foi confirmada com a recente emergência do conceito de saúde sexual e com a dissociação progressiva do conceito de reprodução, o que coloca em evidência a autonomização da vida sexual e sua importância para a realização e o bem-estar dos indivíduos durante toda a vida (Sousa, 2008).

Outros avanços no estudo das vivências sexuais foram realizados por Masters e Johnson (1988), cujas pesquisas são consideradas um marco no estudo da sexualidade. Esses autores foram pioneiros no estudo da fisiologia da resposta sexual e acreditavam que, para entender a complexidade da sexualidade humana, era preciso conhecer a anatomia e a fisiologia sexual e ter dados psicológicos e sociológicos. Segundo os referidos autores, existem mitos culturais acerca dessa temática, nos grupos constituídos por crianças, idosos e portadores de alguma patologia, vistos como seres assexuados.

De fato, a ideia de que um casal idoso tenha vida sexual ativa não é algo frequente e gera constrangimento tanto para os idosos quanto para a população geral. Comumente, se duas pessoas permanecem juntas na velhice, é porque “se amam muito” ou por comodidade, quase nunca porque querem relacionar-se sexualmente. Contudo, como ressalta Silva, R.M.O. (2006), a necessidade psicológica da intimidade, a excitação e o prazer não desaparecem na velhice nem há uma justificativa biológica para qualquer fator que encerre a função sexual no

ser humano. Embora existam muitas obras e pesquisas sobre envelhecimento, no tocante à temática da sexualidade, há poucas bibliografias, e a maioria é de estudos direcionados a questões sobre disfunções e mudanças no funcionamento sexual do homem e da mulher, com poucas reflexões sobre como os idosos têm lidado emocional e socialmente com sua sexualidade.

Rodrigues, Andrade e Faro (2008) realizaram um estudo objetivando verificar a produção de conhecimento por meio de artigos publicados no período de 1997 a 2007, utilizando os descritores envelhecimento, sexualidade e qualidade de vida. A busca foi realizada utilizando-se as bases de dados eletrônicos Medline e Lilacs e todos os periódicos sobre Geriatria e Gerontologia disponíveis na Biblioteca Wanda Aguiar Horta, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os autores verificaram a existência de apenas 22 artigos sobre as temáticas, e apenas sete foram disponibilizados em português. Outro agravante refere-se aos tipos de pesquisa realizadas. Os autores constataram que 80% dessas produções eram pesquisas bibliográficas, cuja fonte primária não eram os dados dos idosos ou pessoas a eles relacionadas.

Acredita-se que tal fato, provavelmente, deva-se às dificuldades encontradas na coleta dos dados na população idosa, especificamente sobre a sexualidade, um tema ainda repleto de tabus em qualquer etapa da vida. Realmente, abordar a temática da sexualidade, investigando aspectos da vida íntima do casal idoso, caracteriza-se como um desafio ao pesquisador, tendo em vista as dificuldades que os idosos têm de falar sobre esse assunto.

Além de constatarem a escassez de trabalhos relacionados às temáticas em questão, os autores supracitados observaram que os poucos estudos encontrados enfocavam os aspectos fisiológicos e anatômicos da sexualidade e do envelhecimento, desconsiderando aspectos psicológicos e de qualidade de vida.

Provavelmente, um dos estudos mais conhecidos acerca da sexualidade foi o realizado por Abdo, em 2006, que contou com a participação de 7.103 idosos, com representações das cinco regiões do Brasil, que responderam a 87 questões sobre sexualidade. Os resultados mostraram que as mulheres idosas se autoavaliaram melhor do que os homens e que eles têm mais atividade e mais desejo sexual do que elas (o dobro). No que diz respeito à prevalência da inibição sexual, os resultados mostraram que as mulheres idosas apresentam uma inibição cinco vezes maior que os homens e que elas têm três vezes mais dificuldades de atingir o orgasmo do que eles (Viana & Madruga, 2010).

Mesmo sendo escassos, os estudos acerca da sexualidade do idoso sugerem que muitas idosas mantêm o interesse e a atividade sexual durante essa etapa do desenvolvimento. Ressaltam, ainda, que os casos em que isso não se verifica deve-se a problemas de saúde e, sobretudo, a fatores ambientais que os impedem de expressar sua sexualidade.

O tempo não dessexualiza a pessoa idosa, uma vez que a sexualidade está presente em todas as fases da vida, percorre "um caminho de *faz* e *refaz*, um caminho instável, em constante processo de transformação, assim como as pessoas, pois é parte indissociável delas" (Pires, 2006, p.2). No envelhecimento, a sexualidade varia tanto quanto os demais comportamentos, mas isso não implica necessariamente um redução drástica da resposta sexual, já que ela depende fundamentalmente da atitude que cada pessoa adota diante da vida. Ocorre de maneira extremamente indidual e não se processa do mesmo modo em todas as épocas, nem sequer da mesma forma em todos os indivíduos (Pascual, 2002).

3.2 Sexualidade e envelhecimento: aspectos biológicos e psicossociais

Para a compreensão do construto sexualidade, é necessário abordar os aspectos biopsicossociais que o compõem, tendo em vista seu caráter multifacetado. Neste tópico, são apresentados tais aspectos, ressaltando as mudanças na sexualidade decorrentes do processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento pode ocasionar algumas mudanças físicas, tanto nos homens quanto nas mulheres, que afetam, algumas vezes, a habilidade de usufruir prazerosamente de sua sexualidade. Segundo Master e Johnson (1988), os fatores biológicos controlam amplamente o desenvolvimento sexual, afetando o desejo, o funcionamento sexual e, indiretamente, nossa satisfação sexual.

Com o passar dos anos, os indivíduos apresentam modificações hormonais, em que ocorre, principalmente, a redução dos níveis dos hormônios testosterona para os homens e progesterona para as mulheres. Nessa fase, surgem também diversas questões relacionadas ao corpo e ao emocional, que acarretam mudanças na relação do indivíduo consigo e com a sociedade (Bulcão et al, 2004).

No que concerne aos aspectos biológicos da sexualidade dos idosos, é preciso esclarecer alguns conceitos de episódios intrínsecos da sexualidade, como por exemplo, climatério e menopausa para as mulheres, e andropausa para os homens, que são apresentados a seguir.

De acordo com Silva, R.M.O. (2006), entende-se por menopausa o processo definitivo pelo cessamento do fluxo menstrual, que caracteriza o fim da fertilidade, sem recorrência do fluxo num período de um ano. Já o climatério se refere ao período de declínio da capacidade

reprodutiva feminina, que, segundo Castro e Reis (2002), tem mais implicações psicológicas do que mudanças orgânicas propriamente ditas. Essas autoras ressaltam ainda que o climatério representa, basicamente, uma queda hormonal que, em alguns casos, parece ter influência na vida sexual das idosas devido à sua representação na vida biopsicossocial da mulher, e é vivenciado de diferentes maneiras, em diferentes culturas, envolvendo mitos, tabus e crendices.

A sintomatologia é variada, dependendo de fatores diversos como a saúde psíquica da mulher, a cultura e o acesso à informação. Assim sendo, muitas mudanças sexuais que ocorrem na mulher, com o avanço da idade, podem ser atribuídas à diminuição dos hormônios femininos, como o estrogênio, após o climatério, mais do que ao envelhecimento em si (Butler & Lewis, 1985).

No caso dos homens, com o avançar da idade, ocorre a diminuição da produção de vários hormônios, principalmente os chamados esteroides sexuais. Segundo Bonaccorsi (2001), andropausa é uma designação inapropriada para o quadro clínico resultante do declínio progressivo da produção endrogênica, encontrada em pelo menos 20% dos homens com idades entre 60 e 70 anos. A etiologia é multifatorial, porquanto varia de acordo com a idade e envolve alterações testiculares primárias, disfunção da regulação neuroendócrina das gonadotropinas, entre outros.

É importante, então, que essas mudanças não sejam confundidas com alterações patológicas, que são causadas por diferentes doenças e/ou por seus tratamentos que influem na atividade sexual. Conforme ressalta Valente (2008), as mudanças fisiológicas normais que acompanham o processo de envelhecimento humano podem ter pouca ou nenhuma interferência na sexualidade das pessoas idosas, pois o declínio do desejo sexual percebido

por elas parece estar mais relacionado aos aspectos psicossociológicos do que aos fisiológicos.

A dimensão psicossocial da sexualidade inclui fatores psicológicos combinados a elementos sociais. Para Master e Johnson (1988), esse aspecto é importante não apenas para esclarecer vários distúrbios sexuais, mas também para permitir a compreensão da evolução sexual humana. Segundo esses autores, a sexualidade é também social, na medida em que é regulada pela sociedade através de leis, tabus e pressões familiares e grupais que tentam persuadir os indivíduos a odedecerem a determinadas normas de comportamento sexual.

A crença de que o avanço da idade e o declínio da atividade sexual estejam inexoravelmente ligados é incorreta e, de certa forma, responsável pela falta de compreensão acerca da sexualidade, que é considerada uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida do indivíduo. Apesar do aumento de disfunções sexuais na velhice, o interesse e a atividade sexual não necessariamente decrescem nessa etapa do desenvolvimento humano. Conforme ressalta Silva, R.M.O. (2003), a literatura atual tem demonstrado não existirem razões fisiológicas que impeçam as pessoas idosas, em condições satisfatórias de saúde, de apresentarem uma vida sexual ativa.

A vivência da sexualidade tem sido considerada uma atividade própria, e quase exclusiva, das pessoas jovens, saudáveis e fisicamente atraentes. A crença de que os idosos também possam vivenciar sua sexualidade não é culturalmente aceita, prefere-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo sua sexualidade (Ballone, 2002).

Observa-se, atualmente, uma grande dificuldade no que diz respeito à aceitação das práticas amorosas e manifestações sexuais em pessoas idosas. Em nossa sociedade, o jovem e o belo são valorizados, portanto, um corpo que envelhece já não oferece atrativos. Entretanto,

é de conhecimento científico que a sexualidade faz parte da vida dos seres humanos e está presente em todas as fases do desenvolvimento, do nascimento até a morte.

De acordo com Martins, M.B. (2012), em nossa sociedade, caracterizada como urbana e capitalista, observa-se uma supervalorização da juventude, traduzida numa preocupação excessiva com a aparência e o culto ao corpo esbelto, saudável e jovial. Tenta-se, através de diversos meios, adiar o envelhecimento, por se temerem a finitude e as repercussões sociais.

Nesse mesmo direcionamento, Silva,V.X.L., Marques e Fonseca (2009) ressaltam que

> a sociedade ocidental moderna está baseada no capital, na produção e no consumo, para a qual a juventude é um valor central; consequentemente, o lugar social destinado ao velho tem valor negativo. Se considerarmos a importância que o corpo tem nesse contexto, observamos mais um lócus que reforça essa desvalorização dos velhos. O corpo de mais idade é quase invariavelmente associado à doença, invalidez, decrepitude, proximidade da morte. Envelhecer passa a ser o ficar cada vez mais distante do ideal da perfeição do corpo, já que a beleza e a juventude são associadas à saúde. (p.297).

Pires (2006) assevera que a maioria das pessoas tem uma imagem pré- concebida a respeito da velhice, e um dos estereótipos mais conhecidos é o da figura "...assexuada, despojada de sensualidade e utilidade" (p. 2). Para Dantas, Silva e Loures (2002), existe uma dificuldade de se compreender a atividade sexual como uma função fisiológica, que vai muito além do ato sexual em si. A sexualidade abrange outros aspectos da vida do indivíduo, como o afeto, o carinho, o desejo, as fantasias, o companheirismo etc. Frequentemente, observa-se que os termos sexualidade, sexo, relação sexual, entre outros, têm sido utilizados como sinônimos distorcidos de seus significados reais.

Face a essa problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) publicou algumas definições operacionais em relação à sexualidade. Nessa publicação, são diferenciados os termos sexo e sexualidade, comumente utilizados como sinônimos. Embora o termo "sexo" seja utilizado em diversos idiomas com o significado de "atividade sexual", a OMS (2002) destaca que ele refere-se às características biológicas que definem humanos como mulheres e homens.

Já a sexualidade é entendida como

> *um aspecto central do ser humano do começo ao fim da vida e circunda sexo, identidade de gênero e papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vividas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (p. 27)*

Apesar de, durante muito tempo, a sexualidade ter sido compreendida como algo exclusivamente ligado à reprodução, sabe-se que, atualmente, a relação sexual deixou de ser uma mera necessidade biológica de perpetuação da espécie, para se tornar, também, uma necessidade psicológica, profundamente influenciada pelos padrões sociais e culturais (Silva,R.M.O., 2006).

De acordo com Capodieci (2000), nas pessoas idosas, a temática da sexualidade pode evocar diversas atitudes e modalidades de reação. As mais frequentes são: (a) o idoso guardar um silêncio discreto. Como vantagem desse comportamento, os idosos podem conseguir fazer

respeitar sua privacidade e prevenir perguntas indiscretas, mas, em compensação, caso haja algum problema nessa área, eles o também não comunicarão com facilidade, mesmo a um profissional de saúde.

Uma segunda modalidade consiste na (b) aversão ao assunto. Para tais pessoas, a sexualidade é algo "desagradável, grotesco, incoveniente e socialmente reprovável" (Capodieci, 2000, p. 39). Outra atitude identificada é a (c) piada de gozação, que representa a tentativa de desacreditar dos mitos perniciosos referentes à sexualidade das pessoas idosas. Todavia, a tentativa de criar, mediante o humor, uma imagem positiva visando substituir o estigma negativo pode implicar o risco de desestimular a investigação dos problemas reais que caracterizam a vida sexual na idade avançada. Por fim, a última atitude identificada por Capodicei (2000) é chamada de (d) visão de túnel", isto é, a mentalidade que concebe a sexualidade apenas em termos de genitalidade, e as relações, somente como heterossexuais.

Segundo Almeida, T. e Lourenço (2007), em algumas situações, os idosos se excluem das atividades sociais, alegando a idade como pretexto para se vitimar e se sentir inúteis perante a sociedade, porque acreditam que não são capazes de manter um relacionamento ou de começar um novo. Em relação a isso, é preciso ressaltar que a própria sociedade contribui para que o idoso tenha esse estigma acerca de si mesmo, uma vez que as pessoas de mais idade sempre foram vistas como aquelas que estão se despedindo da vida. Segundo os autores supracitados, deduz-se, então, incorretamente, que, por ter se aposentado do seu trabalho, de sua função, o idoso se aposentou da vida. Esse tipo de preconceito, obviamente, priva-o de aproveitar várias oportunidades na vida, nos aspectos afetivos, sexuais e de lazer.

Em nossa sociedade, há falta de informação sobre a temática da sexualidade do idoso, mesmo por parte dos profissionais de saúde, e que esse fato ocorre mundialmente. Uma pesquisa realizada por Gott, Hinchliff e Galena, em 2004, na Inglaterra, mostrou que os

profissionais de saúde não conversam pró-ativamente sobre saúde sexual com as pessoas idosas e que, no primeiro atendimento, não caracteriza um tema considerado adequado para discutir com idosos. A pesquisa apontou também que muitas crenças a respeito de atitudes e comportamentos de pessoas idosas foram baseadas numa visão estereotipada da velhice e da sexualidade, ao invés de serem baseadas nas experiências pessoais dos pacientes (Viana & Madruga, 2010).

De acordo com Pascual (2002), existe, em nossa sociedade, um conceito de velhice deteriorado e negativo, especialmente no âmbito sexual, onde não há apoio por parte dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que os familiares põem obstáculos para impedir que seus idosos continuem sendo sexualmente ativo. Além disso, os meios de comunicação proporcionam uma visão pouco atrativa do processo de envelhecimento e, consequentemente, da pessoa idosa.

Tal fato é extremamente prejudicial aos idosos, haja vista que, conforme ressaltam Bauer, McAuliffe e Nay (2007), a sexualidade é um componente fundamental da qualidade de vida, essencial para manter as relações interpessoais saudáveis, o autoconceito e um senso de integridade. Está ligada ao senso de autoestima e, se negada, pode ter efeitos deletérios não só sobre a sexualidade em si, mas também em uma autoimagem, relações sociais e saúde mental.

De acordo com Coelho (2006), nos últimos anos, vem ocorrendo mudanças na concepção e na prática da sexualidade, o que tem se refletido de forma indiscutível na velhice. Segundo a autora, alguns fatores tiveram influência direta no processo. Os três mais importantes são: (a) a vida sexual deixou de ter apenas a função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades; (b) o aumento notável e progressivo de pessoas que chegaram a uma idade sempre mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar à vida sexual; (c) o aparecimento da Aids,

que obrigou a se repensar a sexualidade, reforçando a necessidade de todos se informarem e falarem mais abertamente sobre sexualidade.

Além dos três fatores mais importantes, a longevidade sexual é também explicada pela considerável contribuição da ciência biológica que, nos últimos anos, tem estudado, de forma consistente, as disfunções eréteis, gerando notável avanço na área farmacêutica e produzindo inúmeros medicamentos, como: sildenafil (viagra), vardenafil (levitra), dadalafil (cialis) e outros, que proporcionam aos homens a melhoria do desempenho sexual. Para as mulheres, a contribuição principal dos avanços farmacêuticos foi a reprodução dos hormônios femininos, do estrogênio e da progesterona, que lhes propicia um desempenho sexual satisfatório (Capodieci, 2000).

A capacidade de sentir atração amorosa, assim como a autoestima e a esperança de ser correspondido são sentimentos que não desaparecem com o passar dos anos. Entretanto, como muitas práticas são ditadas pelos jovens, não se aceita com facilidade que o idoso possa ter um relacionamento físico e afetivo na velhice, a tal ponto que os próprios idosos acabam nutrindo esses preconceitos vindos dos mais jovens. Almeida, T. e Lourenço (2007) afirmam que, nesses casos, o idoso pode até desejar ir ao encontro do outro e de ser amado, mas não há motivação suficiente porque ele acredita que, se o fizer, será estigmatizado como pervertido, a partir dos ditames que lhes são impostos.

Os problemas inerentes às falsas crenças e às concepções errôneas têm sua origem na escassez de estudos científicos acerca da sexualidade na velhice e na ausência generalizada de uma sadia educação e informação sexual. Conforme ressalta Pascual (2002), tal fato faz com que as pessoas idosas esqueçam suas necessidades sexuais reais, ajustem-se à imagem que a sociedade criou para elas e deem mais importância à imagem que os outros têm sobre elas do que ao que sentem em relação a sua própria sexualidade.

Outro aspecto relevante e que causa prejuízos no campo da sexualidade diz respeito à autopercepção negativa do corpo por parte dos idosos. Muitas vezes, a pessoa idosa deixa de ver a si mesma como atraente, porque acredita que seu corpo está fora dos padrões de beleza, e isso repercute em sua autoestima (Urquiza, Thumala, Cathalifaud, Ojeda & Vogel, 2008). Algumas vezes, o idoso sente que não é mais atraente devido a alguma mudança em seu corpo, o que pode torná-lo menos atrativo sexualmente, pois quem não se sente atraente, normalmente, toma menos iniciativas em relação às atividades sexuais (Viana, 2008).

É fundamental ter um bom relacionamento consigo mesmo desde a juventude, pois a imagem que o idoso tem de si próprio se inspira naquilo que soube desenvolver e realizar no conjunto de suas experiências anteriores: familiares, profissionais, culturais, sociais, sentimentais e artísticas (Capodieci, 2000). Dessa forma, entende-se que um fator extremamente relevante para um bom aproveitamento das vivências sexuais consiste na autoestima do idoso, pois é necessário que, em primeiro lugar, ele se ame e se aceite como realmente é.

Nesse direcionamento, Siqueira e Pereira (2007) ressaltam a necessidade de um processo de educação sexual direcionado às pessoas idosas, a fim de reeducá-las para a vida, pois isso lhe proporciona bem-estar, qualidade de vida, autoconhecimento e autoestima. De acordo com esses autores, é preciso rever os conceitos e as representações da sexualidade na velhice para que se possa perceber os idosos em suas múltiplas faces.

É preciso que se compreenda que o envelhecimento não é uma decadência, mas uma sequência da vida, com suas peculiaridades e características. Sabe-se que a fonte da juventude é uma utopia e, certamente, as pessoas que perseguirem tal ideia irão sofrer muitas angústias, por se recusarem a encarar a realidade. Assim sendo, os idosos precisam aceitar as mudanças

decorrentes do processo de envelhecimento e, mais do que isso, manter a autoestima, a vaidade e o amor próprio da mesma forma que nos anos anteriores.

Vasconcellos *et al.* (2004) concebem que, para compreender a problemática da sexualidade nos idosos, é preciso levar em consideração os fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade. Esses fatores envolvem: saúde física; preconceitos sociais; autoestima; conhecimentos sobre a sexualidade e o status conjugal.

Em relação à *saúde física*, os autores destacam que a doença pode reduzir ou impedir o interesse do indivíduo pela sexualidade em qualquer faixa etária da vida. Contudo, ressaltam que a sexualidade está entre os últimos processos biológicos provedores de prazer a deteriorar-se.

No que se refere aos preconceitos sociais, afirmam que essa vivência subjetiva é marcada pelas inevitáveis modificações corporais e das competências físicas, pelas modificações em nível dos recursos cognitivos e adaptativos, pelas alterações de papéis e da posição nas hierarquias sociais, assim como pelo impacto negativo de atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento. Em relação à autoestima dos idosos, Vasconcellos *et al.* (2004) referem que, devido aos valores culturais, as pessoas dessa faixa etária são compelidas a aposentar-se também do terreno sexual, no qual as iniciativas representam um risco importante de desapontamento e frustração.

O conhecimento sobre a sexualidade também é um fator bastante importante e comprometedor da atividade sexual entre os idosos, pois muitos homens deixam de ter relações sexuais e se tornam impotentes porque, como não compreendem as mudanças fisiológicas ligadas ao processo de envelhecimento, interpretam-nas como sendo sintomas de impotência. Nos idosos, a compreensão da sexualidade deve ser estimulada dentro de uma

visão positiva, holística, que sirva de base para pôr fim a uma história cheia de silêncios, mitos, tabus e falsas crenças (Almeida, L.A. & Patriota, 2009).

Por fim, o último fator comprometedor da vivência da sexualidade é o status conjugal. A regularidade das práticas sexuais, nessa faixa etária, está relacionada, frequentemente, com as oportunidades decorrentes da situação conjugal, pois a falta de parceiro disponível pode explicar o abandono das atividades sexuais. Outras explicações também podem ser encontradas no âmbito das experiências de vida prévias e relativas, especificamente, a qualidade da relação conjugal e sexual desenvolvida ao longo da vida (Vasconcellos et al., 2004).

O comportamento sexual é definido por vários princípios, como cultura, religião, educação, e esses valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando a maneira de vivenciar e lidar com a sexualidade por toda a vida. De acordo com Dantas, Silva e Loures (2002), a geração atual de idosos é fruto de uma educação muito severa, em que seus pais tinham por orientação sexual os conceitos repressores e, para muitos, o exercício da sexualidade era algo sujo e pecaminoso.

É importante observar que, principalmente as mulheres idosas de hoje, mais do que os homens, submetem-se a padrões de sexualidade claros ou implícitos quanto à regulamentação das relações sexuais indesejáveis – entre camadas sociais, raças ou faixas etárias diferentes. Nessas últimas, só era admitido o contato do homem mais velho com a mulher mais jovem, que, muitas vezes, era tolerada pela esposa que já havia perdido o interesse sexual, ou nunca o tivera, seja pela estimulação inadequada do marido, seja por sua própria repressão sexual (Negreiros, 2004).

De maneira geral, entende-se que a sexualidade e a possibilidade de vivenciá-la de forma saudável e prazerosa é extremamente possível entre os idosos, embora, em alguns casos, devido a algumas limitações físicas, seja necessária alguma adaptação. Nesses casos, conforme ressalta Silva, R.M.O. (2003), o ato sexual deixa de ser a principal fonte de prazer, o erotismo apresenta-se mais difuso e passa a manifestar-se por formas de estimulação e zonas erógenas diferenciadas. O importante é que o casal esteja disposto a desfrutar de alternativas para vivenciar de forma prazerosa sua sexualidade.

Cada idoso é único e singular, portanto vai vivenciar diferentemente sua sexualidade, assim como qualquer ser humano, em qualquer fase da vida. As vivências sexuais oferecem uma oportunidade de expressar sentimentos e dá provas afirmativas de que se pode contar com o corpo e seu funcionamento, o que promove emoção e alegria de se estar vivo (Pires, 2006).

Conforme ressaltam Santos e Carlos (2003), resgatar o direito a uma vida sexual na velhice implica poder pensar o amor em suas formas de transformação libidinal, ou seja, outras formas de amor que passam pela ternura, pelos contatos físicos que erogenizam o corpo, como o olhar, o toque, a voz, redescobrindo as primeiras formas de amor do ser humano.

A sexualidade, vivida com paixão e intensidade durante a juventude, não tem porque não ser vivida da mesma maneira quando nos tornamos idosos, pois, como referem Vazquez, Cabrera e Avich (2008), ela é muito mais do que sexo, corresponde a uma função humana de dimensão psicossocial, que não regida, exclusivamente, por instinto. A sexualidade tem comportamento vitalício e desenvolturas evolutivas que vão desde o nascimento até a morte, o que evidencia o desejo sexual, que permanece intacto, e a persistência da vontade de intimidade e afetividade, tão reprimida na velhice (Sousa, 2008).

Segundo Wallace (2003), a sexualidade para a pessoa idosa vai além da relação sexual, ela se caracteriza como algo não apenas possível, mas necessário. Em alguns idosos, isso significa ter relações sexuais. Em outros, sexualidade pode incluir conversa íntima e proximidade ou outros métodos de realização sexual a critério do casal.

O olhar e o companheirismo podem ter o mesmo significado do que o ato sexual propriamente dito, porquanto os idosos resignificam a sexualidade e priorizam, muias vezes, os sentimentos. Importante lembrar que a pessoa idosa também tem a necessidade de expressar sua sexualidade, que está vinculada à identidade do indivíduo, e validar a crença de que pode doar-se aos outros e ser querida por isso (Amaral et al, 2011).

Segundo Pascual (2002), a sexualidade, aos 60 anos, supõe apenas o final de uma etapa e o início de outra. Por ser um fenômeno também psiquico, é uma conduta humana, uma forma privilegiada de comunicação entre as pessoas, e negá-la ao idoso equivale a privá-lo de uma fonte de relação e comunicação extremamente rica. É necessário que a sexualidade seja discutida com os idosos e estimulada, com uma prática saudável e sem estigmas, para que contribua para uma vida autônoma e plena dessa população, promovendo satisfação e bem-estar.

3.3 Desafios contemporâneos e repercussões sociais da sexualidade do idoso

A temática da sexualidade representa, ainda, nos dias atuais, algo que gera vergonha, receio e pudor. As pessoas, em geral, evitam falar sobre suas vivências sexuais e desenvolvem uma postura reservada sobre essa questão. Investigar tal construto, especialmente entre pessoas idosas, caracteriza-se como um desafio para o pesquisador.

A maioria dos idosos recebeu, em sua criação proveniente de outra geração, informações diferenciadas acerca da sexualidade. Essas informações caracterizavam a sexualidade como algo exclusivamente relacionado à procriação. Aspectos religiosos também contribuiram para essa visão limitada da sexualidade, relacionando as vivências sexuais a algo pecaminoso.

Especialmente em relação às mulheres, Corrales, Rodriguez, Miranda e Inclán (2010) afirmam que, muitas vezes, elas acreditam erroneamente que, com o término de sua função reprodutiva, encerram-se também as suas funções sexuais. Entretanto, os autores ressaltam que tal fato se deve apenas aos aspectos sociais e culturais e que não há causas fisológicas para essa estagnação.

A sexualidade do idoso é um tema comumente negligenciado pelas diversas áreas da saúde. Nesse contexto, há dois problemas em relação à abordagem dessa temática no momento do atendimento aos idosos. Por um lado, muitas vezes, o profissional de saúde sente-se envergonhado em fazer perguntas de âmbito sexual para os idosos, porque acha que é falta de respeito; e por outro, é comum o idoso ficar envergonhado e não ter coragem de fazer perguntas ao profissional, porque teme ser mal interpretado.

Em estudo que investigou o comportamento e a função sexual de 3005 norte-americanos com idades entre 57 e 85 anos, verificou-se que apenas 38% dos homens e 22% das mulheres afirmaram ter discutido questões de sua sexualidade com um médico desde os seus 50 anos. Em outro trabalho, foi percebido que grande parte dos médicos generalistas não incluía a sexualidade dos pacientes de mais de 50 anos em sua investigação (Silva, V.X.L. et al., 2012).

De acordo com Viana e Madruga (2010), o idoso deve se sentir confortável para expressar emoções e necessidades, sem ficar temeroso ou envergonhado ao discutir problemas

a respeito da sexualidade. Por outro lado, os profissionais de saúde devem ter a mente aberta, falar diretamente sobre o assunto, responder a todas as questões, sem rodeios ou constrangimentos, mostrar que querem e precisam discutir a respeito do tema, com interesse, e mostrar dados científicos sobre alguns assuntos, caso o idoso deseje. As referidas autoras ressaltam, ainda, a necessidade de um ambiente com privacidade, o desenvolvimento de grupos de suporte e discussão para os que desejarem com informações precisas, discutir velhos tabus e dar sugestões para possíveis resoluções de problemas.

Embora sejam notórias as dificuldades de comunicação entre idosos e profissionais de saúde, Coelho (2006) ressalta que, ultimamente, os profissionais estão trabalhando para quebrar ou reduzir os preconceitos, os mitos, os tabus e os estereótipos que são atribuídos a ela, como sendo degenerativos. No entanto, é de fundamental importância o cuidado, no sentido de não promover os "contramitos", que são imagens superotimistas dos idosos, ao mesmo tempo não realistas. Percebe-se, então, que a informação deve ser passada de maneira correta, sincera e de fácil compreensão.

Para Viana (2008), os profissionais de saúde devem eliminar a ideia de que a sexualidade é só para jovens, mostrando que impulsos sexuais são saudáveis e não desaparecem com o envelhecimento. Tratar os idosos como seres normalmente sexuados e reconhecer que as relações sexuais podem melhorar quando envelhecemos, é uma atitude que deveria estar presente no dia a dia dos profissionais de saúde que prestam assistência aos idosos.

A escassez de trabalhos sobre a temática da sexualidade do idoso também se caracteriza como um desafio aos pesquisadores e profissionais de saúde. Existem poucos estudos sobre esse tema e predominam pesquisas direcionadas aos aspectos negativos, como por exemplo, as disfunções e as perdas decorrentes do processo de envelhecimento.

Objetivando-se comprovar a referida escassez de estudos, que representou também um desafio para a elaboração desta tese, realizou-se uma busca na base de dados eletrônicos Lilacs, através do formulário avançado[1], utilizando-se os termos *envelhecimento, sexualidade e qualidade de vida.* Foram digitados, no primeiro campo, os descritores *velhice, idoso, envelhecimento, terceira idade*, com o intermédio do booleano *"or"*, que permite localizar textos que contenham qualquer um desses termos, e nos demais campos, buscaram-se as palavras *sexualidade e qualidade de vida*, conectadas com os termos anteriores pelo booleano *"and"*. A varredura foi feita a partir do índice *"palavras"*, que proporciona uma varredura nas palavras do resumo, palavras do título do artigo original e traduzido e nos descritores utilizados.

