



UF **m** G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA



Cristiane Alessandra Domingos de Araújo

**SER IDOSO, SEXUALIDADE E CUIDADOS PREVENTIVOS NO ATUAL CENÁRIO
DA MAIOR LONGEVIDADE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
Estudo de caso no município de Natal/RN**

Orientadora:

Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora:

Profa. Dra. Laura Lúcia Rodríguez Wong

Belo Horizonte / MG

Agosto / 2018

Cristiane Alessandra Domingos de Araújo

**SER IDOSO, SEXUALIDADE E CUIDADOS PREVENTIVOS NO ATUAL CENÁRIO
DA MAIOR LONGEVIDADE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
Estudo de caso no município de Natal/RN**

Tese apresentada para ao Programa de Pós-graduação em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Demografia.

Orientadora:

Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora:

Profa. Dra. Laura Lída Rodríguez Wong

Belo Horizonte / MG

Agosto / 2018

Ficha Catalográfica

A663S
2018 Araújo, Cristiane Alessandra Domingos de.
Ser idoso, sexualidade e cuidados preventivos no atual cenário da maior longevidade e envelhecimento populacional [manuscrito] : estudo de caso no município de Natal/RN / Cristiane Alessandra Domingos de Araújo. – 2018.
183 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientadora: Mirela Castro Santos Camargos.
Coorientadora: Laura Lúcia Rodríguez Wong
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.
Inclui bibliografia (f. 138-159).

1. Longevidade - Teses. 2. Idosos – Sexo – Teses. 3. Doenças sexualmente transmissíveis - Prevenção - Teses. 4. Demografia – Teses. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Wong, Laura Rodriguez. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. IV. Título.

CDD: 362.6042

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – FPS083/2018

Dedico esta tese a minha família: Marli e João (mãe e pai, *in memoriam*) –, Francisca (avó, *in memoriam*), Adrienne (filha) e Cláudia (irmã) pelo apoio, solidariedade, suporte familiar, amor incondicional e por sempre acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, por proporcionar minha existência e a das pessoas queridas. E também, pela oportunidade de ingressar na pós-graduação em Demografia (UFMG) e por me fortalecer nos piores momentos, me impedindo de desistir;

Agradeço aos meus pais, Marli e João (*in memoriam*), por me ensinarem a viver a vida com dignidade e honestidade; por seus esforços, dedicação, compreensão e disponibilidade em todos os momentos, me proporcionando uma boa criação e educação;

A minha avó Francisca (*in memoriam*), por me criar, estabelecer limites, me dar carinho e amor até o momento em que o Criador a chamou;

Agradeço também à minha irmã Cláudia pela disponibilidade em ajudar nos momentos necessários e pelo suporte familiar;

Ao Clodoaldo, pelo incentivo e apoio emocional, e por vezes, estratégico nesta longa jornada;

À Mirela, peça fundamental para a conclusão desta tese. Muito obrigada pela oportunidade, força, positivismo e incentivo;

À Laura Wong, por me conceder o privilégio de ser sua orientanda;

À Maria Cecília, Simone de Cássia e Sebastião, pelo apoio administrativo realizado com atenção, prontidão e dedicação na Secretaria da Pós-graduação do Cedeplar /UFMG;

A todos os professores do curso de pós-graduação em Demografia do Cedeplar /UFMG, pela dedicação, disponibilidade, empenho e por dividir seus conhecimentos conosco;

Ao Leonardo, meu amigo e companheiro de doutorado, pelo apoio, incentivo e companheirismo nos momentos mais difíceis desta jornada;

Registro neste trabalho alguns agradecimentos especiais àqueles que estiverem presentes ao longo desta caminhada – meus queridos colegas e amigos de pós-graduação: Philipe, Willy Ney, Juan Sandoval, Márcio e Ana Júlia – pela colaboração durante todo o curso.

Agradeço a Capes pelo suporte financeiro, sem a qual não seria possível cursar o doutorado, e, nem muito mesmo ter realizado o intercâmbio em Havana / Cuba;

E finalmente, agradeço a todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente e que não foram mencionados na elaboração de mais este projeto. **MUITO OBRIGADA** a todos!

Sexualidade na terceira idade

O que é terceira idade?
É uma fase da vida. Não é o clímax
É um período de desafios e oportunidades
O envelhecimento da população
Possui diversas causas, entre elas
O progresso da medicina.
Estilo de vida saudável
Crescimento da população
Temos os “Idosos Velhos”. Temos os “Idosos Jovens”
Essas pessoas costumam. Estar ativas, cheias de vida
Não importando a idade
Não é porque se envelhece. Que se perde a capacidade
"Ah, se todos chegassem à longevidade!"
Ser idoso não significa. Perder a beleza
E a sexualidade então!?
O que muitos pensam
Que os idosos morrem. Nesse aspecto da vida
Quanta ingenuidade!
A sexualidade não é “marca”. Apenas da juventude
Ela está na nossa vida. Basta ter atitude
Por que pensar que a sexualidade
Acaba quando chega à terceira idade?
A pessoa pode representar outros papéis é verdade!
Pode ser a vovó, pode ser o vovô!
Mas nem por isso perde o seu vigor!
A “Sexualidade” não se define pela relação
Sexual exacerbada
Pode ser um flerte,
Pode ser admiração pelo outro,
Ou um simples pegar na mão
Não importa como se sintam ou demonstrem
O que importa é como estão vivendo a sua sexualidade
Aceitando que a vida trás limitações
Compreendendo que são capazes de viver os desejos e
sensações
Com o passar do tempo tudo se transforma,
Mas a idade não é desculpa
E por que alguns idosos se culpam?
Por querer viver a vida com qualidade
Porque tanto o idoso quanto a idosa
Mantém fatores capazes de expressar a sua sexualidade
Não é a idade, não é a idade!
Nessa fase da vida muitas preocupações já não mais
existem
Ou pelos menos não deveriam existir
Vocês deveriam é “curtir”
Como diz o jovem. Para quê pressa?
A mulher não engravida mais!
A maioria dos problemas. Podem discutir juntos
Ambos já alcançaram a maturidade!
E viva a idade! E viva a idade!

Maria Zuleide (2012)¹

¹ http://www.paralerepensar.com.br/paralerepensar/texto.php?id_publicacao=24929

RESUMO

ARAÚJO, Cristiane Alessandra D. de. **Ser idoso, sexualidade e cuidados preventivos no atual cenário da maior longevidade e envelhecimento populacional:** Estudo de caso no município de Natal/RN, 2018. 183 f. [Tese]. Doutorado em Demografia. Programa de Pós-Graduação em Demografia. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

A maior longevidade incitou entre os idosos o anseio por melhores condições de vida, que permitissem manterem-se ativos e com o mínimo de comprometimento em seu dia-a-dia. Vivendo cada dia melhor, com mais saúde, autonomia e independência, as atividades que antes eram exercidas até a fase adulta, atualmente, são prolongadas para além da entrada na velhice. O tempo gasto com atividades do lar e com a criação de filhos e netos foi reduzido e, em compensação, o investimento em lazer, bem-estar e qualidade de vida aumentou. Com isso, a sexualidade, inerente a todas as espécies vivas, também é almejada na velhice. Todavia, devido a fatores culturais e pessoais, muitos idosos ficam expostos a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e a prática sexual que deveria intensificar o bem-estar, pode causar deterioração dos anos adicionais ganhos com o aumento da longevidade. Neste contexto, esta tese tem como objetivo analisar a percepção de pessoas a partir dos 60 anos em relação a sua sexualidade, discutindo aspectos como a identidade de “Ser idoso” e cuidados preventivos à ISTs, apontando diferenças entre homens e mulheres. Destaca-se que os cuidados preventivos selecionados para a pesquisa, dentre os descritos na literatura sobre o tema, são os dois comportamentos de risco mais frequentes: a multiplicidade de parcerias e a falta de uso do preservativo nas relações sexuais. Para alcançar o objetivo a metodologia adotada compreende uma abordagem qualitativa, por meio de duas técnicas: grupo focal com mulheres idosas e entrevista semiestruturada com homens idosos. A técnica de seleção dos indivíduos foi bola de neve ou indicação. O público-alvo foi composto por idosos, de ambos os sexos, com idade a partir dos 60 anos, residentes no município de Natal/RN. O método de análises dessas informações foi a proposta de Attride-Stirling. Dentre os resultados obtidos, por um lado, destaca-se um maior empoderamento feminino, advindo, dentre outros, da estabilidade financeira, a qual impulsiona as idosas a racionalizar sobre as perdas e ganhos de um possível envolvimento amoroso/sexual. Por outro lado, para o homem idoso chamou atenção o desuso sistemático do preservativo na prática sexual, no qual o associam, basicamente, a relações extraconjugais, ao período reprodutivo feminino e a problemas no aparelho geniturinário. A partir daí, depreende-se que as políticas de Saúde Sexual direcionadas à população idosa, devem partir de pessoas próximas, por exemplo, equipes da Estratégia Saúde da Família e os grupos sociais de pertencimento. Sugere-se a desvinculação das campanhas de prevenção do *HIV/AIDS* da via de contágio sexual. Afinal, os idosos a associam ao *status* conjugal atual, portanto, a uma provável infidelidade do parceiro, caso o tenha. Ademais, é primordial incentivar, nesse segmento, a testagem anti-*HIV* incluindo-o em exames de rotina.

Palavras-chave: Longevidade. IST. Idoso. Sexualidade. Cuidados preventivos. Saúde Sexual.

ABSTRACT

ARAUJO, Cristiane Alessandra D. de. **Being elderly, sexuality and preventive care in the current scenario of greater longevity and aging populations:** Case study in the municipality of Natal/RN, 2018. 183 f. [Thesis]. Doctoral in Demography. Postgraduate Program in Demography. Center for Regional Development and Planning. Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

The bigger longevity caused the desire for better living conditions among the elderly, which allowed them to keep active and with the minimum of commitment in their daily lives. Living better, healthier, more autonomous and independent, activities which were formerly exercised until adulthood are now extended beyond the old ages. The time spent on household activities and the raising of children and grandchildren has been reduced and, on the other hand, investment in leisure, well-being and quality of life has increased. In this way, sexuality, inherent in all living species, is also sought after in old age. However, due to cultural and personal factors, many older people are exposed to Sexually Transmitted Infections (STIs) and sexual practices, which should increase well-being, may cause deterioration of the additional years gained by longevity increasing. In this context, this thesis aimed to analyze the perception of sexuality among people from the age of 60, discussing aspects such as the identity of "Being old" and preventive care to STI's, identifying differences between men and women. With regard to preventive care two most usual risk behaviors have been investigated: the multiplicity of partnerships and the lack of condom use in sexual relations. To reach the goal, a qualitative approach has been used, through two techniques: focus group with elderly women and semi-structured interview with elderly men. The technique of selection of individuals was snowball or indication. The target group consisted of elderly people, both genders, aged 60 and over, living in the Brazilian municipality of Natal/RN. The analyzing method was the Attride-Stirling proposal. Among the results, on the one hand, there is a greater female empowerment, resulting, among others, in financial stability. This encourages the elderly to rationalize the losses and gains of possible romantic / love involvement. On the other hand, the elderly man called attention by the systematic disuse of condoms in sexual relationships, in which they are associated, basically, with extramarital relationships and problems in the genitourinary system. From there, it can be deduced that the Sexual Health policies directed to the elderly population should be based on people close to them, for example, Family Health Strategy teams and 'belonging social groups'. It is suggested that *HIV/AIDS* prevention campaigns must be unjoined from the path of sexual contagion. After all, the elderly associate it with the current marital status, therefore, to a probable unfaithfulness of the partner, if it has. In addition, it is essential to encourage, in this segment, anti-*HIV* testing by including it in routine exams.

Keywords: Longevity. IST. Elderly. Sexuality. Preventive care. Sexual Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores determinantes do envelhecimento ativo.....	25
Figura 2 - Seleção de conceitos e dimensões mencionados em uma definição da Saúde Sexual e Reprodutiva.....	30
Figura 3 – Problemática esquematizada: Saúde Sexual versus Envelhecimento populacional e aumento da Longevidade.....	49
Figura 4 - Construto positivo do que é “Ser idoso” para a mulher idosa.....	91
Figura 5 - Construto negativo do que é “Ser idoso” para a mulher idosa.....	92
Figura 6 - Construto positivo do que é “Ser idoso” para o homem idoso.....	98
Figura 7 - Construto negativo do que é “Ser idoso” para o homem idoso.....	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de crescimento exponencial média da população de 60 anos e mais. Natal/ RN, Período: 1991-2000 e 2000-2010.....	51
Gráfico 2 – Evolução da esperança de vida ao nascer. Rio Grande do Norte. Período: 1980-2010.....	52
Gráfico 3 – Evolução da esperança de vida a partir dos 60 anos. Rio Grande do Norte. Período: 1980-2010.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores do Envelhecimento Populacional e Longevidade. Natal/RN, 2010.....	51
Quadro 2 – Síntese das principais mudanças nos relacionamentos e na sexualidade na velhice, segundo a visão de mulheres e homens idosos.....	115
Quadro 3 – Síntese das principais comportamentos e cuidados preventivos às ISTs, segundo a visão de mulheres e homens idosos.....	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População idosa residente (%) por grupos de idade, sexo e razão de sexos. Natal/RN. 2010.....	50
Tabela 2 - Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres idosas participantes dos Grupos Focais no município de Natal, 2016.....	71
Tabela 3 - Perfil socioeconômico e demográfico de homens idosos participantes de Entrevistas Semiestruturadas no município de Natal, 2016.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
Art.	Artigo
ASKAS	<i>Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale</i>
AVD	Atividade Básica de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Educação Superior
CDCP	<i>Centers for Disease Control and Protection</i>
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CMDS	Conferência da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social
CMM	Conferência Mundial sobre a Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Comp.	Completo
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DE	Disfunção Erétil
DH	Desenvolvimento Humano
EA	Envelhecimento Ativo
EC	Estudo de Caso
EI	Estatuto do Idoso
ES	Entrevista Semiestruturada
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissões Nacionais Especializadas – Ginecologia e Obstetrícia
FIG.	Figura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPA	<i>Family Planning Association</i>
GF	Grupo Focal
GM	Gabinete do Ministro
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPA	<i>Health Protection Agency</i>
ENA	Departamento de Enfermagem aplicada da UFMG
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Incomp.	Incompleto
IE	Índice de Envelhecimento
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JR	Júnior
Km ²	Quilômetros quadrados
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MEEM	Mini Exame de Estado Mental
NIH	<i>Consensus Development Panel on Impotence</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OSP	Oficina Sanitária Pan-americana
PIA	População em Idade Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Programa Nacional de Atenção à Saúde do Idoso Integrada
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
ProSex	Programa de Estudos da Sexualidade da USP
PTD	Primeira Transição Demográfica
QUAD.	Quadro
QV	Qualidade de Vida
RDT	Razão de Dependência Total
REF.	Referência
RN	Rio Grande do Norte
SciELO	<i>Scientific electronic library online</i>
SEMURB	Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo de Natal/RN
SEMOB	Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana de Natal/RN
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIDRA	Sistema de Recuperação Automática do IBGE
s.p.	Sem página
SR	Saúde Reprodutiva
SS	Saúde Sexual
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSP-R	Saúde Sexual e Pós-Reprodutiva
STD	Segunda Transição Demográfica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB.	Tabela
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transição Demográfica
TE	Transição Epidemiológica
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
EU	União Europeia
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para a <i>AIDS</i>
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNECE	<i>United Nations Economic Commission for Europe</i>
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality Of Life assessment</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

e_0	Esperança de Vida ao Nascer
e_{60}	Esperança de Vida aos 60 anos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A LONGEVIDADE.....	18
2.2 QUALIDADE DE VIDA, SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL NA VELHICE.....	23
2.2.1 Qualidade de vida.....	24
2.2.2 Saúde Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	29
2.2.3 Sexualidade e relacionamentos <i>versus</i> Geração e gênero	40
2. 3 CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E LONGEVIDADE NO MUNICÍPIO DE NATAL (RN).....	49
3 MATERIAL, MÉTODOS E PERFIL DOS IDOSOS	54
3.1 A ESCOLHA DO MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS.....	54
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	56
3.2.1 Grupo Focal.....	56
3.2.2 Entrevista semiestruturada	62
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	64
3.4 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS	68
3.5 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DO ESTUDO.....	69
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	74
4.1 SEXUALIDADE NA VELHICE: SER IDOSO	74
4.1.1 A mulher idosa	74
4.1.2 O homem idoso	93
4.2 SAÚDE SEXUAL: SEXUALIDADE E CUIDADOS PREVENTIVOS ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	99
4.2.1 Relacionamentos e sexualidade na velhice	100
4.2.2 Cuidados preventivos às infecções sexualmente transmissíveis após os 60 anos	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE	160
APÊNDICE A – Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo focal.....	160
APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido da Entrevista semiestruturada	162
APÊNDICE C – Roteiro do Grupo focal	164
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semiestruturada.....	166
APÊNDICE E – Formulário sociodemográfico	168
APÊNDICE F – Tabelas extras do perfil sociodemográfico: Grupo focal	169
APÊNDICE G – Tabelas extras do perfil sociodemográfico: Entrevista semiestruturada.....	171
ANEXOS	172
ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	172
ANEXO B – Aprovação do colegiado do Departamento de Demografia/UFMG do projeto de pesquisa	174
ANEXO C – Termo de anuência da Secretaria de Saúde do município de Natal/RN	175
ANEXO D – Termo de anuência da Secretaria de Mobilidade Urbana do município de Natal/RN... ..	181
ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFMG	182

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, em meados da década de 1960, a fecundidade da população brasileira apresentou um declínio. Esse cenário consolidou o início do envelhecimento populacional no País, o qual se mantém desde então. Assim, a proporção de idosos (pessoas acima de 60 anos) vem aumentando, comparativamente aos demais grupos etários populacionais, de forma acelerada e intensa (OMS, 2015). Para ilustrar a magnitude dessa evolução, em 1960, no País, os idosos representavam 4,7% do total populacional; em 1970, 5,0%; em 1980, 6,1%; em 1991, 7,3%; em 2000, 8,6%; e, em 2010, segundo o último Censo Demográfico, 10,8% (IBGE, 2010). Portanto, em cinco décadas esse segmento mais que duplicou sua representação na população brasileira.

Afora o fenômeno do envelhecimento populacional ser progressivo, com um contingente crescente de pessoas entrando na velhice, aliado a este também ocorre um aumento na expectativa de vida. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que em 2016, a partir dos 60 anos de idade, o brasileiro, de ambos os sexos, esperaria viver, em média, 22,3 anos. Para o mesmo período, as mulheres esperariam viver, em média, 24 anos a mais após dos 60 e os homens 20,3 anos (IBGE, 2018). Analisando a expectativa de vida ao nascer, entre 1980 e 2010, o brasileiro ganhou, em média, 11,3 anos. No período, esperava-se viver a partir do nascimento, respectivamente, 62,5 e 73,8 anos (IBGE, 2010). No horizonte de 2050, o IBGE projeta ganhos de 6,8 anos, comparado a 2010. Logo, o brasileiro poderá viver, em média, 80,6 anos (IBGE, 2013).

Segundo Silva (2003) e Rodrigues et al (2007) essa maior longevidade é resultante da disseminação de benefícios farmacêuticos, médicos e sanitários, que sobrepõem os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos. Todavia, apesar do aumento da longevidade simbolizar uma conquista da humanidade, um ícone na vitória frente aos desafios a sua sobrevivência (BARROS; GOMES JUNIOR, 2013), dissabores e adaptações também se fazem presentes, que impactam e impactarão, em médio e curto prazo, o Estado, a sociedade civil e as famílias. Portanto, essas mudanças atingem todas as gerações e segmentos da sociedade, caracterizando-se como um fenômeno social, histórico e cultural (SCOTT, 2002).

Nas áreas sob a tutela do Estado, o impacto da maior longevidade e da maior proporção de idosos ocorrerá, principalmente, na seguridade social (previdência social, assistência social e saúde) e no trabalho, decorrência direta do aumento da demanda por serviços específicos para a velhice.

Do ponto de vista da Saúde Pública, a pessoa idosa cada vez mais longeva terá maior incidência e prevalência de patologias crônicas e suas complicações (CHAIMOWICZ, 1997), e de caráter degenerativo. É razoável que se espere que os serviços de saúde fiquem sobrecarregados e, além disso, ocorra um aumento no volume de medicamentos de uso contínuo.

Nas sociedades civil e acadêmica, as Ciências Sociais necessitarão se debruçar sobre arcabouços teóricos que expliquem as consequências dessas transformações demográficas, e dessa maneira, prover elementos de medição e acompanhamento de suas repercussões nas condições de vida da população e nas políticas públicas, entre outros aspectos. Dentre as ramificações dessa área encontra-se a Demografia (CAMARANO, 2002). Essa Ciência busca, entre outros, fatores que subsidiem a associação de melhores condições de vida à maior longevidade. Esse conhecimento poderá propiciar a preservação dos ganhos na longevidade, contribuindo com o envelhecer saudável do indivíduo. Notadamente, envelhecer bem se relaciona intimamente com a saúde (RIBEIRO, 1994), e na maior idade, ganha mais representatividade.

Dentre os aspectos da saúde global, do bem-estar e, conseqüentemente da qualidade de vida, a vida sexual ocupa uma posição de destaque (PEREZ, 1994), haja vista o aumento da longevidade sexual, que em tese tem correlação direta com a longevidade, a vida sexual do idoso torna-se um tema relevante ao estudar aspectos relacionados ao seu bem-estar.

Nessa premissa, a sexualidade é parte integrante do cuidado com o idoso, muito embora ser um tema pouco explorado em serviços de saúde e por seus profissionais, contemplando mitos e preconceitos a serem transpostos (ALENCAR, CIOSAK; BUENO, 2010), “[...] é uma dimensão importante do ser humano, incluída entre as necessidades humanas básicas [...]” (ALENCAR, 2012, p. 25), presente e relevante (FRADE et al., 2001), em todas as fases da vida, podendo ser exercida sob diferentes formas, consoante com a etapa vivenciada (LÓPEZ; FUERTES, 1989; CAPODIECI, 2000).

Nesse ponto, entende-se que diante do alargamento da expectativa de vida e do contingente de idoso, o tema sexualidade na velhice entra em voga em estudos e pesquisas, pois a maior quantidade de pessoas vivendo em melhor condição de saúde e preocupada com seu próprio bem-estar, favorece o exercício, por mais tempo, da sexualidade e da prática sexual. Contudo, apesar de existir uma conotação positiva, também traz implicações na saúde pública, afinal, os indivíduos idosos replicam, costumeiramente, comportamentos e atitudes de risco praticados em idades mais jovens, o que pode deixá-los vulneráveis às moléstias

sexualmente transmissíveis, podendo assim, ocorrer deterioração tanto de sua longevidade quanto do *status* de saúde.

Nesse contexto, o crescente e progressivo aumento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o vírus da imunodeficiência adquirida surge de forma tímida, porém, letal, entre os idosos (LEITE, MOURA; BERLEZI, 2007). Este panorama aliado à concepção de inexistência de vida sexual na velhice (FUCS, 1992) produz um cenário preocupante nas próximas décadas, caso medidas mitigadoras não sejam concebidas, principalmente, por esbarrar em questões culturalmente enraizadas na sociedade brasileira que não enxergavam o idoso como um ser sexual ativo, não obstante a sexualidade e a prática sexual ter limite etário conhecido para ser exercida (NEGREIROS, 2004; DEBERT; BRIGEIRO, 2012). Portanto, uma abordagem de tópicos relacionados à sexualidade é imprescindível para a promoção da saúde na concepção de envelhecer ativamente, sendo foco das políticas públicas facilitadoras do bem-estar na pós-maturidade (SÃO PAULO, 2011).

Salienta-se que embora exista um declínio na condição fisiológica, à medida que o ser humano envelhece, gerado pelas mudanças hormonais, alternativas que potencializem a vida sexual e amorosa podem ser desenvolvidas e adotadas (VASCONCELLOS et al., 2004). Carvalho (2013) menciona que as vidas amorosas e sexuais não se extinguem ao se envelhecer, pois sempre existirão possibilidades de reinventar novas formas de amar e de exercer uma vida sexual ativa.

Nessa concepção, a ampliação da expectativa de vida e dos progressos técnico e científico poderá gerar uma metamorfose social e cultural, com mudanças nos pensamentos preconceituosos e limitadores da sexualidade na velhice. Dessa maneira, parte das restrições impostas pelo avanço da idade poderá ser minimizada (VASCONCELLOS et al., 2004).