Nessa busca, foram localizadas 21 pesquisas, 13 (treze) nacionais (Polizer & Alves, 2009; Lyra & Jesus, 2007; Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2009; Valadares, Pinto-Neto, Conde, Osis, Sousa & Paiva, 2008; Cavalcante, Bombig, Luna Filho, Carvalho e Pávoa, 2007; Morais & Souza, 2005; Souza, Aldrighi & Lorenzi Filho, 2005; Paiva, Latorre, Gravato & Lacerda, 2002; Cerqueira & Rezende, 2002; Barros et al, 1998; Frutuoso, 2000; Favarato, 2000; Botega et al, 1996) e oito internacionais (Paiva, Segurado & Filipe, 2011; Correles, Rodriguez, Miranda & Inclán, 2010; Torres, G.V. et al, 2010;Velandia, 2007; Pinto et al, 2007; Pérgola, 2004; Cal, Vital & Naranjo, 2001; Zacur, 1993). Constatou-se, ainda, que, das 13 pesquisas realizadas em teritório nacional, seis enfatizavam aspectos biológicos da sexualidade, com ênfase nos aspectos negativos, como limitações e perdas. As pesquisas abordavam a sexualidade e a qualidade de vida da pessoa idosa portadora de câncer de mama, de pênis, de incontinência urinária, entre outras patologias. Comprova-se, assim, a escassez de

[1] http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=A

pesquisas cujo foco se destine a ressaltar os aspectos positivos, ou seja, os ganhos e as possibilidades das vivências sexuais dos idosos.

A ausência de instrumentos é outro fator que dificulta a abordagem da temática da sexualidade com os idosos e representa também outro desafio contemporâneo. Destaca-se, portanto, esta tese é importante, no sentido de fornecer um instrumento psicometricamente válido para a investigação das vivências sexuais das pessoas idosas. Esse fato ainda é inédito no meio acadêmico.

Todos os desafios anteriormente descritos acarretam algumas repercussões sociais, infelizmente de cunho negativo, capazes de proporcionar prejuizos à qualidade de vida da pessoa idosa. A evitação da temática da sexualidade pelos idosos e pelos profissionais de saúde contribui para a estagnação das vivências sexuais nessa etapa da vida. A partir do momento em que os idosos não conseguem esclarecer suas dúvidas, em relação às mudanças na sexualidade nem recebem orientações, tampouco incentivo para continuar exercendo sua sexualidade, acabam por abandoná-la.

Os preconceitos e os estereótipos designados à sexualidade da pessoa idosa, por sua vez, contribuem para que o idoso acabe assumindo o papel que a sociedade destina a ele, ou seja, o de idoso assexuado, que deixa de lado seus desejos e aspirações. Obviamente, tal fato interfere de forma negativa na qualidade de vida dessa população, por isso é preciso desmistificar a sexualidade do idoso. De acordo com Almeida, T. e Lourenço (2008), é preciso acabar com os mitos e romper com paradigmas obsoletos, para que o envelhecer seja compatível com uma boa qualidade de vida.

CAPÍTULO IV

QUALIDADE DE VIDA

4. QUALIDADE DE VIDA

Este capítulo aborda a temática da qualidade de vida, um construto complexo e multifacetado, que tem despertado o interesse de diveros pesquisadores das mais diversas áreas. Inicialmente, serão apresentadas as definições de qualidade de vida (QV), com destaque para sua dificuldade de conceituação. Em seguida, explana-se acerca da QV da pessoa idosa, em que se ressalta a contribuição dos Grupos de Convivência, das Universidades da Terceira Idade, bem como das vivências afetivas para a promoção da qualidade de vida do idoso. Por fim, são discutias as formas de mensurar esse contruto, destacando os instrumentos de medida atualmente disponíveis.

4.1 Conceito de qualidade de vida

A temática da qualidade de vida tem sido abordada sob os mais diferentes olhares, tanto da ciência quanto do senso comum, e investigada do ponto objetivo e subjetivo. Apesar da existência de um consenso acerca da importância da avaliação da qualidade de vida, o mesmo não ocorre com o seu conceito, campo repleto de frequentes e significativos debates. Caracteriza-se como um dos conceitos mais discutidos da atualidade, embora não se consiga precisar exatamente o que significa (Ribeiro, C.G. & Coutinho, 2011).

Para as autoras, as dificuldades relacionam-se ao fato de que a QV tem significados variados, de acordo com a cultura e o tempo que se vive. Embora haja diferentes definições, sabe-se que se trata de um conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, emocional, social e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida (Barros et al., 2008). Para Pachoal (2005), QV é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de acordo com a época, o país e, até mesmo, entre indivíduos.

Definições de QV são complexas e, como ressalta Silva, J. (2011), vão desde uma ênfase holística sobre o bem-estar social, emocional e físico, até o impacto dos processos de saúde/doença na capacidade das pessoas de levarem uma vida com satisfação. É um construto extremamente subjetivo, pois se baseia na autoavaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo e sobre as condições que tem para viver.

Considerando o caráter individual do construto, constata-se que duas avaliações de QV jamais serão iguais, porquanto cada avaliação é feita através de um contexto particular e em determinado momento da vida de cada pessoa. Provavelmente, cada indivíduo tenha seu próprio conceito de qualidade de vida (Fleck, 2008; Paschoal, 2005).

Qualidade de vida é um termo que representa uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana; é o fator central que determina a sensação subjetiva de bem-estar (Assunpção Júnior, Kuczynski, Sproviery & Aranha, 2000). Para Queiroz, Sá e Assisi (2004), QV é uma expressão que vem se tornando corriqueira no dia a dia das pessoas, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social. Pode representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança.

Atualmente, a qualidade de vida é vista como uma noção eminentemente humana, avaliada mediante o grau de satisfação encontrado nos mais diversos campos da vida humana: familiar, amoroso, social e ambiental. Segundo Cachioni e Falcão (2009), pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e de bem-estar. Dessa forma, o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e

coletividades que a ele se reportam, em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Portanto, é uma construção social com a marca da relatividade social.

Segundo Fleck (2008), alguns autores reconhecem a complexidade e a impossibilidade de conceituar, de forma adequada, a qualidade de vida, tratando-a como uma variável emergente, da mesma forma que construtos como "traços de personalidade" ou "emoções", para os quais são atribuídos, preferencialmente, características ou indicadores que não merecem o status de definição. Dessa forma, a existência de diferentes definições decorreria, na verdade, do peso dado a cada uma dessas características ou indicadores.

Nesse sentido, adota-se, nesta tese, a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por acreditar que é a que melhor traduz a abrangência do construto qualidade de vida. Para a OMS, a QV é definida como "...a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e conceitos" (WHO/QOL, 2005). Ainda segundo a OMS, tal percepção é afetada de forma complexa pela saúde física da pessoa, por seu estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e suas relações com características importantes de seu ambiente.

Fleck (2008) aponta três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida, que se encontram implícitos nesse conceito da Organização Mundial de Saúde: (i) Subjetividade, ou seja, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão; (ii) Multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida é composta por várias dimensões que envolvem aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais; e (iii) Presença de dimensões positivas e negativas - para uma boa qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes, e outros, ausentes.

Nesse direcionamento, pode-se afirmar que, de modo geral, aceita-se que a QV tem as seguintes propriedades: é multifatorial; baseia-se na percepção pessoal; varia de acordo com o tempo; é subjetiva, porque se baseia em aspectos imateriais (Pais-Ribeiro, 2007). Para Ribeiro, C.G. (2011), esses fatores se ancoram em noções relativas ao conforto, ao bem-estar e à realização individual e coletiva. Segundo essa autora, a QV envolve um conjunto de recursos necessários aos indivíduos para a realização de seus objetivos e aspirações. Inclui, também, a satisfação das suas necessidades aos diferentes níveis, incluindo a saúde física e psicológica, o seu nível de autonomia e independência, as suas representações, crenças, relações sociais e ambientais.

Para Oliveira e Coutinho (2011), trata-se de um conceito que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Barreto, Coutinho e Ribeiro (2009) concebem que o conceito qualidade de vida é polissêmico, abrange muitos significados, porque reflete conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que a ele se referem em variadas épocas, espaços e histórias. Portanto, é um construto social, com características da relatividade social.

De acordo com Neri (2008), o termo qualidade de vida surgiu no final dos anos 1950, usado por sociólogos, no contexto da discussão sobre poluição ambiental, deterioração da vida urbana e assuntos similares, veiculados em publicações não acadêmicas. Em 1978, o tema começou a ser utilizado em eventos científicos internacionais e publicações em Sociologia e Medicina. Em 1985, esse termo apareceu, pela primeira vez, no *Index Medicus* e no *Psychological Abstract.*

Após a II Guerra Mundial, o termo qualidade de vida passou a ser muito utilizado, com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado à

obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário e bens adquiridos (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Segundo as autoras, o termo foi, então, usado para criticar políticas, cujo objetivo era o crescimento econômico sem limites. A seguir, o conceito foi ampliado com o intuito de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente. Com o passar dos anos, o conceito ampliou-se ainda mais e passou a significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer.

Atualmente, têm-se valorizado fatores como satisfação, qualidade dos relacionamentoss, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como felicidade, solidariedade e liberdade (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Constata-se, portanto, que há uma crescente mudança dos enfoques, no que concerne aos aspectos constituintes da qualidade de vida, pois, cada vez mais, pretendem-se considerar, além dos aspectos objetivos, os subjetivos.

Para a Medicina, o termo é associado à relação custo-benefício, inerente à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais, tanto do ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais quanto dos interesses e dos valores da sociedade. Em Economia, esse termo é associado à renda per capta, que funciona como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da Educação, da Medicina e dos Serviços Sociais. Já para a Sociologia, o conceito de qualidade de vida inclui um conjunto de indicadores econômicos e de desenvolvimento sociocultural identificados como nível ou padrão de vida de uma população. A referida acrescenta que, em Psicologia Social, a referência mais forte é a experiência subjetiva de qualidade de vida, representada pelo conceito de satisfação (Neri, 2008).

Nessa ótica da subjetividade, Coutinho, Franken e Ramos (2007) afirmam que qualidade de vida não é o reflexo direto das condições reais e objetivas da vida das pessoas,

mas da avaliação que cada um faz a respeito dessas condições. Dessa forma, têm-se os elementos subjetivos, entendidos como não materiais (amor, liberdade, inserção e realização social), e os objetivos, representativos dos elementos materiais (alimentação, habitação, educação, trabalho, saúde e lazer), que têm como referências noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Nesse mesmo direcionamento, Viana e Madruga (2008) apontam a complexidade do construto qualidade de vida, que tem aspectos subjetivos e objetivos. Para as autoras, a objetividade consiste numa avaliação determinada pelas medidas objetivamente estabelecidas, como índice de salários numa sociedade, quantidade de calorias necessárias para manter o organismo vivo e sadio, emprego/desemprego, consumo alimentar, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, propriedade de terra ou domicílio, transporte público e privado, qualidade do meio ambiente, acesso à educação e outros.

Os aspectos subjetivos referem-se ao que as pessoas sentem a respeito de suas vidas, como percebem o valor dos componentes objetivos, como fatores qualitativos de suas vidas. A avaliação subjetiva abrange os mesmos parâmetros objetivos e alguns outros, mas avaliados pelas medidas subjetivas do gostar, desejar, sentir falta, satisfação – individualizados em função da experiência de vida de cada um (Viana & Madruga, 2008).

Para Ribeiro, C.G. e Coutinho (2011), a qualidade de vida relaciona-se com a capacidade física, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, a situação econômica e a autoproteção de saúde. Portanto, o conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos pessoais, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores

culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Face ao exposto, percebe-se que o construto qualidade de vida tornou-se um conceito popular, que faz parte da linguagem cotidiana dos indivíduos, desde os especialistas aos leigos, dos cultos aos incultos, e se configura como uma definição apropriada pelo senso comum (Oliveira & Coutinho, 2011).

4.2 Qualidade de vida do idoso

É de conhecimento científico que a velhice se caracteriza pelo declínio das funções biológicas e da plasticidade. Embora ocorram de forma diferenciada entre as pessoas, as perdas que caracterizam essa fase da vida provocam o aumento da dependência dos indivíduos em relação aos elementos da cultura e da sociedade. No entanto, é possível preservar os ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como o intelectual e o afetivo. Este último é capaz de atuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas (Neri, 2004).

Descobrir virtudes nos idosos, prolongar a juventude e envelhecer com qualidade de vida individual e social têm sido preocupações sistemáticas do ser humano, manifestadas em diversas áreas do conhecimento. Araújo, L.F. (2006) enuncia que é necessário que se perceba a velhice como fase do desenvolvimento humano, passível de valorização nas várias potencialidades que são concernentes a essa etapa do desenvolvimento humano – como a experiência, a responsabilidade, a assertividade, entre outros – como também é pertinente a inserção social do idoso, no sentido de levá-lo a exercer o seu papel de agente modificador da sociedade, e eliminar o estereótipo negativo de que são incapazes e inúteis.

A preocupação com a qualidade de vida dos idosos ganhou relevância nas últimas décadas, através do crescimento do número de pessoas com essa faixa etária e a expansão da longevidade. Cada vez mais, as questões que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos interessam aos planejadores de políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social e aos cientistas (Neri, 2008). Chachamovich, Trentini & Fleck (2007) concebem que a

> *qualidade de vida constitui, em última instância, o objetivo final de pesquisas em envelhecimento e abordagens de saúde. Também é a essência dos estudos em envelhecimento saudável. Relaciona-se intimamente com conceitos afins, tais como bem estar subjetivo e satisfação.*

Qualidade de vida é um conceito importante atualmente em nosso país. É reconhecida como uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema, quer como um desafio para os indivíduos e para a sociedade. De acordo com Neri (2007), vários elementos vêm contribuindo para essa nova sensibilidade: (a) o processo de envelhecimento populacional, que resultou numa maior visibilidade dos idosos; (b) as mudanças sociais, que provocaram mudanças na forma de as pessoas viverem a velhice, posto que os novos idosos brasileiros estão mais saudáveis, vivem mais e são mais produtivos; e (c) o fato de o sonho de se tornar idoso mantendo a juventude ter sido assumido como real possibilidade, sob a garantia de vários segmentos profissionais e institucionais.

Nessa ótica, diante do processo inegável de envelhecimento populacional, surge a necessidade de se proporcionar aos idosos não só uma sobrevida maior, mas, sobretudo, uma sobrevida com uma melhor qualidade. O tema *qualidade de vida na velhice*, por sua abrangência e importância no mundo atual, tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas,

embora, como ressaltam Dalla Vecchia *et al.* (2005), esse conceito varie de autor para autor e represente algo subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

A qualidade de vida do idoso parte de uma avaliação multidimensional, em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais, que buscam referência tanto nas relações atuais quanto nas passadas, e prospectivas na relação entre o idoso e o ambiente que o cerca. Trentini, Chachamovich e Fleck (2008) enunciam que a qualidade de vida, nesse grupo etário, dependeria de muitos elementos, em interação constante ao longo da vida do indivíduo.

No tange a essa complexidade, Paschoal (2005) enfatiza que, especificamente em relação à população idosa, existem grandes diferenças individuais, mais do que em qualquer outro grupo etário. Essas diferenças envolvem características físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socioeconômicas, o que torna as avaliações e consequentes conclusões acerca da QV altamente individualizadas. Apesar de a saúde física ser considerada um dos principais fatores da qualidade de vida dos idosos, sabe-se que eles necessitam de outros fatores, como respeito, segurança e, principalmente, precisam sentir-se ativos em sua comunidade e ter oportunidades de expressar livremente seus sentimentos, emoções, interesses, opiniões e experiências (Penna & Santo, 2006).

Segundo Ribeiro, P.C.C., e Yassuda (2007), na velhice, a boa qualidade de vida está relacionada à independência e à autonomia para a realização das tarefas cotidianas. Nesse contexto, destaca-se o papel da funcionalidade cognitiva que, quando comprometida gravemente, pode resultar na dependência total do indivíduo, como ocorre nos casos das demências, caracterizados pela presença de declínio cognitivo progressivo e consequente comprometimento das atividades sociais e de vida diária do idoso.

Nesse mesmo direcionamento, Teixeira (2002) afirma que a segurança propiciada por um ambiente acolhedor, assim como a autonomia permitida por um ambiente estimulador, são necessárias para a qualidade de vida do idoso, que precisa ser estimulado a fazer projetos de vida com criatividade, energia e iniciativa, dando significados à vida para que ela não cai no vazio (Penna & Santo, 2006).

À medida que envelhece, os indivíduos apresentam mais dificuldades na realização de atividades cotidianas, mesmo aquelas de fácil execução. Vão, paulatinamente, e, muitas vezes, de forma imperceptível, tornando-se cada vez mais dependentes do cuidado de outras pessoas. A capacidade funcional traduz-se pela capacidade de realizar, de maneira independente, as atividades diárias (AVD), enquanto que a impossibilidade de fazê-lo sem auxílio constitui a dependência funcional (Torres, M.V., 2010).

O desempenho das atividades de vida diária é considerado um parâmetro para avaliar o grau de independência dos idosos, bastante utilizado pelos profissionais da área de saúde. Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, ou seja, do desempenho das atividades de vida diária (Araújo,M.O.P.H. & Ceolim, 2007).

Torres, M.V. (2010) ressalta que a qualidade de vida na velhice tem sido associada às questões de dependência-autonomia, uma vez que os estudos mostram que a perda da capacidade funcional influencia, negativa e significativamente, na qualidade de vida do idoso. Ainda segundo essa autora, quando a pessoa idosa perde a independência para realizar as atividades de vida diária, surgem efeitos importantes na esfera do convívio social que podem levar ao isolamento. Além disso, depender de outras pessoas para realizar as funções básicas gera sentimento de incapacidade e invalidez.

Joia, Ruiz e Donalisio (2007) alertam para o fato de que, embora a QV e a satisfação na velhice tenham sido associadas a questões de dependência e de autonomia, é preciso distinguir os efeitos da idade. Algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades mais avançadas.

A qualidade de vida também tem sido associada à prática de exercícios físicos e, nesse sentido, o estudo realizado por Viana (2003) sobre a percepção da qualidade de vida de pessoas idosas detectou que idosos ativos fisicamente se avaliaram mais satisfeitos com sua vida sexual do que os idosos inativos. Constatou-se, ainda, que os idosos que aceitavam melhor sua aparência estavam mais satisfeitos consigo mesmos e se avaliaram mais satisfeitos com sua vida sexual. E os que mais se mostraram satisfeitos com a aparência física foram os ativos fisicamente. O autor aponta a possível influência da atividade física sobre a imagem corporal e a consequente satisfação consigo mesmo e com a vida sexual.

4.2.1 Os Grupos de Convivência e as Universidades da Terceira Idade como promotores da qualidade de vida dos idosos

A qualidade de vida engloba as relações sociais como fatores de saúde mental e de desenvolvimento, por isso é fundamental a manutenção de redes de apoio social (Neri, 2001). Nesse sentido, os programas comunitários ou grupos de convivência constituem-se importantes ferramentas de suporte psicossocial e afetivo para a pessoa idosa, porque proporcionam vivências e afetos que não são experienciados pelo idoso em sua própria família.

Para Penna e Santo (2006), as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais. Para a qualidade de vida da pessoa idosa, acredita-se ser de fundamental importância a atividade física, intelectual e de lazer, pois, em qualquer etapa do desenvolvimento humano, deve haver uma preocupação com as perspectivas de um envelhecimento saudável.

Diversos programas, como Grupos de Convivência e Universidades Abertas à Terceira Idade, têm sido desenvolvidos para os idosos, objetivando envolvê-los em atividades sociais como palestras, dinâmicas de grupo, aprendizagem de trabalhos manuais, dança, música, entre outros. Entre os benefícios proporcionados por esses programas socioeducativos direcionados para a população idosa, podemos destacar: aquisição de conhecimentos; promoção de efeito terapêutico, que benefícia a saúde física e psicológica; formação de redes de apoio social e afetivo, com a promoção de vínculos de amizades e trocas de experiências; promoção de um espaço de lazer, tendo em vista as dinâmicas, as brincadeiras, os passeios e as viagens que realizam (Cachioni & Falcão, 2009).

De acordo com Pereira (2006), de maneira geral, os idosos, inicialmente, buscam, nos grupos de convivência, melhorar sua saúde por meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e eles passam a se interessar por outras atividades, como aula de pintura, bordado e, até mesmo, alfabetização, porém sem a preocupação com programas dirigidos à educação permanente, mas como atividades ocupacionais lúdicas. Assim, aos poucos, vão percebendo a importância da convivência grupal e das terapias ocupacionais como uma forma de promover sua saúde física e, principalmente, a mental.

A velhice, aos poucos, vem sendo concebida como uma etapa em que é possível se viver com prazer, satisfação e realização pessoal, de maneira mais madura e produtiva.

Baseando-se nessa visão, passaram a ser defendidas novas posturas de atendimento, oferta de serviços e atividades ao idoso, compatíveis com a nova e real imagem do envelhecimento.

A formação de grupos de convivência para idosos constitui-se uma das formas de agregar e socializar a pessoa idosa. Essa prática tem se difundido em todas as localidades do país. A frequência dos idosos nos grupos é de extrema importância, haja vista que o convívio social promove a manutenção e a ampliação do seu grupo de amizades, o que poderá transmitir mais segurança e suporte social. Moura, Leite e Hildebrandt (2008) acrescentam que, nesse cenário, há mais aproximação entre os idosos e a formação de novos vínculos afetivos e, consequentemente, mais possibilidade de expressão da sexualidade por parte de seus integrantes.

As Universidades da Terceira Idade (UTI) promovem a saúde e a qualidade de vida em seu sentido mais amplo, uma vez que, segundo Cachioni e Falcão (2009), seu objetivo geral é contribuir para a elevação dos níveis de saúde física, mental e social das pessoas idosas, utilizando as possibilidades existentes nas universidades. As UTIs são relativamente novas aqui no Brasil, mas, aos poucos, vêm ganhando adesão e reconhecimento da população não só de idosos, mas também das demais faixas etárias.

Pacheco (2006) aponta que, após um longo período de experiência e de aprendizagem com as atividades de educação para os idosos, tem-se buscado consolidar e ampliar os objetivos desses programas, em consonância com as diretrizes principais da educação nacional, mesmo com todas as dificuldades de um país ainda em crescimento populacional, onde a educação não é prioridade para o conjunto da sociedade.

4.2.2 As vivências afetivas como promotoras da qualidade de vida dos idosos

De acordo com Bock, Furtado e Teixeira (2008), a afetividade é parte integrante da subjetividade humana, importante para a avaliação positiva ou negativa das situações cotidianas. Também preparam as ações, ou seja, participam ativamente da percepção que temos das situações vividas e do planejamento das reações ao meio. Existem dois afetos básicos que constituem a vida afetiva: o amor e o ódio. Nesta tese, apenas o primeiro foi abordado, por se considerar que as vivências amorosas são importantes para a pessoa idosa e contribuem para a qualidade de vida dessa população.

Para Almeida, T. e Lourenço (2007), o amor é um sistema complexo e dinâmico, que envolve cognições, emoções e comportamentos relacionados à felicidade. Desse modo, amar e, consequentemente, expressar sua sexualidade, através de um relacionamento amoroso, significa reconhecer uma pessoa como fonte real ou potencial para a própria felicidade.

O amor embasa toda forma e relação humana, por isso, pode ocorrer em todas as idades. Isso é uma prova de que a velhice, ao contrário do que afirma o senso comum, não representa o fim, mas também pode ser um recomeço. De acordo com Kinas e Vendruscolo (2010), o que leva os idosos a buscarem um relacionamento amoroso é a possibilidade de encontrarem companhia. Com o passar dos anos, as pessoas tendem a querer ficar juntas como forma de se proteger, pois percebem que ficar sozinhas gera tristeza (Laurentino et al., 2006).

Apesar das inúmeras repressões culturais vivenciadas pelos idosos, nos grupos de convivência destinados a essa população, surgiu um fenômeno moderno e, até então, raro - o namoro. Os espaços proporcionados pelos grupos de convivência possibilitam o encontro e as

relações afetivas entre idosos. Nesses locais, a pessoa idosa encontra facilidades de vivenciar novos relacionamentos afetivos.

O namoro pode ser vivenciado como algo bom e intenso ou desagradável, este último gerado pela desaprovação da família (Kinas & Vendrusculo, 2010). Valorizar os sentimentos dos idosos frente ao namoro proporciona a essa população mais qualidade de vida, por meio das vivências sexuais e das experiências adquiridas.

4.3 Mensuração da qualidade de vida

Depois da II Guerra Mundial, a qualidade de vida tornou-se um construto importante, que significa melhoria do padrão de vida. Inicialmente, a mensuração da QV era feita por meio da investigação da conquista de bens materiais (casa própria, carro, aparelhos eletrônicos etc), bem como aplicações financeiras, aposentadoria e viagens. Paulatinamente, o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento socioeconômico e humano e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas. Portanto, investigar a avaliação da qualidade de vida percebida pela pessoa passou a ser necessário, ou seja, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (Paschoal, 2005).

Nessa ótica, Neri (2007) afirma:

> *Dados de pesquisas sociológicas, econômicas e epidemiológicas indicam que, isoladamente, variáveis objetivas, tais como nível de renda, classe social, escolaridade, etnia, nacionalidade, gênero, idade e saúde, são preditores fracos da qualidade de vida de indivíduos e de coletividades. Explicações mais satisfatórias são alcançadas quando as variáveis objetivas são consideradas junto com os aspectos subjetivos (p.14).*

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser classificados em três categorias: (1) os que avaliam a QV geral; (2) a QV relacionada à saúde e (3) a QV relacionada a uma doença específica (Fleck et al., 1999). Para considerar a perspectiva da qualidade de vida geral, adota-se uma abordagem influenciada por estudos sociológicos, sem que haja ênfase a disfunções ou agravos. Segundo Silva, J. (2011), essa perspectiva fornece subsídios para a compreensão das motivações, dos desejos, das oportunidades e dos recursos disponíveis para a satisfação e o bem-estar do indivíduo, no que diz respeito aos diversos domínios de sua vida. Destina-se a pessoas saudáveis da população, sem fazer restrição a agravos específicos.

No que tange à QV relacionada à saúde, são medidas que enfatizam aspectos relacionados diretamente à saúde, ou seja, as limitações funcionais decorrentes do adoecimento (Cruz, 2005). Por sua vez, os instrumentos para avaliação da QV ligada a uma doença específica têm por objetivo verificar particularidades da QV em determinadas doenças, enfocando aspectos das funções físicas, sexual, sono, fadiga, entre outros (Fleck et al., 1999). São considerados, portanto, os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, que permitem conhecer a avaliação do paciente, sua adaptação à condição, além de dar subsídios para decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (Cruz, 2005).

Os critérios atualmente utilizados para avaliar a qualidade de vida na velhice diferem, em termos de elementos investigados, de acordo com as diversas ciências. Segundo Neri (2008), na Gerontologia Social, predominam as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e atividade. Na Bioética, predominam avaliações sobre as possibilidades de autonomia de respeito à dignidade oferecidas aos idosos pelo sistema social e pelos seus microsistemas. Já na Psicologia, os mais comumente investigados são autocrenças de

controle, autoeficácia e significado, bem como competência social e cognitiva e bem-estar subjetivo.

De acordo com Power (2008), o conceito de qualidade de vida foi introduzido na Medicina numa época em que os desfechos médicos tradicionais, como mortalidade e morbidade, estavam sendo criticados por terem um foco muito restrito e, por isso, não conseguiam representar um grande número de outros desfechos potenciais que também são relevantes tanto para a Medicina quanto para outras áreas.

Diante dessa necessidade, a OMS, por meio de um estudo em 15 países, desenvolveu dois instrumentos para medir a qualidade de vida - o *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (WHOQOL-100) e o *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument Bref* (WHOQOL- BREF) - que podem ser utilizados em diferentes populações, permitindo que os resultados de diferentes culturas possam ser comparados. Tais instrumentos se mostraram interessantes tanto na aferição de desfechos clínicos quanto em populações não clínicas (Fleck, 2008).

Esses instrumentos avaliam a qualidade de vida do indivíduo e se baseiam em dimensões, pois, como é um construto multidimensional, é bem mais conceitualizado na forma de domínios e facetas de domínios. O WHOQOL-bref é constituido por quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. O domínio físico, como o próprio nome diz, abrange itens referentes às condições estritamente físicas, investigando a apreciação de sua condição e percepção de suas limitações. O domínio psicológico, por sua vez, avalia as condições psicológicas que envolvem a satisfação consigo mesmo, bem como a frequência de sentimentos negativos.

O domínio social refere-se à avaliação que o indivíduo faz acerca da sua relação com as demais pessoas. Por fim, o domínio ambiental investiga a satisfação com bens e serviçoes

que compõem o ambiente onde o indivíduo se encontra inserido. Portanto, conforme ressalta Power (2008), qualquer tentativa de forçar o enquadramento de tal conceito mutidimensional em um único valor será ameaçada tanto por problemas conceituais quanto psicométricos, de confiabilidade e validade.

Em função da necessidade de avaliar, de forma empírica, se os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL- BREF são adequados e suficientes para aferir a qualidade de vida em idosos, o projeto WHOQOL- OLD foi idealizado com o objetivo de, por meio de uma metodologia transcultural, fazer comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais.

O módulo WHOQOL-OLD é composto por 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Cada faceta é composta por quatro itens, que geram escores, que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore total.

Seguindo o modelo de pontuação dos outros instrumentos WHOQOL, os escores mais altos representam melhor qualidade de vida. Entretanto, alguns itens são gerados de modo positivo (respostas mais altas indicam melhor qualidade de vida), enquanto outros são formulados de modo negativo (respostas mais altas indicam pior qualidade de vida). Para gerar o escore final, é necessário que se recodifiquem os itens negativos para que, só então, os dados assumam unidirecionalidade e sejam somados em cada faceta (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt & Power, 2008).

No contexto da atenção à saúde, as avaliações de QV tornaram-se uma prática frequente e importante em pesquisa, acompanhamento clínico, planejamento de ações e de políticas, alocação de recursos e avaliações de programas, principalmente em países

desenvolvidos (Paschoal, 2005). De acordo com Neri (2008), avaliar a qualidade de vida consiste em comparar as condições disponíveis com as desejáveis. Dessa forma, os resultados são expressos por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação. Certas dimensões são mais passíveis de comparação com critérios mais verificáveis do que outras, mas a certeza de que a avaliação de todas elas é afetada por valores e expectativas individuais e coletivas deu origem a investigações em torno de indicadores subjetivos, tais como saúde percebida, satisfação com a vida e perspectiva de futuro.

A utilização de instrumentos cientificamente válidos para a mensuração da qualidade de vida do idoso é de fundamental importância, uma vez que o aumento do interesse pela temática da QV não se acompanha de um refinamento necessário dos seus instrumentos. Segundo Chachamovich, Trentini e Fleck (2007), diversos autores utilizam questionários inadequados ou com propriedades psicométricas ainda não estabelecidas para a população idosa.

Diante do exposto, conclui-se que, apesar das dificuldades conceituais, a QV é um construto extremamente relevante, complexo e interdisciplinar, para cujo aprimoramento metodológico e conceitual é necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento. Especificamente em relação à QV dos idosos, trata-se de uma necessidade urgente, diante do inconstestável envelhecimento populacional.

CAPÍTULO V

TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este capítulo apresenta a abordagem teórico-metodológica adotada nesta tese - a Teoria das Representações Sociais, enfatizando-se sua definição e seu percurso histórico. O foco do presente estudo será a abordagem dimensional de Moscovici, conhecida como a "grande teoria" (SÁ, 1998). Na sequencia, são descritas pesquisas que objetivaram investigar as representações sociais (RS) dos construtos estudados nesta tese, a saber, o envelhecimento, a sexualidade e a qualidade de vida.

A Teoria das Representações Sociais é uma forma psicossociológica de Psicologia Social, originada na Europa por Serge Moscovici (1961), por meio da publicação de seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public.* De acordo com Jesuíno (2011), por meio dessa publicação, Moscovici inaugura um novo objeto da Psicologia Social, o estudo sistemático das RS, que constitui um traço típico das modernas sociedades beneficiárias, mas também vítimas do processo exponencial de desenvolvimento da ciência e da tecnologia.

Segundo Farr (2010), ela difere, marcadamente, das formas psicológicas de Psicologia Social, que são predominantes nos Estados Unidos da América. Esse contraste ocorre entre uma tradição de pesquisa europeia e uma americana de Psicologia Social Moderna. Segundo Jodelet (2001), a representação social é

> [...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente, designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras do conhecimento científico. (p .22)

Trata-se de um saber prático, produzido nas interações e na comunicação entre os grupos sociais, os quais refletem a situação dos indivíduos no que se refere aos assuntos cotidianos (Ferreto, 2010). São consideradas necessárias, pois guiam o indivíduo no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva (Jodelet, 2001).

A representação social é o meio pelo qual os seres humanos representam objetos de seu mundo. Ferramenta de pensamento, é também uma placa giratória entre o indivíduo e o grupo, entre o material e o ideal (Lahlou, 2011). Para Trindade, Santos e Almeida (2011), as RS, entendidas como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado, têm, em seu bojo, a ideia de um conhecimento construído por um sujeito ativo, em íntima interação com o objeto culturalmente construído, que revela as marcas tanto do sujeito quanto do objeto, ambos inscritos social e historicamente.

O termo representação social surgiu com Serge Moscovici, no campo da Psicologia Social, porém a origem desse conceito provém de estudos realizados por Durkheim, no campo da Sociologia, sob a denominação de representação coletiva. Em 1912, quando publica "As formas elementares da vida religiosa", ele elabora o conceito de representações coletivas, em que propõe um conjunto sistemático de elementos que tentam explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais (Nóbrega, 2001).

Do ponto de vista de Durkheim, as representações coletivas abrangiam uma cadeia de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço etc. De fato, qualquer emoção ou crença que ocorresse dentro de uma comunidade estava incluída. Nesse sentido, Moscovici (2010) alerta que isso representa um sério problema, pois, pelo fato

de se querer incluir demais, acaba-se incluindo muito pouco. Para ele, querer compreender tudo implicaria perder tudo.

A noção durkheimiana classifica e opõe as representações coletivas às representações individuais, considerando que o pensamento social tem uma matéria e estados específicos que somente podem ser interpretados por fatores outros. Para Durkheim, as representações coletivas têm suas leis próprias e pertencem a outra natureza, que é diferenciada do pensamento individual. Segundo Nóbrega (2001), a oposição entre o individual e o coletivo, tanto marca a falha de Durkheim sobre a noção das representações coletivas quanto explica o fato de que esse conceito tenha sido negligenciado pelos estudiosos durante muito tempo.

De acordo com Araújo,L.F., Coutinho e Carvalho (2005), a história das RS insere-se na inter-relação entre os atores sociais, o fenômeno e o contexto que os rodeia. Para os autores supracitados, as RS são constituídas por processos sociocognitivos nas interrelações sociais, o que significa que têm implicações na vida cotidiana e que a comunicação e os comportamentos adotados por um grupo de indivíduos acerca de um objeto são resultantes do modo como representam socialmente esse objeto.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) não é apenas heuristicamente útil para analisar complexos fenômenos sociais, mas também capaz de reorganizar teoricamente campos tradicionais de estudo na Psicologia Social (Doise, 1993). Em sua teoria, encontram-se conceitos importantes, que funcionam como princípios gerais que oferecem uma estrutura de análise capaz de detalhar o processo de construção ou gênese de uma representação social, mas que não têm a pretensão de esgotar todas as possibilidades que esse campo de estudo suscita (Trindade, Santos & Almeida, 2011).

A TRS apresenta três reconhecidos desdobramentos, criados por pesquisadores discípulos de Moscovici. São eles: Denise Jodelet, com a abordagem dimensional em Paris, que enfatiza mais os métodos qualitativos; Jean-Claude Abric, também na França, que prioriza a dimensão estrutural, baseando-se na metodologia experimental; e Willen Doise, na Suíça, que enfatizou a dimensão societal, utilizando na metodologia estudos quantitativos correlacionais.

Os referidos desdobramento são resultantes de diferentes formas de se trabalhar com a TRS, embora seja válido ressaltar que os diferentes enfoques apresentam caráter complementar, portanto, não são incompatíveis, porquanto todos provêm de uma mesma matriz básica (Sá, 1998). Nesta tese, adotou-se a abordagem dimensional da Teoria das Representações Sociais, apresentada a seguir.

5.1 **Uma abordagem dimensional**

Moscovici (1978) buscou explicar como os pensamentos se estruturam e se organizam em relação ao contexto social. Para tanto, ele acrescenta novos elementos às ideias contidas na teoria da representação coletiva, fazendo com que a noção de RS se situe na fronteira entre a Psicologia e a Sociologia. De acordo com o autor, um grande estímulo ao seu estudo das RS foi a necessidade de reabilitar o conhecimento do senso comum, que está fundamentado nas experiências cotidianas, na linguagem e nas práticas sociais. No período da II Guerra, o autor começou a preocupar-se com o impacto da ciência na cultura das pessoas. Na época, defendia-se, na sociedade, que o conhecimento do senso comum era contaminado, errado e deficiente; ele reagiu a essa ideia, enfatizando a importância do senso comum.

Nesse sentido, Moscovici (2010) assinala algumas diferenças entre o universo reificado, âmbito do conhecimento científico, e o universo consensual, do qual faz parte o conhecimento do senso comum. Enquanto o primeiro tenta estabelecer explicações do mundo, imparciais e independentes das pessoas, procurando apoiar-se no que considera fatos puros, o segundo prospera através da negociação e da conversação, apoiando-se na memória coletiva e no consenso.

A RS refere-se à maneira de o indivíduo pensar e interpretar o cotidiano, ou seja, é um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência, que lhe permite interpretar sua vida e dar-lhe sentido (Coutinho, 2001). Esses significados são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento erudito, na qual existe uma relação de influência mútua e permanente, que resulta numa diversidade de sentidos que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, assimilados e reelaborados socialmente (Araújo,L.F., Coutinho & Carvalho, 2005).

O processo de representação é um processo criativo, traduzido na dialética entre percepção e conceito. Moscovici (1978) acrescenta que

> ...representar uma coisa, um estado, não é com efeito duplicá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstrui-lo, recolocá-lo, mudar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre conceito e percepção, um penetrando o outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de "realismo", de materialidade das abstrações, visto que podemos agir com elas, e de abstração das materialidade, visto que exprimem uma ordem prévia (p. 56).

A elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através dos processos de objetivação e ancoragem, que representam a imbricação e a

articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações. Moscovici (1978) sistematiza esses dois processos postulando que são como faces da mesma moeda.

A objetivação é o processo pelo qual o indivíduo reabsorve um excesso de significações, materializando-as, ou seja, é um processo de construção formal de um conhecimento pelo indivíduo (Jodelet, 2001). Segundo Moscovici (2010), a objetivação une a ideia de não familiaridade à de realidade e torna verdadeira a essência da realidade. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. A transformação do que não é familiar em algo familiar não se processa de maneira automática na vida dos indivíduos, mas conta com a participação da memória e das conclusões pré-estabelecidas (Saraiva, 2010).

Para Nóbrega (2001), a objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto, que é organizado sob três condições estruturantes: a construção seletiva, em que as informações sobre o objeto sofrem descontextualização; a esquematização estruturante, em que ocorre a organização dos elementos na busca do sentido, e a naturalização, em que o conceito deixa de ser ideia ou imagem e torna-se realidade. Coutinho (2001) afirma que a objetivação tende a dirigir a memória para fora, derivando conceitos e imagens da memória para combiná-los e reproduzi-los no mundo externo, ou seja, criar algo novo com o auxílio do que já foi visto.

Através da objetivação, o indivíduo torna concreto aquilo que é abstrato. Ela transforma um conceito em imagem de uma coisa e retira-o de seu quadro conceitual científico. Trata-se de privilegiar certas informações em detrimento de outras, simplificando-as, dissociando-as de seu contexto original de produção e associando-as ao contexto do conhecimento imagético do sujeito ou do grupo (Trindade, Santos & Almeida, 2001).

Sobre o processo de objetivação, Arruda (2002) ressalta que se assemelha à forma como a criança de Piaget seleciona e descontextualiza os elementos a serem representados, aproximando-se do processo de acomodação. Segundo essa autora, uma vez feitos os recortes, os fragmentos são recosturados, num esquema que se torna o núcleo figurativo da representação. Dessa forma, aquele objeto que era misterioso, foi devidamente destrinchado, refeito e se torna, efetivamente, objetivo, palpável, naturalizado.

Trata-se, enfim, de transformar o que é abstrato, complexo ou novo em imagem concreta e significativa, apoiando-se em concepções que nos são familiares. Nesse processo, segundo Trindade, Santos e Almeida (2011), perde-se em riqueza informativa, já que há simplificação, mas se ganha em compreensão.

O outro processo formador das representações sociais, a ancoragem, como instrumento do saber, é uma modalidade que permite compreender como os elementos de representação não só exprimem relações sociais, mas também contribuem para construí-las (Jodelet, 2001). A ancoragem, portanto, assegura o elo entre a função cognitiva de base da representação e a sua função social e objetiva os elementos imaginativos para servir na elaboração de novas representações.

Sobre a ancoragem, Moscovici (1978) afirma que é um processo que transforma algo estranho, perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que pensamos ser apropriada (p. 61). O processo de ancoragem transfere, portanto, aquilo que nos é desconhecido para o esquema de referência e realiza uma comparação e interpretação por meio de algo já conhecido. A ancoragem é organizada sob três condições estruturantes: a atribuição de sentido, a instrumentalização do saber e o enraizamento no sistema do pensamento (Nóbrega, 2001).

Segundo Trindade, Santos e Almeida (2011), a ancoragem corresponde extamente à incorporação ou assimilação de novos elementos de um objeto em um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos e que lhes estão facilmente disponíveis na memória. Esse processo permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o em função dos laços que esse objeto mantém com sua inserção social. Assim, um novo objeto é ancorado quando passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes.

Esse processo diz respeito à maneira pela qual o pensamento se enraiza no social e volta a ele, pois, ao se converter em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentaliza-se um novo saber, e o sujeito recorre ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade. Dessa forma, a ancoragem é o elo que liga os sistemas de conceitos já existentes na sociedade aos nossos sistemas de pensamento, construindo novas interpretações da realidade do senso comum (Arruda, 2002).

Percebe-se, então, que a ancoragem é um processo interligado à objetivação, onde esse último contribui para o surgimento de uma representação social frente a um novo objeto, por meio da materialização de uma entidade abstrata, que foi ancorada pela classificação e pela nomeação (Saraiva, 2010). Segundo Coutinho (2001), a ancoragem dirige a memória para dentro, buscando coisas, eventos e pessoas que ela identifica como um protótipo, ou se reconhece nomeando-o.

Conforme o modelo proposto inicialmente por Moscovici, as RS tinham duas funções: formação de condutas e orientação das comunicações sociais. Posteriormente, Abric (1994) acrescentou outras duas funções às representações, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e das práticas sociais. Foram elas: a função identitária, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e a função

justificadora, que permite aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos (Nóbrega, 2001).

Segundo Vala (2010), as representações sociais apresentam uma dimensão funcional e prática, que acaba por ser evidente na organização dos comportamentos, das atividades comunicativas, na argumentação e na explicação cotidianas e na diferenciação dos grupos sociais. Como uma modalidade de conhecimento particular, a representação social tem por função a orientação de comportamentos e a facilitação da comunicação entre os indivíduos, considerando a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos. Por conseguinte, a propósito do objetivo desta tese, as representações sociais da sexualidade, para os idosos, podem ser compreendidas como uma interpretação coletiva da realidade vivida e falada por aquele grupo social, que direcionam comportamentos e comunicações.

Moscovici (2010) classifica e analisa os três tipos de sistemas indutores das representações: difusão, propagação e propaganda. O primeiro pode ser caracterizado por uma indiferenciação dos laços entre o emissor e o receptor da mensagem, ao contrário do segundo, que exige uma organização mais complexa das mensagens. Essa modalidade de comunicação tem propriedades semelhantes às do conceito de atitude (Nóbrega, 2001). O terceiro sistema, diferentemente dos dois anteriores, é uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica se encontra inscrita nas relações sociais conflituosas e que tem por objetivo engendrar a ação relativa à representação que ele se faz do objeto do conflito.

Estudar as vivências sexuais dos idosos ancorando-se nas RS significa estudá-las não apenas por meio dos aportes teóricos, normativos e científicos, mas com vistas a um novo olhar, voltado para a construção de um conhecimento prático e compartilhado por um determinado grupo de pertença (Coutinho, 2005; Coutinho & Saldanha, 2005).

Apreender as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade, nessa etapa da vida, significa compreender os processos de *classificação* e *nomeação* que permitem entender as vivências sexuais do anonimato e ancorá-los numa rede de significação, através do consenso desse grupo. Em seu ambiente social, são veiculadas crenças, opiniões e sentimentos acerca desses eixos temáticos no grupo de pertença.

As RS referem-se à maneira como as pessoas pensam e interpretam o cotidiano. Elas constituem um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência, que permite interpretar sua vida e lhe dar sentido, compartilhando sua interpretação com seu meio social e cultural (Coutinho & Saldanha, 2005). De acordo com Trindade, Santos e Almeida (2011), quando exprimimos nossas opiniões e atitudes sobre um objeto, já formulamos uma representação desse objeto, o que equivale a dizer que estímulo e resposta se formam juntos.

Desse modo, acessar as representações sociais da sexualidade, para os idosos, é procurar compreender as formas que utilizam para criar, transformar e interpretar essa temática vinculada à sua realidade. De acordo com Coutinho (2005), é também

> [...] conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas, destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto cultural e a classe social a que pertencem e as instituições às quais se está vinculado, prolongando-se para além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados (p. 26)

Nesse direcionamento, entende-se que estudar as representações sociais é procurar conhecer o modo como um grupo, neste estudo, os idosos, constrói um conjunto de saberes acerca de um objeto social, neste caso, a sexualidade. O referencial teórico sobre a Teoria das

Representações Sociais é aqui adotado enfatizando um saber real, construído a partir de suas vivências, edificando significados em que se encontra circunscrita a sexualidade do idoso.

5.2 Representações sociais do envelhecimento

A velhice e o envelhecimento, ao longo dos anos, têm despertado o interesse de diversos pesquisadores e sido alvo de investigações científicas e de senso comum de diferentes áreas do conhecimento. De acordo com a Teoria das Representações Sociais (Moscovici,1978), o objeto (humano, social, material ou uma ideia) é apreendido por meio da comunicação. Os elementos da realidade, os conceitos, as teorias e as práticas são submetidos a uma reconstrução, por meio das informações colhidas e da história de vida do sujeito.

Segundo Araújo,L.F., Coutinho e Carvalho (2005), o processo de construção das representações sociais da velhice processa-se nas trocas de conhecimentos populares e científicos, por meio de experiências grupais e sociais que se repetem ao longo da vida. Nesse sentido, as representações têm implicações na vida cotidiana, e os comportamentos adotados por um indivíduo ou grupo de indivíduos resultam do modo como eles representam socialmente essa etapa do desenvolvimento e do significado que a velhice adquire em suas vidas.

Martins, C.R.M, Camargo e Biasus (2008) realizaram um estudo transversal e comparativo sobre as RS da velhice e da pessoa idosa elaboradas por adolescentes, adultos e idosos residentes no município de Maringá - PR. Os resultados apontaram algumas diferenças significativas entre o grupo de idosos e o de não idosos (adolescentes e adultos). Para os primeiros, a RS do idoso foi ancorada nas relações familiares, noção de atividade que diferenciaria o ser idoso (ativo) do ser velho (passivo), além da ideia de aposentadoria como

um meio de manter a qualidade de vida. Já o grupo composto por adolescentes e adultos representou o idoso vinculando-o à carência e ao sofrimento (perdas físicas e psicológicas), reconhecendo também a experiência e a sabedoria.

No que concerne à representação social da velhice, o referido estudo mostrou que o grupo de idosos compartilha a ideologia da "boa idade" difundida nos grupos da "terceira idade", considerando que ser velho ou estar na velhice depende da cabeça e do comportamento de cada pessoa. Já o grupo dos não idosos representou a velhice relacionando-a às perdas, às transformações orgânicas e psicológicas, considerando uma fase difícil do desenvolvimento.

Outro estudo comparativo foi realizado por Araújo,L.F., Coutinho e Santos (2006b) sobre as representações sociais da velhice elaboradas por idosos de grupos de convivência (GC) e moradores de instituições de longa permanência (ILP) localizados no município de João Pessoa-PB. Os dados obtidos revelaram que os idosos de ambos os grupos objetivaram suas representações sociais da velhice no binômio velhice-doença, caracterizando essa etapa do desenvolvimento humano como algo negativo, embora o estudo ressalte também que os grupos vivenciam seu processo de envelhecimento em polos antagônicos. O antagonismo deve-se ao local de insersão do idoso, pois, nos GC, os idosos participam de atividades que envolvem aspectos sociorecreativos, valorização do exercício da cidadania e promoção de saúde. Já nas ILP, os idosos vivenciam seu processo de envelhecimento num confinamento socioafetivo, devido às caracterizações da institucionalização da velhice.

Corroborando também com esses dados, Costa e Campos (2009) realizaram um estudo em Goiânia, visando apreender as RS da velhice para um grupo de 58 idosos. Eles verificaram a existência de um campo comum das representações sociais da velhice, estruturada em torno da concepção de que é sinônimo de declínio e morte, embora também tenham sido ressaltadas

algumas modificações, devido a conquistas significativas relacionadas aos direitos da pessoa idosa, como, por exemplo, a Política Nacional do Idoso. Diante do exposto, percebe-se que a velhice, nos dias atuais, ainda é vista como uma fase em que prevalecem as perdas, sejam elas de ordem física, psicológica ou social.

Segundo Ferreto (2010), os idosos são estereotipados conforme as representações sociais da sociedade e da cultura a que pertencem. Na cultura ocidental, movida pelo capitalismo, os idosos são vistos como um incômodo, ultrapassados ou aposentados sofredores, embora essa última condição possa não ocorrer se eles tiverem uma situação financeira privilegiada. Já nas culturas orientais, essas pessoas são consideradas seres sociais que acumulam experiências de vida e adquirem um saber digno de respeito e admiração, que é repassado para os mais jovens.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o senso comum estabelece que o que caracteriza essa etapa da vida são os aspectos físicos, que se tornam evidentes, e que influenciam na formação dos conceitos sociais. Percebe-se, então, que a sociedade, ao mesmo tempo em que valoriza e ressalta as características externas do indivíduo durante a juventude, desqualifica-o, quando, ao atingir os 60 anos, passa a apresentar cabelos brancos, flacidez na pele ou lentidão psicomotora.

Estudos realizados por Lopes, E.S.L. e Park (2007) objetivaram investigar a representação social de um grupo de crianças acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento. Foram utilizadas técnicas de desenho, entrevista semiestruturada e brincadeiras tematizadas. A amostra foi composta por 31 crianças, com idades entre cinco e dez anos, que residiam em Campinas – SP. As autoras verificaram que as RS acerca da pessoa idosa englobaram características físicas, objetivadas por meio do parentesco “avós”. Também foram ressaltados aspectos negativos relacionados à doença, à morte e às limitações físicas. O

envelhecimento, por sua vez, foi representado através da passagem do tempo, ao qual todos os indivíduos estão sujeitos. Assim, os aspectos negativos do processo de envelhecimento são percebidos desde a infância e refletem os estereótipos e as discriminações da sociedade.

Sobre a importância da representação da criança acerca do envelhecimento, Capodieci (2000) enuncia:

> se a presença da velhice, por exemplo, for vivida com serenidade pela criança no seu ambiente familiar, a mesma criança receberá da velhice uma imagem focalizad na normalidade; pelo contrário, se uma criança receber uma imagem negativa da idade avançada, por meio dela será fácil descobrir um ambiente circunstante em que dominam fortes convicções negativas a respeito da velhice (p. 41).

Outro estudo sobre as representações sociais do envelhecimento foi realizado por Wachelke et al (2008). Nele, os autores objetivaram caracterizar os princípios norteadores das RS de jovens e adultos não idosos a respeito da temática em questão. A amostra contou com 469 participantes, usuários de um sítio de internet de relacionamentos, que responderam a um instrumento de evocação de sete a dez palavras relacionadas ao envelhecimento. A amostra foi composta por idosos provenientes de diferentes estados, como São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Os autores constataram um princípio geral que opõe perdas e ganhos, bem como contrastes entre os grupos etários, que permitem verificar mudanças no pensamento com o passar da idade. Os estudos mostraram que, com o passar da idade, os indivíduos mudam sua visão estereotipada dos idosos, para um processo de desmistificação, em que o envelhecimento e a velhice tornam-se elementos mais concretos e mais aceitos.

5.2 Representações sociais da sexualidade do idoso

O estudo a respeito da temática da sexualidade na velhice é recente. Atualmente, existem poucas pesquisas que objetivaram apreender as representações sociais desse construto. Embora os pesquisadores tenham se dedicado a investigar as vivências sexuais dos idosos, poucos recorreram ao aporte teórico-metodológico da Teoria das representações Sociais (Moscovici, 1978) e se limitaram apenas à opinião ou concepção da sexualidade.

A ideia de que o idoso possa e esteja a vivenciar sua sexualidade, até pouco tempo, não era entendida como possível. Esse fato, provavelmente, justifica a escassez de investigações sobre as vivências afetivas e sexuais durante a velhice. Para Gabriel, Neves e Dias (2010), são necessários estudos que elucidem a sexualidade dos idosos na perspectiva de sua qualidade de vida, posto que, nem sempre, eles são compreendidos nesse contexto.

Os referidos autores realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a vivência da sexualidade de idosos frequentadores de um grupo de convivência. Os dados foram obtidos através de entrevistas. Foi possível constatar que todos os idosos participantes demonstraram que entendem a sexualidade, salientando aspectos de natureza cultural, social, educacional e emocional. A sexualidade foi compreendida em seu sentido amplo e complexo, significando bem mais que a simples relação sexual, por que representa algo que está além do corpóreo e que nos remete para outras dimensões, como o afeto e a lealdade.

De forma semelhante, Moura, Leite e Hildebrandt (2010) investigaram a percepção de idosos frequentadores de grupos de convivência acerca da sexualidade na velhice. Através de entrevistas abertas, realizadas com 12 idosos frequentadores de grupos de convivência do município de Parabé - RS, verificou-se que, apesar da existência de tabus em

torno da sexualidade, os participantes mostraram que têm conhecimento a respeito dessa temática e ressaltaram que ela é um conjunto de atitudes e sentimentos em relação ao parceiro, que podem ser expressos por meio de carinho, beijo, abraço, toque, olhar, do ouvir e da compreensão do outro, mesmo sem o uso da palavra.

Amaral et al. (2011) realizaram um estudo para conhecer as percepções e as vivências dos idosos cadastrados em Estratégia Saúde da Família de Montes Claro – MG - sobre a sexualidade no processo de envelhecimento. A técnica que eles empregaram foi a de coleta e do o grupo focal, realizado com 10 idosos de ambos os sexos. Os resultados apontaram que, na velhice, há uma diminuição de práticas sexuais, devido às limitações em razão das alterações fisiológicas e, por vezes, patológicas, que dificultam um relacionamento mais íntimo. Todavia, alguns idosos relataram que a fase do envelhecimento tem sido de grande descoberta na vida sexual e amorosa. O estudo revelou também que, embora a maioria dos participantes compreenda a sexualidade em seu sentido amplo, que ultrapassa o ato sexual, alguns idosos se referiram à sexualidade como sinônimo de relações sexuais.

Outro estudo relevante sobre a sexualidade da pessoa idosa foi realizado em Curitiba-PR por Arcoverde (2006), que objetivou investigar a percepção dos idosos sobre essa temática. A autora constatou que os discursos desvelaram a expressão da sexualidade a partir da relação de encontro entre os corpos, que se atraem, percebem e tocam, com destaque para a redução da sexualidade às relações sexuais entre o casal. Os resultados evidenciaram também que, apesar de os idosos não terem conhecimento científico sobre as mudanças no âmbito sexual, decorrentes do processo de envelhecimento, eles as reconhecem e encontram maneiras de se adaptar a essas mudanças, para que elas não os impeçam de vivenciar sua sexualidade, posto que o desejo e a libido permanecem.

Souza e Rodrigues (2011) realizaram um estudo em torno da percepção de funcionários e idosos de uma instituição de longa permanência (ILP) acerca da sexualidade na velhice. Em relação aos primeiros, observou-se a existência de um discurso favorável às vivências sexuais na velhice, ainda que contraditória, visto que consideraram desrespeitosa a relação sexual dentro da instituição. No que concerne aos funcionários, foi verificado que esse tema ainda precisa ser bem mais discutido, pois 75% dos funcionários ainda demonstraram algum preconceito, o que contrasta com a percepção dos idosos, uma vez que 90% afirmaram que o sexo é natural nessa fase da vida como em qualquer outra fase, pois é um processo natural do ser humano. Tal fato contribui para que o idoso se isole das vivências sexuais e cause prejuízos para sua qualidade de vida.

Entende-se aqui que, ao desvelar as RS dos idosos sobre sua sexualidade, adquire-se um saber complexo e multifacetado, que influencia comportamentos e atitudes e a qualidade de vida da população idosa. Compreender a sexualidade, na ótica dos idosos, é essencial para que sejam dissipados preconceitos e estereótipos atribuídos ao idoso.

5.3 Representações sociais da qualidade de vida

Embora não exista um consenso a respeito da definição do construto qualidade de vida, sabe-se que ele se refere à avaliação que cada indivíduo faz de sua vida. Para a OMS, QV significa a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação as suas metas, expectativas, padrões e conceitos (WHOQOL Group, 1995). Assim, é imprescindível investigar as representações sociais da qualidade de vida para diferentes grupos sociais.

A questão da QV é central para se compreender e expressar o processo de envelhecimento e intervir nele, pois implica a relação do sujeito consigo mesmo, com seu meio, com a sociedade e com a cidadania. Decorre de uma visão multidimensional e articulada das condições objetivas e subjetivas, bem como das condições de vida (Faleiros & Afonso, 2008).

Para Penna e Santo (2006), a compreensão da QV na velhice está atrelada ao significado dado a essa etapa da vida pelos idosos. Assim, é necessário que sejam consideradas as referências às mudanças do corpo e às suas imagens, os contrastes sociais e culturais que caracterizam o curso da vida. Nesse direcionamento, Dalla Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) realizaram um estudo, com o objetivo de identificar o significado da QV para a pessoa idosa. Participaram da pesquisa 365 idosos, abordados em seus domicílios, no município de Botucatu. Os autores observaram que os participantes destacaram alguns fatores que consideraram essenciais para a obtenção de uma boa qualidade de vida, como por exemplo, as questões afetivas e familiares; os hábitos saudáveis, como lazer e aquisição de bens materiais, e os aspectos espirituais, como caridade, retidão e conhecimento.

Em outro estudo, Faleiros e Afonso (2008) investigaram as representações sociais da QV na velhice, por meio da realização de grupos focais, e constataram que as representações eram compartilhadas através do binômio ganho-perda, demonstrando conteúdos positivos e negativos acerca da velhice. Nesse mesmo direcionamento, Ceschin, Alquati e Ximenes (2012) investigaram o significado da QV para 30 idosos frequentadores de um grupo de convivência do SESC de Bauru-SP. Os resultados mostraram que qualidade de vida significa saúde, participação em atividades de lazer e boas condições financeiras.

Para analisar as percepções dos idosos em relação à sua QV, após a adesão a grupos de convivência, Tahan e Carvalho (2010) realizaram uma pesquisa por meio de entrevista

semiestruturada e concluíram que eles valorizaram suas atividades e atribuíram uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a saúde, destacando as atividades de lazer, a participação nos grupos de convivência e os bons relacionamentos como imprescindíveis para a satisfação com a vida. Os idosos afirmaram que a participação no referido grupo era importante para sua qualidade de vida e para a formação de uma rede social e ressaltaram a relevância das relações interpessoais com seus pares.

Face ao exposto, percebe-se que os construtos abordados nesta tese são complexos, multifacetados e devem ser investigados à luz da Psicologia Social. Refletem uma realidade cotidiana, uma necessidade de políticas públicas e um campo de investigação de diferentes ciências.

CAPÍTULO VI

ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudo 1 – *REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE DO IDOSO: Construção de uma escala*

6.1 MÉTODO

6.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem multimétodo, realizada com o objetivo de apreender as representações sociais da sexualidade elaboradas pelos idosos, com a finalidade de construir uma escala de vivências afetivas e sexuais para esta população.

6.1.2 Amostra

Utilizou-se uma amostra do tipo não probabilística de conveniência, composta por 30 idosos dos sexos masculino e feminino, com idades superiores a 60 anos (M = 66,27; DP = 3,93), freqüentadores de um grupo de convivência do município de João Pessoa – PB . O número de participantes foi estabelecido segundo o critério de saturação definido por Sá (1998).

6.1.3 Lócus

A coleta dos dados foi realizada no Clube da Pessoa Idosa, um grupo de convivência para idosos localizado no bairro do Altiplano, mantido pela Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB.

6.1.4 Instrumentos

Foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade, também denominada de entrevista aberta, entendida como aquela em que o entrevistado tem a possibilidade de

discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 2007). Esta técnica permite um aprofundamento de uma relação intersubjetiva, em que o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, a linguagem do senso comum são condições essenciais para apreender o objeto de estudo. Durante o procedimento, os participantes foram convidados a falar de forma livre e aberta sobre os sentimentos, sensações, conhecimentos, crenças acerca da sexualidade.

Os participantes responderam ainda a um questionário bio-sociodemográfico, com a finalidade de se obter informações pessoais relevantes sobre a vida dos idosos, possibilitando assim, uma obtenção do perfil da amostra.

6.1.5 Procedimentos éticos

Esta pesquisa seguiu rigorosamente os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96(1996, *10 de outubro*). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ e mediante parecer favorável (Anexo 1) foi realizada a coleta dos dados.

6.1.6 Procedimento de coleta dos dados

Inicialmente, foi realizado um contato com a coordenadora do grupo de convivência, onde foi realizada a apresentação do projeto e solicitada autorização para realização da pesquisa. Os participantes foram previamente informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Também foi destacado o caráter voluntário da pesquisa, deixando-os à vontade para escolher participar ou não da mesma. Em seguida, foi solicitado que assinassem o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas da Resolução 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (1996, *10 de outubro*).