Ademais, é primordial que questões relacionadas à inatividade sexual na velhice sejam debatidas, pois, mesmo que a sociedade negue que o idoso possa ser ativo sexualmente, ele o é. Uma série de estudos corrobora essa afirmativa, tanto no Brasil quanto em outros países (ABDO, 2008; KALRA, SUBRAMANYAM; PINTO, 2011; ANDRADE et al. 2017). Por conseguinte, a inadmissibilidade da prática sexual na velhice torna essas pessoas e suas parcerias expostas às ISTs, em especial, ao *HIV²/AIDS³*. Essa assertiva pode ser comprovada pelos dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), os quais assinalam que entre o período de 1994 a 2014 (junho), o número médio anual de diagnósticos, no grupo etário a partir dos 60 anos, chegou a 803 (DATASUS, 2016). Além disso, observa-se que a taxa de detecção

² *Human Immunodeficiency Virus.*

³ *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

entre os indivíduos com mais de 60 anos, por 100 mil habitantes, cresce continuamente no País (MS, 2014). Em 2002, a cada 100 mil idosos, aproximadamente, sete tinham o vírus. Passados 11 anos (2013), esse indicador, praticamente, dobrou, chegando a 13 soropositivos para cada 100 mil idosos. Enfatiza-se que a maior contribuição nessa taxa é dos homens, correspondendo a 62,2% dos casos diagnosticados em 2013 (MS, 2014). Adicionalmente, estudos qualitativos e quantitativos caracterizam-se também como evidência da grande exposição do grupo idoso à síndrome (ARAÚJO et al., 2007; SANTOS; ASSIS, 2011; MASCHIO et al., 2011; CERQUEIRA, 2014).

Distingue-se que a fragilidade desse segmento frente à síndrome se dá por vários motivos interligados. Estudiosos da temática *HIV/AIDS* e idoso enumeram, entre as causas: o desconhecimento sobre o contágio da doença; a presença de certos comportamentos de riscos; o uso de drogas injetáveis; a falta de hábito na utilização de preservativos e multiplicidade de parcerias; a ilusão do não contágio após os 60 anos; os remédios para reposição hormonal e a disfunção erétil⁴; uma forte religiosidade; os fatores culturalmente machistas e tradicionais; o caráter atual não letal da *AIDS* – devido a Terapia Antirretroviral (TARV); a maior longevidade sexual; os medicamentos para disfunção erétil; e a falta de programas de Saúde Sexual para a prevenção às ISTs a partir dos 60 anos (LINSK, 2000; POTTES et al., 2007; BERTONCINI, MORAES; KULKAMP, 2007; GODOY et al., 2008; ZORNITTA, 2008; SMITH et al., 2010; LAROQUE et al., 2011; MASCHIO et al., 2011; ALENCAR, 2012).

Diante do exposto, estabelece-se como **hipóteses de trabalho** a existência de diferença por sexo nas questões comportamentais, especialmente, no comando do uso de preservativo nas relações sexuais e na multiplicidade de parcerias sexuais, como também, nos aspectos culturais da Saúde Sexual na velhice e na identidade e posicionamento quanto a “Ser idoso”. Como **suposições** a serem verificadas têm-se: (a) a prevalência do baixo poder de barganha da mulher idosa em solicitar o uso do preservativo; (b) a substituição da prática sexual e exercício da sexualidade, por parte das idosas, por um maior e diversificado ciclo social e percepção de maior liberdade após os 60 anos, com uma maior intensidade e variedade de atividades sociais de lazer e entretenimento; e, (c) uma maior percepção de longevidade sexual masculina após os 60 anos, independentemente, de o *status* conjugal, socioeconômico e civil, contudo, com a permanência de comportamentos de risco às ISTs.

Para alcançar os resultados, duas técnicas qualitativas de pesquisa foram adotadas, o Grupo Focal e a Entrevista Semiestruturada. A primeira foi aplicada em grupos de mulheres

⁴ Figura como um dos potencializadores de comportamentos risco.

idosas – num total de oito grupos-, enquanto a segunda foi usada em idosos masculinos, no total de dez indivíduos. Ambas as técnicas foram aplicadas entre pessoas a partir de 60 anos de idade residentes no município de Natal/RN.

Essa opção metodológica foi concebida em virtude da ausência de dados em bases em fontes tradicionais de informação, como Censos Demográficos ou pesquisas por amostragem, que não abordam questões relacionadas à Saúde Sexual e sexualidade entre idosos. Além da própria natureza do estudo, qualitativo.

Com a finalidade de reforçar a importância e descrever os passos de sua realização, análise e considerações, esta tese é composta de nove capítulos, organizadas como se sucede. A **Introdução** inicia a problemática do envelhecimento populacional, longevidade e Saúde Sexual do idoso, proporcionando uma visão geral do que é abordado, e estabelecendo as hipóteses de trabalho, metodologia empregada, área de abrangência e público-alvo. No capítulo **Objetivos** é exposto os objetivos geral e específicos idealizados para o estudo. A **Contextualização teórica** realiza a revisão de literatura, estabelecendo o marco teórico da temática na bibliografia vigente, fornecendo também informações básicas do local do estudo e da população-alvo pesquisada. Este capítulo se subdivide em: (1) *O envelhecimento populacional e a Longevidade*; (2) *Qualidade de vida, Sexualidade e Saúde Sexual na Velhice*. Composto pelas seções: (a) Qualidade de vida, (b) Saúde Sexual e ISTs, e (c) Sexualidade e relacionamentos *versus* Geração e gênero; e, (3) *Caracterização do Envelhecimento populacional e Longevidade: município de Natal/RN*. Na sequência, o capítulo **Material, Métodos e Perfil dos Idosos** descreve a fonte de dados (tipo, local de coleta, técnicas, justificativas das escolhas, entre outros aspectos), a metodologia de análise para obtenção dos resultados, e o perfil dos participantes da pesquisa. No capítulo **Resultados e Discussões**, os achados são evidenciados e discutidos junto à literatura. Nele, constam os tópicos: *Sexualidade na velhice: ser idoso* e *Saúde Sexual: sexualidade e cuidados preventivos às ISTs*. Cada um desses itens é separado por sexo. Nas **Considerações Finais** é elaborado o fechamento das análises com as devidas ressalvas sobre as limitações do estudo. No capítulo **Referências**, lista-se todo o material bibliográfico consultado durante a elaboração desta tese. Por fim, nos **Apêndices** e **Anexos** se encontram os documentos, complementos e instrumentos de pesquisa utilizados.

2 OBJETIVOS

A presente seção delimita os objetivos a serem atingidos por esta tese, intuindo esclarecer o leitor acerca da linha de entendimento adotada sobre a temática. Para tanto, os objetivos se subdividem em geral e específicos.

Como **objetivo geral** analisa-se a percepção de pessoas a partir dos 60 anos em relação a sua sexualidade, no contexto das atuais mudanças demográficas brasileiras, especificamente, a maior longevidade e a maior proporção de idosos na população.

A partir daí, define-se como **objetivos específicos**: (a) discutir aspectos relativos à identidade de “Ser idoso” para homens e mulheres residentes no município de Natal/RN; (b) investigar os comportamentos de risco, especificamente, a multiplicidade de parcerias e a falta de uso do preservativo nas relações sexuais, analisando as possíveis diferenças de percepção entre homens e mulheres; e, (c) conceituar, segundo os homens e mulheres do grupo etário 60 anos e mais, Saúde Sexual na velhice.

Neste contexto, inicia-se no próximo capítulo a revisão teórica da temática estudada, a qual subsidia esta tese.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Para exprimir melhor o embasamento teórico da temática, este capítulo é subdividido em três seções: *O envelhecimento populacional e a longevidade*; *Qualidade de vida, sexualidade e Saúde Sexual na terceira idade*; e, *Contextualização do envelhecimento populacional e longevidade: estudo de caso do município de Natal/RN*. A primeira parte estabelece o marco-teórico do envelhecimento populacional e da longevidade, usando como ponto de partida a Transição Demográfica e a Transição Epidemiológica, passando pelo ciclo da vida e a velhice. A segunda parte aborda o conceito de qualidade de vida, sexualidade e Saúde Sexual no contexto da velhice, subdividindo-se em três itens: (a) Qualidade de vida; (b) Saúde Sexual e ISTs; e, (c) Sexualidade, relacionamentos *versus* geração e gênero. Por fim, na terceira parte caracteriza-se, no município estudado, o envelhecimento populacional, a longevidade e o indivíduo idoso.

3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A LONGEVIDADE

O envelhecimento populacional pode ser caracterizado como a fase final da Transição Demográfica (TD) (LEE, 2003), ganhando cada vez mais destaque à medida que a fecundidade declina para níveis muito abaixo da reposição e o contingente idoso aumenta em termos proporcionais continuamente (KALACHE, VERAS; RAMOS, 1987; CASELLI; VALLIN 1990; BONGAARTS, 2009).

O fenômeno da TD baseia-se na mudança de altas taxas de natalidade e mortalidade de uma sociedade rural para baixas taxas de natalidade e mortalidade de uma sociedade urbana e moderna. Na trajetória das altas para as baixas taxas, as populações experimentam etapas de desequilíbrio demográfico, com falta de sincronia entre as taxas de mortalidade e natalidade. Nesse intervalo, a população em idade ativa decresce e a estrutura etária entra em processo de envelhecimento de forma significativa (THOMPSON, 1929 apud VASCONCELOS; GOMES, 2012; LANDRY, 1934, NOTESTEIN, 1945; COALE; HOOVER, 1958; COALE, 1979; CHESNAIS, 1990; SOARES, 2000; ALVES, 2002; WONG; CARVALHO, 2005; ALVES, 2008). A quantidade de idosos do início (1800) ao fim (2100) da TD será dez vezes mais do que a de crianças (LEE, 2003).

Lesthaeghe e Van de Kaa (1986) consideram que essas mudanças ocorridas no final da TD geram uma nova transição, denominada de Segunda Transição Demográfica (STD), cuja força motriz à diferença da Primeira Transição Demográfica (PTD), que foi a

mortalidade, é a fecundidade, ou melhor, a muito baixa fecundidade (muito abaixo do nível de reposição). As características dessa transição são determinadas pelo desejo de autorrealização, autonomia individual e liberdade de escolha. Além disso, os níveis de mortalidade, em grande parte, são determinados pelo fator biológico e fatores individualmente controláveis, ainda de acordo com os autores. Salienta-se que esta teoria não é unânime entre os estudiosos, e alguns acreditam que não se aplique ao Brasil.

No Brasil, diversos autores consideram que as primeiras transformações demográficas ocorreram com a mortalidade, representadas nas Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) e no aumento da expectativa de vida. Identificaram também que o processo de envelhecimento populacional se iniciou na metade de 1960, sendo refletido no aumento da idade mediana e no menor peso do segmento infante-juvenil na Razão de Dependência Total (RDT). No período, o segmento idoso superou 5,0% do total populacional (WONG; CARVALHO, 2006; BRITO et al., 2007; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Em um momento mais atual, de 1980 a 2010, é sabido, a partir dos dados dos Censos Demográficos, que a proporção de jovens até 15 anos diminuiu e a de idosos com 60 anos e mais aumentou – chegando a 10,8% do total populacional. A expectativa de vida ao nascer, também aumentou, o brasileiro viveu, em média, 11,3 anos a mais (WONG; CARVALHO, 2006; BRITO et al., 2007; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Compreendendo que o dramático envelhecimento da população é a fase inevitável da TD global (LEE, 2003), entende-se que sérios desafios econômicos e políticos serão gerados. As consequências originárias desse processo não se limitam à quantidade absoluta de idosos, pois se refere às alterações na estrutura etária populacional, tendo em vista o aumento do peso relativo dos indivíduos mais velhos (idosos). Enfatiza-se que o limite etário do início da velhice varia de população para população, relacionando-se a fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais, e não somente aos biológicos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Neste entendimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, muito embora ainda discuta sua definição, o limite da velhice, de acordo com o nível de desenvolvimento do país. Para os países em desenvolvimento 60 anos e para países desenvolvidos, 65 anos. Na África considera-se 50 anos. No Brasil, considera-se 60 anos. Questão regulamentada pela Política Nacional do Idoso (PNI), por força da Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, e endossada pela Lei 10.741 de 03 de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Sobre o idoso, a Organização das Nações Unidas - ONU (2015) projeta que em 2050, 29,3% da população brasileira terão 60 anos e mais de idade. O mesmo ocorrerá em outros 64

países. Em 2015, o órgão estimou que, 901 milhões de pessoas tinham 60 anos e mais de idade, representando 12,3% da população global. Ademais, prevê que em dez anos existam mais de 1,2 bilhões de idosos no mundo. E que este quantitativo duplique em 2050, passando de dois bilhões de pessoas (21,5% da população global). Para o Brasil, as projeções mais conservadoras apontam que, em 2025, seremos o sexto país, assumidamente, com o maior número de idosos no mundo. O incremento anual de pessoas que se enquadram na faixa etária de 60 anos e mais na sociedade brasileira é 950 mil (IBGE, 2013).

Cabe mencionar alterações no perfil de morbimortalidade considerando as características biológicas inerentes ao indivíduo idoso. Essas mudanças referem-se ao surgimento de pessoas com maior propensão a morbidades complexas e onerosas, repletas de doenças múltiplas e crônicas que podem durar o resto do ciclo vital, necessitando de cuidados constantes, medicamentos de uso contínuo, mais exames e consultas periódicas (GORDILHO et al, 2000). Essa mudança caracteriza a Transição Epidemiológica (TE).

Por definição, a TE, em sua concepção clássica, se fundamenta na evolução, em longo prazo, do perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um de morbidade por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e demais doenças classificadas como crônico-degenerativas (OMRAM, 1971). Igualmente, Wadhan (1996) menciona que a TE é a mudança de doenças infecciosas e deficiências agudas, característica de países menos desenvolvidos, para doenças crônicas não transmissíveis, característica de países com níveis avançados de desenvolvimento e modernização.

Do outro modo, Meslé e Vallin (2006) julgam que as fases da TE espelham, efetivamente, as modificações acontecidas até os anos de 1960, e depois se finalizam. Concebem que a mortalidade associada às doenças cardiovasculares culminou em uma nova aceleração na expansão da expectativa de vida no início de 1970. Consideram ainda que o conceito de TE é limitador, preferindo designá-la como uma sequência relacionada às melhorias relativas à condição de saúde populacional, as quais habilitaram uma possível evolução.

Independente disso, percebem-se que a maioria das interpretações sobre a queda da mortalidade, assim como, a mudança do perfil de morbimortalidade, se relaciona com o desenvolvimento econômico e ou com intervenções de saúde. Ou seja, caracterizam-se como um processo dinâmico, em que as variáveis são interdependentes, podendo ter significado diferente, a depender do local, da sociedade e do contexto histórico (PRATA, 1992).

Não obstante, ser um processo multifacetado e dinâmico, a TE é, antes, um processo de transformações contínuas com algumas doenças desaparecendo e outras aparecendo ou

ressurgindo. Não é um processo unidirecional, uma inversão de tendência, às vezes, ocorre, por exemplo, o surgimento de novas doenças infecciosas, como a *AIDS*, e o aumento das infecções que foram previamente controladas, como a tuberculose, a sífilis e a dengue (WAHDAN, 1996; CHAIMOWICZ, 1997; VALLIN; MESLÉ, 2004).

Para o cenário brasileiro, a TE pode ser considerada incomum. Afinal, não transcorre da mesma maneira que a maioria dos países desenvolvidos, e nem muito menos da mesma forma que vizinhos latino-americanos Chile, Cuba e Costa Rica, sendo considerado um novo modelo (FRENK et al, 1991). O qual pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos: (a) ocorrência de uma superposição entre as etapas, predominando doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; (b) existência de uma reintrodução ou recrudescimento de doenças. Doenças como dengue e cólera ressurgem, e outras como a malária, hanseníase e leishmanioses se agravam, indicando uma natureza contra transicional; (c) não há clareza na evolução do processo, a morbimortalidade persiste elevada, classificando-se como uma “transição prolongada”; e, (d) presença de fases diferentes da TE nas macrorregiões (FRENK et al, 1991; CHAIMOWICZ, 1997).

Neste ponto, fica óbvia a correlação direta entre a TD e a TE, tendo em vista que, comumente, a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas que tende a beneficiar os grupos mais jovens da população, e quando esses “sobreviventes” tornam-se adultos passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, na medida em que cresce o número de idosos e a expectativa de vida (CHAIMOWICZ, 1997; 2009). Portanto, o contexto de maior longevidade associada a maior proporção de idosos nos faz refletir se a sociedade brasileira está preparada para essa demanda, que se pronuncia contínua e crescente, considerando que temos um perfil demográfico de países desenvolvidos, que não é refletido na infraestrutura atual de saúde, cuidados e suporte.

Segundo Chaimowicz (1997), no Brasil, o cenário de desigualdades regionais e sociais é significativo, por conseguinte, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulando sequelas de doenças, podendo desenvolver incapacidades e perda de autonomia. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) acrescentam que, apesar da atenção à saúde ser um direito universal, no cenário brasileiro, o acesso e o uso de serviços de saúde pela população idosa são fortemente influenciados pela situação socioeconômica do idoso e ou da sua família, ficando o Estado em um papel secundário nesse dilema.

Além disso, a chegada à velhice e “Ser idoso” desencadeiam ajustes, particularmente, às mudanças das capacidades físicas, às situações pessoais e sociais e às relações, sendo essencial prestar maior atenção e cuidado à saúde para manter o vigor físico e o bem-estar (RICE, 1997). Revelando assim, a importância dessa fase da vida, principalmente, quanto a sua vivência e a maneira que usufrui cada minuto.

Um estudo científico de Desenvolvimento Humano (DH) revela que à medida que o ciclo vital tem evoluído, a longevidade tem aumentado e as pessoas começam a perceber a importância de cada período da vida (BALTES, 1987 apud RICE, 1997).

Esclarece-se que o DH pode ser caracterizado como um processo complexo, dividindo-se em três domínios principais: físico, cognitivo e psicossocial. O primeiro abrange o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde. O segundo engloba a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade. Por fim, o terceiro incorpora emoções, personalidade e relações sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Embora cada dimensão enfatize um aspecto particular do desenvolvimento, existe uma interdependência considerável entre elas (RICE, 1997; PAPALIA; FELDMAN, 2013), por exemplo, o desenvolvimento psicossocial pode comprometer os domínios cognitivo e físico, tendo em vista que, a ausência de ligações sociais significativas afetará a saúde física e mental (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Assim, a conexão entre esses aspectos gera oito períodos⁵ no ciclo de vida, que dependerá de cada cultura ou sociedade em cada época vivida, portanto, uma construção social (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Salienta-se que o processo de envelhecer é diferenciado, respeitando uma série de componentes endógenos e exógenos nos âmbitos social, histórico, cultural, fisiológico e psicológico. Pesquisadores de diversas áreas de conhecimento concordam que o padrão etário é insuficiente para delimitar a última fase da vida humana (GÓMEZ, 2002).

Nessa premissa, ao longo da história, as visões sobre a velhice podem variar, adquirindo uma polarização positiva ou negativa, de acordo com a sociedade e o período do tempo vivenciado. Cabe lembrar que antes não havia muitos velhos, a julgar que a longevidade alcançou o apogeu somente na sociedade moderna (BEAUVOIR, 1990).

⁵ Os oito períodos gerados são: (a) pré-nascimento: da concepção ao nascimento; (b) primeira infância: do nascimento até os três anos de idade; (c) segunda infância: dos três aos seis anos; (d) terceira infância: dos seis aos 11 anos; (e) adolescência: dos 11 a, aproximadamente, 20 anos de idade; (f) início da vida adulta: dos 20 aos 40 anos; (g) vida adulta intermediária: dos 40 aos 65; (h) vida adulta tardia: a partir dos 65 anos (PAPALIA e FELDMAN, 2013).

Na modernidade, vários aspectos subqualificam a velhice, como por exemplo, músicas, propagandas, simbologias sociais e piadas. A desvalorização da velhice e a idolatria à juventude adquiriram ênfase científica na metade do século XX e ainda nos dias atuais é possível percebê-la no mercado de trabalho, em que pessoas a partir dos 40 anos são preteridas em detrimento a pessoas mais jovens, pela simples questão da idade, com sua experiência profissional e pessoal menosprezada (SCHIRRMACHER, 2005).

Contudo, entende-se que a capacidade intelectual e emocional, a criatividade e a intelectualidade se mantêm conservadas com o avançar da idade, assim, tirante à investigação e determinação do ritmo da velhice, há de se analisar também, a qualidade com que se envelhece, e na sequência, planejar intervenções hábeis de favorecer o envelhecimento pessoal saudável (CHACHAMOVICH, 2005).

À vista disso, é óbvia a importância de ser desenvolver um novo meio de encarar a velhice, onde os sujeitos devem adotar um compromisso social e de inserção, de forma a ampliar o entendimento sobre o processo de envelhecer: o como entrar, o como permanecer e, o como enfrentar. Essa prática visa, entre outros, diminuir os efeitos negativos advindos desse processo, seja ele, psicológico, biológico ou social (ARAÚJO, 2015).

A demanda por novas alternativas de enfrentamento do envelhecimento humano reconhece a relevância e a necessidade de alteração no estilo de vida sedentário, antissocial e apático, criando incentivos a atitudes mais saudáveis em relação ao cuidado de si mesmo e, a busca de novos significados da vida, adotando ações resilientes, com postura uma positiva (ARAÚJO, 2015). Dentro desta proposta, a QV e o envelhecer bem-sucedido entram em cena. Para tanto, a próxima seção revisa os conceitos, posicionando-os na temática da tese.

2.2 QUALIDADE DE VIDA, SEXUALIDADE E SAÚDE SEXUAL NA VELHICE

Este tópico é estruturado em três seções, a saber: a Qualidade de Vida, que inclui as percepções da velhice, do envelhecimento bem-sucedido, do envelhecimento ativo, da qualidade de vida e da saúde; a Saúde Sexual e ISTs, que apresenta as definições de trabalho, assim como, a contextualização da sexualidade, ISTs e *HIV/AIDS* na velhice; e a Sexualidade e Relacionamentos *versus* Geração e Gênero, que mostra uma visão sobre a sexualidade e relacionamentos segundo a geração e gênero.

2.2.1 Qualidade de vida

O envelhecer bem-sucedido, ativo e saudável, passa pela compreensão que a velhice é um processo natural, com limitações reais (NUNES, 2012), onde a elaboração de ideais para dar-lhe uma nova interpretação pode fazer o indivíduo encarar essa fase em perspectiva otimista. Nunes (2012) avalia que, dessa forma, o idoso cria objetivos e planos visando um futuro imediato. Usando como eixo os momentos gerados a partir da interação e da manutenção de relações com outras pessoas, focando na importância de adquirir hábitos saudáveis nutricionais, com prática de exercícios físicos regulares e atividades de lazer, e inserção em programas de valorização e convivência social. Assim sendo, o estereótipo do idoso doente, sedentário, inativo e deprimido se desvai (NUNES, 2012).

Sob outra ótica, Papalia e Olds (2000) sinalizam três fatores gerais, quando relacionados aos individuais, influenciadores da boa vivência da velhice. Primeiro, o aumento nas perdas físicas - capacidades funcionais motoras e dos sentidos. Segundo, as privações sociais acumulativas, que são as origens das mudanças nos padrões de amizades e de posicionamento no convívio social. E finalmente, a consciência do tempo restante de vida. Erikson (1968) citado por Chachamovich (2005) destaca este último como um dos conflitos essenciais da velhice, pois, neste contexto, existem basicamente, duas opções, esperar a morte chegar ou usufruir o tempo de vida restante.

De outra maneira, Rowe e Kahn (1997) e Silva (2015) entendem que o baixo acometimento de doenças ou limitações decorrentes de patologias, a preservação das capacidades cognitivas e físicas elevadas, e, o compromisso ativo com a vida (influência direta da postura do idoso) também são itens primordiais para alcançar o envelhecimento bem-sucedido.

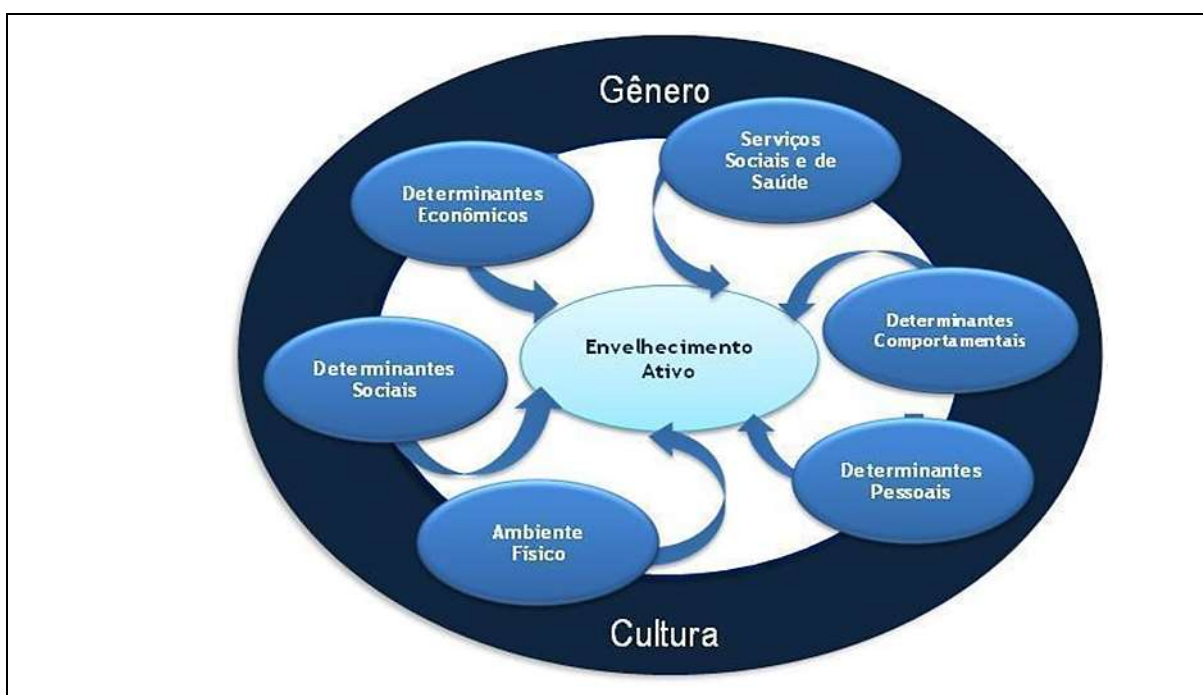
A propósito do tema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) acentua que se quisermos encarar o envelhecimento de forma confiante, a longevidade deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, devendo ser aplicada durante toda a vida. Essa visão é denominada de Envelhecimento Ativo (EA).