A coleta dos dados foi realizada de forma individual nos locais de atividades aos quais os participantes encontravam-se vinculados no grupo de convivência (grupos de pintura, dança, artesanato, música, etc). As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos idosos, sendo seu conteúdo, posteriormente, transcrito na íntegra.

6.1.7 Análise dos dados

Os dados advindos das entrevistas foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temático e pelo programa ALCESTE (Reinert, 2001).

A análise de conteúdo temático refere-se a um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (Bardin, 2002). Incide sobre várias mensagens, propiciando a redução da complexidade de um conjunto de textos, podendo ser aplicada no exame de documentos escritos ou discursivo, que vão desde obras literárias até conteúdos que emergem de instrumentos como entrevistas e questionários (Coutinho, 2011).

A análise das entrevistas seguiu a ordem das etapas descrita a seguir. A primeira, de *constituição do corpus*, será formada pelos textos transcritos das entrevistas; em seguida, será feita a *leitura flutuante*, livre para tornar possível detalhar, tornando-as mais orientadas e concisas, o que permitirá a *composição das Unidades de Análise,* que consiste na emersão e definição das categorias emergentes e empíricas, codificadas e validadas, internamente, por dois pesquisadores que trabalham com o mesmo referencial teórico-metodológico. Bardin (2002) destaca ainda que as categorias empíricas devem ser elaboradas *a posteriori*, para que

seja possível a apreensão de todos os conteúdos que emergiram a partir das narrativas dos participantes, transcritas das entrevistas. De acordo com Coutinho (2011), para a realização da análise de conteúdo, deve-se seguir as seguintes etapas operacionais:

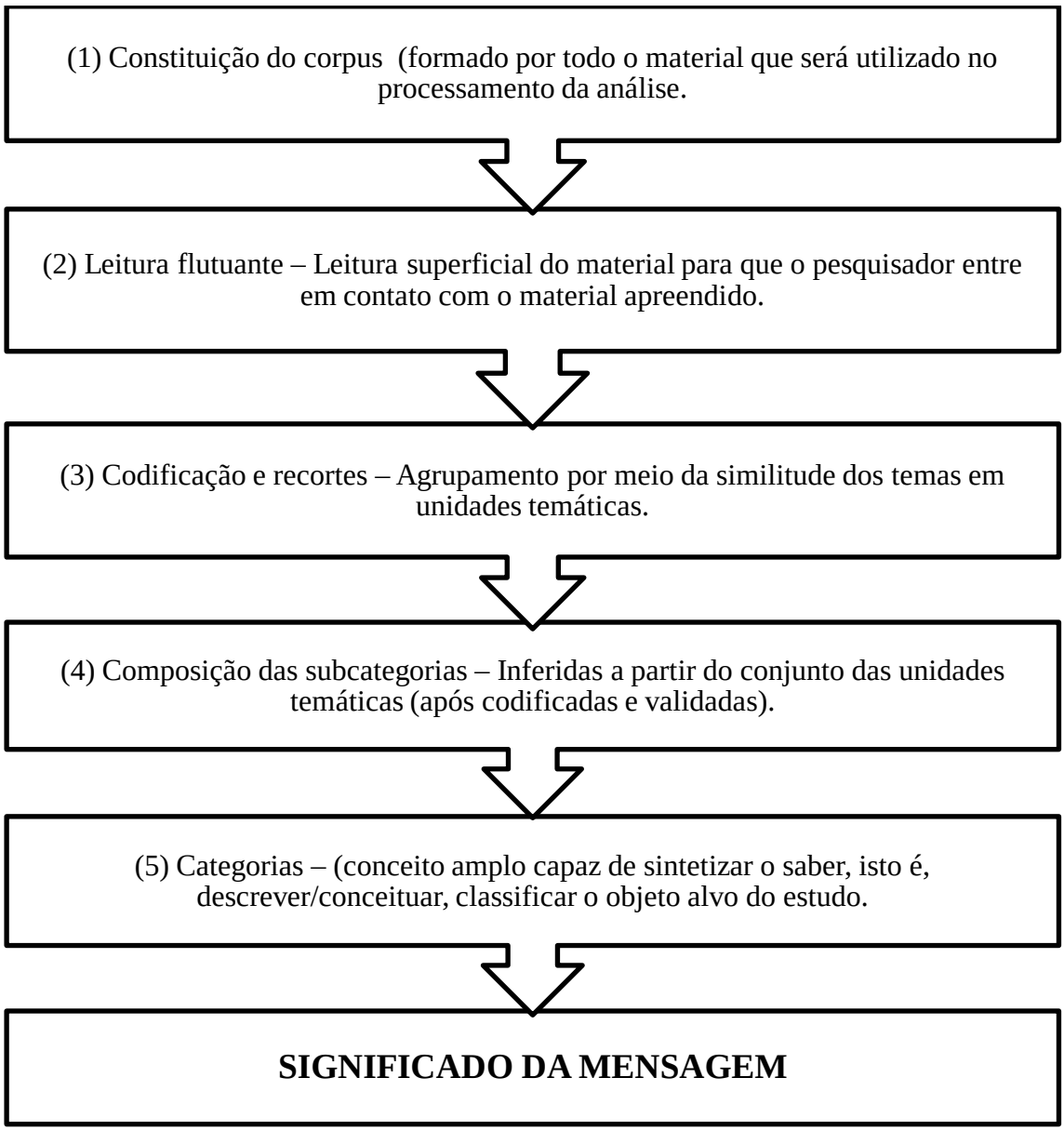


Figura 1: *Etapas operacionais da Análise de Conteúdo*

O *software* ALCESTE realiza a análise lexical de dados textuais, recorrendo às co-ocorrências das palavras contidas no texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais relevantes. Criado na França, em 1979, por Max Reinert, este programa apresenta uma organização dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classe, as relações existentes entre as mesmas, as divisões realizadas no material analisado até a formação das classes, as formas radicais e palavras associadas com seus respectivos valores de qui-quadrado (x^2), além do contexto semântico de cada classe.

O ALCESTE fornece a Classificação Hierárquica Descendente, cuja finalidade é conseguir estabelecer uma divisão entre as classes, da maneira mais nítida possível, de forma que as classes não possuam palavras sobrepostas. A Classificação Hierárquica Descendente apresenta, ainda, a posição de cada classe sob a forma de dendrograma, que permite verificar a relação entre as classes e a representatividade de cada classe, a partir do seu percentil no corpus avaliado. Assim sendo, é possível compreender a relação entre as classes.

De uma forma geral, a análise do ALCESTE é realizada através de quatro etapas operacionais: Etapa A- Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários; Etapa B- Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das UCE´s (Unidades de Contexto Elementar – segmentos de texto do corpus); Etapa C- Descrição das Classes de UCE´s; e, por fim, a Etapa D – Cálculos Complementares.

6.1.8 Descrição dos Resultados

Neste tópico serão apresentados os resultados referentes ao primeiro estudo, sendo inicialmente descritos os dados bio-sócio-demográficos dos participantes, possibilitando a caracterização do perfil da amostra. Em seguida serão apresentados os dados oriundos das entrevistas, analisados, inicialmente, pela técnica de Análise de Conteúdo e em um segundo momento a Análise Lexical realizada com o auxílio do programa ALCESTE.

6.1.8.1 Perfil da Amostra

Tabela 1

Perfil bio-sócio-demográfico dos participantes – Estudo 1(N=30)

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	06	20
Feminino	24	80
Faixa Etária		
60 a 64 anos	10	33,3
65 a 69 anos	14	46,7
Acima de 70 anos	06	20
Estado Civil		
Solteiro	01	3,3
Casado	22	73,3
Divorciado	02	6,7
Viúvo	05	16,7
Renda familiar		
1 a 3 salários mínimos	02	6,7
4 a 6 salários mínimos	22	73,3
Mais de 7 salários mínimos	06	20
Religião		
Católica	23	76,6
Evangélica	05	16,7
Espírita	02	6,7

Participaram deste estudo 30 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (80%). Observou que 33,3% dos idosos encontravam-se na faixa etária de 60-64 anos; 46,7% na faixa etária de 65-69 anos, e 20% dos idosos apresentaram idades iguais ou superiores a 70 anos. No que concerne aos aspectos econômicos, constatou-se uma predominância de indivíduos com renda familiar equivalente a 4 e 6 salários mínimos (73%). A maioria dos idosos informou pertencer a religião católica (76,6%).

6.1.8.2. Análise de Conteúdo Temático

Conforme pode-se observar na Tabela 2, em torno da classe temática sexualidade na velhice agruparam-se 4 categorias e 17 subcategorias, advindas das interlocuções dos idosos.

Tabela 2
Categorias e subcategorias advindas da Análise de Conteúdo das interlocuções dos Idosos acerca da sexualidade

CLASSE TEMÁTICA (F)	**CATEGORIA** (*F*)	**SUBCATEGORIAS** (*F*)	**F**	**%**
SEXUALIDADE DO IDOSO (277)	1. Elementos bio-psicossociais (174)	1.1 Ato sexual	28	16,1
		1.2 Carinho	23	13,2
		1.3 Amor	22	12,6
		1.4 Prazer	21	12,1
		1.5 Vida	21	12,1
		1.6 Desejo	16	9,2
		1.7 Intimidade	13	7,5
		1.8 Companheirismo	12	6,9
		1.9 Auto-estima	12	6,9
		1.10 Atitudes	06	3,4
	2. Mudanças advindas do envelhecimento (42)	2.1 Positivas	23	54,8
		2.2 Negativas	12	28,6
		2.3 Inexistentes	07	16,6
	3. Importância das vivências sexuais (28)	3.1 Necessária	22	78,6
		3.2 Desnecessária	06	12,4
	4. Percepção da sociedade (33)	4.1Preconceito/discriminação	22	66,7
		4.2 Aceitação	11	33,3

Conforme os dados contidos na Tabela 2, observa-se a emersão de um total de 277 interlocuções em torno da classe temática SEXUALIDADE DO IDOSO, distribuídas em quatro categorias e dezessete subcategorias. As referidas categorias foram assim denominadas: **Elementos Biopsicossociais**, responsável por 62,81% das interlocuções apreendidas; **Mudanças advindas do envelhecimento,** correspondendo a 15,16% das falas dos participantes; **Importância das vivências sexuais,** referente a 10,11% e, por fim, a categoria **Percepção da sociedade,** responsável por 11,92% dos recortes analisados.

Observou-se, de acordo com as falas dos atores sociais, uma maior ênfase nas interlocuções referentes aos elementos constituintes da sexualidade, embora também tenham merecido destaque as mudanças percebidas pelos idosos no campo da sexualidade decorrentes do processo de envelhecimento, sendo enfatizadas tanto as mudanças positivas quanto as negativas.

A primeira categoria refere-se aos Elementos Bio-psicossociais, sendo suas unidades temáticas agrupadas em dez subcategorias. A primeira delas, denominada **Ato Sexual**, corresponde a 16,1% dos recortes analisados e descreve a sexualidade como sendo o ato ou a relação sexual, conforme pode ser observado nos discursos a seguir:

> *" (...)sexualidade é fazer sexo (5) é a atividade sexual (3) é sexo (5) o sexo faz parte ( ) mas não se resume só a isso ( ) não é só sexo (5) não é apenas o ato sexual em si (3) o idoso ainda tem interesse por sexo ( ) nós precisamos de sexo para viver( ) isso é muito bom pra gente ( ) nós ainda fazemos sexo( ) sexo faz bem pro idoso ( )".*

A segunda subcategoria, denominada **Carinho**, foi composta por 13,2% do conteúdo analisado. Nesta, encontram-se as unidades temáticas referentes à descrição da sexualidade objetivadas no ato de carinho mútuo entre o casal, mediante os exemplos das falas a seguir:

> *"(...) sexualidade significa carinho (5) é o acariciar (3) é a troca de carícias (2) é o estar juntos ( ) querer ficar junto ( ) é o andar de mãos dadas ( ) é o dormir junto ( ) é fazer carinho um no outro ( ) são as carícias ( ) todas aquelas preliminares ( ) todo o clima que faz parte ( )troca de carinho do casal (2) é muito bom dar e receber carinho ( ) são as carícias iniciais ( ) mesmo que não aconteça o sexo propriamente dito ( )".*

A terceira subcategoria, refere-se a representação da sexualidade mediante o sentimento de **Amor** (12,6%) existente entre o casal idoso. Tais representações podem ser observadas nas falas a seguir:

> *"(...) é uma relação de amor ( ) é querer bem ( ) se sentir amada ( ) é uma forma de demonstrar o amor (2) é a expressão do amor (4) é conseqüência do amor (3) sexualidade é amor (4) é amar e ser amado ( ) a gente ama mesmo sendo velho ( ) eu acho lindo ver um casal que se ama ( ) o velho precisa de muito amor ( ) a gente só deixa de amar quando morre ( ) mais importante pra mim é o amor ( )".*

A quarta subcategoria**, Prazer,** corresponde a 12,1% dos recortes analisados na categoria Elementos constituintes da sexualidade e descreve a sexualidade como uma atividade prazerosa, conforme observa-se nos discursos a seguir:

> *"(...) sexualidade é prazer (5) é a satisfação do prazer (2) sexualidade é a busca do prazer (3) é uma coisa muito boa(3) é uma coisa muito prazerosa (2) é o prazer que sentimos em estar com alguém ( ) eu ainda sinto prazer(2) o idoso pode sentir prazer( ) acho importante que o idoso ainda possa sentir prazer( ) temos que aproveitar esses prazeres da vida ( )"*

Na quinta subcategoria, denominada **Vida** e composta por 12,1% dos recortes analisados, encontram-se as representações da sexualidade dos idosos ancoradas no viver, conforme é possível perceber nos recortes abaixo:

> *"(...)é uma forma de nos sentirmos vivos ( ) sexualidade é vida (3) é uma forma de aproveitarmos a vida ( ) faz parte da vida (4)é uma coisa normal ( ) é natural ( ) a própria criança tem sexualidade ( ) todo mundo tem ( )*

é a vida ( )é preciso viver ( ) e sexualidade é viver ( ) a gente tá vivo né? ( ) nascemos com sexualidade ( ) e morremos com ela( ) a sexualidade está presente em todas as fases da vida ( ) a sexualidade traz qualidade de vida pra gente ( )".

A sexta subcategoria referente a categoria Elementos constituintes da Sexualida diz respeito ao **Desejo** e corresponde a 9,2% do conteúdo analisado.

"(...) é o desejo (4) é a atração ( ) é uma maneira de demonstrar que somos desejados ( ) é muito bom saber que ainda despertamos desejo em alguém ( ) faz muito bem saber que alguém ainda nos deseja, mesmo na velhice ( ) a gente sente desejo (2) o velho também tem desejos ( )mesmo velhos ainda sentimos desejo um pelo outro (2)eu me sinto desejada ( ) desejo meu marido ( ) e sei que sou desejada por ele também ( )".

Na sétima subcategoria, **Intimidade** (7,5%) encontram-se as falas dos participantes que descrevem a sexualidade ancorando-se na relação íntima do casal, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

"(...) é quando um casal tem sua intimidade (2) é muito mais a intimidade do que o sexo (3) são muitas outras intimidades que o casal tem ( ) é poder ter uma certa intimidade com seu companheiro ( ) é relacionar-se intimamente com uma outra pessoa ( ) é essa coisa de intimidade (2) não tenho a possibilidade de ter essa intimidade com meu marido ( )morar com filho é ruim por isso ( ) temos o direito de ter nossa intimidade ( ) ".

A oitava subcategoria foi denominada **Companheirismo** e representa 6,9% das unidades temáticas. Tais recortes representam a sexualidade mediante o sentimento de amizade entre o casal, conforme pode ser observado a seguir:

"(...) sexualidade na velhice é muito mais aquele companheirismo ( ) é ter um companheiro ( ) é ser amigo ( ) ter amizade entre o casal ( ) uma boa conversa ( ) dar e receber atenção ( ) é companhia para todas as horas ( ) o idoso precisa ter alguém ( ) temos que viver nossa sexualidade ( ) e pra isso é fundamental o companheirismo entre o homem e a mulher( )

principalmente quando a gente fica velha( ) nós queremos é companheirismo ( )".

A nona subcategoria referente a categoria Elementos constituintes da sexualidade diz respeito à **Auto-estima** e corresponde a 6,9% das unidades temáticas analisadas.

"(...) sexualidade tem a ver com a auto-estima ( ) se você não se sente bem não se aceita, não vai desfrutar da sexualidade ( ) faz a gente se sentir bonita ( ) atraente ( ) melhora a nossa auto estima (3) faz bem pro nosso ego ( ) pra nossa auto-estima ( ) sexualidade é a auto-estima (3)".

Por fim, a última subcategoria referente aos elementos constituintes da sexualidade ndos idosos refere-se às **Atitudes** e representa 3,4% dos recortes analisados.

"(...) é um conjunto de atitudes ( ) e sentimentos ( ) depende das nossas atitudes diante da vida ( ) é uma questão de atitude ( ) é preciso ter atitude ( ) a sexualidade é muito mais uma atitude ( )".

A Categoria 2 foi denominada **Mudanças advindas do envelhecimento**, uma vez que refere-se as falas dos participantes que enfatizaram as mudanças na sexualidade decorrentes da chegada aos 60 anos. Esta categoria foi formada por três subcategorias, que classificam as referidas mudanças em **Positivas** (54,8%), **Negativas** (28,6%) e **Inexistentes** (16,6%).

Em relação às mudanças apontadas como **Positivas,** os atores sociais estacaram:

"(...) aproveitamos mais hoje do que quando éramos jovens ( ) existe muito mais carinho e cumplicidade( ) procura por novas sensações (2) formas de se relacionar ( ) significa sexo maduro ( ) experiente ( ) o sentimento de acolhimento cresce ( ) nos tempos de hoje existem os remédios( )ajudam muito nesse sentido ( ) a intimidade aumenta ( ) e a vergonha e a insegurança diminuem ( ) tem outro significado ( ) é mais amor ( ) é mais companheirismo ( )é uma coisa mais sincera (2) é menos superficial (2) para os jovens está mais na aparência ( ) na aventura ( ) na falta de vínculo ( ) quando a gente envelhece passa a ter outras prioridades ( )".

Quanto às mudanças de ordem **Negativas**, foram destacadas a seguintes falas:

> *"(...) a disposição e o ritmo não são mais os mesmos ( ) não existe mais aquele desejo ( ) só em relação à aparência física( ) em relação à gravidade ( )cai tudo ( )o desejo e a freqüência diminuem ( )a atividade sexual diminui ( )o preparo físico já não é o mesmo ( ) problemas de saúde podem interferir ( ) com a chegada da velhice chega também o cansaço ( ) tem as doenças ( ) aí a sexualidade fica limitada ( )".*

A terceira subcategoria referente às Mudanças de ordem sexual percebidas pelos idosos em decorrência da chegada na velhice foi denominada **Inexistente**, uma vez que retrata recortes das falas dos participantes que informaram não sentirem nenhuma diferença entre a sexualidade na velhice e antes dela. Esta subcategoria é responsável por 16,6% das unidades temáticas e seu conteúdo representacional é descrito a seguir:

> *"(...)meu interesse por sexo é o mesmo ( ) sempre tenho disposição ( ) não notei nenhuma diferença ( ) tenho disposição e estímulo ( ) sou casado com uma mulher de 29 anos ( )nunca perdi o interesse ( ) se você tem motivação sempre terá sexualidade( )".*

Em relação à terceira categoria denominada Importância das vivências sexuais houve o surgimento de duas subcategorias. Na primeira delas encontram-se as falas dos participantes que afirmaram ser a prática da sexualidade **Necessária** (78,6%) para a vida do idoso.

> *"(...) é muito importante para o idoso (9) é tudo de bom ( ) não temos como viver sem ela ( ) é fundamental para as nossas vidas (3) nos faz sentir mais dispostos e felizes ( ) ponto crucial no bem-estar do idoso ( ) tão importante para o idoso quanto para o jovem ( )o velho precisa disso ( ) precisa da sexualidade ( ) é muito importante ter um companheiro no fim da vida ( ) alguém para desfrutarmos a sexualidade ( ) não ter ninguém deve ser muito triste ( )"*

Já na segunda subcategoria referente à Importância da sexualidade para a vida do idoso encontram-se aqueles discursos que afirmam ser **Desnecessária** (12,4%) esta prática na velhice, conforme podemos observar nos recortes a seguir:

> *"(...)não acho que o idoso precise disso ( ) não gosto, nunca gostei ( ) acho que sempre fui frígida ( ) fazia só porque ele queria mesmo ( ) eu nunca senti falta dessas coisas ( ) nunca gostei dessas coisas, não ( )".*

Por fim, tem-se a Categoria 4, denominada **Percepção da sociedade,** que retrata as representações da sociedade geral acerca da sexualidade na velhice segundo a ótica dos idosos pesquisados. Seu conteúdo representacional foi classificado em duas subcategorias. Na primeira delas, **Preconceito e discriminação** (66,7%), os atores sociais enfatizaram em suas falas a questão do preconceito e da discriminação social percebida pelo idoso.

> *"(...)sexualidade na velhice é um tabu ( ) ninguém acha que a gente ainda faz alguma coisa ( ) nem sequer pense nessas coisas ( ) acham que estamos velhos demais para pensar em sexo ( ) que a gente não sente mais prazer ( ) não tem mais vontade ou desejo ( ) a sociedade esquece que o idos é gente ( ) acham que a gente só serve pra dar trabalho e gasto ( ) não têm ainda essa consciência ( ) não acreditam que o idoso possa gostar dessas coisas ( ) sexo não combina com velhice ( )acham que não podem namorar ( ) é feio ( ) podem pensar mal ( ) vão ser chamadas de velha assanhada e pervertida ( )a sociedade não vê com bons olhos ( ) é muito triste essa forma de pensar( ) é uma ignorância muito grande ( ) pensam que sexualidade é só sexo ( ) por isso acham que a gente não tem mais (2) só vê sexualidade como sexo ( ) essas pessoas tem uma mente muito fechada ( )".*

Em relação à subcategoria **Aceitação,** correspondente a (33,3%) das unidades temáticas analisadas, foram agrupadas as falas dos participantes que se referiram a uma percepção positiva da sociedade, conforme pode ser observado nos recortes a seguir:

> *"(...) a sociedade está mais preocupada com o bem-estar do idoso ( ) os idosos podem sim ter sexualidade ( ) consideram o amor mais importante para o casal idoso ( )não acham que o sexo seja ( ) já foi muito pior ( ) muito está sendo mudado ( ) já estão pensando diferente estão aceitando mais isso( ) a sociedade hoje em dia trata melhor o velho ( ) não acho que a sociedade discrimine ou exclua o velho da sexualidade ( ) hoje o velho tem espaço ( ) temos voz ( )".*

6.1.8.3 Análise Lexical do ALCESTE

Para a análise do material das entrevistas utilizou-se também, conforme já mencionado, o programa ALCESTE para compreensão e categorização das falas dos participantes. O referido programa realiza a análise lexical, através da qual é possível associar o léxico (palavra) e o contexto - posição da palavra no contexto, traduzindo sua mensagem (Nascimento e Menandro, 2006).

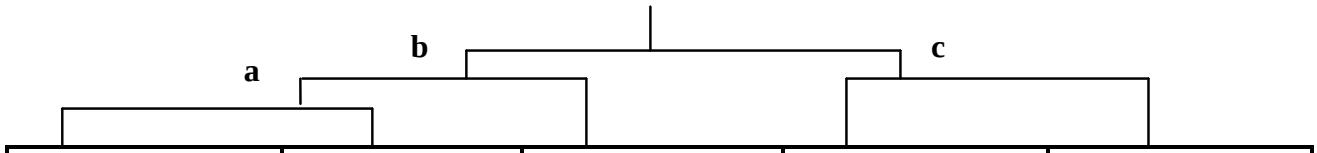
Esta análise foi constituída por um *corpus* referente a 30 UCI, totalizando 6.765 ocorrências, sendo 1.172 palavras diferentes com uma média de 6 ocorrências por palavra. Foram consideradas as palavras com freqüência igual ou superior a 6 e com $x^2 \geq 3,84$. Após a redução do vocabulário às suas raízes, foram encontrados 156 radicais e 465 UCE. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 99% do total das UCE do corpus, distribuídas em cinco classes, formadas por, no mínimo, 10 UCE.

De acordo com a Figura 2, podem ser observadas ramificações, notificadas com as letras **a, b** e **c** em que se evidenciam as aproximações entre as classes. A ramificação **a** foi composta pelo agrupamento das Classes 1 e 2, a qual denominou-se S*exualidade sob a ótica do idoso.* Já a ramificação ***b***, resultou da junção da ramificação **a** com a Classe 3. Para este agrupamento deu-se o nome de *Sexualidade e Envelhecimento enquanto aspectos naturais.* Por fim, a ramificação **c**, constituída pelas Classes 4 e 5, foi denominada de *Adversidades psicossociais da sexualidade.*

Constatou-se a emersão de cinco Classes Temáticas, conforme descrição a seguir. A Classe 1, denominada "Concepção/Significado da Sexualidade na Velhice" foi formada por 72 UCE com 26 radicais de palavras, significando 15,48% do total das UCE. A Classe 2,

“Importância da Sexualidade” foi composta por 105 UCE, com 25 radicais de palavras, correspondendo a 22,58% das UCE.

A Classe 3, categorizada como “Aspectos naturais da sexualidade”, com 87 UCE e 31 radicais de palavras, representou 18,71% do total das UCE. Já a Classe 4, denominada “Ausência das Vivências Sexuais na Velhice”, conteve 122 UCE com 32 radicais de palavras, totalizando 26,23% das UCE. Por fim, a Classe 5, definida como “Aspectos Sociais” foi constituída por 74 UCE e 27 radicais de palavras, correspondendo a 15,92% das UCE.



Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Classe 5	
16%		23 %		19 %		27 %		15 %	
Significado da Sexualidade do idoso		***Importância da sexualidade***		***Aspectos naturais da sexualidade***		***Ausência do desejo***		***Preconceitos Sociais***	
χ^2	**Palavra/ *Atributo***	χ^2	**Palavra/ *Atributo***	χ^2	**Palavra/ *Atributo***	χ^2	**Palavra/ *Atributo***	χ^2	**Palavra/ *Atributo***
23	Existe	21	Importância	23	Normal	29	Gosto	26	Mundo
15	Terceira	18	Vê	22	Digo	17	Conheceu	26	Namorar
14	Sexo	18	Jovens	13	Mulher	16	Triste	19	Vezes
12	Intimidade	13	Idosos	12	Jeito	12	Sei	16	Comecem
11	Tive	11	Diz	13	Mulher	11	Casal	10	Beijo
10	Idade	09	Para	09	Aceito	11	Velho	09	Idade
09	Entendemos	08	Do	09	Boa	08	Muito	09	Continua
08	De	14	Amor	06	Muita	08	Sabia	07	São
21	Vontade	13	Forma	06	Velhice	08	Ele	06	Intenso
17	Desejo	10	Percebo	22	Parte	08	Caso	19	Vão
15	Diferente	10	Aproveitar	21	Natural	07	Disso	14	Podem
09	Relacionamento	08	Pelo	13	Vida	23	Anos	14	Causa
08	Antigamente	06	Qualidade	09	Coisa	13	Passado	10	Todo
08	Fundamental	06	Sociedade	09	Faz	08	Tempo	09	Pensar
06	Sexualidade	06	Conjunto	07	Sexualidade	06	Mas	07	Pessoas
Sexo Masculino Casados		**Sexo Feminino Viúvas 60 a 69 anos**		**Divorciados**		**Sexo feminino Casadas 70 a 79 anos**		**Sexo Masculino Divorciados**	

Figura 2: *Dendrograma com a Classificação Hierárquica Descendente*
Legenda: ***a****= Importância da sexualidade para o idoso;* ***b****= A sexualidade enquanto processo natural no processo de envelhecimento;* ***c*** *= Adversidade psicossociais da sexualidade do idoso.*

Conforme pode ser observado na Figura 2, a primeira classe foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 23$ (existe) e $x^2 = 6$ (sexualidade). Levando-se em consideração as variáveis descritivas, pode-se caracterizá-la como um contexto lexical que foi constituído, majoritariamente, por idosos do sexo masculino e casados.

Nesta, a representação da sexualidade do idoso é apresentada com ênfase nas mudanças percebidas pelos idosos no campo da sexualidade após os 60 anos de idade, conforme pode ser observado nas seguintes UCE:

> *(...) um pouco diferente, não é como na juventude(...) existe muito mais carinho (...) mais cumplicidade do que sexo em si(...) na velhice não muda muito não, não muda praticamente nada (...) senti com a chegada da terceira idade foi só em relação à aparência (...) existem muitas outras intimidades que fazem parte da sexualidade.*

A Classe 2, que aborda a "Importância da Sexualidade" para a pessoa idosa, foi composta por palavras e radicais no intervalo de $x^2 = 21$ (importância) e $x^2 = 6$ (qualidade, sociedade e conjunto). Os participantes que mais contribuíram para a formação desta classe foram as idosas viúvas, com idades entre 60 a 69 anos, sendo seus discursos ilustrados a seguir:

> *(...) importante não só para os jovens, mas para os idosos também (...) tem sido um ponto crucial no bem-estar do idoso (...) entende que nós idosos precisamos mais do amor (...) os idosos podem sim ter sexualidade.*

A Classe 3, definida como "Aspectos naturais da sexualidade" foi composta por palavras e radicais no intervalo de $x^2 = 23$ (normal) e $x^2 = 6$ (muita e velhice). Os participantes que mais contribuíram para a formação desta classe foram os idosos divorciados. Para ilustração, seguem seus relatos:

> *(...) é uma coisa normal, toda sexualidade em toda época é boa e normal (...) a sexualidade não vai ficar prejudicada na velhice (...) sexualidade é isso, uma coisa natural, que faz parte da vida (...) sexualidade é uma coisa muito boa e que faz parte da vida (...) todos nós temos sexualidade, nascemos com ela e morremos com ela (...) coisa normal, normal que eu digo é natural (...) eu entendo que sexualidade é uma coisa natural que faz parte da vida de todo ser humano.*

A Classe 4, descreve a "Ausência do desejo" relatado pelos participantes, e foi composta por palavras e radicais no intervalo de $x^2 = 29$ (gosto) e $x^2 = 6$ (mas). As variáveis atributo que mais contribuíram para a formação desta classe foram: o sexo feminino, o estado civil casada e a faixa etária 70 a 79 anos. A seguir são apresentadas as UCE desta classe:

> *(...) o que eles querem que a gente faça é esperar pela morte (...) eu sei que ele precisava, mas eu nunca gostei dessas coisas não (...) eu sei que nem todo casal é assim como a gente (...) em casa é assim, mal fala comigo, não me procura (...) ainda mais que a gente envelhece sem dinheiro (...) queria nada com ele, mas era verdade, eu não queria mesmo.*

Por fim, a classe 5, denominada " Preconceitos Sociais", foi composta por palavras e radicais no intervalo de $x^2 = 28$ (mundo) e $x^2 = 6$ (intenso). Os participantes que mais contribuíram para a composição desta classe foram os homens divorciados. A seguir são apresentadas algumas de suas falas:

> *(...) acham que não podem namorar, que é feio e as pessoas podem pensar mal delas (...) algumas pessoas pensam que nem eu, outras pensam que acabou (...) pessoas possam pensar isso mesmo, mas você não pode deixar de viver por causa disso (...) para isso vai brigar com o mundo? Porque vai ter hora que as coisas não vão mais (...) pensa uma coisa, mas por medo ou vergonha acaba fazendo outra (...) pensam que isso está ligado à reprodução.*

6.1.8.3 Construção da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso- EVASI

A partir das análises dos dados foi construída uma escala com a finalidade de avaliar as vivências afetivas e sexuais da população idosa. Utilizando os conteúdos oriundos das categorias e subcategorias da Análise de Conteúdo e do dendrograma e pseudofrases do ALCESTE, inicialmente, foram elaborados 40 itens para compor a escala (Anexo 5).