A filosofia do EA se alastrou por várias organizações supranacionais, digam-se a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a OMS e a União Europeia (UE), cada uma com seu próprio entendimento (SILVA, 2015). Apesar de serem antagônicas, as visões podem ser complementares, e a despeito da OMS e da EU considerarem que envelhecer bem é, em última fase, atribuição individual, sustentam que deve ter concomitante uma responsabilidade coletiva da sociedade (SILVA, 2015).

Bowling (2009), sobre as definições de EA, coloca que a literatura é escassa e que seu significado não é claro. A autora ressalva que as políticas públicas promotoras do EA concentram-se na palavra “ativo” – ou seja, no enfoque produtivo e econômico -, aproximando-se da expressão “envelhecimento produtivo”. Entretanto, as definições atuais de EA se apresentam com vínculos multidimensionais da QV, por contemplar saúde física e mental, atividades físicas e sociais, a manutenção dos papéis e independência.

Dentre as interpretações de EA, a mais usual e amplamente citada é a da OMS, que o considera aplicável ao indivíduo e a um grupo populacional, atribuindo o termo “ativo” à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005). Nesta definição, amplos fatores atuam (FIG. 1) e evidencia-se que, a saúde pode influenciar todos eles, e também, a interação deles, respondendo assim, como as pessoas e as populações envelhecem (OMS, 2005).

Figura 1 - Fatores determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: Reproduzido de OMS, 2005, p.19.

Depreende-se daí que embora a QV e o EA não sejam sinônimos, em última instância, a QV aparece como uma finalidade da política de EA, e também, como uma concepção relacionada ao seu entendimento (BOWLING, 2009). Portanto, a compreensão de ambos gera a interpretação da QV (SILVA, 2015). Neste contexto, a ideologia de QV se faz presente na maior longevidade brasileira, por se tratar, entre outros, de uma nomenclatura mais entendível e popular, sendo assimilada com mais facilidade pelos idosos.

Ribeiro (1994) declara que a QV, para alguns, pode ser mensurada pelo estoque de riquezas, concepção individual e apresentar caráter objetivo, e para outros, pode ser medida pelas conquistas espirituais, ser concebida por especialistas e ter grandeza subjetiva.

Celeuma a parte, Almeida (2008, 2011) lembra que a expressão “qualidade de vida” é relativamente nova, contudo, seu significado vem de longa data, pois, a busca do ser humano por uma vida melhor remonta à antiguidade, com as preocupações sobre a melhoria das condições de vida de Platão e Aristóteles (ALMEIDA, 2008; 2011). Sua primeira citação foi em um livro sobre economia e bem-estar material de Pigou, em 1920 (WOOD-DAUPHINEE, 1999), e logo após a Segunda Guerra Mundial, a OMS incorporou seu conceito dentro da definição de saúde. Assim, a QV agregou outros elementos em seu significado. Nesse ínterim, indicadores de bem-estar foram desenvolvidos, especialmente, relacionados ao trabalho, à vida familiar e lazer (FARQUHAR, 1995). A partir dos anos 80, o termo tornou-se mais subjetivo (MARTINS, 2006) e, atualmente, não há consenso de concepções podendo variar de autor para autor (ALMEIDA, 2008). Paschoal (2000) assinala que conceituar QV é complicado, em razão de sua definição vir se modificando ao longo do tempo. Considerada como “indicador de superioridade” contém, entre outros aspectos, saúde, relações familiares favoráveis e estabilidade financeira (PASCHOAL, 2000).

Para a OMS (1994), representada pelo grupo *The World Health Organization Quality Of Life assessment* (WHOQOL), a QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores os quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tal descrição envolve, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o grau de dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com particularidades provindas no ambiente do indivíduo. Ferrans (1990) e Farquhar (1995) acrescentam como elementos integrantes desse conceito a satisfação, a felicidade, o bem-estar físico, a velhice bem-sucedida e as relações interpessoais ou desenvolvimento pessoal.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 2) “*Qualidade de vida* é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial [...]”. Essa interpretação presume a habilidade de sintetizar todos os aspectos culturais inseridos na sociedade, em um bloco determinante de conforto e bem-estar (MINAYO, HARTZ; BUSS; 2000).

Chachamovich (2005), baseando-se em Rogerson (1995), declara que apesar de não haver entendimento em relação à significação de QV ou a seus componentes, dois pontos podem ser considerados comuns. O primeiro se conecta aos mecanismos internos

psicológicos, geradores do nível de satisfação e gratificação na vida – individual e em grupo -, e o segundo, às questões externas aptas a estimular o primeiro ponto.

Para Hughes (1982), Bowling (1994) e Lau e McKena (2001), a QV sofre influência da idade, do sexo, da raça, da cultura e do *status* socioeconômico. Assim sendo, é um conceito dinâmico, que pode mudar com o tempo, experiências e fatos vivenciados. Silva, Saldanha e Azevedo (2010) resumem esses aspectos em fatores biológicos, sociais e econômicos.

Por conseguinte, diante da diversidade de visões e de sua conceituação abstrata, Almeida (2008; 2011) conclui que a boa QV pode abarcar inúmeros significados, diferenciando-se de pessoa para pessoa, de local para local e situação para situação. Em outras palavras, cada pessoa terá seu próprio conceito e entendimento sobre o assunto.

Nessa conjuntura, observa-se que à medida que os anos são adicionados, e alguns papéis vão sendo “cumpridos” – por exemplo, na criação de filhos e no mercado de trabalho -, o ser humano volta-se para si (indivíduoação), e para potencializar esse momento ímpar é necessária uma postura positiva e assertiva em relação ao tempo que resta, e as situações que se apresentam. E, muito embora a longevidade seja um sinal de melhoria nas condições de vida, a fase idosa é usufruída com base em parâmetros, essencialmente, pessoais, e alguns indivíduos optam por seguir a máxima: “Não basta viver muito, é importante viver bem” (ALENCAR, 2012, p.24).

Adicionalmente, Néri (2007, p.10) especifica que diversos fatores são definitivos para alcançar uma boa QV na velhice, entre outros, “[...] longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade [...]”.

Neste sentido, é inegável que a saúde interfira na QV, ganhando maiores proporções na velhice. Por isso, qualquer fator que comprometa a condição de saúde das pessoas é relevante, como por exemplo: resiliência frente a doenças, o acesso a medicamentos, tratamentos e serviços médicos. Baseando-se em Stédile (1996), Cabral e Silva (2013) refletem que grande parte das pessoas acredita que saúde, doenças e infecções são questões “dicotômicas”, e, comumente, se relacionam entre si. Todavia, o ser humano não fica totalmente saudável, nem completamente doente. O que se tem são níveis diferentes de saúde, que se associam com o momento do tempo que estão e, a partir daí predominará doença ou saúde (CABRAL; SILVA, 2013).

Scliar (2007) sintetiza que a definição de saúde espelha o ambiente social, político e cultural. Logo, é variável de pessoa para pessoa onde a época, o meio e a classe social a influenciam, vinculando-se aos pontos de vista científicos, religiosos e filosóficos de cada indivíduo. E esse entendimento também pode ser aplicado às doenças, reitera o autor.

À vista disso, a saúde, assim como a QV, apresenta inúmeros conceitos. Batistella (2007) alega que as diferentes visões ou são concorrentes, no âmbito da compreensão e intervenção, ou são complementares.

Independente das várias perspectivas, sua importância para o usufruto de uma boa QV, de um envelhecimento bem-sucedido e um melhor EA é indiscutível, fato corroborado pelos trabalhos referenciados sobre o tema. Deduz-se, portanto, que a longevidade pode também ser determinada pelo *status* da saúde do indivíduo.

Neste enquadramento, as intervenções na saúde pública – no nível macro, por exemplo, campanhas de vacinação -, podem responder, em parte, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade. No nível micro, mudanças feitas pelas pessoas – porém, incentivadas pelo setor público -, podem, até certo ponto, ter sido a razão. Nesse nível, se encontra atitudes preventivas individuais. Medidas primordiais para a redução de doenças infectocontagiosas, por exemplo (CUTLER; DEATON; LLERAS-MUNEY, 2006).

Dada à magnitude do assunto, nos países desenvolvidos, existe uma demanda crescente de estudos que investigam as relações entre a saúde na velhice e os determinantes demográficos e socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional (ALVES; RODRIGUES, 2005). Em relação à longevidade, Lima e Menezes (2011), em uma revisão sistemática⁶ sobre a saúde dos idosos longevos (80 anos e mais), identificaram que a saúde é fundamental para que esse segmento permaneça independente e autônomo. Onde, um bom *status* de saúde os possibilita contribuir com a sociedade por mais tempo.

Sabendo-se que esse *status* de saúde não é conquistado somente pela ausência de doenças, mas engloba também a sensação de bem-estar subjetivo, evidencia-se neste ponto um dos objetos de estudo, a Saúde Sexual, especificamente, a sexualidade (LANÇA, 2013). Afora o preconceito existente na população sobre o tema: velhice-Saúde Sexual-sexualidade, a vivência positiva da sexualidade pode contribuir para uma melhor Saúde Sexual, QV e EA. Herrero (1984) informa que a atividade sexual não prejudica a saúde na velhice, longe disso, auxilia o bem-estar do idoso, engrandecendo ou preservando a QV, e cooperando para a manutenção do equilíbrio da integridade da personalidade. Diante disso, o valor dos cuidados de saúde, no aspecto sexual, na maior longevidade é estabelecido. Haja vista, sermos seres sexuais desde a concepção, permanecendo assim até a morte (LANÇA, 2013).

⁶Estudo realizado com 88 artigos publicados de agosto a setembro de 2008, na Argentina, Estados Unidos, Peru, Chile, Cuba, México, Espanha e Austrália.

Assim, instaura-se a Saúde Sexual e seus componentes no cenário da maior longevidade e envelhecimento populacional. Para tanto, a próxima seção aborda a revisão teórica da Saúde Sexual e ISTs na velhice.

2.2.2 Saúde Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis

A Saúde Sexual concerne às áreas da Medicina pertinentes a reprodução humana e comportamento sexual, à ISTs, aos mecanismos contraceptivos, e outros (LANÇA, 2013), sendo classificada como uma das vertentes da saúde global.

Desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948, os direitos sexuais fazem parte dos direitos humanos, sendo concebidos como universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Na atualidade, os direitos reprodutivos e sexuais estão ligados aos direitos civis e políticos (CORRÊA, JANUZZI; ALVES; 2006). A Constituição Federal de 1988 assegurou os direitos humanos, no entanto, a existência e o amparo legal são insuficientes para que, estes, sejam respeitados na prática.

Corrêa (1999) revela que Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), gênero e sexualidade eram termos pouco circulantes na sociedade, pois, eram exclusivos do cenário acadêmico e de movimentos sociais. Sua legitimidade e popularização aconteceram com sua inclusão nos programas de ação das conferências internacionais na década de 90, digam-se: Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994; Conferência da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social (CMDS), ocorrida em Copenhague, em 1995; IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995; entre outras. Depois da CIPD a definição de SSR ficou mais complexa, contendo uma multiplicidade de dimensões (FIG. 2), de forma a produzir e difundir o conhecimento sobre o tema. Devido a esta faceta, pode ser estudada sob várias óticas, dependendo do perfil de formação do pesquisador e de suas prioridades de análise (WONG, 2008).