O instrumento foi elaborado levando-se em consideração o significado da sexualidade para a população idosa, a saber: o amor, o carinho, o desejo, a intimidade, ato sexual, prazer, companheirismo, auto-estima, namoro, atitudes, bem-estar, bem como a avaliação das possíveis mudanças no campo da sexualidade decorrentes do processo de envelhecimento e sua adaptação a condição de idoso.

A escala foi denominada *Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do* Idoso e para ela foram designadas cinco possibilidades de resposta para os itens: *Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Sempre.* O conteúdo do instrumento avalia as vivências sexuais do idoso, investigando os sentimentos, comportamentos e atitudes da pessoa idosa em relação a si e ao outro (seu /sua companheiro/a).

Após a construção do referido instrumento foi realizada a análise dos itens. Tal processo contou com a avaliação de três juízes e foi realizada com a finalidade de estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência dos mesmos ao atributo medido. Todos os itens permaneceram, uma vez que os mesmos apresentaram uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes, critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere (Pasquali, 1997). A seguir são apresentados os itens que compuseram a versão inicial da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso.

Tabela 3

Itens da Versão Inicial da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso

n°	**ITENS**
1.	Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice
2.	Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)
3.	Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade
4.	Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)
5.	Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais
6.	Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim.
7.	Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos
8.	Amo meu/minha parceiro (a)
9.	As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.
10.	Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)
11.	Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)
12.	Nossa relação é recheada de muito carinho
13.	Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento
14.	Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação
15.	Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto
16.	Penso que a sexualidade na velhice é normal
17.	Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.
18.	Nossa relação é baseada em companheirismo
19.	Percebo a existência de amor em nossa relação
20.	As vivências sexuais me fazem sentir mais vivo(a)
21.	Percebo cumplicidade em nossa relação
22.	Percebo a existência do desejo em nossa relação
23.	Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)
24.	Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita
25.	Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)
26.	Sinto-me atraído por temas sexuais
27.	Sinto-me bem quando temos relações sexuais
28.	Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)
29.	Nossas vivências sexuais são prazerosas
30.	Preciso das vivências da sexualidade para viver
31.	Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento
32.	A prática da sexualidade me proporciona bem-estar
33.	Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais
34.	As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa
35.	Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim
36.	Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar
37.	Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo
38.	Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade
39.	Sinto que a sociedade exclui o idoso das vivências sexuais
40.	As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento

6.1.9 Análise e discussão dos Resultados

Por meio da análise de conteúdo temático das entrevistas dos idosos houve a emersão de quatro categoriais e dezesete subcategorias que traduzem as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade. Conforme as interlocuções dos participantes observou-se que a sexualidade foi objetivada através de seus elementos constituintes: ato sexual, carinho, amor, prazer, desejo, intimidade, companheirismo, auto-estima e atitudes. Desta forma, infere-se que os idosos não compreendem a sexualidade como algo limitado, e sim como um processo complexo do qual fazem parte outras emoções e comportamentos que não se reduzem apenas ao ato sexual. Nesse sentido, os idosos extrapolam o significado meramente fisiológico da sexualidade, compreendendo-a em seu sentido macro.

As representações sociais da sexualidade elaboradas pelos idosos demonstraram situações contrastantes, que oscilam entre mudanças positivas e negativas no campo sexual ocasionadas pelo processo de envelhecimento humano. Segundo Mendonça e Ingold (2006), a sexualidade muda no decorrer do tempo, uma vez que as pessoas mudam, crescem, tornam-se cada vez mais elas mesmas. Estas vivências revelam o que o indivíduo é; trazendo em si o que já foi e a possibilidade de vir a ser. É na sexualidade de cada um que está impressa e expressa a história pessoal, bem como o modo de lidar com a trajetória do envelhecimento. Os idosos descobrem outros prazeres, adaptam-se a sua condição, conseguem encontrar para cada problema um novo modo de viver (Moura, Leite & Hildebrandt, 2008).

Discursos ambíguos também foram verificados nas categorias *Importância das vivências sexuais* e *Percepção da sociedade.* Na primeira, foram observadas interlocuções que caracterizam as vivências sexuais como algo necessário à pessoa idosa, bem como discursos dos atores sociais que afirmaram não possuir interesse e/ou desejo por essas vivências. Já na

última categoria, a controvérsia está na percepção positiva ou negativa da visão da sociedade acerca da sexualidade do idoso.

Constatou-se que para a maioria dos atores sociais, a prática da sexualidade não é algo percebido como possível ou necessário aos idosos, demonstrando preconceito em relação à sua expressão por parte dessa população. De fato, padrões de comportamento são criados pela sociedade, que limitam a sexualidade humana a um período compreendido entre a puberdade e a juventude, não sendo, portanto, esse tipo de comportamento reforçado, e nem ao menos considerado como aceitável, durante velhice. Ao contrário, o idoso é, muitas vezes, vítima de preconceito, o que acarreta grande perda em sua qualidade de vida.

É válido ressaltar que as atitudes discriminatórias em relação à velhice, por vezes são expressas através de reações de afastamento, desgosto e ridicularização, de modo que, ainda nos dias atuais, o idoso é visto como uma pessoa incapaz e inútil (Neri & Freire, 2000). Por não apresentarem o perfil ideal estipulado pela sociedade, os idosos são, freqüentemente, percebidos como seres assexuados, sendo a expressão sexual algo impróprio ou até mesmo proibido para a pessoa idosa.

De acordo com Negreiros (2004), o idoso, com medo de se tornar ridículo e também para fugir do estigma de "velho (a) assanhado (a)", passa a adotar, em geral, uma postura discreta, reprimindo suas atitudes e desejos sexuais, o que, consequentemente, leva à uma perda na qualidade de vida desta população. Especificamente em relação às idosas, a autora afirma que a maioria destas passa a dedicar-se à família através de apoio doméstico a filhos que necessitam de cuidados com netos, doentes ou pessoas ainda mais idosas do núcleo familiar. A suspensão ou abandono involuntário da sexualidade pode acelerar o processo de envelhecimento, repercutir negativamente na saúde geral e, consequentemente trazes prejuizos a qualidade de vida da pessoa idosa (Pascual, 2002).

As classes obtidas com auxílio do programa ALCESTE atuaram de maneira complementar à análise de conteúdo temático, possibilitando uma melhor compreensão acerca das representações sociais da sexualidade dos idosos. Foram ressaltados o significado e a importância das vivênciais sexuais para a pessoa idosa, sendo possível perceber ainda que a sexualidade foi compreendida como um aspecto natural da existência humana. A ausência do desejo sexual também foi expresso através das falas dos participantes, especialmente no que se refere às idosas, casadas e com idades mais avançadas.

Embora a sexualidade não possa e não tenha sido limitada unicamente ao ato sexual, verificou-se que as representações sociais elaboradas pelos idosos foram objetivadas, principalmente pelo ato sexual. Percebe-se que o mesmo corresponde a uma prática cotiana na vida das pessoas idosas, promovendo bem-estar e qualidade de vida.

Embora tenham sido ressaltadas as mudanças na sexualidade decorrentes do processo de envelhecimento, observou-se uma visão positiva acerca das vivências sexuais na velhice. De acordo com Viana (2008), as mudanças que ocorrem na vida sexual durante o processo de envelhecimento são positivas e em muitos aspectos melhores do que os anos da juventude. Isso se deve ao fato da criação destes idosos, muitas vezes repleta de tabus e proibições. Desta forma, com o passar dos anos,ganham experiência sexual, confiança em si mesmos e no(a) parceiro(a), podendo usufruir mais prazerosamente da sua sexualidade.

Ancorando-se em sentimentos como o amor e o bem-estar, os participantes destacaram os benefícios das vivências sexuais, que, de fato, tem sido considerada como um dos fatores que mais contribuem positivamente para a qualidade de vida do idoso (Ballone, 2002). A sexualidade foi compreendida como um fenômeno complexo e multifacetado, no qual fazem parte múltiplos fatores, conforme pode-se observar na figura 3 que reflete os elementos constituintes da sexualidade.

Figura 3: Elementos constituintes da sexualidade do idoso

As mudanças decorrentes do processo de envelhecimento também foram enfatizadas pelos atores sociais, avaliadas majoritariamente como positivas. Tal fato é de extrema relevância, pois as vivências sexuais proporcionam ao idoso a possibilidade da realização pessoal, refletindo a intimidade e a cumplicidade, enriquecendo as relações humanas.

Para Capodieci (2000), as pessoas idosas possuem mais tempo para o amor, podendo dedicar-se mais aos relacionamentos sociais e sentimentais, sendo possível que, na velhice, as vivências sexuais alcancem seu nível mais maduro. Assim sendo, a sexualidade na velhice é fisiologicamente possível, emocional e afetivamente enriquecedora, fortalecendo a

importância do carinho, do apego, a comunicação, o companheirismo e o cuidado mútuo (Urquiza, Thumala, Cathalifaud, Ojeda & Vogel, 2008).

Os idosos demonstraram, através de seus discursos, uma atitude favorável frente à sexualidade na velhice, caracterizando-a como um processo natural que faz parte de suas vidas atualmente. Estes resultados corroboram com os estudos desenvolvidos por Jordão Netto (1997), que afirma que a sexualidade é algo inerente à vida do ser humano, presente em nossas vidas desde o nascimento até a morte.

Não foi observado no discurso dos idosos elementos relacionados à religião ou cultura que expressassem alguma inibição ou até mesmo rejeição a estas vivências pela pessoa idosa. Sabe-se que o comportamento sexual é baseado em vários princípios e que estes valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando a maneira de vivenciar e lidar com a sexualidade por toda vida. Estes resultados vem de encontro aos estudos de Dantas, Silva e Loures (2002), no qual afirmam que a geração atual de idosos é fruto de uma educação muito severa, onde seus pais tinham por orientação sexual os conceitos repressores, entendendo o exercício da sexualidade como algo sujo e pecaminoso.

O discurso dos idosos também evidenciou uma série de fatores que influenciam negativamente nas vivências sexuais, como a existência alguma patologia ou mesmo as dificuldades financeiras. De acordo com Vasconcellos *et al* (2004), a vivência da sexualidade na velhice, bem como nas demais etapas do desenvolvimento, dependem de uma série de fatores como a saúde física, status conjugal, preconceitos, dentre outros. Para esses autores, a regularidade das práticas sexuais nessa faixa etária está relacionada, freqüentemente, com as oportunidades decorrentes da situação conjugal, pois a falta de parceiro disponível pode explicar o abandono das atividades sexuais.

Outras explicações também podem ser encontradas no âmbito das experiências de vida prévias e relativas, especificamente, a qualidade da relação conjugal e sexual desenvolvida ao longo da vida. Conforme ressalta Pires (2006), algumas mulheres idosas costumam rejeitar as atividades sexuais em função de, ao longo de suas vidas, não terem sido estimuladas de forma satisfatória por seu(s) companheiro(s), tendo praticado sexo de forma mecânica e não prazerosa, não atingindo, muitas vezes, o orgasmo. Pessoas que não se satisfaziam com suas atividades sexuais nos anos da juventude, costumam utilizar a condição de idoso como desculpa para abandonarem a vida sexual ativa. Segundo Beauvoir (1990), a vida sexual prolonga-se tanto mais quanto mais rica e mais feliz tiver sido ao longo do curso da vida.

Conhecer as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade forneceu os subsídios necessários para a construção de um instrumento capaz de de avaliar as vivências dos idosos no campo afetivo e sexual. Observou-se que os 40 itens elaborados para a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI) abrangeram todos os conteúdos apreendidos pelas representações sociais dos idosos acerca da sexualidade. Constatou-se ainda, mediante análise dos juízes, a adequação dos itens ao construto medido, bem como a facilidade de compreensão dos itens e das respostas.

6.1.10 Considerações Parciais

A sexualidade é um elemento essencial para uma boa qualidade de vida na velhice, sendo de fundamental importância a compreensão acerca da forma como esta população a percebe e vivencia. A apreensão das representações sociais da sexualidade na velhice permitiu a compreensão dos pensamentos, sentimentos e percepções desse grupo, bem como suas crenças, valores e atitudes.

Mediante análise dos dados, pôde-se observar que os idosos pesquisados demonstraram ter entendimento acerca da sexualidade e da importância da mesma para suas vidas. A mesma foi representada de forma semelhante à descrição científica, que a caracteriza como algo complexo que não se resume apenas ao ato sexual. Sua concepção foi apontada como um conceito plural, multifacetado com significados que vão desde a troca de carinhos, beijos, abraços, desejo, prazer, amor, intimidade, segurança, sexo, felicidade até o ato sexual.

Os participantes demonstraram, através de suas falas, a aceitação das práticas sexuais na velhice, sendo algumas de suas expressões o carinho, o companheirismo e a intimidade. Observou-se, de acordo com as interlocuções dos participantes, a existência de alguns fatores que interferem de forma negativa nas vivências sexuais dos idosos, como a presença de alguma patologia orgânica ou dificuldades financeiras.

Em relação aos aspectos sociais, foi destacada a percepção negativa da sociedade acerca da sexualidade na velhice, gerando preconceito e discriminação contra a pessoa idosa, o que pode acarretar sérios prejuízos a sua qualidade de vida. Por outro lado, sabe-se que a possibilidade de expressar e vivenciar a sexualidade de maneira livre e espontânea atua como um fator capaz de proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável e feliz.

Ressalta-se, por fim, que continuar exercendo as atividades sexuais aos 60 anos ou mais é um desejo pessoal de cada um e, se desejado, é um exercício prazeroso e saudável que estimula o cotidiano das pessoas, desde os pequenos gestos, até os mais expressivos, numa atmosfera de segurança, carinho e reciprocidade.

CAPÍTULO VII - ESTUDO 2

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS AFETIVAS E SEXUAIS DO IDOSO - EVASI

Estudo 2 - *VALIDAÇÃO DA ESCALA DE VIVÊNCIAS AFETIVAS E SEXUAIS DO IDOSO* – EVASI

7.1 MÉTODO

7.1.1 Tipo de estudo

Mediante os resultados obtidos no Estudo 1, foi realizado o segundo estudo, com o objetivo de validar a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso. Trata-se de uma pesquisa de campo, utilizando-se de um enfoque quantitativo.

7.1.2 Amostra

A amostra foi composta por 200 idosos, dos sexos masculino e feminino, com idades iguais ou superiores a 60 anos (M = 67,1; DP =4,9) , frequentadores de grupos de convivência do município de João Pessoa – PB. Como critério de inclusão da amostra estabeleceu-se o fato de o idoso(a) ser casado ou possuir um (a) companheiro (a) fixo, uma vez que os itens da escala referem-se as vivências sexuais relacionadas ao casal.

7.1.3 Lócus

A coleta de dados deste estudo foi realizada em dois Grupos de Convivência para Idosos localizados no município de João Pessoa – PB, conforme descrição a seguir:

a) Clube da Pessoa Idosa:

Conforme descrito no Estudo 1 desta tese, o Clube da Pessoa Idosa é um grupo de convivência para idosos, localizado no bairro do Altiplano em João Pessoa- PB. O referido grupo é administrado pela Secretaria do Desenvolvimento Social (SEDES) e vinculado ao Instituto de Previdência do Município. Diversas atividades são ofertadas a população idosa,

como cursos, oficinas, atividades esportivas e de lazer as pessoais idosas do município de João Pessoa – PB.

b) Grupo Boa Idade:

Localizado no Primeiro Grupamento de Engenharia de Construção/Exército Brasileiro – 1º Gpt. E., é composto por idosos usuários do Sistema de Saúde do Exército, entre dependentes e pensionistas. Foi criado há 7 anos, pelos serviços de Psicologia e Serviço Social do Hospital de Guarnição de João Pessoa. É um espaço de convivência semanal, onde se desenvolvem atividades de promoção e prevenção da saúde, socialização e trabalhos artesanais.

7.1.4 Instrumentos

Os participantes responderam a dois instrumentos: a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais dos Idosos (EVASI), construída no estudo 1; e um questionário bio-sócio-demográfico. O primeiro instrumento EVASI constituído por 40 itens distribuídos em 3 dimensões: *Relação Sexual; Afetividade e Aspectos físicos e sociais.* O último teve a finalidade de apreender o perfil da amostra. Os itens investigaram aspectos como: sexo, idade, estado civil, filhos, religião, renda pessoal e familiar, dentre outros.

7.1.5 Procedimento de Coleta dos Dados

Previamente foi realizado um contato com os responsáveis pelos grupos de convivência para apresentação do projeto e solicitação de autorização da pesquisa. Em seguida foram agendadas as datas para coleta dos dados, de acordo com o cronograma de atividades realizadas pelos idosos em cada instituição. Os dados foram coletados de forma

individual mediante esclarecimento acerca do estudo e, posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7.1.6 Análise dos Dados

Utilizou-se o programa estatístico PASW (versão 18) para análise e tabulação dos dados. O seu uso permite gerar relatório tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizadas na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis.

Neste estudo foram realizados dois tipos de análise estatística: a descritiva se relaciona com medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão) e análise multivariada (análise fatorial exploratória, alfa de cronbach e correlação r de Pearson).

Verificou-se previamente a adequação para a análise estatística, considerando dois indicadores KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e Teste de Esfericidade de Bartlett, com a finalidade de verificar se a matriz de correlação entre os itens é ou não fatoriável.

KMO é um índice utilizando para comparar a magnitude dos coeficientes de correlação simples observados em relação às magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Já o Teste de Esfericidade de Bartlett é uma estatística de verificação usada para examinar a hipótese de que as variáveis não estejam correlacionadas na população (Bisquerra, 1989). Portanto, considera-se o KMO inferior a 0,50 inaceitável, sendo valores desejáveis que se aproximem de 1. Por outro lado, o Teste de Esfericidade de Bartlett precisa apresentar um valor de qui-quadrado (χ^2) que seja significativo, isto é, $p < 0,05$.

Na análise fatorial exploratória foram considerados três critérios para a definição/extração do número de componentes, nomeadamente: Kaiser, Cattell e análise paralela. O critério Kaiser deve apresentar valor próprio igual ou superior a 1, já o critério de Cattell apresenta os valores próprios em um gráfico, isto é, scree plot (gráfico dos autovalores

versus número de fatores por ordem de extração) e a análise paralela onde indica a não necessidade de realizar o desdobramento.

Os valores referentes ao Alfa de Cronbach de acordo com a literatura especializada é que assuma valores superiores a 0.70 (Bisquerra, 1989). A análise de correlações r de Pearson foi realizada com a finalidade de verificar as relações existentes entre os fatores da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI).

7.1.7 Descrição dos resultados

7.1.7.1 Perfil da Amostra

Participaram deste segundo estudo, 200 idosos cuja caracterização bio-sócio-demográfica encontra-se descrita na tabela a seguir:

Tabela 4
Perfil bio-sócio-demográfico dos idosos frequentadores de grupos de convivência- Estudo 2 (N=200)

VARIÁVEL	*N*	*%*
Sexo		
Feminino	131	65,5
Masculino	69	34,5
Faixa Etária		
60 a 70	136	68
71 a 80	58	29
Acima de 80 anos	06	3
Estado Civil		
Casado	184	92
União Estável	11	5,5
Namorando	05	2,5
Tempo de Relacionamento		
Até 10 anos	12	6
10 a 20 anos	21	10,5
21 a 30 anos	40	20
Mais de 30 anos	127	63,5
Quantas vezes foi casado(a)		
1 Vez	143	71,5
2 Vezes	49	24,5
Mais de 2 vezes	08	4
Filhos		
Não tem filhos	2	1
1 a 3 filhos	88	44
4 a 6 filhos	75	37,5
Mais de 6 filhos	35	17,5

A maioria dos idosos participantes era do sexo feminino e se apresentaram divididos entre as três faixas etárias categorizadas. Majoritariamente eram casados e com tempo de relacionamento superior a 30 anos. Verificou-se ainda que a maioria dos idosos participantes casou apenas uma vez ao longo da vida e tiveram filhos.

Tabela 5
Perfil bio-sócio-demográfico dos idosos - Estudo 2 (N=200)

VARIÁVEL	N	%
Com quem mora		
Sozinho (a)	05	2,5
Companheiro(a)	107	53,5
Companheiro(a) e filhos	74	37
Companheiro(a), filhos e netos	14	7
Escolaridade		
Ensino Fundamental	40	20
Ensino Médio	71	35,5
Ensino Superior	66	33
Pós- graduação	23	11,5
Religião		
Católica	128	64
Evangélica	60	30
Espírita	11	5,5
Outras	01	0,5
Renda Pessoal		
Sem renda	12	6
1 salário mínimo	45	22,5
2 a 5 salários mínimos	92	46
6 a 9 salários mínimos	37	18,5
A partir de 10 salários mínimos	14	7
Renda Familiar		
1 salário mínimo	02	1
2 a 5 salários mínimos	100	50
6 a 9 salários mínimos	75	37,5
A partir de 10 salários mínimos	23	11,5

Ainda no que concerne ao perfil dos participantes, observou-se que a maioria destes reside com companheiros e filhos e é adepta da religião católica. A escolaridade dos mesmos variou majoritariamente entre o ensino médio e o ensino superior e suas rendas pessoais e familiares variaram de 0 a mais de 10 salários mínimos

7.1.7.2 <u>Validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso</u> (EVASI)

Para a realização da analise fatorial exploratória, levou-se em consideração dois indicadores: KMO = 0,96 e Teste de Esfericidade de Bartlett χ^2 (780) = 8745,24; $p < 0,001$, considerados satisfatórios, evidenciando a fatoriabilidade da matriz de correlação entre os itens da Escala. Em seguida procedeu-se uma análise dos componentes principais sem fixar o número de fatores a extrair, utilizando o método de rotação varimax. Numa primeira análise fatorial exploratória dois itens *(24- Sinto-me atraído por temas sexuais; 39 – Sinto que a sociedade exclui os idosos das vivências sexuais)* foram excluídos devido à carga fatorial não atingir o valor de 0,40 considerada satisfatória (Pasquali, 2001)

Após a exclusão dos itens mencionados, realizou-se uma segunda análise fatorial exploratória considerando o critério de Kaiser, valor próprio *(eingenvalue)* igual ou superior a 1, foi possível encontrar seis componentes. Os valores encontrados foram: 21,97; 2,83; 1,88; 1,33; 1,08; 1,01. De acordo com o critério de Cattel que trata da distribuição gráfica dos valores próprios, verificou-se a viabilidade para retenção de três componentes.

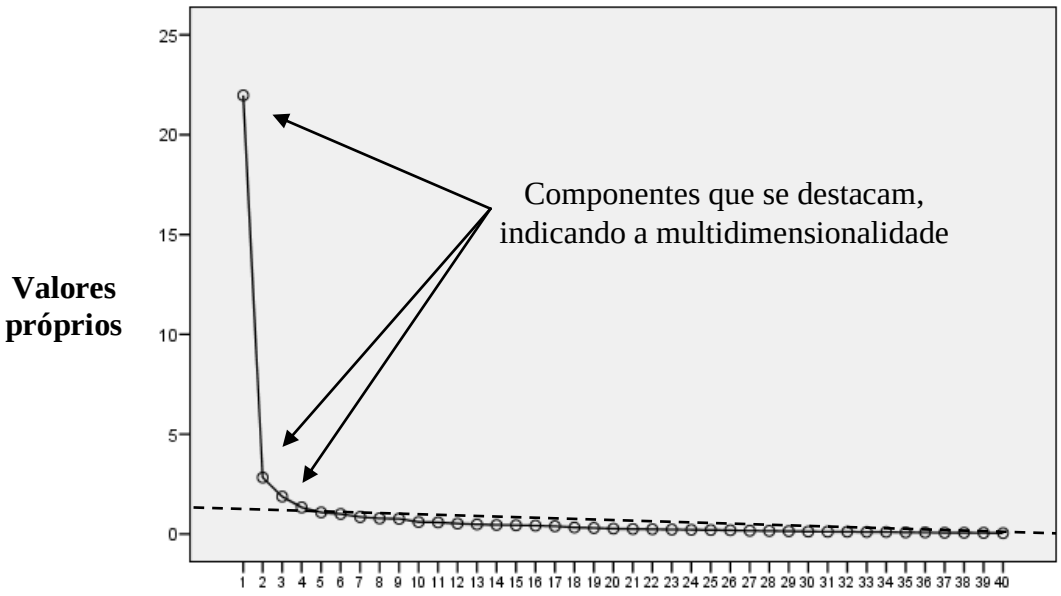


Figura 4: Distribuição gráfica dos valores da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso

Os achados previamente relatados devem ainda ser ponderados em razão da análise paralela, admitindo os parâmetros do banco de dados (200 participantes e 40 itens) considerando 1.000 simulações cujos resultados figuram nas duas últimas colunas da Tabela 6. Nesta, observa-se três componentes que apresentam valores próprios, invariavelmente, superior aos valores próprios produzidos aleatoriamente. Portanto, verificou-se a existência de três dimensões para a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso, denominados "Ato sexual"; "Relações afetivas" e "Adversidades física e social" respectivamente. A nomeação das dimensões se mediante interpretação dos conteúdos de cada item.

Tabela 6.
Valores próprios observados e simulados para a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso-EVASI

Análise de Componentes (observado)	Análise Paralela (simulação)	
	M	Percentil
21,97	**1,97**	**2,09**
2,83	**1,85**	**1,94**
1,88	**1,76**	**1,83**
1,33	1,69	1,75
1,08	1,62	1,67
1,01	1,56	1,61

Em seguida, verificou-se as cargas fatoriais, os índices de consistência interna (Alfa de Cronbach) e homogeneidade (correlação item-item corrigida, ri.t), conforme demonstrado na tabela 7 para a dimensão Ato Sexual.

Tabela 7.

Estrutura fatorial da dimensão Ato Sexual

Item	Conteúdo	Carga
20	As vivencias sexuais me fazem me sentir mais vivo(a).	0,85*
27	Sinto-me bem quando temos relaçoes sexuais	0,84*
14	Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relaçao	0,84*
29	Nossas vivências sexuais são prazerosas	0,83*
10	Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)	0,82*
05	Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais	0,81*
09	As vivências sexuais fazem bem para a minha autoestima.	0,81*
22	Percebo a existência do desejo em nossa relação	0,81*
30	Preciso das vivências da sexualidade para viver	0,78*
04	Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)	0,76*
26	Sinto-me bem quando temos relações sexuais	0,75*
11	Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)	0,75*
32	A prática da sexualidade me proporciona bem-estar	0,7*
36	Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar	0,7*
35	Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim	0,69*
40	As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento	0,66*
37	Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo	0,57*
01	Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice	0,55*
Número de Itens		18
Valor Próprio		21,97
% Variância		54,92%
Alfa de Cronbach		0,96
Homogeneidade (*r*i.t corrigida)		0,57

* carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente: 0,40

A dimensão Ato Sexual reuniu dezoito itens, com saturações variando de 0,85 (Item 20) a 0,55 (item 01). Seu valor próprio foi de 21,97, explicando 54,92% da variância total. A Consistência Interna (Alfa de Cronbach) do fator 1 foi de 0,96 e o valor da homogeneidade foi de 0,57%. Pode-se, então, admitir que a dimensão Ato Sexual possa ser utilizada para avaliar a sexualidade do idoso.

Em seguida, procedeu-se com as mesmas análises anteriormente descritas para a dimensão Relações Afetivas, conforme pode-se observar na tabela 8.

Tabela 8
Estrutura fatorial da dimensão Relações Afetivas

Item	Conteúdo	Carga
07	Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos	0,86*
06	Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim	0,82*
18	Nossa relação é baseada em companheirismo	0,82*
19	Percebo a existência de amor em nossa relação	0,81*
23	Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)	0,79*
08	Amo meu/minha parceiro (a)	0,78*
25	Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)	0,77*
28	Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)	0,75*
12	Nossa relação é recheada de muito carinho	0,73*
21	Percebo cumplicidade em nossa relação	0,7*
17	Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.	0,65*
02	Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)	0,63*
15	Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto	0,6*
34	As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa	0,57*
03	Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade	0,51*
16	Penso que a sexualidade na velhice é normal	0,5*
13	Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento	0,49*
Número de Itens		17
Valor Próprio		2,83
% Variância		7,07%
Alfa de Cronbach		0,96
Homogeneidade (*r*i.t corrigida)		0,59

* carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente: 0,40

Conforme pode ser observado na tabela 7, a dimensão Relações Afetivas reuniu dezessete itens, com variações de saturação de 0,86 (item 7) a 0,49 (Item 13). O valor próprio deste componente foi 2,83, explicando 7,7% da variância total. O Alfa de Cronbach foi de 0,96 e a Homogeneidade foi de 0,59.

Por fim, foi realizada a análise para extração dos itens para a terceira dimensão que se relaciona com as Adversidades física e social, cujos dados são apresentados na tabela 9.

Tabela 9
Estrutura fatorial da dimensão Adversidades Física e Social

Item	Conteúdo	Carga
33	Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais	0,84*
31	Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento	0,80*
38	Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade	0,62*
Número de Itens		3
Valor Próprio		1,88
% Variância		4,69%
Alfa de Cronbach		0,71
Homogeneidade (*ri*.t corrigida)		0,45

Nota: * carga fatorial considerada satisfatória para interpretação do componente, |0,40|

A dimensão *Adversidades física e social* aglutinou 3 itens, apresentando saturações entre 0,84 (Item 33) e 0,62 (Item 38). O valor próprio de 1,88, correspondendo à explicação de 4,69% da variância total. A consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de 0,71 e a Homogeneidade 0,45. Estes resultados demonstram a aplicabilidade dessa dimensão para avaliação da sexualidade do idoso.

Em seguida, buscou-se conhecer em que medida e direção essas dimensões estão correlacionadas entre si, sendo necessário calcular uma pontuação total média para cada uma e correlacioná-las. Os resultados são apresentados a seguir na Tabela 10.

Tabela 10
Estatística Descritiva e Correlação das Dimensões

Dimensão	M	DP		
Ato Sexual	3,42	1,08		
Relações Afetivas	4,07	0,84	0,81**	
Adversidades Fisica e Social	2,39	0,92	0,04	- 0,54

Nota: ** $p < 0,001$

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 10, verifica-se que a dimensão Ato Sexual correlaciona-se forte e positivamente com a dimensão Relaçoes Afetivas ($r = 0,81$; $p < 0,01$), evidenciando que quanto maior a frequência das relações sexuais entre os parceiros idosos, maior será o vínculo afetivo entre o casal. Constatou-se a falta de correlação entre as dimensões Adversidades fisica e social e a dimensão Ato Sexual, bem como em relação a dimensão Relações Afetivas. Tal fato, provavelmente, justifica-se pela pequena quantidade de itens que compuseram a dimensão 3 (Adversidades física e social), que foi constituída por um número mínimo aceitável de itens.

7.1.8 Análise e discussão dos resultados

Dados bio- sócio- demográficos

Mediante análise dos dados bio- sócio- demográficos da amostra, observou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino. A explicação para este pode estar baseada na explicação da longevidade, onde sabe-se, atualmente que as mulheres possuem uma longevidade maior que os homens (IBGE, 2010); e também pela presença predominantemente feminina nos grupos de convivência para os idosos (Moura, Leite e Hildebrandt, 2008).

A maior longevidade de idosos pertencentes ao sexo feminino tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica (Torres, G.V., Reis, Reis e Fernandes, 2009).

Constatou-se ainda que os idosos pesquisados encontravam-se distribuídos nas três faixas etárias categorizadas, estando a maioria com idades entre 60 e 70 anos. As três faixas etárias utilizadas (60 a 70 anos; 71 a 80 anos e acima de 80 anos) foram baseadas nos estudos de Minayo (2005), que as denominou de terceira idade, quarta idade e quinta idade, respectivamente.

Conforme descrito anteriormente, utilizou-se como critério de inclusão da amostra, o estado civil dos participantes, sendo permitido apenas que os casados ou com companheiros fixos participassem, uma vez que os itens da escala foram baseados na relação existente entre o(a) idoso(a) e seu/sua companheiro(a). Nesse sentido, observou-se que a maioria (92%) era casada, embora ainda tenham participado da pesquisa idosos que estivessem namorando ou que possuíssem uma união estável. A quase totalidade dos participantes (99%) afirmou ter filhos, sendo a categoria de 1 a 3 filhos a que apresentou maior percentual.

A maioria dos participantes morava com os companheiros (53,5%) e com companheiros e filhos (37%). Para as vivências sexuais este aspecto é bastante relevante, uma vez que a privacidade para o casal é essencial para que a sua sexualidade possa ser desfrutada da melhor maneira possível. Estudos como o de Ribeiro, A., (2002) ressaltam que muitas vezes os filhos são negam a sexualidade de seus pais, não considerando as vivências sexuais como algo possível ou necessário.

Os dados referentes ao grau de escolaridade dos participantes demonstraram que a pesquisa envolveu desde idosos que possuíam apenas o ensino fundamental até os com pós-graduação. No que concerne à religião, observou-se maior predominância de idosos adeptos da religião católica, fato este que corrobora com dados do IBGE (2010), que afirma que o Brasil é um país predominantemente católico. Por fim, foram investigados os aspectos

econômicos dos participantes, sendo verificado que a renda pessoal e familiar apresentou-se de forma bem diversificada, abrangendo tanto indivíduos menos favorecidos economicamente até os com maior poder aquisitivo.

Validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso - EVASI

De acordo com as análises do estudo 2 foi possível realizar a validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI) que apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios. Houve a necessidade de exclusão de dois itens (24 e 38) devido a sua carga fatorial não ser considerada satisfatória de acordo com a literatura (Pasquali, 1997) Por esta razão, esses dois itens não serão incluidos na versão final do instrumento, que contará com apenas 38 itens (Anexo 6).

De forma resumida, o processo de elaboração e validação do referido instrumento seguiu o seguinte percurso:

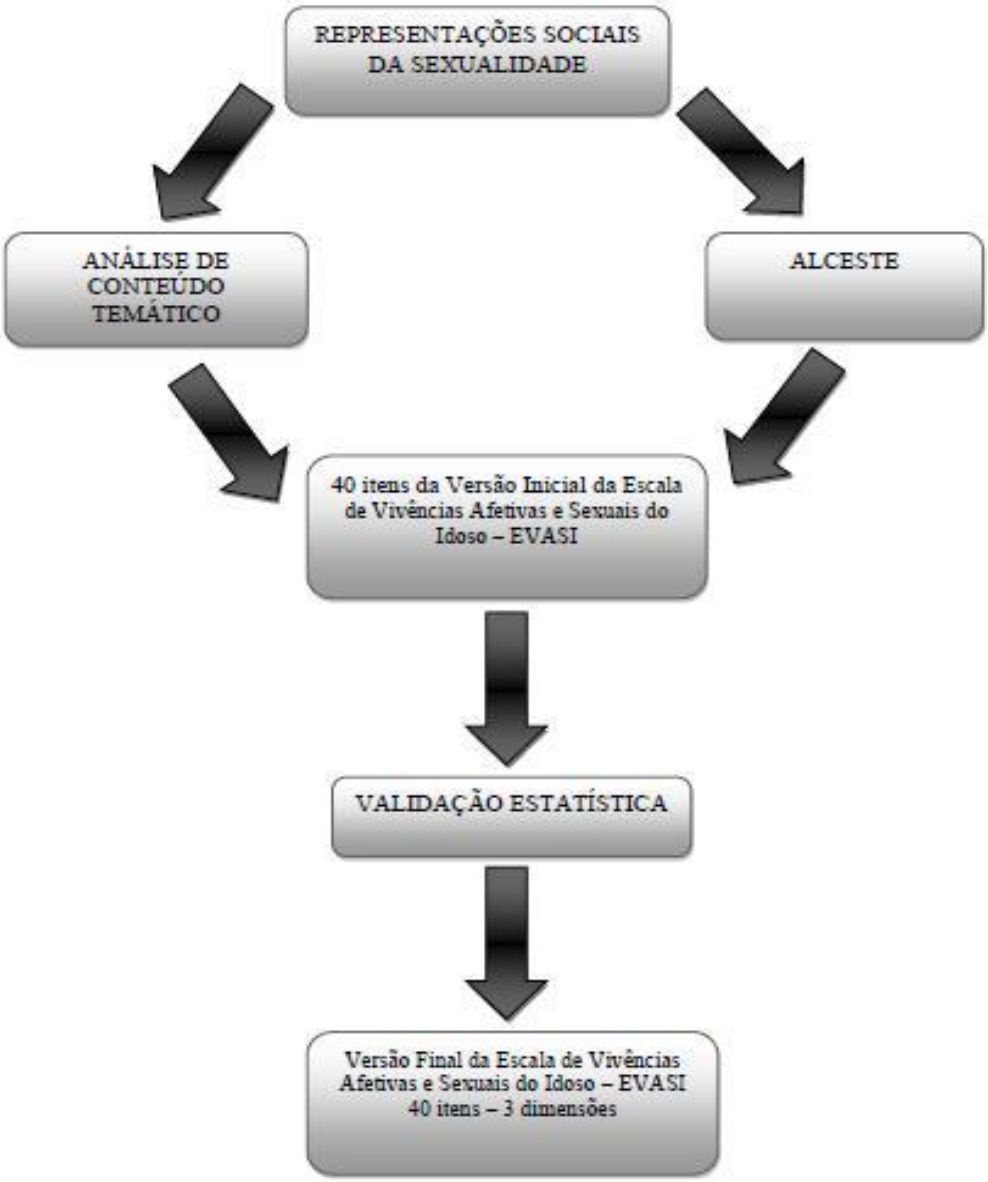


Figura 5: Sinopse – Construção da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso - EVASI

O instrumento aborda o construto sexualidade de forma ampla, complexa e multifaceta, levando-se em consideração os sentimentos e emoções que envolvem as vivências sexuais na velhice.

7.1.9 Considerações Parciais

Ao término deste estudo pôde-se constatar que os objetivos do mesmo foram alcançados, uma vez que foi realizada a validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso- EVASI (Anexo 6). Ressalta-se aqui, a extrema importância deste fato, pois até então inexistia um instrumento objetivo voltado para a avaliação da sexualidade dos idosos. A partir de agora, os profissionais de saúde podem desfrutar de um instrumento psicometricamente adequado que poderá subsidiar os trabalhos no campo da pesquisa e da prática gerontológica. Desta forma, cobre-se uma lacuna na literatura brasileira, haja vista que não existe atualmente nenhuma escala direcionada a avaliação das vivências sexuais dos idosos.

A temática da sexualidade envolve muitos mitos e tabus, caracterizando-se como algo constrangedor e difícil de conversar. A população idosa, em especial, evita esta temática por temer uma má interpretação por parte da sociedade em geral que não vê com bons olhos as vivências sexuais na velhice. Em contrapartida, profissionais de saúde têm demonstrado receio em realizar investigações sobre as vivências sexuais dos idosos, por considerarem falta de respeito com essa população. A aplicabilidade desse instrumento irá possibilitar uma investigação mais aprofundada, onde o idoso poderá responder sem constrangimento sobre suas vivências sexuais, fornecendo informações importantes ao profissional de saúde.

Os resultados ora obtidos, embora promissores, devem ser tomados apenas como uma abordagem inicial das características psicométricas da escala, sendo necessário que investigações futuras sejam realizadas no sentido de fornecer evidências adicionais acerca da validade do instrumento, por meio de uma futura análise confirmatória.

CAPÍTULO VIII- ESTUDO 3

A*VALIAÇÃO DA SEXUALIDADE E DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO*

Estudo 3- *AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE E DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO*

8.1 MÉTODO

8.1.1 **Tipo de estudo**

O estudo 3 refere-se a uma pesquisa de campo, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa, realizada com a finalidade de avaliar as vivências sexuais dos idosos, utilizando-se para tanto, a escala anteriormente construída (EVASI). Também foram objetivos deste estudo mensurar a qualidade de vida dos idosos participantes e comparar os resultados de ambas as avaliações.

8.1.2 Amostra

Participaram deste estudo 200 idosos, homens e mulheres, com idades iguais ou superior a 60 anos (M = 66,79; DP = 4,87). Como critério de inclusão da amostra, assim como no estudo 2, estabeleceu-se o fato do(a) idoso(a) ser casado(a) ou possuir um(a) companheiro(a) fixo(a), uma vez que os itens da escala referem-se as vivências sexuais relacionadas ao idoso(a) e seu/sua companheiro(a).

8.1.3 Lócus

Este estudo foi realizado em locais públicos de socialização (praças) e também em dois Grupos de Convivência: no Clube da Pessoa Idosa e no Projeto Envelhecimento Saudável, conforme descrição a seguir:

a) Clube da Pessoa Idosa

Conforme descrito no estudo anterior, o Clube da Pessoa Idosa é um grupo de convivência para idosos, localizado no bairro do Altiplano, mantido pela Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB. São ofertadas diversas atividades, como oficinas, cursos e esportes.

b) Projeto Envelhecimento Saudável:

Trata-se de um projeto de extensão realizado pelas Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE, localizada no bairro do Valentina também no município de João Pessoa- PB. Tem por objetivo trabalhar educação e saúde dos idosos, bem como incentivar a auto-estima dos participantes. Promove, periodicamente, oficinas, passeios, palestras, comemorações de datas festivas, além de distribuição, gratuita e mensal, de cestas básicas.

8.1.4 Instrumentos

Os participantes responderam à Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI (anexo 6), ao WHOQOL-Old (anexo 7) e ao questionário bio-sócio-demográfico (anexo 4). O primeiro instrumento, construído e validado no estudo anterior, foi aplicado em sua versão final, composta por 38 itens, divididos em três dimensões, conforme descrito na tabela 11.

Tabela 11:
Dimensões e itens da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso - EVASI

DIMENSÕES	ITENS
Dimensão 1 **Ato Sexual**	1.Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice
	4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)
	5. Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais
	9. As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.
	10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)
	11. Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)
	14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação
	20. As vivencias sexuais me fazem me sentir mais vivo(a).
	22. Percebo a existência do desejo em nossa relação
	24.Acredito que na velhice continuo sendo uma pessoa bonita
	26. Sinto-me bem quando temos relações sexuais
	28. Nossas vivências sexuais são prazerosas
	29. Preciso das vivências da sexualidade para viver
	31. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar
	34. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim
	35. Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar
	36. Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo
	38. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento
Dimensão 2 **Relações Afetivas**	2. Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)
	3.Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade
	6. Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim
	7. Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos
	8. Amo meu/minha parceiro (a)
	12. Nossa relação é recheada de muito carinho
	13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento
	15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto
	16. Penso que a sexualidade na velhice é normal
	17. Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.
	18. Nossa relação é baseada em companheirismo
	19. Percebo a existência de amor em nossa relação
	21. Percebo cumplicidade em nossa relação
	23. Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)
	25. Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)
	27. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)
	33. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa
Dimensão 3 Adversidades física e social	32. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais
	30.Sinto-me incomodado (a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento.
	37. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade.

O WHOQOL-Old é o instrumento de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) especialmente para a população idosa. É constituído por 24 questões que visam avaliar seis facetas: (1) Funcionamento dos sentidos; (2) Autonomia; (3) Atividades passadas, presentes e futuras; (4) Participação social; (5) Morte e morrer; (6) Intimidade. Cada faceta é constituída por 4 itens com cinco possibilidades de respostas dispostas em uma escala do tipo Likert. Os itens que compoem cada faceta são apresentados a seguir na tabela 12.

Tabela 12:
Facetas e itens do WHOQOL- old

FACETA	ITENS
Faceta 1 **Funcionamento dos sentidos**	1.Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?
	2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?
	10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?
	20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?
Faceta 2 **Autonomia**	3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?
	4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?
	5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?
	11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?
Faceta 3 **Atividades passadas, presentes e futuras**	12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?
	13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?
	15. O quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?
	19. O quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?
Faceta 4 **Participação Social**	14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?
	16. O quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?
	17. O quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?
	18. O quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?
Faceta 5 **Morte e Morrer**	6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?
	7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?
	8. O quanto você tem medo de morrer?
	9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?
Faceta 6 **Intimidade**	21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?
	22. Até que ponto você sente amor em sua vida?
	23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?
	24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

8.1.5 Procedimento de Coleta dos Dados

Inicialmente foi feito um contato com os responsáveis pelos grupos e solicitada a autorização para a coleta dos dados. Diante disso, em cada instituição, foi realizada uma apresentação coletiva do estudo aos participantes e posteriormente, a coleta dos dados foi realizada de forma individual nos respectivos grupos aos quais os idosos estavam vinculados. No que se refere aos locais públicos, os idosos foram abordados individualmente e convidados a participarem do estudo. Em seguida foi entregue o instrumento, o qual os participantes responderam sem a intervenção da pesquisadora ou de qualquer outra pessoa. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, bem como assinaram o TCLE.

8.1.6 Análise dos Dados

Os dados oriundos dos dois instrumentos – Escala de Vivências Afetivas e Sexuais (EVASI) e WHOQOL- old foram analisados com o auxílio do programa estatístico PASW (18.0). Inicialmente foram analisados de forma separada e, posteriormente, foi realizada uma correlação, objetivando-se evidenciar a relação entre os dois construtos pesquisados.

Os escores obtidos através da EVASI, inicialmente, foram analisados retirando-se a média e desvio padrão de cada item que compõe a referida escala, destacando assim, os itens e dimensões que obtiveram maiores pontuações. Em seguida, os dados foram analisados através dos escores obtidos em cada um das dimensões que compõem a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), a saber: *Ato Sexual, Relações Afetivas e Adversidade física e social.* Por fim , foi realizado teste *t* e ANOVA, com o objetivo de estabelecer uma comparação entre os dados bio-sócio-demográficos e as dimensões que compõem o instrumento.

Os dados oriundos do WHOLQOL-old, por sua vez, também foram analisados separadamente, destacando-se a média e desvio padrão obtidos em cada item, sendo posteriormente, transformados em fatores, obtendo-se assim a média e desvio padrão de cada faceta: *Funcionamento dos sentidos; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e Morrer; Intimidade.* Em seguida, foi realizado teste *t* e ANOVA com o objetivo de estabelecer uma comparação entre os dados bio-sócio-demográficos e as facetas que compõem o instrumento.

Por último, realizou-se uma análise de Regressão Linear, com o intuito de verificar qual o efeito da variável dependente (qualidade de vida) quando esta sofre influência da variável independente (EVASI), fazendo uso do método *enter*.

8.1.7 Descrição dos resultados

A partir da análise dos dados, os resultados da caracterização bio-sócio-demográfica encontra-se descrita na tabela 13:

6.3.7.1 Perfil da Amostra

Tabela 13
Perfil bio-sócio-demográfico dos idosos frequentadores de Grupos de Convivência – Estudo 3 (N=200)

VARIÁVEL	*N*	*%*
Sexo		
Feminino	141	70,5
Masculino	59	29,5
Faixa Etária		
60 a 70	146	73
71 a 80	52	26
Acima de 80 anos	2	1
Estado Civil		
Casado	181	90,5
União Estável	16	8
Namorando	3	1,5
Tempo de Relacionamento		
Até 10 anos	07	3,5
10 a 20 anos	27	13,5
21 a 30 anos	35	17,5
Mais de 30 anos	130	65,5
Quantas vezes foi casado(a)		
1 Vez	143	71,5
2 Vezes	52	26
Mais de 2 vezes	05	2,5
Filhos		
Não tem filhos	03	1,5
1 a 3 filhos	80	40
4 a 6 filhos	85	42,5
Mais de 6 filhos	32	16

Conforme pode ser observado na tabela 13, a amostra foi composta majoritariamente por participantes do sexo feminino (70,5%), na faixa etária dos 60 a 70 anos (73%), casados (90,5%) há mais de 30 anos (65,5%). Constatou-se ainda que a maioria dos idosos casou-se apenas uma única vez (71,5%) e possuíam filhos (98,5%), sendo a quantidade de 4 a 6 filhos a mais evidenciada (42,5%).

Tabela 14
Perfil bio-sócio-demográfico dos idosos – Estudo 3 (N=200)

VARIÁVEL	N	%
Com quem mora		
Sozinho (a)	03	1,5
Companheiro(a)	77	38,5
Companheiro(a) e filhos	85	42,5
Companheiro(a), filhos e netos	35	17,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental	25	12,5
Ensino Médio	73	36,5
Ensino Superior	72	36
Pós- graduação	30	15
Religião		
Católica	123	61,5
Evangélica	59	29,5
Espírita	15	7,5
Outras	03	1,5
Renda Pessoal		
Sem renda	16	8,3
1 a 4 salários mínimos	113	58,9
5 a 8 salários mínimos	54	28,1
Acima de 8 salários mínimos	09	4,7
Renda Familiar		
1 a 4 salários mínimos	02	1
5 a 8 salários mínimos	91	45,5
9 a 12 salários mínimos	73	36,5
Acima de 12 salários mínimos	25	12,5

Complementando as informações referentes ao perfil bio- sócio- demográfico dos participantes, verificou-se que a maioria destes reside com companheiros (as) e filhos (as) (42,5%), possui escolaridade média (36,5%) e superior (36%) e são adeptos da religião católica (61,5%). A renda pessoal variou, majoritariamente, entre 1 e 4 salários mínimos (58,9%), enquanto a renda familiar variou entre 5 e 8 salários mínimos (45,5%).

Foram incluídas no questionário bio-sócio-demográfico, duas questões referentes à Freqüência das Relações Sexuais e à Avaliação das Vivências Sexuais, cujos resultados encontram-se descritos nas figuras 6 e 7, respectivamente.

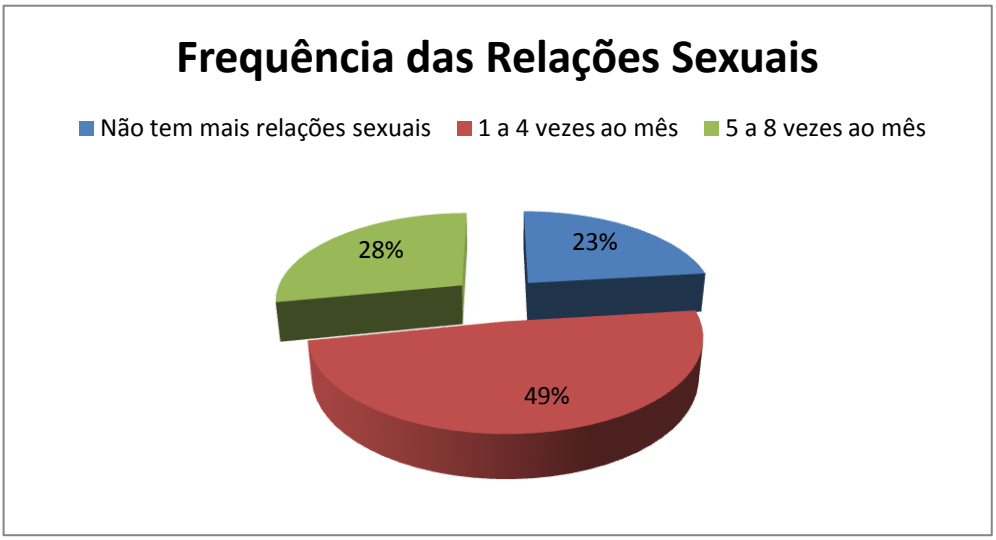


Figura 6: Frequência das relações sexuais dos idosos – Estudo 3 (N=200)

Verificou-se que a maioria dos participantes afirmaram ter relações sexuais com seus parceiros com uma freqüência de 1 a 4 vezes por mês (49%) e classificaram suas vivências sexuais como Satisfatórias (78%).

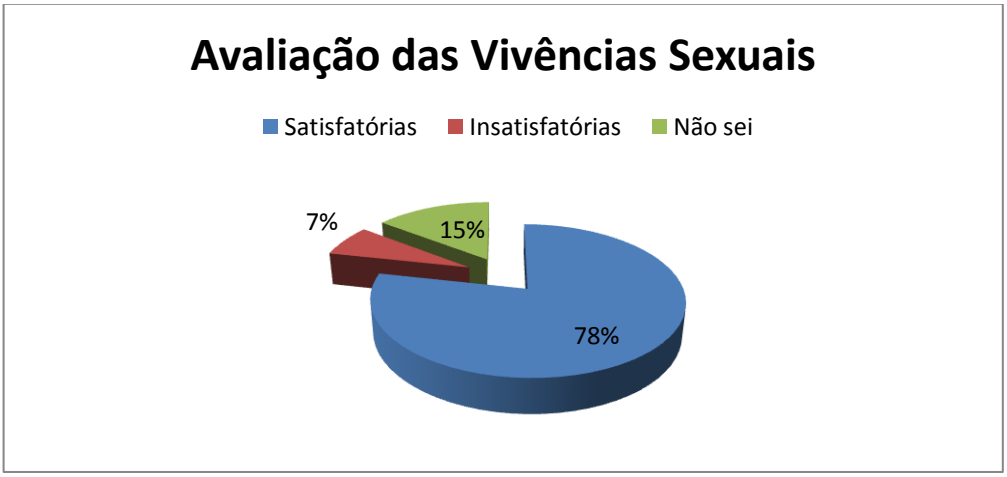


Figura 7: Avaliação das Vivências Sexuais dos Idosos – Estudo 3 (N=200)

6.3.7.2 ***Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso- EVASI***

Em conformidade com o terceiro objetivo específico dessa tese, foi realizada a avaliação das vivências sexuais dos participantes. Para tanto, os idosos responderam a EVASI em sua versão final composta por 38 itens, cujos resultados expressos através da média e do desvio padrão encontram-se descritos na tabela 15.

Tabela 15
Avaliação de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso

ITENS	M	DP
1. Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice	3,85	1,19
2.Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)	3,79	1,24
3. Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade	3,64	1,2
4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)	3,57	1,34
5. Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais	3,32	1,4
6. Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim.	4,05	0,92
7. Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos	4,17	0,85
8. Amo meu/minha parceiro (a)	**4,18**	**0,85**
9. As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.	3,71	1,32
10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)	3,44	1,43
11. Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)	3,55	1,36
12. Nossa relação é recheada de muito carinho	3,99	0,96
13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento	4,01	1,05
14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação	3,62	1,38
15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto	3,86	1,14
16. Penso que a sexualidade na velhice é normal	4,15	1,01
17. Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.	3,75	1,16
18. Nossa relação é baseada em companheirismo	**4,35**	**3,72**
19. Percebo a existência de amor em nossa relação	4,03	0,93
20. As vivências sexuais me fazem sentir mais vivo(a)	3,55	1,37
21. Percebo cumplicidade em nossa relação	3,93	1,01
22. Percebo a existência do desejo em nossa relação	3,57	1,3
23. Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)	**4,22**	**0,9**
24. Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita	3,48	1,2
25. Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)	3,96	0,96
26. Sinto-me bem quando temos relações sexuais	3,61	1,42
27. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)	4,02	0,96
28. Nossas vivências sexuais são prazerosas	3,57	1,39
29. Preciso das vivências da sexualidade para viver	2,9	1,45
30. Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento	2,57	1,24
31. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar	3,62	1,41

32. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais	2,79	1,25
33. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa	**4,17**	**0,99**
34. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim	3,32	1,43
35. Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar	3,31	1,33
36. Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo	2,51	1,45
37. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade	1,88	1,17
38. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento	3,44	1,27

Conforme os dados apresentados na tabela 15, é possível constatar que a maior média de respostas foi encontrada no *item 18* que investiga o sentimento de companheirismo entre o(a) idoso(a) e seu companheiro(a) - (*Nossa relação é baseada em companheirismo- M=4,35).* Em seguida, tem-se os itens 23 (*Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a) M=4,22)* e 08 (*Amo meu/minha parceiro (a) M=4,18),* que indagam sobre o sentimento de carinho e amor, respectivamente. Todos os referidos itens compõem a dimensão 2, *Relações afetivas.*

Outro item que merece destaque por sua média e principalmente pelo objetivo desta tese, é o item 33 *(As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa, M= 4,17),* que aborda a temática da qualidade de vida relacionando-a com as vivências sexuais.

Em seguida, foi realizada a análise dos escores por dimensões, cujas médias e desvio padrão encontram-se descritos na tabela 16.

Tabela 16
Avaliação da Sexualidade dos Idosos por dimensões

DIMENSÕES	M	DP
Ato Sexual	3,42	1,08
Relações Afetivas	4,08	0,85
Adversidades física e social	2,39	0,92

Por fim, foi realizada uma análise considerando algumas variáveis sócio-demográficas dos participantes, como sexo, nível de escolaridade, avaliação e frequência das relações sexuais, conforme pode ser observado nas tabelas que se seguem. Inicialmente, através do Teste T, investigou-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre o sexo dos participantes e as dimensões que compõem a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso, conforme pode ser observado na Tabela 17.

Tabela 17
Comparação das dimensões da Sexualidade do Idoso de acordo com o sexo dos particpantes

Dimensões	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	T	p
Ato Sexual	Feminino	141	3,29	1,10	3,620	**0,000***
	Masculino	59	3,88	0,94	3,862	**0,000***
Relações Afetivas	Feminino	141	3,87	0,90	2,866	**0,005***
	Masculino	59	4,25	0,71	3,161	**0,002***
Adversidades física e social	Feminino	141	2,37	0,94	0,944	0,346
	Masculino	59	2,51	1,06	0,899	0,371

** p< 0,05*

Nas dimensões *Ato Sexual* e Relações Afetivas, os participantes do sexo masculino apresentaram resultados significativamente maiores do que os do sexo feminino. Em relação a dimensão *Adversidade física e social* não foi constatada diferença significativa, ou seja, os valores de p não foram menores do que 0,05.

Dando continuidade às análises, investigou-se a existência de diferenças significativas entre o nível de escolaridade dos participantes e os escores obtidos em cada dimensão. Tais resultados encontram-se descritos na Tabela 18.

Tabela 18
Comparação das dimensões da Sexualidade do Idoso de acordo com o nível de escolaridade dos particpantes

Dimensões	Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Ato Sexual	E. fundamental	25	2,63	1,13	10,688	**0,001***
	E. Médio	73	3,27	1,07		
	E. Superior	72	3,77	0,98		
	Pós- graduação	30	3,91	0,81		
Relações Afetivas	E. fundamental	25	3,54	0,82	5,434	**0,001***
	E. Médio	73	3,83	0,79		
	E. Superior	72	4,20	0,95		
	Pós- graduação	30	4,20	0,63		
Adversidades física e social	E. fundamental	25	2,19	0,75	10,401	**0,001***
	E. Médio	73	2,28	0,70		
	E. Superior	72	2,34	0,97		
	Pós- graduação	30	3,25	1,27		

*p< 0,001

De acordo com a tabela 18, no que concerne a escolaridade dos participantes, constatou-se que existiram diferenças significativas ($p < 0,001$) em todas as dimensões da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso. Foi constatado que quanto maior o nivel de escolaridade dos participantes, maiores foram os escores obtidos nas dimensões.

Em seguida, realizou-se uma análise objetivando-se verificar a existência de diferenças significativas entre a avaliação que os participantes faziam de suas vivências sexuais, e os escores obtidos na EVASI, conforme pode ser observado na tabela 19.

Tabela 19
Comparação das dimensões da Sexualidade do Idoso de acordo com a avaliação das vivências sexuais dos particpantes

Dimensões	Avaliação	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Ato Sexual	Satisfatória	156	3,81	0,89	38,975	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,42	0,73		
	Não sabe	29	2,11	0,75		
Relações Afetivas	Satisfatória	156	4,24	0,70	30,742	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,95	0,98		
	Não sabe	29	3,11	0,68		
Adversidades física e social	Satisfatória	156	2,40	0,98	0,736	0,532
	Insatisfatória	14	2,67	1,24		
	Não sabe	29	2,38	0,83		

*p< 0,001

Conforme os dados obtidos, verificou-se que em relação a avaliação da sexualidade, existiram diferenças significativas ($p < 0,05$) nas dimensões *Ato sexual* e *Relações afetivas*, demonstrando que os idosos que avaliaram de forma satisfatória suas vivências sexuais possuiram escores significativamente superiores aos demais grupos. Já em relação à dimensão *Adversidades física e social*, não existiram diferenças significativas.

Por fim, realizou-se a investigação da existência de diferenças significativas entre a frequência das relações sexuais e a sexualidade do idoso, cujos resultados encontram-se descritos na Tabela 20.

Tabela 20
Comparação das dimensões da Sexualidade do Idoso de acordo com a frequência das relações sexuais dos particpantes

Faceta	Frequência das relações sexuais	N	Média	Desvio Padrão	F	P
Ato Sexual	Não tem mais	46	1,89	0,55	192,679	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	3,63	0,64		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,48	0,34		
Relações Afetivas	Não tem mais	46	2,99	0,68	62,052	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	4,06	0,72		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,67	0,32		
Adversidades físca e social	Não tem mais	46	2,30	0,90	1,212	0,307
	1 a 4 vezes ao mês	97	2,38	0,85		
	5 a 8 vezes ao mês	56	2,58	1,20		

* $p < 0,001$

Mediante análise da Tabela 20, pôde-se constatar que existiram diferenças significativas entre a frequência das relações sexuais e os escores obtidos em duas dimensões da EVASI, sendo possível verificar que as maiores médias de respostas localizaram-se no grupo que afirmou ter relações sexuais com uma frequência de 5 a 8 vezes ao mês. Apenas na dimensão 3 essa diferença não foi constatada.

6.3.7.3 ***WHOQOL-old***

Em conformidade com o quinto objetivo específico proposto nesta tese, realizou-se a mensuração da qualidade de vida dos idosos a partir da aplicação e análise do instrumento WHOQOL-old. As possibilidades de respostas dos participantes em cada item variaram de 1 a 5, sendo válido ressaltar que escores mais altos representam melhor qualidade de vida.

Inicialmente foi realizada a análise dos escores dos participantes em relação a cada item, sendo possível constatar que a maior pontuação dos idosos se concentrou no item 15,

que investiga a satisfação dos indivíduos com o que alcançaram ao longo da vida. O referido item compõe a faceta *Atividades passadas, presentes e futuras*. Altas pontuações também foram encontradas nos itens 19 e 20, que avaliam as expectativas futuras dos participantes e a percepção dos mesmos acerca do funcionamento dos seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato), respectivamente.