Figura 2 - Seleção de conceitos e dimensões mencionados em uma definição de Saúde Sexual e Reprodutiva



Fonte: Adaptado de WONG, 2008.

A despeito de os termos Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva serem mencionados em conjunto, atualmente, suas definições são separadas, porém interligadas, tendo em vista que a Saúde Sexual, de acordo com pesquisadores, pode depender da reprodução ou pode ser autônoma. E a saúde reprodutiva pode depender da Saúde Sexual, porém, na modernidade, em virtude da fertilização *in vitro*, ela também pode ser independente (CORRÊA, JANUZZI; ALVES, 2006).

Em meados da década de 80 do século XX, a epidemia do *HIV/AIDS* motivou a ampliação do conceito de Saúde Sexual (CORRÊA, JANUZZI; ALVES, 2006). A qual se caracteriza como:

[...] um estado físico, emocional, mental e social do bem-estar em relação à sexualidade; não é apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A Saúde Sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. [...] (OMS et al, 2006, p.3).

Neste ponto é pertinente conceituar a assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva, a qual é definida como:

[...] a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a Saúde Sexual [...] (CORRÊA, JANUZZI; ALVES, 2006, p. 43).

A OMS et al (2010) ressalta que a Saúde Sexual não pode ser conceituada, compreendida e praticada sem uma ampla reflexão sobre a sexualidade, plano de fundo de extrema importância para os comportamentos e resultados relativos ao tema. Segundo essa organização, a sexualidade pode ser denominada como:

[...] um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba sexo, identidades de gênero e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. [...]. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS et al, 2006, p. 5).

Destaca-se que a habilidade dos seres humanos de atingir a Saúde Sexual estará associada ao acesso a informação completa e de boa qualidade sobre a prática sexual e a sexualidade, ao conhecimento sobre os perigos que enfrentam e sua vulnerabilidade aos resultados antagônicos do ato sexual; assim como, acesso aos cuidados e a um ambiente afirmativo e propício de promoção à Saúde Sexual (OMS et al, 2010). Além disso, a Saúde Sexual é essencial para a saúde física e emocional e bem-estar dos indivíduos, casais e famílias em qualquer tipo de arranjo, e para o desenvolvimento social e econômico das localidades e países (OMS et al, 2010). Ademais, é de extrema relevância, independente do indivíduo se encontrar na fase reprodutiva ou não (MACE, BANNERMAN; BURTON, 1974).

Focando no aspecto reprodutivo, ao se avaliar o desenvolvimento feminino, observa-se que no decorrer do curso de suas vidas, as mulheres passam por etapas cíclicas: ciclo da fertilidade e fecundidade; ciclo menstrual; e, ciclo gestacional. Isso posto, tem-se que a vida reprodutiva pessoal se faz significativa para elas, sendo descrita pela evolução endócrino-sexual, pela fertilidade e fecundidade e pela quantidade de filhos (SPEROFF, GLASS; KASE, 1995 apud POLI, SCHWANKE; CRUZ, 2010). Logo, sua finalização pode influenciar outros aspectos da vida adulta feminina.

O término da etapa reprodutiva da mulher se dá com o avançar da idade, destaca-se que o período total de ausência de capacidade reprodutiva feminina abrange em torno de 45% de sua vida, contabilizando o ciclo pré-reprodutivo e o pós-reprodutivo (SPEROFF, GLASS; KASE, 1995 apud POLI, SCHWANKE; CRUZ, 2010). Nesse caso, depois dessa finalização, a Saúde Sexual e Reprodutiva transforma-se em Saúde Sexual e Pós-Reprodutiva (SSP-R). Freitas, Silva e Silva (2004) e Trench e Santos (2005) participam que a menopausa carrega consigo não só o fim da etapa reprodutiva, mas, o vislumbre da chegada à velhice, que vem acompanhada de todo o imaginário advindo do fim da sexualidade e da feminilidade. E nessa

ocasião, sucede um forte impacto na identidade feminina, pois, a representação do que é ser mulher foi idealizada, com base em princípios cimentados na beleza, juventude e fertilidade (PAIVA; FRASSON, 2014). Em alternativa, para algumas mulheres, o fim da possibilidade de procriar, tem conotação positiva, se apresentando como “um tempo confortável de vida” (BERNI, LUZ; KOHLRAUSCH, 2007). Por conseguinte, essa etapa também pode ser encarada como um período de vida útil, cheio de esperanças e anseios do estar por vir (FREITAS, SILVA; SILVA, 2004).

Para o homem, a situação se apresenta bem similar, uma vez que, com o aumento da idade, o organismo masculino também reduz sua produção hormonal - considerado normal quando se inicia aos 40 anos -, em especial, a dos esteroides sexuais (BALLONE; MOURA, 2008), onde essas alterações podem ou não se caracterizar como andropausa. Tal condição é mais palpável a partir dos 50 anos. Todavia, ao contrário das mulheres, não existe uma faixa etária limite para acontecer, embora, geralmente, o início dos sintomas surja entre 60 e 70 anos (GOMES, 2002). Heinemann et al. (2003) descrevem como manifestações da andropausa: incremento da gordura corporal; mudanças no perfil de lipídeo no sangue; redução da massa muscular e na libido; propensão à osteoporose; sudorese; problemas na ereção, na concentração e na memorização; fadiga; desânimo; desencorajamento; ansiedade; depressão; perda de pelos; nervosismo; falta de sono; e, baixa sensação de bem-estar. Ballone e Moura (2008) acentuam que ao contrário da menopausa, a andropausa não simboliza o final da fertilidade, e sim, uma diminuição na produção de espermatozoides.

Daí conclui-se que, tanto para o homem quanto para a mulher, o *status* da SSR ou SSP-R impacta diretamente na forma como vivenciam a velhice. Dado que, a perda ou baixo poder de procriar vem repleto de incertezas, inseguranças e desafios, além de sensações biológicas desagradáveis, caso não seja realizado terapias de reposição hormonal. Percebe-se daí que a Saúde Sexual está diretamente inserida na QV do ser humano, independentemente da idade, classe socioeconômica, religião, gênero ou etnia. Desse modo, uma boa Saúde Sexual pode potencializar a QV e o bem-estar na velhice, melhorando a autoestima e a convivência com a maior idade. No entanto, contraditoriamente, a maioria das pessoas – e também, o Estado -, prefere ignorar que o indivíduo se mantém ativo sexual, depois do período reprodutivo.

O aumento da expectativa de vida aliado às melhorias nas condições físicas e de saúde dos idosos – advindos das inovações tecnológicas e da medicina, melhores dietas e ou de novos estilos de vida -, originaram novas estratégias de existência na velhice. Hoje, os idosos praticam mais esporte, permanecem mais tempo na força de trabalho – por necessidade

ou por realização -, namoram mais, transam mais, dançam mais, têm uma vida social mais intensa, enfim, investem mais em lazer e bem-estar. Perceberam que a vida ainda pode ser curtida com plenitude, mesmo a partir dos 60 anos.

Não obstante, os idosos constituam o segmento populacional que mais cresce e ganhe representatividade na sociedade, eles continuam a ser vítimas de estereótipos e padrões preconceituosos (ALMEIDA, 2008), principalmente, quanto a sua sexualidade. Maschio et al (2011) comentam que grande parte da sociedade tende a negar a sexualidade do idoso. As pessoas consideram inapropriado aceitar que eles tenham direitos a uma Saúde Sexual, pois a associa somente a genitalidade.

Gradim, Sousa e Lobo (2007) mencionam que as transformações inerentes à velhice, não simbolizam necessariamente que afetará a vida sexual do idoso, pois, mesmo com essas modificações, eles podem desfrutar de uma relação sexual prolongada, sensual e prazerosa. Uma vez que, não existe registro em que idade acontece à perda do apetite sexual, a cessão de pensamentos sobre sexo ou o esgotamento do desejo sexual (BRASIL, 2006). Lopes (1993) acrescenta e afirma que a idade não dessexualiza a pessoa, que a qualidade da resposta sexual pode até mudar para melhor, devido ao estoque de experiências acumulada ao longo da vida. O que acontece são modificações quantitativas.

Estudos médicos demonstram que a maior parte dos idosos é perfeitamente capaz de ter relações sexuais e sentir prazer nas mesmas atividades que realizam as pessoas mais jovens (BALLONE, 2002). Weeks (1999) ressalta que, assim como acontece no processo de envelhecimento pessoal que tem uma construção social, a sexualidade tem alicerce nas possibilidades do corpo.

Mesmo que seja um tema natural, inerente a ser humano, a sexualidade quando posicionada na etapa da velhice, em tempos anteriores era tida como um tabu. Entretanto, hoje já pode ser debatida e comentada nos meios acadêmicos e sociais (OLIVEIRA, RODRIGUES e CHANCHARULO, 2009). Três fatores são considerados por Papaléo Netto (1999) como pontos de inflexão dessa mudança: (a) a vida sexual deixou de ser exclusivamente para reprodução e passa ter um papel na satisfação pessoal e qualidade de vida; (b) o aumento crescente da população idosa em condições satisfatórias para a atividade sexual; e, (c) o surgimento do *HIV/AIDS* – obrigando a sociedade a reconsiderar a sexualidade, a necessidade de acesso a serviços de saúde e informações, e programas preventivos específicos para esse grupo. Pode-se acrescentar também, a valorização da sexualidade em contextos de melhoria de QV e individuação do ser humano.

O fato é que, independente de todas as visões negativas e depreciativas em relação aos idosos, e até mesmo entre eles, por meio de convicções erráticas e culturalmente distorcidas, os idosos têm direito a uma vida sexual saudável, livre de censuras e doenças. De mais a mais, a negação quanto à sexualidade do idoso, torna esse segmento vulnerável, e a maior longevidade acarreta uma maior exposição à ISTs – refletida no crescimento de casos dessas infecções entre esse grupo etário.

Um estudo transversal demonstrou que mais de 80% da faixa etária dos 50 aos 90 anos são sexualmente ativos (GOTT, 2001) e que as ISTs comuns são duas vezes mais presentes do que há dez anos (HPA, 2010). Na Inglaterra, as ISTs em pessoas com mais de 45 anos dobraram (FPA, 2010). Nos Estados Unidos, os registros de sífilis entre adultos de 55 a 64 anos, praticamente, triplicaram (CDCP, 2011). Além disso, essas enfermidades são tidas como uma das cinco principais causas de procura por serviço de saúde, e podem acarretar sérias consequências (OMS, 2001), sobretudo, por serem de difícil detecção, pois seus sintomas são pouco visíveis, e na maioria das vezes, assintomáticas (MS, 1999). Sendo potencializadoras do contágio pelo *HIV*, em no mínimo dez vezes (PIOT; ISLAM, 1993).

A *Family Planning Association* (FPA) ressalta que, embora as ISTs não sejam elevadas na lista de diagnósticos diferenciais, elas deveriam estar. As pessoas de 60 anos e mais, faixa etária na qual algumas doenças são consideradas comuns, têm o diagnóstico dificultado – pelo fato de alguns sintomas serem confundidos por essas infecções -, intensificando assim, a contaminação nesse público (FPA, 2010). Adicionalmente, a falta de hábito de consultas e exames preventivos, particularmente, entre os homens, aumenta a chance de contágio. Dentre as ISTs, destaca-se o *HIV/AIDS* cujo tratamento é complexo e permanente, até o resto dos dias do portador.

Apesar de tudo, a chance de um idoso ser contaminado pelo *HIV* parece invisível aos olhos da sociedade, e também dos próprios idosos, que não tem o hábito do uso do preservativo, principal mecanismo de prevenção contra o vírus. Além do que, as mulheres, nessa faixa etária, geralmente, por estarem fora do período reprodutivo têm a falsa impressão da inutilidade do preservativo. Por consequência, o idoso não se considera um doente em potencial (SOUSA, 2008). Não obstante, pode ser tanto vítima quanto proliferador latente dessa doença.

O relatório recente da *Health Protection Agency* (HPA) sobre *HIV* no Reino Unido mostra que 20% dos adultos suscetíveis a *HIV* têm mais de 50 anos. Em 2011, esse percentual era de 11 (HPA, 2011). De acordo com a UNAIDS (2016), cerca de 5,8 milhões de indivíduos acima de 50 anos estavam vivendo com o vírus, número nunca antes visto. Apesar de o

percentual estar aumentado, o segmento idoso não é caracterizado como grupo potencial de risco. Condição preocupante, tendo em vista que 50,0% dos novos diagnósticos, entre os indivíduos de 50 anos e mais, são “tardios”, duplicando com isso a probabilidade de morte (SMITH et al., 2010).