Tabela 21

Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos

ITENS	M	DP
1.Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	2,20	1,11
2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	2,14	1,12
3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	3,56	1,08
4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	3,09	1,02
5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	3,38	0,98
6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	2,29	1,03
7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	2,18	1,05
8. O quanto você tem medo de morrer?	2,41	1,06
9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	2,44	1,11
10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	2,20	1,24
11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	3,61	0,97
12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	3,54	0,94
13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	3,56	0,82
14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	3,77	0,79
15. O quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	**4,19**	**0,60**
16. O quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	3,68	0,76
17. O quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?	3,77	1,01
18. O quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	3,50	0,87
19. O quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	**3,84**	**0,70**
20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	**3,80**	**1,02**
21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	3,62	1,00
22. Até que ponto você sente amor em sua vida?	3,67	0,98
23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	3,48	1,00
24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	3,49	0,99

De acordo com esse instrumento, a qualidade de vida é dividida em seis facetas, cujas médias e desvio padrão são apresentados a seguir na tabela 22.

Tabela 22
Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos por dimensões

FACETAS	M	DP
Funcionamento dos Sentidos	2,59	1,12
Autonomia	3,41	1,01
Atividades passadas, presentes e futuras	**3,78**	**0,77**
Participação Social	3,68	0,86
Morte e Morrer	2,33	1,06
Intimidade	3,56	0,99
Geral	3,23	0,97

De acordo com a tabela anterior observou-se que a médias dos escores brutos obtidos pelos participantes foi de 3,23; possibilitando inferir que o mesmo corresponde a um nível médio de qualidade de vida. Foi constatado também que as facetas *Atividades passadas, presentes e futuras* e *Participação Social* foram as que apresentaram maiores médias. Por sua vez, a faceta *Morte e Morrer* apresentou a menor pontuação atingida pelos participantes.

Em seguida, foi realizada uma análise dos resultados obtidos pelo WHOQOL- old, levando-se em consideração algumas variáveis bio-sócio-demográficas, como sexo, escolaridade, satisfação e frequência das relações sexuais. Tais resultados encontram-se descritos a seguir. Inicialmente, através do Teste T, investigou-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre o sexo dos participantes e os indicadores de qualidade vida na velhice (facetas).

Tabela 23

Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com o sexo dos particpantes

Facetas	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	T	p
Funcionamento dos Sentidos	Feminino	141	2,69	0,617	3,673	**0,001***
	Masculino	59	2,36	0,503		
Autonomia	Feminino	141	3,25	0,903	4,079	**0,001***
	Masculino	59	3,79	0,759		
Atividades passadas, presentes e futuras	Feminino	141	3,73	0,677	1,601	0,111
	Masculino	59	3,89	0,586		
Participação Social	Feminino	141	3,63	0,767	1,418	0,158
	Masculino	59	3,79	0,644		
Morte e Morrer	Feminino	141	2,39	1,012	1,271	0,205
	Masculino	59	2,19			
Intimidade	Feminino	141	3,47	0,976	2,093	**0,05****
	Masculino	59	3,78	0,861		

*** p< 0,05; * p<0,001*

De acordo com a tabela 23, é possível verificar que em relação ao sexo, nas facetas *Autonomia* e *Intimidade* os participantes do sexo masculino apresentaram resultados significativamente maiores do que as do sexo feminino. Em contrapartida, estas apresentaram maiores pontuações na faceta *Funcionamento dos Sentidos*. Em relação as demais facetas não foi constatada diferença significativa, ou seja, os valores de p não foram menores do que 0,05. Ressalta-se que na faceta 3 foram encontradas as maiores médias de escores e que existiram diferenças significativas.

Dando continuidade às análises, investigou através da ANOVA, a existência de diferenças significativas entre o grau de escolaridade dos participantes e suas pontuações obtidas em cada faceta. Na tabela 24 tais resultados são apresentados.

Tabela 24
Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com o nível de escolaridade dos particpantes

Faceta	Escolaridade	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Funcionamento dos sentidos	E. fundamental	25	3,10	0,505	12,667	**0,001***
	E. Médio	73	2,70	0,637		
	E. Superior	72	2,43	0,530		
	Pós- graduação	30	2,30	0,437		
Autonomia	E. fundamental	25	2,82	0,831	8,935	**0,001***
	E. Médio	73	3,22	0,854		
	E. Superior	72	3,67	0,904		
	Pós- graduação	30	3,73	0,685		
Atividades passadas, presentes e futuras	E. fundamental	25	3,50	0,445	3,013	**0,05*****
	E. Médio	73	3,71	0,675		
	E. Superior	72	3,91	0,696		
	Pós- graduação	30	3,86	0,571		
Participação Social	E. fundamental	25	3,30	0,661	4,253	**0,01****
	E. Médio	73	3,60	0,744		
	E. Superior	72	3,81	0,782		
	Pós- graduação	30	3,88	0,495		
Morte e Morrer	E. fundamental	25	2,69	0,936	1,250	0,293
	E. Médio	73	2,27	0,977		
	E. Superior	72	2,30	1,090		
	Pós- graduação	30	2,28	0,786		
Intimidade	E. fundamental	25	2,94	2,94	7,170	**0,001***
	E. Médio	73	3,43	3,43		
	E. Superior	72	3,86	3,86		
	Pós- graduação	30	3,68	3,68		

*** p<0,001; **p<0,01; *p< 0,05

De acordo com a tabela 20, no que concerne a escolaridade dos participantes, constatou-se que, exceto na faceta *Morte e Morrer*, existiram diferenças significativas (p < 0,05). Em relação às facetas *Autonomia; Atividade passadas, presentes e futuras;Participação Social* e *Intimidade* foi constatado que quanto maior o nivel de escolaridade dos participantes, maiores foram os escores obtidos. Entretanto, no que tange a faceta *Funcionamento dos* Sentidos verificou-se o oposto, ou seja, quanto menor o grau de escolaridade dos participantes, maiores as pontuações obtidas.

Outra análise foi realizada, desta vez levando-se em consideração a avaliação que os participantes fizeram acerca das suas vivências sexuais, conforme pode ser observado na tabela 25.

Tabela 25
Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com a avaliação das vivências sexuais dos particpantes

Faceta	Avaliação	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Funcionamento dos sentidos	Satisfatória	156	2,44	0,525	21,136	**0,001***
	Insatisfatória	14	3,05	0,622		
	Não sabe	29	3,21	0,505		
Autonomia	Satisfatória	156	3,63	,828	19,314	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,61	,663		
	Não sabe	29	2,59	,638		
Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfatória	156	3,93	,610	16,105	**0,001***
	Insatisfatória	14	3,18	,464		
	Não sabe	29	3,25	,530		
Participação Social	Satisfatória	156	3,87	,650	20,449	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,89	,586		
	Não sabe	29	3,05	,653		
Morte e Morrer	Satisfatória	156	2,20	,915	5,599	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,89	1,351		
	Não sabe	29	2,81	,981		
Intimidade	Satisfatória	156	3,84	,821	31,085	**0,001***
	Insatisfatória	14	2,46	,499		
	Não sabe	29	2,57	,719		

* $p < 0,001$

Conforme dados obtidos, verificou-se que em relação a avaliação da sexualidade, em todas as facetas existiram diferenças significativas ($p < 0,001$), embora com algumas variações quanto a estas. No que tange as facetas *Autonomia*; *Atividades passadas, presentes e futuras; Participação Social* e *Intimidade*, os participantes que avaliavam satisfatoriamente suas vivências sexuais obtiveram maiores pontuações.

Já em relação à faceta *Funcionamento dos Sentidos* constatou-se que os indivíduos que não souberam responder a esta indagação, ou seja, que não souberam avaliar suas vivências sexuais, foram os que obtiveram maiores escores nessa faceta. Por fim, constatou-se que em relação a faceta *Morte e Morrer*, os participantes que informaram estarem insatisfeitos com suas vivências sexuais apresentaram índices significativamente maiores.

Em seguida, foi realizada a investigação da existência de diferenças significativas entre a frequência das relações sexuais dos idosos e a qualidade de vida desta população, cujos resultados encontram-se descritos na tabela 26.

Tabela 26
Comparação das facetas da Qualidade de Vida de acordo com a frequência das relações sexuais dos particpantes

Faceta	Frequência das relações sexuais	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Funcionamento dos sentidos	Não tem mais	46	3,25	0,428	67,113	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	2,51	0,505		
	5 a 8 vezes ao mês	56	2,19	0,434		
Autonomia	Não tem mais	46	2,52	0,654	65,788	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	3,42	0,704		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,12	0,725		
Atividades passadas, presentes e futuras	Não tem mais	46	3,23	0,477	43,389	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	3,77	0,574		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,25	0,559		
Participação Social	Não tem mais	46	2,98	0,640	47,972	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	3,73	0,603		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,16	0,585		
Morte e Morrer	Não tem mais	46	2,92	1,091	21,032	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	2,39	0,922		
	5 a 8 vezes ao mês	56	1,77	0,667		
Intimidade	Não tem mais	46	2,55	0,711	89,174	**0,001***
	1 a 4 vezes ao mês	97	3,56	0,750		
	5 a 8 vezes ao mês	56	4,40	0,564		

* $p < 0,001$

De acordo com os resultados contidos na tabela 26, é possível verificar que, em relação à frequência das relações sexuais, existiram diferenças significativas ($p < 0,001$) em todas as facetas. No que concerne as facetas *Funcionamento dos sentidos* e *Morte e Morrer* constatou-se que os participantes que afirmaram não terem mais relações sexuais obtiveram pontuação significativamente maior do que os demais grupos. Em contrapartida, nas demais facetas (*Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação Social; Intimidade)* observou-se uma diferença significativa em relação ao grupo composto por idosos com frequência de relações sexuais entre 5 a 8 vezes ao mês. Ressalta-se ainda que quanto maior a frequência dessas atividades, maior foi a média dos escores obtidos.

Em conformidade ao objetivo geral, realizou-se uma análise de Regressão Linear, com o intuito de verificar qual o efeito da variável dependente (qualidade de vida) quando esta sofre influência da variável independente (EVASI), fazendo uso do método *enter*.

Os dados advindos da análise denotam uma alta correlação (0,64) entre os dois construtos, onde a EVASI prediz 41% do WHOQOL-old. Constatou-se ainda que para cada vivência afetiva e sexual a qualidade de vida aumenta 0,29. Os limtes de confiança foram estreitos, o que demonstrou que tem-se 95% de confiança de que a inclinação da amostra está entre 0,24 e 0,33. $F(1,198) = 11,74$. Com nível de probabilidade associada de $p<0,001$, demonstrando ser improvável que os resultados tenham sido obtidos por erro amostral.

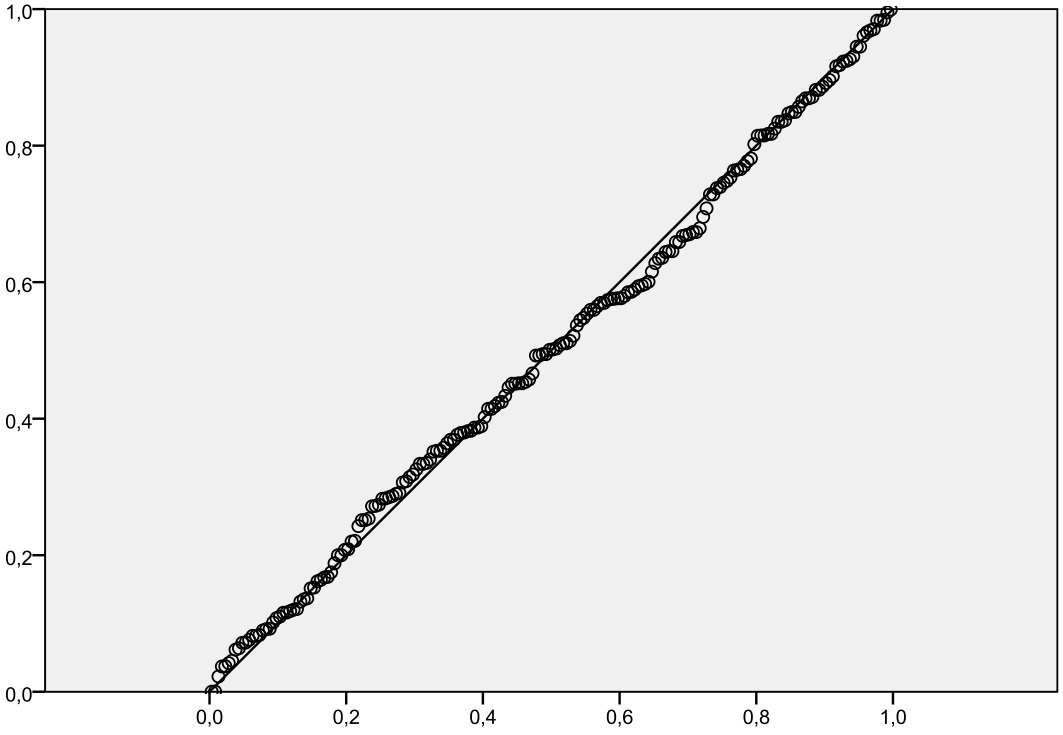


Figura 8
Análise de Regressão Linear EVASI e WHOQOL-old

Conforme observa-se na figura 8 verifica-se um relacionamento positivo quase perfeito da VI com a VD, indicando que as vivências sexuais predizem a qualidade de vida do idoso.

6.4 Análise e discussão dos resultados

Neste tópico, os resultados oriundos do estudo 3 são analisados e discutidos tendo como referência a literatura específica. A discussão obedece a mesma sequência em que os dados foram descritos: o perfil sóciodemográfico, a Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI), o WHOQOL-old, e por fim, as correlações entre os dois construtos.

Dados bio- sócio- demográficos

Os dados apreendidos por meio do questionário bio- sócio- demográfico possibilitaram a caracterização da amostra, sendo possível constatar, nesse estudo, a predominância de participantes do sexo feminino (70,5%). Tal fato justifica-se tanto pela maior longevidade das mulheres em relação aos homens (IBGE, 2010) quanto pela maior participação das mulheres em grupos se socialização para a população idosa (Moura, Leite e Hildebrandt, 2008). Também foi constatado que a faixa etária que mais contribuiu para esse estudo foi a de 60 a 70 anos, período este denominado, de acordo com Minayo (2005), de "terceira idade".

Os participantes eram, majoritariamente, casados, embora também tenham participado deste estudo, idosos com união estável ou que estavam namorando. O namoro, conforme ressaltam Laurentino et al (2006) é um dos determinantes do processo de ser saudável na velhice. Segundo os autores, tal experiência traz benefícios à saúde, reduzindo as perdas características da própria idade.

Relacionamentos longos, com mais de 30 anos foram os mais evidenciados (65,5%), assim como os casamentos únicos (71,5%). Tais dados diferem significativamente dos atuais obtidos pelo censo de 2010, onde foi registrado o maior índice de dissolução absoluta do vínculo conjugal dos últimos 26 anos, caracterizado por um crescimento de 36,8% de casos de divórcio (IBGE, 2010).

Verificou-se que a quase totalidade dos participantes (98,5%) possuiam filhos, sendo a quantidade de 3 a 6 filhos a mais prevalente. Este índice corrobora com os levantamentos de dados realizado pelo cendo de 2010 que contatou que as mulheres atualmente tem tido menos

filhos (1,8 por mulher). Dessa forma, compreende-se que as idosas de hoje possuem familias mais numerosas do que as que estão sendo formadas atualmente.

A maioria dos participantes informou que, além do(a) companheiro(a) residiam ainda com filhos. Estes dados corroboram com os resultados também do censo realizado pelo IBGE (2010), que constatou que os filhos tem morado mais tempo com seus pais. Tal fato deve-se, entre outros fatores, à dependência financeira dos filhos em relação aos pais ou avós. Nesse sentido, percebe-se que a renda do idoso tem contribuido cada vez mais para o sustento familiar, comprometendo seu ganho mensal. Face a essa realidade, provavelmente, pode haver um déficit na qualidade de vida do idoso, uma vez que sua avaliação depende parcialmente de recursos financeiros.

Verificou-se que esse estudo conseguiu abranger idosos com diferentes idades e escolaridades. Tal variaedade também occoreu em relação à religião, embora a católica tenha sido a mais eminente, corroborando com a realidade atual do nosso país que é reconhecido como predominantemente católico. Por fim, constatou-se as rendas pessoal e familiar dos participantes, sendo possível constatar também a diversidade da amostra, que contou com participantes sem nenhuma renda pessoal até aqueles com maior poder aquisitivo.

Frequência das Relações Sexuais

No que tange às práticas sexuais na velhice, foi investigado junto aos idosos a freqüência com que os mesmos mantinham relações sexuais. Constatou-se assim, que 77% dos participantes afirmou ter vida sexual ativa, sendo a freqüência de 1 a 4 vezes ao mês a mais prevalente (49%). Resultados semelhantes foram alcançados por Silva, V.X.L. et al. (2012), que constataram em seu estudo que 73% dos idosos participantes eram sexualmente

ativos, sendo os que possuiam até 70 anos e que coabitavam com uma companheira os de maior frequência sexual.

Os dados corroboram também com diversos estudos (Gonzalez e Brenes, 2007; Urquiza, Thumala, Cathalifaud, Ojeda e Vogel, 2008; e Silva, R.M.O., 2006) que afirmam que a sexualidade não desaparece com o passar dos anos, sendo as vivências sexuais na velhice algo possível e cotidiano, capaz de proporcionar satisfação física e mental para os idosos.

Infere-se que, de acordo com os idosos participantes deste estudo, envelhecimento não significa estagnação das relações sexuais. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Gradim, Sousa e Lobo (2007), onde a maioria dos participantes afirmou ter vida sexual ativa e os que não a exerciam mais, relataram exprimir a sua sexualidade por meio de carícias e trocas de afeto, o que lhes era ternamente agradável nesta etapa da vida. A pesquisa de Silva, R.M.O. (2003) também constatou que velhice não é sinonimo de ausência da sexualidade, uma vez que 75% da amostra deste estudo afirmou ter relações sexuais pelo menos uma vez por semana.

Desta forma, percebe-se que imaginar a estagnação das práticas sexuais na velhice trata-se mais de uma representação errônea do que uma realidade. Para Master e Johnson (1988), o negativismo cultural a respeito do sexo e do romance na fase geriátrica é reflexo de uma atitude que "configura um preconceito contra as pessoas porque elas são velhas, semelhante aos mais conhecidos preconceitos de raça e de sexo em nossa sociedade" (p.185).

As relações sexuais na velhice não apenas são possíveis, como são uma realidade entre os idosos, e conforme ressalta Silva, R.M.O. (2006), prova que seus corpos ainda estão ativos e capazes de funcionar bem e ainda causarem prazer a ambos, pois a proximidade e a intimidade da união sexual traz segurança e significado para a vida dos idosos.

Avaliação das vivências sexuais

Investigou-se junto aos participantes a avaliação que os mesmos faziam de suas vivências sexuais, sendo verificado que a maioria dos idosos (73%) as consideraram satisfatórias. Tais dados corroboram com o estudo realizado por Silva, R.M.O. (2003), cujos participantes relataram encontrar-se satisfeitos com suas relações sexuais, destacando um declínio discreto na frequência da atividade sexual.

Tendo em vista o caráter subjetivo e complexo da sexualidade, é relevante a investigação da satisfação dos idosos em relação as suas vivências sexuais, pois conforme ressaltam Master e Johnson (1988):

> " Todo indivíduo possui sentimentos, atitudes e crenças sexuais, mas a maneira como cada um vivencia sua sexualidade é única, pois decorre de uma perspectiva intensamente própria, que advém tanto das sensações e percepções pessoais, particulares, como de fontes sociais ou coletivas: é impossível compreender a sexualidade humana sem admitir sua natureza multidimensional." (p.7)

Para Silva, R.M.O. (2006), a sexualidadde deve proporcionar ao idoso, paixão, afeto, admiração, lealdade, prazer, intimidade compartilhada, amor e carinho, podendo acontecer tanto em antigas relações que cresceram e se desenvolveram através dos anos ou mesmo em relações novas, decorrentes de uma nova união. O grau de satisfação sexual não diminui necessariamente ao longo dos anos, tendendo a manter-se e, em alguns casos, até melhorar (Fávero & Barbosa, 2011).

Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso - EVASI

Mediante análise dos dados oriundos da EVASI foi possível contatar que os itens que apresentaram maiores pontuações foram: 8, 18 e 23, que investigaram, respectivamente, os sentimentos de amor, companheirismo e carinho. Nos itens 8 e 23 (*Amo meu/minha parceiro(a); Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a))* investigou-se a respeito do que os participantes sentiam em relação aos seus companheiros. Já o item 18 (Nossa relação é baseada em companheirismo) indaga acerca da avaliação que o participante faz do seu relacionamento.

Verificou-se que os três itens que apresentaram maiores escores pertencem à dimensão *Relações Afetivas*, corroborando com a análise feita a partir das dimensões, onde constatou-se que esta dimensão apresentou maiores médias em relação as demais. Dessa forma, infere-se que o conteúdo principal da sexualidade para os idosos não está no ato sexual em si, mas nos sentimentos e emoções que a envolve.

De fato, em termos conceituais, a sexualidade transcede a biologia das estruturas corporais e dos processos fisiológicos, incluindo dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais do indivíduo (Fernandes, 2009). Conforme ressaltam Master e Johnson (1988), a sexualidade se refere a todos os fenômenos da vida sexual, não se restringindo apenas ao seu potencial para reagir a estímulos eróticos.

No que concerne às análises baseadas nas variáveis bio-sócio-demográficas, verificou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram escores significativamente maiores do que as participantes do sexo feminino. Tendo em vista os aspectos psicossociais que influenciam na sexualidade, anteriormente discutidos nesta tese, infere-se que tal fato possa ser atribuido às questões sociais, culturais e/ou religiosas, pois, em nossa sociedade, embora

os dois sexos sofram preconceitos, a sexualidade na velhice é algo mais aceitável para os homens do que para as mulheres.

A variável escolaridade também caracterizou-se por meio de diferenças significativas, sendo possivel verificar que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes, maiores as pontuações obtidas na Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso (EVASI). Tal fato, provavelmente, deve-se ao poder de esclarecimento promovido pela educação, capaz de desmistificar a sexualidade na velhice e instruir sobre os benefícios das vivências sexuais para a pessoa idosa.

Verificou-se ainda que a avaliação satisfatória da sexualidade, bem como a frequência das relações sexuais interferem na avaliação da sexualidade dos idosos, sendo possível constatar que os participantes que avaliavam de forma satisfatória suas vivências sexuais e também os que possuiam uma frequência maior de relações sexuais (5 a 8 vezes ao mês) apresentaram médias significativamente superiores aos demais grupos. Dessa forma, infere-se que, embora a sexualidade não possa ser resumida a prática das relações sexuais, estas são importantes para os idosos, representando um dos componentes essenciais para um bom relacionamento entre o casal.

WHOQOL – old

Os dados oriundos da escala WHOQOL-old possibilitaram uma análise da qualidade de vida dos idosos, sendo possível constatar, através da média de respostas dos participantes, um nível caracterizado médio, uma vez que os participantes obtiveram uma média de respostas de 3,23, considerando as possibilidades de respostas de 1 a 5.

A maior média de respostas foi encontrada no item 15, que investiga a satisfação do idoso em relação ao que já alcançou na vida, demonstrando que os participantes deste estudo avaliam de forma positiva suas histórias de vida. Além deste item, constatou-se altos escores também nos itens 19 e 20, que abordam as expectativas futuras e a avaliação do funcionamento dos sentidos, respectivamente.

Os maiores escores obtidos pelos participantes concentraram-se nas facetas *Atividades passadas, presentes e futuras* (M=3,78) e *Participação Social* (M=3,68). A primeira investiga a satisfação dos idosos em relação as atividades anteriores e atuais desempenhadas por eles. Além disso, aborda também as expectativas dos participantes em continuar alcançando realizações em sua vida. Altas pontuações também foram encontradas na faceta *Participação Social*, cujos itens referem-se ao uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade.

Baseando-se nos objetivos dessa tese, faz-se necessário destacar também os resultados obtidos pelo participantes no que concerne a faceta *Intimidade.* Nesta, os participantes obtiveram uma média de 3,56 pontos, representando um bom nível, superior a média, se considerarmos a variação dos escores (1 a 5 pontos). Desta forma, percebe-se que os idosos tem tido a possibilidade de vivenciar sua sexualidade na velhice, de forma satisfatória e prazerosa.

Mediante análise das variáveis bio-sócio-demográficas foi possível verificar que existiram diferenças significativas em relação ao sexo dos participantes e sua avaliação da qualidade de vida. Em relação à faceta Funcionamento dos sentidos, as idosas apresentaram índices superiores aos dos idosos. Em contrapartida, os participantes do sexo masculino obtiveram escores significativamente superiores nas facetas Autonomia e Intimidade.

Especificamente no que concerne a Autonomia, acredita-se que esta pontuação superior obtida pelos homens tenha relação com a história de vida dos idosos, onde a maioria das mulheres dedicava-se aos cuidados domésticos e dos filhos, cabendo ao marido o comando financeiro da casa e da família. Já em relação a faceta Intimidade, os dados corroboram com os resultados advindos da EVASI, onde os participantes do sexo masculino obtiveram escores significativamente superiores aos do sexo feminino. Neste caso, acredita-se que os fatores psicológicos, sociais e culturais que envolvem o construto sexualidade, sejam determinantes no sentido de possibilitar ao idoso melhores oportunidades de vivênciais sexuais.

No que tange a comparação da variável escolaridade, verificaram-se diferenças significativas em relação a todas as facetas, com exceção apenas da faceta Morte e Morrer. Infere-se assim, que o nível de escolaridade contrinui para a qualidade vida, uma vez que foi constatado que quanto maior o nível de escolaridade dos participantes maiores as pontuações obtidas no instrumento WHOQOL-old.

Outro dado relevante refere-se a análise realizada levando-se em consideração a avaliação que os participantes faziam a respeito das suas vivências sexuais. Constatou-se, que os participantes que as avaliavam de forma satisfatória possuiam escores significativamente maiores que os demais grupos no que concerne as facetas Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, bem como na Intimidade. Resultados semelhantes também foram verificados em relação à frequência das relações sexuais, onde constatou-se diferenças significativas também nestas mesmas facetas. Comprova-se, assim, que a contribuição do componente sexualidade para a qualidade de vida do idoso, uma vez que tanto a frequência quanto a avaliação satisfatória das vivências sexuais na velhice, representaram maiores escores na avaliação da qualidade de vida do idoso.

A partir da Análise de Regressão Linear constatou-se que as vivências afetivas e sexuais são preditoras para a qualidade de vida do idoso. Pôde-se constatar através deste estudo, que as vivências afetivas e sexuais na velhice representam uma realidade entre a população idosa, capaz de proporcionar qualidade de vida aos mesmos. Destaca-se aqui a relevância deste achado, pois, embora a literatura científica aponte a sexualidade como promotora da qualidade de vida, há escassez de pesquisas que comprovem estatísticamente esta relação.

8.1.8 Considerações Parciais

Ao término deste estudo pode-se constatar que os objetivos foram alcançados, uma vez que foi possível realizar uma avaliação da sexualidade e da qualidade de vida dos idosos, além de comprovar a correlação existente entre os dois fenômenos.

Confirmaram-se os pressupostos da existência e da importância das vivências sexuais na velhice, possibilitando a desmistificação da sexualidade entre a população idosa. De acordo com os participantes, a pessoa idosa não perde a capacidade de sonhar, amar, desejar e principalmente de ser feliz. Tais achados possibilitarão uma melhor compreensão acerca do processo de envelhecimento, normalmente, compreendido como um período de declínio e perdas.

Os achados desta pesquisa mostram que a vida sexual na velhice é possível e promotora de prazer e bem-estar aos idosos, assim como na juventude. É necessário que a sociedade perceba as qualidades e potencialidades dessa etapa da vida, na qual é possível viver com qualidade, sendo as vivências sexuais promotoras desta qualidade de vida.

Os dados obtidos também contribuem para o aumento do conhecimento acerca da sexualidade do idoso, tendo em vista a atual escassez de estudos relacionados a esta temática.,

especialmente no que tange aos benefícios desta para a qualidade de vida da pessoa idosa. Uma parcela significativa das pesquisas acerca deste construto abordam apenas os aspectos negativos decorrentes do processo de envelhecimento, ressaltando as mudanças e perdas decorrentes do passar dos anos.

CAPÍTULO IX

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional representa um fenômeno mundial que vem demandando desafios constantes aos profissionais de diversas áreas do conhecimento científico. Os indicadores, sejam de ordem biológica, psicológica ou social, apontam para a necessidade de redefinição de conceitos e valores, no sentido de garantir um envelhecimento ativo e socialmente inserido.

Durante muito tempo, a velhice foi vista apenas como um período de declínio e perdas, contribuindo para a existência de estereótipos e preconceitos em relação a pessoa idosa. Compreender o processo de envelhecimento considerando apenas os seus aspectos negativos impossibilita a percepção de fatores importantes que são vivenciados apenas nessa etapa do desenvolvimento, como a experiência, objetivada por uma visão mais ampla e global da existência humana.

A Psicologia, de forma especial, tem ao longo dos anos, modificado também a sua forma de atuação junto a população idosa, não apenas pesquisando e intervindo em aspectos negativos do envelhecimento, mas também ressaltando os seus aspectos positivos. Neste contexto, destaca-se a contribuição da Psicologia Positiva que tem colaborado para uma vida saudável das pessoas, preocupando-se em fortalecer competências, ao invés de apenas corrigir deficiências.

É necessário que sejam enfatizados e reforçados os aspectos positivos da existência humana, que possam estar atuando de forma preventiva junto aos aspectos patológicos. Dessa forma, o papel da psicologia transcede a reparação do errado, ressaltando as qualidades

positivas da longevidade. Dentre estes aspectos positivos, destacam-se as vivências sexuais, capazes de proporcionar bem-estar físico e psicológico aos indivíduos, independente da idade.

Na presente tese, adentrou-se no universo das vivências sexuais dos idosos, embora, a obtenção de dados acerca dessa temática junto a população idosa represente um desafio para o pesquisador, uma vez que enfrenta a resistência de valores morais e cultutais, além da timidez e do receio de serem mal interpretados.

A sexualidade do idoso é uma temática ainda carente de pesquisas, haja vista que a maioria dos estudos existentes se detem aos aspectos fisiológicos negativos, como as disfunções sexuais, por exemplo. Estudos capazes de apreender os aspectos subjetivos das vivências sexuais na velhice são de suma importância, pois possibilitam a compreensão dos sentimentos e emoções existentes na vida cotidiana dos idosos, que acabam por direcionar os comportamentos dessa população.

No caso específico desta tese, constatou-se através do estudo um, que os participantes demonstraram entendimento acerca da sexualidade e aceitação das práticas sexuais na velhice, sendo suas representações sociais objetivadas através dos elementos constituintes da sexualidade. As análises lexical e de conteúdo possibilitaram uma complementariedade, favorecendo a apreensão e interpretação dos dados.

Foi possível a construção de um instrumento capaz de avaliar a sexualidade do idoso, fato este ainda inédito na literatura especializada. A construção e validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso - EVASI representa um importante marco no campo da pesquisa e intervenção gerontológica, capaz de investigar os aspectos complexos e subjetivos que compoem o construto. Trata-se de um instrumento válido e fidedigno, capaz de auxiliar diversos profissionais da gerontologia em suas atividades, tendo em vista toda dificuldade

encontrada pelos idosos em verbalizar acerca da sua sexualidade, tema ainda considerado, na atualidade, como constrangedor.