A *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foi detectada inicialmente no começo dos anos 80, nos Estados Unidos da América (EUA). Inicialmente, foi denominada de “peste gay” ou “câncer gay” por atingir, quase que exclusivamente, homossexuais. Posteriormente, a doença atingiu os usuários de drogas injetáveis, e os que foram submetidos a transfusões de sangue e ou hemoderivados (DOURADO et al., 2006). Em 1983, cientistas franceses descobriram o vírus responsável pela doença. Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o nomeou de *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Na metade de 1990, a epidemia atingiu os heterossexuais. Orientação sexual, hoje, que concentra o maior número de notificações. Esse fato implica no aumento da incidência entre as mulheres, confirmado pela redução da Razão de Sexo dos Soropositivos (RSS), onde, em 1984 para cada 18,9 homens infectados, existia uma mulher. Vinte anos depois para cada 0,9 homem soropositivo existia uma mulher infectada – denotando assim, uma feminização da doença (DOURADO et al. 2006). Além do contato sexual, citam-se a transmissão vertical (a mãe contamina o filho durante a amamentação, parto ou gestação), o compartilhamento de seringa ou agulha infectada, a transfusão de sangue contaminado pelo vírus, e os instrumentos perfurocortantes não esterilizados como vias de contágio do *HIV*. Portanto, o vírus pode existir no sangue, no sêmen, na secreção vaginal e/ou no leite materno (MS, 2017).

Barbosa (2007) esclarece que a *AIDS*, em si não se caracteriza como doença, mas sim, como um cenário favorável para o surgimento de certas moléstias oportunistas, devido à capacidade de defesa do organismo estar comprometida. De fato, o que ocorre, completa o autor, são fases que têm como apogeu essa síndrome. Ademais, “[...] a *AIDS* não se transmite, mas, se desenvolve; o que se transmite é o vírus *HIV* [...]” (BARBOSA, 2007, p.29).

Neste ponto, é importante distinguir *HIV* e *AIDS*. Informações disponíveis no site do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre *HIV/AIDS* (UNAIDS-Brasil) (2017, s.p.) os definem como:

HIV é um vírus que se espalha através de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral, o *HIV* afeta e destrói essas células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por *HIV* leva à *AIDS*.

Em outras palavras, o *HIV* ataca o sistema imunológico do ser humano deteriorando-o progressivamente, reduzindo a eficiência das células de defesa até serem destruídas, deixando o organismo vulnerável a infecções comuns. Logo, a imunidade reduzida favorece o aparecimento de enfermidades, e em virtude da debilidade avançada das células defensoras, a *AIDS* se concretiza (MS, 2017).

Os sintomas do contágio não se manifestam em curto prazo, segundo Barbosa (2007), o *HIV* tem comportamento único, pois mesmo o indivíduo contaminado por ele, existe um período de incubação que pode durar em média de oito a dez anos, até o completo desenvolvimento da síndrome.

Em relação ao grupo etário mais afetado no começo da epidemia (década de 80), dados evolutivos da *AIDS* mostram que a faixa etária dos 20 aos 39 anos representava 65,7% do total de casos desvendados. No mesmo período, para o público de 60 anos e mais, Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) não mostraram, praticamente, casos diagnosticados. E nos primeiros cinco anos, somente quatro casos foram registrados.

Entretanto, informações do Ministério da Saúde (MS, 2014) demonstraram um aumento da taxa de incidência no segmento idoso. Entre 2002 e 2013, essa taxa para os homens aumentou de 9,6 para 13,1, e, para as mulheres passou de 4,3 para 6,6. A taxa global para ambos os sexos, cresceu de 6,7 para 9,5 por cem mil habitantes, no mesmo intervalo de tempo.

Complementarmente, o Sistema brasileiro de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) registrou entre 1984 e junho de 2016, 27.771 casos diagnosticados de *AIDS* em pessoas de 60 anos e mais, com média anual de 867,84 casos, onde a maioria (63,1%) é do sexo masculino. Apesar da baixa representatividade diante do grande contingente de idosos – projetado na revisão de 2013, para 27.034.163 pessoas em 2018 (IBGE, 2013), salienta-se a forte tendência de subregistros de infectados, ora pela baixa cobertura desta causa, ora pelas nuances inerentes à idade avançada, ao gênero, à localização, etc. Não obstante, não se pode ignorar o crescimento dessa moléstia, assim como, a potencialidade do vírus entre os idosos (LAROQUE et al, 2011).

Godoy et al (2008), em um estudo epidemiológico descritivo, realizado com a população de 60 anos e mais diagnosticada e registrada no período entre 1995 e 2005, identificaram um crescimento modesto, porém estável, do *HIV/AIDS*. O estudo também revelou que, a maioria dos casos nos idosos (51,66%) foi em decorrência de relação heterossexual, sendo a via sexual o principal meio de contaminação. A relação homem/mulher de novos casos revelou uma diminuição, com tendência de aumento entre as idosas.

Esses resultados podem espelhar uma convergência nos perfis dos idosos soropositivos com o da população geral. Duas das características do perfil população com o *HIV/AIDS*, no Brasil, presentes nos idosos, é: heterossexualização e feminização (PAULILO, 1999; SANTOS et al, 2002).

Linsk (2000) assinala como prováveis causas dessa tendência entre os idosos: o aumento da atividade sexual, os remédios que melhoram e prolongam a *performance* sexual e a resistência ao uso de preservativos. Na mesma linha, pesquisas na área médica atribuíram o crescimento do *HIV/AIDS* na velhice aos tratamentos hormonais, às próteses e aos avanços da indústria farmacêutica, que estenderam a vida sexual na fase idosa (PRILIP, 2004) – significando com isso, uma maior longevidade sexual a partir dos 60 anos. Esses adventos impulsionaram a atividade sexual na velhice, possibilitando-os serem ativos sexualmente por mais tempo com maior conforto e bem-estar. Mesmo assim, apesar de os idosos hoje serem mais ativos sexualmente do que em tempos anteriores, outras questões podem pesar no momento de exercer, efetivamente, a sexualidade na velhice.

Um estudo realizado entre 4.753 ginecologistas brasileiros detectou que um dos principais motivos pela procura por consulta é a diminuição do desejo sexual. Problema que se relaciona, na maioria das vezes, à questão hormonal. O estudo revelou um percentual entre 51 e 75 de queixas sobre disfunções sexuais entre mulheres de 60 a 65 anos que procuraram consulta (LORENZI; SACIOTO, 2006).

No caso do homem, cita-se como disfunção mais presente, a Disfunção Erétil⁷ (DE), cuja real prevalência é desconhecida, mas estima-se que seja mais elevada e crescente a partir dos 40 anos de idade (GLINA, 2002; NIH, 1993 apud CASTILHO et al, 2006). Abdo (2004) aponta que 45,1% dos brasileiros, em algum momento da vida, tiveram, têm ou terão DE em algum nível, e à medida que a idade avança, essa disfunção acomete um número maior de homens, com um agravamento em seu nível.

Atualmente, os medicamentos para DE, populares em todas as camadas socioeconômicas, se apresenta como uma opção para mitigar essa condição masculina, e ainda, impulsionar a vida sexual do idoso. No Brasil, sua popularização ocorreu em 1998, a partir do lançamento do Viagra (QUINTELLA, GOMES; ROCHA, 2006). Salvo a indisponibilidade do quantitativo real para corroborar esta hipótese, especula-se que os idosos sejam os maiores consumidores desses medicamentos. A facilidade do acesso associada ao baixo custo relativo e a potencialidade de DE entre o segmento, conforme já mencionado,

⁷ É a incapacidade de obter e manter ereção peniana suficiente para uma relação sexual satisfatória (ABDO, 2004).

podem ser as principais razões. A partir daí, depreende-se que tais adventos podem ser facilitadores do contágio de infecções sexuais entre os idosos. Essa questão foi encontrada por Cunha e Teixeira (2014) em uma revisão bibliográfica sobre as causas das ISTs na população idosa.

Outra razão encontrada na bibliografia é a mudança de prognóstico do *HIV/AIDS* de terminal ou aguda para crônica⁸, ocorrida motivada pelas melhorias na Terapia Antirretroviral (TARV)⁹ (PALELLA JUNIOR et al., 2006; ALENCAR, NEMES; VELLOSO, 2008). Essa melhoria trouxe consigo alterações no perfil de morbidade e mortalidade dos indivíduos soropositivos (PACHECO et al., 2008), como também, uma redução nos óbitos por essa causa (PALELLA JUNIOR et al., 2006; PACHECO et al., 2008). Salienta-se, porém, que para a maior eficácia dessa terapia é primordial a adesão do contaminado (COSTA, 2012).

Um estudo clínico internacional encontrou que as pessoas infectadas pelo *HIV* têm risco, substancialmente, menor de ter *AIDS* ou outras enfermidades graves se iniciarem o TARV tão logo a carga viral se apresente alta (NIH, 2017). A UNAIDS estima que, em 2016, no mundo todo, cerca de 18,2 milhões de pessoas têm acesso ao tratamento antirretroviral. O relatório *Get on the Fast-Track: the life-cycle approach to HIV*, evidencia que a terapia está dando resultados.

No Brasil, desde a adoção do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo de infecção pelo *HIV* em adultos, recomenda-se aos profissionais de saúde adotar o TARV para todos os soropositivos, sem considerar limite mínimo da carga viral. Essa medida ocasionou maior quantidade de pessoas em tratamento e com carga viral indetectável (MS, 2017).

Salvo a terapia habilitar significativa melhoria na QV dos infectados, existem vários efeitos colaterais, que podem acontecer logo após sua adoção ou em longo prazo, podendo ser graves e contribuir para piora na condição de vida do paciente (VIDAL, 2007). Na velhice, os efeitos colaterais podem gerar uma vida de privações, com uma rotina diária comprometida e cautelosa para não contaminar a família. Podendo causar depressão, depreciação da QV, perda da autonomia e independência, e ainda, necessitando de resignação das restrições impostas pela doença (GROSS, 2005).

Ademais, a vivência com essa enfermidade é de caráter permanente, o que acarreta troca de costumes e comportamentos, e adaptação aos desafios decorrentes, nos âmbitos

⁸ Destaca-se que a OMS (2017) denomina a condição crônica como àquelas que necessitam de tratamento e monitoramento permanente durante longo período de tempo.

⁹ Para garantir o acesso gratuito do TARV aos soropositivos, o Ministério da Saúde assegura desde 1996, por força da Lei 9.313, sua distribuição (BRASIL, 2008).

sociais e emocionais da doença e suas implicações. Bem como, o uso constante e contínuo de remédios, de convívio com profissionais de saúde e com a sombra da imprevisível cura (ALENCAR, 2006). Apesar da indeterminação em relação à cura, o TARV, hoje, prolonga, significativamente, a sobrevida do infectado, e também reduz as possibilidades de transmissão do vírus (NIH, 2017; UNAIDS-BRASIL 2017). Neste contexto, as atividades, exercidas antes da contaminação, poderão ser executadas por maior tempo. Dentre elas, as atividades laboral e sexual.

Apesar de os avanços em termos de tratamentos de controle da síndrome, a epidemia do *HIV/AIDS* entre os idosos tem surgido como problema de saúde pública nas últimas décadas. Isso ocorre, provavelmente e principalmente, por dois aspectos: o aumento das notificações de transmissão do *HIV* após os 60 anos e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo vírus (BRASIL, 2006).

A *AIDS* se diagnosticada a tempo converte-se, como já sabido, em uma doença não letal. Como a maioria das doenças crônico-degenerativas da atualidade, contudo, os programas de prevenção das ISTs para os idosos não acompanharam a evolução tecnológica (MASCHIO et al, 2011). Campanhas de prevenção não são direcionadas para os idosos, pois, na faixa etária de 60 anos e mais ainda prevalece a concepção de ausência de vida sexual, como já exaustivamente apontado.

Apesar disso, as políticas públicas direcionadas ao idoso, também deveriam inserir a questão de prevenção e comportamento de risco, de forma a tornar constantes os programas de educação voltados ao envelhecimento saudável e plenitude da sexualidade na velhice, fortalecendo as concepções sobre as ISTs e as formas de preveni-las.

A não inclusão da população com 60 anos e mais em campanhas de prevenção deixa essas pessoas expostas ao risco de contágio à doença nas relações sexuais. O preservativo, principal meio de evitar a síndrome por via sexual, foi pouco utilizado ao longo da vida dos idosos, e, configura dificuldade erétil no momento de estabelecer um contato íntimo na velhice. Aditivamente, o caráter meramente contraceptivo da camisinha, no entendimento desse grupo etário, o torna, praticamente, inexistente nas relações sexuais com o avançar da idade (GORINCHTEYN, 2005).