A aplicação do instrumento construido e validado possibilitou uma avaliação da sexualidade dos idosos participantes, onde constatou-se um bom nível, superior a média, tendo em vista as possibilidades de respostas ao instrumento que variavam de 0 a 5 pontos. Com isto, pôde-se verificar que os participantes realizaram uma positiva avaliação de suas vivências sexuais, ressaltando seus sentimentos em relação ao outro, bem como sua percepção em relação ao sentimento do outro por si.

As diferenças significativas encontradas entre o sexo e escolaridade dos participantes refletem a influência dos aspectos sócio- culturais que acabam por influenciar a sexualidade. Embora os idosos, de uma forma geral, sejam vítimas de preconceito, pois as práticas sexuais na velhice são de difícil aceitação por parte da sociedade em geral, percebe-se que os idosos do sexo masculino ainda são menos afetados por estas questões do que as do sexo feminino.

Diante do inegável aumento da longevidade populacional, surge a necessidade de se proporcionar aos idosos não apenas uma sobrevida maior, mas também com melhor qualidade. Neste sentido, a mensuração da qualidadde de vida na velhice mostra-se de extrema relevância, possibilitando ao profissional atuante no contexto da gerontologia, uma maior compreensão acerca do construto e dos fatores que o compõem.

Os resultados relatados nesta tese não pretendem ser conclusivos, uma vez que são evidentes a importância e a necessidade de ampliar o arsenal plurimetodológico, para melhor apreender a complexidade das vivências sexuais. Uma direção possível para a ampliação deste estudo seria a realização de novas pesquisas capazes de reforçar a fidedignidade da escala construida (EVASI), como por exemplo a análise confirmatória. A realização destas

investigações contribuirá, sem dúvida, para alargar o campo de aplicação do instrumento em questão, especialmente no que se refere a utilização desta escala em grupos de idosos com características diferentes da amostra aqui pesquisada.

No que se refere à aplicabilidade do estudo, acredita-se que a elaboração e validação da Escala de Vivências Afetivas e Sexuais do Idoso – EVASI possibilitará uma maior e melhor compreensão acerca do envelhecimento humano, desmistificando à sexualidade na velhice. Além disso, a comprovação da correlação existente entre a sexualidade e a qualidade de vida caracateriza-se como um marco importante nas pesquisas gerontológicas, fato ainda pouco explorado pelos pesquisadores.

Acredita-se, também que a compreensão da forma como os idosos vêem e lidam com a sexualidade, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, possibilita uma complementaridade entre o saber cientifico e o senso comum. Por fim, faz-se necessário destacar que a sexualidade do idoso ainda representa um grande desafio na sociedade contemporãnea, necessitando de mais estudos, almejando-se a diminuição dos preconceitos, estereótipos e desconhecimento, repercutindo, consequentemente, na melhoria da qualidade deste população.

REFERÊNCIAS

Abric, J-C.(1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.

Almeida, L.A., & Patriota, L.M. (2009). Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades – Campina Grande /PB. *Qualit@s Revista Eletrônica, 8*(1), 1-20..

Almeida, T., & Lourenço, M.L. (2007). Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,10*(1), 101-113.

Amaral, R.K.S., Nascimentos, W.D.M., Vieira, J.D.R., Teles, M.A.B., Souza, C.M.S., Alves, M.C.S., & Leite, M.G. (2011). Percepção dos idosos sobre sexualidade na terceira idade. *Anais XII Seminário de Pesquisa e Pós- graduação*. Universidade Estadual de Montes Claros.

Araújo, E.C. (2010). Exercício da sexualidade na terceira idade: riscos prementes às infecções sexualmente transmissíveis. Em W. Malagutti, & A.M.A. Bergo (Eds.), *Abordagem interdisciplinar do idoso* (pp. 385-400). Rio de Janeiro: Rubio.

Araújo, L. F. (2006). *Representações sociais da velhice: um estudo comparativo entre idosos de instituições de longa permanência e de grupos de convivência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Araújo, L.F., Coutinho, M. P.L., & Carvalho, V.A.M.L. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Revista Psicologia Ciência e Profissão, 25*(1), 118-131.

Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Santos, M. F.S. (2006a). Análise psicossocial do idoso em instituições gerontológicas. Em D.V.S Falcão, & C.M.S.B, Dias (Eds.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (Vol. 1) (pp. 131-150). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L., & Santos,M. F.S. (2006b). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade, 18* (2), 89-98.

Araújo, L.F., Saraiva, S.A., & Saraiva, E.R.A. (2009). Maus tratos na velhice: estudo comparativo entre universitários de psicologia e idosos de instituições de longa permanência. Em L.F. Araújo, C.M.R.G., Carvalho, & V.A.M.L. Carvalho (Eds.), *As Diversidades do Envelhecer: uma abordagem multidisciplinar* (pp.171-183). Curitiba: CRV.

Araújo, M.O.P.H., & Ceolim, M.F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista Escola de Enfermagem USP, 41*(3), 378-385.

Arcoverde, M.A.M. (2006). *A percepção da sexualidade do corpo idoso* (Dissertação de Mestrado). Retirada de http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oMarcosArcoverde.pdf.

Arruda, A. (2002). Teoria das Representaçoes Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa, 117* (1), 127-147.

Assumpção Júnior, F.B., Kuczynski, E., Sproviery, M.H., & Aranha, E,M.G. (2000). Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI –Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image) validade e confiabilidade de uma escala para a qualidade de vida em criaças de 4 a 12 anos. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 58* (1), 119-127.

Ballone, G.J. (2002). Sexo nos Idosos. *PsiqWeb Psiquiatria Geral.* Retirado de http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html.

Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 75.

Barreto, L.M.S., Coutinho, M.P.L., & Ribeiro, C.G. (2009). Qualidade de vida no contexto migratório: um estudo com imigrantes africanos residentes em João Pessoa-PB, Brasil. *Mudanças – Psicologia da Saúde, 17* (2), 116-122.

Barros, L.P., Gropo, L.N., Petribú, K., & Colares, V. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida em Adolescentes: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 57*(3), 212-217.

Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing, 2* (1), 63–68.

Beauvoir, S.A. (1990). *A Velhice* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bernardino, E. (2011). *A sexualidade na terceira idade: o discurso social do suposto corpo assexuado*. (Monografia de conclusão de graduação). Retirada de http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/459/1/TCC_II-Edjane.pdf.

Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariable*. Barcelona: PPU.

Bock, A.M.B., Furtado, O., & Teixeira, M.L.T. (2008). *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva.

Bonaccorsi, A.C. (2001). Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, 45*(2), 123-133.

Borges, M.C.M (2006). O idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. Em O.R.M.Simson, A.L. Neri, & M. Cachioni (Eds.), *As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil* (pp. 79-104). Campinas: Alínea.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2006). *Cadernos de Atenção Básica - n.º 19, Série A: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Bulcão, C.B, Carange, E., Carvalho, H.P., França, J.B.F., Antunes, J.K., Backes, J., Landi, L.C.M., Lopes, M.C., Santos, R.B.M., & Shol-Franco, A. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual.*Ciência & Cognição, 1*(1), 54-75.

Butter, R., & Lewis, M. (1985). *Sexo e amor na terceira idade.* São Paulo: Summus.

Cachioni, M., & Falcão, D.V.S. (2009). Velhice e Educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. Em D.V.S. Falcão, & L.F.Araújo (Eds.), *Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 175-194). Campinas: Alínea.

Capodieci, S. (2000). *A idade dos sentimentos*: Amor e sexualidade após os sessenta anos. Bauru: EDUSC.

Carvalho, J.A.M., & Garcia, R.A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública, 19*(3), 725-733.

Ceschin, F., Alquati, C., & Ximenes, M.A. (2012). Qualidade de vida na Velhice. *Revista Portal, 20*(1), 45-48.

Chachamovich, E., Trentini, C.M., & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. Em A.L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.61-81). Campinas: Alínea.

Chachamovich, E., Trentini, C.M., Fleck, M.P.A., Schmidt, S.& Power, M. (2008). Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. Em M.P.A. Fleck, (Ed.), *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde*(pp. 102- 111). Porto Alegre: Artmed.

Coelho, A.V.R. (2006). *O sentido subjetivo da sexualidade na terceira idade* (Dissertação de Mestrado). Retirada de http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2007-01-24T132904Z-285/Publico/Ana%20Velasco%20Remigio%20Coelho.pdf

Corrales, L.A.W., Rodriguez, Y.A., Miranda, M.C.D. & Inclán, A.G. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. Revista Médica Eletrônica, 32(3),1-5.

Costa, F.G., & Campos, P.H.F. (2009). Representação Social da Velhice, Exclusão e Práticas Institucionais. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas, 1*(1), 100-113.

Coutinho, M P. L. (2005). *Depressão Infantil e Representação Social* (2ª ed.). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Coutinho, M.P.L., & Saldanha, A.A.W. (2005) *Representações Sociais e Práticas em Pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Coutinho, M.P.L., Franken, I., & Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida: o pensamento de brasileiros imigrantes. Em E. C. Krutzen, & S.B. Vieira (Eds.), *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental* (pp. 160-179). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Cruz, L. N. (2005). *Associação entre Qualidade de Vida e Depressão em Pscientes portadores de doenças crônicas* (Dissertação de Mestrado). Retirada de http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6686/000533336.pdf?sequence=1.

Dalla Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S.C.M., & Corrente, J.E.. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 8*(3), 246-252.

Dantas, J.M.R., Silva, E.M., & Loures, M.C.(2002). Lazer e Sexualidade no Envelhecimento Humano. *Estudos Goiânia, 29*(5), 1395-1442.

Estatuto do Idoso: Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003 (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, No. 192, 1-6. Retirado de <http://www.camara.gov.br/internet/infdoc/Publicacoes/html/pdf/EstatutoIdoso.pdf>.

Faleiros, V.P., & Afonso, K.A. (2008). Representações Sociais da qualidade de vida na velhice para um grupo de idosos do projeto "Geração de Ouro" da Universidade Católica de Brasília. *Serviço Social & Realidade, 17*(1), 37-44.

Farr, R. M. (2010). Representações Sociais: A teoria e sua história. Em P. Guareschi & S. Jovchelovitch, S. (Eds.), *Textos em representações sociais* (11a ed., pp. 31-35). Petrópolis: Vozes.

Fávero, M.F., & Barbosa, S.C.S. (2011). Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde. *Terapia Sexual, 14*(2), 11-39.

Fernandes, M.G.M (2009). Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas. *Revista Enfermagem UERJ, 17*(3), 418-422.

Fernandez, M.L., & Paniagua, S.C. (2007). La sexualidad em la persona adulta mayor**.** Em A.C.M. Gonzalez, & M.R. Brenes (Eds.), *Envejece La sexualidade?* (pp. 15- 35). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Ferreto, L.E. (2010). Representação social no envelhecimento humano. Em W. Malagutti, & A.M.A. Bergo (Eds.), *Abordagem interdisciplinar do idoso* (pp 23-36). Rio de Janeiro: Rubio.

Fleck, M. P.A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. M, & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*(1), 21-8.

Fleck, M.P.A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. Em M.P.A. Fleck (Ed.) *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.

Freitas, E. V.(2002.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan.

Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Obras psicológicas completas, Vol. II). Rio de Janeiro: Imago.

Gabriel, G.L.L., Neves, S., & Dias, L.G. (2010). Sexualidade na vivência de idosos. *Cuidado é fundamental Online, 2* (ed.supl.), 720-724.

Gavião, A.C.D. (2005). Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. Em Y.A.O. Duarte, & M.J.D. Diogo (Eds.), *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontologico* (pp. 173-180). São Paulo: Atheneu.

Gonzalez, A.C.M., & Brenes, M.R. (2007). Modificaciones en la sexualidad ocasionadas por el proceso de envejecimiento. Em A.C.M. Gonzalez, & M.R. Brenes (Eds.), *Envejece La sexualidade?* (pp. 37- 75). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Gradim, C.V.C., Sousa, A.M.M., & Lobo, J.M. (2007). A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enfermagem, 12*(2), 204-213.

Gusmão, N.M.M. (2001). A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. Em A.L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp.113-139). Campinas: Papirus.

Hargreaves, L.H.H. (2006). *Geriatria*. Brasília: SEEP.

Hoffman, E. (2002). Bases Biológicas do Envelhecimento. *Idade ativa – velhice e qualidade de vida/revista eletrônica da terceira idade*. Disponível em: http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env10.htm.

Jeckel Neto, E.A. (2001). Tornar-se velho ou ganhar idade: envelhecimento biológico revisitado. Em A.L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp.39-52). Campinas: Papirus.

Jesuíno, J.C. (2011). Um conceito reencontrado. Em A.M.O. Almeida, Santos, M.F.S., & Z.A.Trindade (Eds.), *Teoria das Representações Sociais 50 anos* (pp 33-57). Brasília: Technopolitik.

Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Ed.), *As Representações Sociais* (pp.17-41). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

Joia, L.C., Ruiz, T., & Donalisio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, *41*(1), 131-138.

Jordão Netto, A. (1997). *Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos.

Khoury, H.T.T., & Gunther, I.A. (2006). Percepção de Controle, Qualidade de Vida e Velhice bem-sucedida. Em D.V.S Frazão, & C.M.S.B.Dias (Eds.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas* (Vol. 2). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kinas. R., & Vendruscolo, G.B.B. (2010). O despertar do amor nos bailes da terceira idade. *Psico, 41*(1), 14-20.

Kluthcovsky, A.C.G.C., & Takayanagui, A.M.M. (2007). Qualidade de vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus, 1*(1), 13-15.

Lahlou, S. (2011). Difusão das representações sociais e inteligência coletiva distribuída. Em A.M.O. Almeida, M.F.S. Santos, & Z.A.Trindade (Eds.), *Teoria das Representações Sociais 50 anos* (pp 59-97). Brasília: Technopolitik.

Laurentino, N.R.S., Barboza, D., Chaves, G., Besutti, F., Bervian, S.A., & Portella, M.R. (2006). Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 3*(1), 51-63.

Lei No. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, No. 3, 77-79.

Lodovici Neto, P. (2010). Musicoterapia no tratamento do idoso com doença de Parkinson. Em W. Malagutti & A.M.A. Bergo (Eds.), *Abordagem interdisciplinar do idoso* (pp.355-372). Rio de Janeiro: Rubio.

Lopes, E.S.L., & Park, M.B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudos de Psicologia, 12*(2), 141-148.

Lopes, R.G.C, & Goldfarb, D.C. (2009). *Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Curitiba: Juruá.

Martins, C.R.M., Camargo, B.V., & Biasus, F. (2008). Representações Sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, *8* (3), 831-847.

Martins, M.B. (2012). *Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosas no contexto familiar* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

Masters, W., & Johnson, V. (1988). *O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Mendonça, A.M.L., & Ingold, M. (2006). A sexualidade da mulher na terceira idade. *Ensaios e Ciência, 10*(3), 201-213.

Minayo, M.C.S. (2005) *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria* (2ª ed.). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Minayo. M.C.S. (2007). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (5ª ed.). São Paulo: Hucitec/Abrasco.

Minayo, M.C.S, & Coimbra Júnior, C.E.A. (2002). *Coleção Antropologia e Saúde: antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici, S. (2010). Representações Sociais – Investigações em Psicologia Social (7a ed.) São Paulo: Vozes.

Moura, I., Leite, M.T., & Hildebrandt, L.M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *RBCEH, 5*(2), 132-140.

Negreiros, T.C.G.M. (2004). Sexualidade e Gênero no envelhecimento. *Alceu, 5*(.9), 77-86.

Neri, A.L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em A.L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp.161-200). Campinas: Papirus.

Neri, A. L.(2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Em E.V.Freitas (Ed.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 32-45). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Neri, A.L. (2004). Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *Psico-USF, 9*(1), 109-110.

Neri, A.L. (2007). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea.

Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.

Nóbrega, S. M. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. Em A. S. P. Moreira (Ed.), *Representações sociais: teoria e prática* (pp. 55-87). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Oliveira, M.X., & Coutinho, M.P.L. (2011). Evidência de validade discriminante do WHOQOL-bref. Em M.P.L.Coutinho, & E.R.A. Saraiva (Eds.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp.411-432). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Informe Mundial sobre a violência e a saúde sexual*. Genebra: OMS.

Pacheco, J. L. (2006). As Universidades Abertas à Terceira Idade como espaço de convivência entre gerações. Em O.R.M. Simson, A.L. Neri, & M. Cachioni (Eds.), *As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil* (pp. 223-250). Campinas: Alínea.

Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto editora.

Paschoal, S.M.P. (2005). Qualidade de Vida. Em W.Jacob Filho, & J.R.G. Amaral (Eds.), *Avaliação global do idoso*. São Paulo: Atheneu.

Pascual, C.P. (2002). *A sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo: Loyola.

Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora UnB.

Pavarini, S.C.I., Mediondo, M.S.Z., Barham, E.J., Varoto, V.A.G., & Filizola, C.L.A. (2005). A arte do cuidar: gerontologia como profissão? *Texto & Contexto Enfermagem, 14*(3), 398-402.

Penna, F.B., & Santo, F.H.E. (2006). O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 8*(1), 17-24.

Pereira, J.K. (2006*). As representações sociais da velhice na terceira idade: um estudo de caso sobre um grupo de terceira idade de Caratinga-MG* (Dissertação de Mestrado). Retirada de http://bibliotecadigital.unec.edu.br/bdtdunec/tde_arquivos/22/TDE-2007-08-30T145509Z-41/Publico/JOSIANNE%20KATHERINE%20PEREIRA.pdf

Perry, A.G., & Potter, P.A (2005). *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. São Paulo: Santos Livraria.

Pires, R.C.C.A. (2006). Sexualidade feminina, envelhecimento e educação: algumas aproximações necessárias. *Revista UDESC, 7*(1), 1-7.

Power, M. (2008). Qualidade de Vida na visão geral do projeto WHOQOL. Em M.P.A Fleck (Ed.), *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 48-59). Porto Alegre: Artmed.

Queiroz, C.M.B., Sá, E.N.C., & Assis, M.M.A. (2004). Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. *Ciência & Saúde Coletiva, 9*(2), 411-421.

Reinert, M. (2001). *Alceste*, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours. Application aux "Rêveries du promeneur solitaire". *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 5*(49), 32-37.

Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 (1996). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperada de <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.

Ribeiro, A. (2002) Sexualidade na Terceira Idade. Em M. Papaléo Netto (Ed.), *Gerontologia. A velhice eo envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu.

Ribeiro, C.G. (2011). *Representações sociais da violência doméstica: qualidade de vida e resiliência entre mulheres vítimas e não vítimas* (Tese de Doutorado). Retirada de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1418

Ribeiro, C.G., & Coutinho, M.P.L. (2011). Qualidade de vida de mulheres vítimas e não vítimas de violência doméstica: um estudo das representações sociais numa perspectiva societal. Em M.P.L.Coutinho & E.R.A. Saraiva (Eds.) *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp.383-409). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.

Ribeiro, P.C.C., & Yassuda, M.S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. Em A.L. Neri (Ed.), *Qualidade de Vida na Velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.189-204). Campinas: Alínea.

Rodrigues, L.C.B. (2008). *Vivência da sexualidade de idosos (as)* (Dissertação de Mestrado). Retirada de http://www.socialgest.pt/_dlds/vivenciasdasexualidadenosidosos.pdf

Rodrigues, L.S., & Soares, G.A. (2006). Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Ágora 4*(1), 1-29.

Rodrigues, P.C., Andrade, S.B.C., & Faro, A.C.M. (2008). Envelhecimento, Sexualidade e Qualidade de Vida: revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, 13*(2), 205-220.

Rouco, N.F., González, R.J.C., Carvalho, V.A.M.L., & Sánchez, F.L. (2009). ¿Mito o Realidade?: A sexualidade na velhice. Em L.F.Araújo, C.M.R.G. Carvalho, & Carvalho, V.A.M.L (Eds.), *As Diversdades do Envelhecer: uma abordagem multidisciplinar*(pp.87-99). Curitiba: CRV.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.

Santos, S.S., & Carlos, S.A. (2003). Sexualidade e amor na velhice. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento, 5*(1), 57-80.

Saraiva, E.R.A. (2010). *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa* (Tese de Doutorado). Retirada de http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=936

Silva, J. (2006). Estar e ser idoso: aspectos geriátricos e gerontológicos. Em N.M.A. Figueiredo, & T. Torrini (Eds.), *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento.* São Paulo: Yendis.

Silva, J. (2011). *O impacto da AIDS na saúde mental e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Silva, R.M.O. (2003). A sexualdade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta Fisiátrica, 10* (3), 107-112.

Silva, R. M.O. (2006). Sexualidade no idoso. Em L.H.H Hargreaves (Ed.), *Geriatria*(pp. 141-148). Brasília: SEEP.

Silva, V.X.L., Marques, A.P.O., & Fonseca, J.L.C.L. (2009). Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *12*(2), 295-303.

Silva, V.X.L., Marques, A.P.O., Lyra, J., Medrado, B., Leal, M.C.C., & Raposo, M.C.F. (2012). Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde & Sociedade*, *21*(1), 171-180.

Siqueira, T.C.B, & Pereira, A.B.M. (2007). Terceira idade e sexualidade: um encontro possível? *Fragmentos de Cultura*, *17*(3), 271-277.

Sousa, J.L. (2008). Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, *20*(1), 59-64.

Soutto Mayor, A., Antunes, E.S.D.C, &Almeida, T (2009, novembro). *O "devir" do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica* (pp. 286-293). Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, São Paulo – SP. Retirado de http://www.thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/anais_vii_jornada_apoiar.pdf

Souza, G.O., & Rodrigues, G.C.M. (2011, agosto). Sexo na terceira idade: um estudo em torno da percepção de funcionários e idosos da casa São Vicente Paulo sobre a sexualidade na terceira idade. *Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas.* Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA. Retirado de http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/ESTADO_CULTURA_E_IDENTIDADE/SEXO_NA_TERCEIRA_IDADE.pdf

Tahan, J., & Carvalho, A.C.D. (2010). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde & Sociedade*, *19*(4), p.878-883.

Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., & Fernandes, M. H.(2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58*(1), 39-44.

Torres, M.V. (2010). Capacidade funcional e envelhecimento. Em W. Malagutti, & A.M.A. Bergo (Eds.), *Abordagem interdisciplinar do idoso.* (pp.169-188). Rio de Janeiro: Rubio.

Trentini, C.M., Chachamovich, E., & Fleck, M.P.A. (2008). Qualidade de Vida em Idosos. Em M.P.A. Fleck (Ed.), *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde* (pp.218-228). Porto Alegre: Artmed.

Trindade, Z.A., Santos, M.F.S., & Almeida, A.M.O. (2011). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. Em A.M.O. Almeida, , M.F.S. Santos, & Z.A.Trindade (Eds.). *Teoria das Representações Sociais 50 anos* (pp 101-121). Brasília: Technopolitik.

Urquiza, A., Thumala, D., Cathalifaud, M.A., Ojeda, A., & Vogel, N. (2008). Sexualidad em la tercera edad. La imagen de los jóvenes universitários. *Ponto e vírgula ,4*, 358-374.

Vala, J. (2010). Representações Sociais: Para Uma Psicologia Social do Pensamento Social. Em J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), Psicologia Social (8a ed., pp. 457-501). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vasconcellos, D., Novo, R.F., Castro, O.P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M.C.P.P., Colomby, P., & Giami, A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 413-419.

Vazquez, L.A., Cabrera, A.R., & Avich, N.A. (2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista Cubana Salud Pública,* 34(1).

Viana, H. B. **(**2003). *A influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas* **(**Dissertação de Mestrado). Retirada de http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000294984.

Viana, H.B. (2008). *Adaptação e validação da ASKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros* (Tese de Doutorado). Retirada de http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000442330.

Viana, H.B., & Madruga, V.A. (2008). Sexualidade, Qualidade de Vida e Atividade Física no envelhecimento. *Revista Conexões, 6*, No. Especial, 222-233.

Viana, H.B., & Madruga, V.A. (2010). Sexualidade na velhice e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida, 2*, (2), 26-35.

Wachelke, J.F.R., Camargo, B.V., Hazan, J.V., Soares, D.R., Oliveira, L.T.P., & Reynaud, P.D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia*, *13*(2), 107-116.

Wallace, M. (2003). Sexuality and aging in long-term care. *Annals of Long-term Care*, *11*(2), 53-59.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assement: position paper from the *World Health Organization. Social Science and Medicine*, *41*(10), 1403-1409.

Zimerman, G.I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO 1
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP/UNIPÊ

C E R T I D Ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ, em sua 35ª Reunião Ordinária realizada em 15.02.2011, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, aprovou o parecer referente ao Projeto de Pesquisa **"Sexualidade do idoso: desafios contemporâneos e repercussões sociais"** da Pesquisadora responsável Key Francis Leal Vieira.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/UNIPÊ o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2011.

Urânia Catão Maribondo Trindade
Vice-Coordenadora do CEP/UNIPÊ

ANEXO 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada **SEXUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS E REPERCUSSÕES SOCIAIS,** trata-se de uma tese **.** que sendo desenvolvida pela doutoranda Kay Francis Leal Vieira, sob orientação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho na Universidade Federal da Paraíba.Os objetivos são: investigar as representações sociais da sexualidade na velhice, construir uma escala de avaliação da sexualidade para idosos, bem como mensurar a qualidade de vida de idosos freqüentadores de grupos de convivência.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista e questionários e que os mesmos farão parte de um trabalho de tese de doutorado, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Apesar deste estudo não oferecer benefício imediato aos participantes, contribuirá com informações no banco geral do conhecimento da Psicogerontologia. Os resultados finais deste estudo estarão disponíveis no final do segundo semestre de 2011. Para obtê-los, favor contatar a responsável pela pesquisa através dos meios abaixo citados. Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu,_____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo.

João Pessoa, _____/_____/ 2010

_____
Kay Francis Leal Vieira
(Pesquisadora Responsável)

_____
Participante da Pesquisa

_____
Email da pesquisadora responsável: kayvieira@yahoo.com.br (Kay)
Telefone dos responsáveis: 3216- 7006 (Doutorado em Psicologia - UFPB); 8883-2009 (Kay)

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO **(Estudo 1)**

Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outros

Religião :

( ) Católica ( ) Evangélica ( )Espírita ( )Outra

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO **(Estudos 2 e 3)**

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outros

Quantas vezes já foi casado (a)**?_____ Tempo de relacionamento anterior:**_____anos _____meses

Filhos? ( ) Sim ( ) Não **Quantos?**_____

Com quem mora: ( ) Sozinho(a) ( ) Companheiro(a) ( )Filhos(as) ( ) Netos (as) ( ) outros familiares ( ) amigos(as)

Profissão: _____

Nível de escolaridade:

( ) Analfabeto(a) ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior ( ) Pós- graduação

Religião: _____

Renda pessoal (em salários mínimos)_____

Renda familiar (em salários mínimos)_____

Com que freqüência você e seu/sua companheiro(a) tem relações sexuais?

( ) não temos mais relações sexuais ( ) 1 a 4 vezes ao mês ( ) 5 a 8 vezes ao mês ( ) acima de 8 vezes ao mês

Como você avalia suas vivências sexuais?

( ) satisfatória ( )insatisfatória ( ) não sei

ANEXO 5

ESCALA DE VIVÊNCIAS AFETIVAS E SEXUAIS DO IDOSO – EVASI

(Versão Inicial)

ITEM	Nunca	Rara Mente	As vezes	Frequente mente	Sempre
1. Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice					
2.Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)					
3. Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade					
4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)					
5. Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais					
6. Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim.					
7. Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos					
8. Amo meu/minha parceiro (a)					
9. As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.					
10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)					
11. Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)					
12. Nossa relação é recheada de muito carinho					
13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento					
14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação					
15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto					
16. Penso que a sexualidade na velhice é normal					
17. Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.					
18. Nossa relação é baseada em companheirismo					
19. Percebo a existência de amor em nossa relação					
20. As vivências sexuais me fazem sentir mais vivo(a)					
21. Percebo cumplicidade em nossa relação					
22. Percebo a existência do desejo em nossa relação					
23. Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)					
24. Sinto-me atraído por temas sexuais					
25. Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)					
26. Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita					
27. Sinto-me bem quando temos relações sexuais					
28. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)					
29. Nossas vivências sexuais são prazerosas					
30. Preciso das vivências da sexualidade para viver					
31. Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento					
32. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar					
33. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais					
34. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de					

vida da pessoa idosa					
35. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim					
36. Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar					
37. Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo					
38. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade					
39. Sinto que a sociedade exclui o idoso das vivências sexuais					
40. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento					

ANEXO 6

ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS VIVÊNCIAS AFETIVAS E SEXUAIS DO IDOSO

(Versão Final)

ITEM	Nunca	Rara Mente	As vezes	Frequente mente	Sempre
1. Tenho atitude favorável frente à sexualidade na velhice					
2.Sinto prazer em estar com meu/minha parceiro(a)					
3. Eu e meu/minha parceiro (a) desfrutamos de privacidade					
4. Sinto desejo por meu/minha parceiro(a)					
5. Eu e meu parceiro(a) temos relações sexuais					
6. Sinto que meu/minha parceiro(a) tem carinho por mim.					
7. Eu e meu/minha parceiro(a) somos amigos					
8. Amo meu/minha parceiro (a)					
9. As vivências sexuais fazem bem para a minha auto-estima.					
10. Desfrutar da minha sexualidade significa estar vivo(a)					
11. Sinto-me desejado (a) por meu/minha parceiro (a)					
12. Nossa relação é recheada de muito carinho					
13. Aceito as mudanças causadas pelo envelhecimento					
14. Percebo que o fato de fazermos sexo melhora nossa relação					
15. Não tenho vergonha ou medo de expressar ao meu/ parceiro(a) o que sinto					
16. Penso que a sexualidade na velhice é normal					
17. Sinto que meu/minha parceiro(a) sente prazer em estar comigo.					
18. Nossa relação é baseada em companheirismo					
19. Percebo a existência de amor em nossa relação					
20. As vivências sexuais me fazem sentir mais vivo(a)					
21. Percebo cumplicidade em nossa relação					
22. Percebo a existência do desejo em nossa relação					
23. Sinto carinho pelo(a) meu/minha parceiro(a)					
24. Acredito que, na velhice, continuo sendo uma pessoa bonita					
25. Sinto-me amado (a) por meu/minha parceiro (a)					
26. Sinto-me bem quando temos relações sexuais					
27. Sei que posso contar com meu/minha parceiro(a)					
28. Nossas vivências sexuais são prazerosas					
29. Preciso das vivências da sexualidade para viver					
30. Sinto-me incomodado(a) por mudanças em minha sexualidade ocasionadas pelo envelhecimento					
31. A prática da sexualidade me proporciona bem-estar					
32. Alguns problemas de saúde atrapalham minhas vivências sexuais					
33. As vivências sexuais são importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa					

34. Expresso minha sexualidade sem me importar com o que os outros vão pensar de mim					
35. Eu e meu/minha parceiro(a) costumamos namorar					
36. Com o avanço da idade sinto que perdi o interesse por sexo					
37. Tenho receio de ser vítima de preconceito por causa das minhas atitudes em relação à sexualidade					
38. As trocas de beijos e carícias fazem parte do dia a dia do nosso relacionamento					

ANEXO 7

WHOQOL-OLD

Instruções
Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.
Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

1.Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

3.Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8. O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **o quanto completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

15. O quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16. O quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17. O quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18. O quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19. O quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5