Pottes et al (2007) sustentam que a problemática da velhice e a *AIDS* no Brasil passa por questões culturais e de exclusão, e foca-se no preconceito social relativo a atividade sexual nesse grupo etário. E também, na ideia que o idoso é um grupo homogêneo, com atitudes, necessidades e comportamentos similares (ALMEIDA, 2008), em que a visão mais associada à fase é a da “vovó ajudando a criar os netos” e não de um ser humano maduro

como os demais. Porém, assim como o resto da população, os idosos são seres distintos em desejos, necessidades, graus de exposição aos riscos e com características próprias.

Outra questão pré-concebida é o isolamento e a inatividade. Alguns creem que esse grupo deve ficar confinado em seus lares, inativos, com a solidão como companhia. Outro ponto é a associação da velhice com doenças, em especial, as associadas à saúde mental, como por exemplo, perda de memória, popularmente e pejorativamente, chamada de “caduquice”. Portanto, com o avançar da idade, alguns, esperam que a capacidade de aprendizado seja eliminada (ALMEIDA, 2008), sendo assim, o idoso perde a autonomia sobre a própria vida, assim como, a capacidade de amar, de se relacionar, e, sobretudo, de exercer sua sexualidade. Ou seja, ficam assexualizados e dependentes. Visão estereotipada até mesmo dentro do grupo idoso.

Nesta conjuntura, a próxima seção revisa a literatura sobre as diferenças de pensamentos, no exercício da sexualidade e relacionamentos, referentes à geração e ao gênero.

2.2.3 Sexualidade e relacionamentos *versus* Geração e gênero

Conceitualmente, segundo a literatura vigente, o marcador social geração, como categoria de análise, tem duas noções distintas. A primeira o designa como um posicionamento na estrutura de parentesco, enfileirado à organização social da etapa da vida. A segunda noção baseia-se nas teorias de Mannheim, a qual caracteriza geração como um grupo de pessoas que vivenciam uma mesma época ou tempo social tendo, praticamente, a mesma idade e dividindo alguma forma de experimentação ou experiência (MOTTA, 2004). O emprego de geração como relações de parentesco e da estrutura social do curso da vida, possibilita explicitar a relação entre sexualidade e procriação. Contudo, o segundo uso, traz clareza aos atos individuais em certo período histórico, considerando as gerações como coletivos de pessoas, no *background* de uma sociedade individualizada (ALVES, 2009).

Para melhor compreensão de gerações, a maior longevidade direciona um olhar mais atento para o envelhecimento, sob a luz de percurso de vida, contrapondo-se a ideologia anterior, iniciada pela infância e adolescência, que simbolizava uma curva ascendente para um patamar de apogeu, a fase adulta, em seguida, um inexorável declínio, a velhice (NEGREIROS, 2004).

O novo olhar sobre o fluxo da vida implica em mudanças e desautoriza a categoria de “velhice” antes vista. Focando na relação de sucessivos grupos geracionais que seguidamente

envelhecem, em uma diversidade cultural e institucional, revelando diferenças étnicas, de classe, gênero, religião e outras (NEGREIROS, 2004). Nesse caso, moldando-se a segunda categorização de geração descrita por Motta (2004) e Alves (2009).

Motta (2010) acrescenta que uma geração idosa ao mesmo tempo vivencia outros processos sociais e extrafamiliares do mundo capitalista, que a redireciona ou ressocializa para novas atuações na sociedade. Impulsionando, assim, uma diferenciação dentro do segmento geracional mais velho, não devendo ser denominamos simplesmente “idosos”, como um grupo único. “Idosos jovens” e “muito idosos” ou “velhos mais velhos” são as novas categorizações surgidas, esses grupos se diferenciam significativamente. Em geral, enquanto os “idosos jovens” estão se ressocializando em direção à naturalidade – uma necessidade cada vez crescente neles -, de participação das mulheres no mercado de trabalho, e dos homens em compartilhar tarefas domésticas, por exemplo; os “idosos muito velhos” se voltam para a vida privada – ou inatividade, simbolicamente chamada de “aposentadoria”.

A respeito dessas transformações, Motta (2010, p. 437) reflete: “[...] é de se perguntar até que ponto os atuais indivíduos de 60 e 70 anos ainda poderão ser considerados “velhos” pelos padrões atuais.”, haja vista, que os padrões definidos em épocas anteriores e ainda considerados na atualidade, tendem a ficar em xeque, pois os indivíduos idosos se apresentam bem longe da figura decrépita, inativa e assexuada de antes.

A nova estratificação considera os momentos sociais diversos que cada grupo viveu, e, conseqüentemente, os diferentes *habitus* de classe gerados (MOTTA, 2010). Os “idosos jovens”, segundo Lenoir (1979) citado por Motta (2010), correspondem ao que se inventou e difundiu a partir da década de 1960, a chamada “terceira idade”. Esse grupo foi alvo de incontáveis “projetos” socializadores e consumistas, sendo os mais atrativos para pesquisas científicas por seu quantitativo. Concomitantemente, é responsável direto pela imagem social do idoso dinâmico, alegre e saudável, são também, os que apresentam o atual cenário de retorno crescente ao mercado de trabalho, até o momento pouco formal (BRITO DA MOTTA, 2001; PEIXOTO, 2004; SIMÕES, 2004). Alternativamente, os “idosos mais velhos” perdem a atração pública e a visibilidade acadêmica em razão da idade refletida na aparência “desgastada” e menor “animação”, e de maior recolhimento ao âmbito familiar. Todavia, muitos octagenários, principalmente, octagenárias, e alguns raros nonagenários, permanecem ativos, saudáveis e atuantes em diversos grupos sociais (MOTTA, 2010).

Com a diminuição do bônus demográfico (ou fechamento da janela de oportunidades) (MASON, 2005; LEE; MASSON, 2006) advindo da década de 70 –, a tendência é que os idosos, principalmente os “jovens”, ganhem mais espaço na sociedade, em

especial, no mercado de trabalho – com o decréscimo da População em Idade Ativa (PIA) -, e nos relacionamentos sociais – particularmente, nos afetivos, como por exemplo, reinserção no mercado de casamento/relacionamento em virtude de seu contingente crescente e volumoso, e cada vez mais “saudável”.

Além das diferenças entre as gerações após os 60 anos, há de se discutir, também, a feminização da velhice e as questões inerentes ao gênero no contexto da Saúde Sexual. Afinal, notadamente, existe uma sobremortalidade masculina em todas as idades, principalmente, na primeira metade do ciclo vital, o que ocasiona um maior número de mulheres, frente à quantidade de homens, em idades mais longevas. Desse modo, apenas pela única razão de sobreviverem mais, elas podem ser as mais suscetíveis às ISTs.

Neste ponto, cabe especificar sexo e gênero. Negreiros (2004) menciona que esses dois conceitos surgiram em épocas distintas e abarca fatores não idênticos da vida humana, assim sendo, são divergentes. Segundo o autor, as desigualdades entre sexos são determinadas pelo físico, em tempos anteriores, pela metafísica, enquanto os contrastes de gênero devem ser vistos e compreendidos no contexto da sociedade.

Na atualidade, considera-se gênero, a nomenclatura de sexo desbiologizada e contida na rede sociocultural, simbolizando o ambiente cultural da diferença sexual. Sendo resultante social, é assimilado, exibido, institucionalizado e repassado ao longo das gerações (SORJ, 1992 apud NEGREIROS, 2004). Scott (2016, p. 14) explica:

Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. [...]. O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade.

Valendo-se da explicação do autor supracitado, gênero pode ser definido em duas partes e diversas subpartes. O âmago da definição compreende a conexão integral de duas ideias. A primeira o descreve como um componente de relações sociais fundamentado nas desigualdades entre os sexos, e se subdivide em quatro tópicos¹⁰. A segunda é a principal maneira de dar significação às relações de poder, pois as alterações na ordenação das relações sociais emparelham sempre às modificações nas representações de poder, no entanto, não é, necessariamente, unidirecional (SCOTT, 2016).

¹⁰ O primeiro são os elementos culturalmente acessíveis que conjuram simbologias múltiplas (geralmente, contraditórias). O segundo são as normas que põem em evidência entendimentos sobre os símbolos que tentam delimitar e reter suas chances metafóricas. O terceiro aspecto insere as noções políticas, tanto quanto simbologias às instituições e organizações sociais. Por fim, o quarto fator é a identidade subjetiva (SCOTT, 2016).

Nesta circunstância, sendo a população idosa composta a maior parte por mulheres, comumente, sofrem preconceitos sexistas. Exemplificando, se os homens ficam viúvos, sabe-se que, normalmente, recasam, mesmo em idade bem avançada. As mulheres, por outro lado, quando viúvas, frequentemente, permanecem assim e, quase sempre, voltam-se para a função familiar (PATRIOTA; ALMEIDA, 2009). Essa questão é reforçada em um contexto sociocultural tradicionalmente machista, e em camadas socioeconômicas menos favorecidas.

Negreiros (2004) esclarece que, apesar das mudanças intensas e rápidas ocorridas nos últimos tempos, cada um - homens e mulheres -, atingidos em diferentes gerações, foram ao mesmo tempo protagonistas, expectadores e autores de rupturas e transformações. A geração mais antiga experimenta, por mais tempo relações de poder, como também, absorve mais sobre os papéis do homem e da mulher em um molde tradicionalista – o homem como dominante na esfera pública e a mulher como dominante na esfera privada (NEGREIROS, 2004), ou seja, apesar de novos padrões vivenciados, a maioria dos idosos, até certo nível, ainda segue a norma tradicionalista de comportamento com a qual foram criados. Esses padrões tendem também a se perpetuar no contexto da sexualidade entre homens e mulheres, em especial, no Brasil, e, mais intensamente, nas regiões menos desenvolvidas, citam-se: Norte e Nordeste.

Sobre o tema, especialistas aduzem que os homens são mais limitados no exercício de sua sexualidade do que as mulheres, tendo em vista, terem o foco, quase que exclusivo, nas genitálias e no ato da penetração. No entanto, o envelhecer os força a se redescobrir e a adaptar-se a nova condição biológica. Outra característica tida como, essencialmente masculina, é a maior frequência nas relações sexuais. De outra forma, os estudiosos garantem que a sexualidade feminina é menos complexa, pois é descentralizada dos genitais e do coito, apresentando menores dificuldades de ambientação a velhice (DEBERT; BRIGUEIRO, 2012). Quanto à falta de interesse nas relações sexuais atribuídas as elas, Debert e Brigueiro (2012) constatam que é necessária uma reeducação sexual para que ocorra a “liberação dessa repressão”. Os autores esclarecem ainda que, baseado em estudos e ensaios, a constância nas relações sexuais das mulheres se condiciona ao interesse masculino, e a redução na frequência da atividade sexual é atribuída ao aparecimento de doenças em seus companheiros, à inércia desses e a sobremortalidade masculina (DEBERT; BRIGUEIRO, 2012).

Da mesma maneira, pesquisas mostram que as mulheres idosas se mostram “menos” propensas a fazer sexo, porque suas vidas sociais foram marcadas por controle, acarretando inibição no usufruto de sua sexualidade na velhice. Esses são os pontos a serem trabalhados, segundo Debert e Brigueiro (2012), para o sucesso de uma vida sexual plena das mulheres.

Ademais, a velhice é concebida como o tempo ideal para libertar-se de estigmas, ao passo que as experiências acumuladas e o fim da responsabilidade reprodutiva, da lida com os filhos novos e de uma família extensa as distanciam dos padrões relativos ao mundo feminino (DEBERT; BRIGUEIRO, 2012).

Não obstante, ser um assunto atual e presente durante todo o curso da vida, conforme já mencionado, ainda é um tabu debater-se. Duarte (2004) explica que o dilema entre falar ou não sobre sexo é devido à correlação da sexualidade com a intimidade e a privacidade. Essa tensão ocasionou a ruptura nos níveis de experiência, dividindo-os em dois, o sensual e o sentimental. A experiência sensual é denominada de prazer sensorial, enquanto a experiência sentimental é descritiva como um prazer afetivo sentimental, reflexo do amor idealizado culturalmente. O estudo do autor ainda correlaciona o aspecto sensual ao homem, e o afetivo à mulher (DUARTE, 2004).

Contudo, na velhice essas concepções tendem a serem revistas (DUARTE, 2004), o psicanalista Kernberg discute essas mudanças nas questões de gênero e sexualidade, sob a seguinte ótica:

Pode-se observar um desenvolvimento curioso da relação entre o desejo erótico e o amor apaixonado ao se estudar as relações amorosas que se dão mais tarde na vida. [...] o desenvolvimento masculino e feminino da integração entre excitação sexual e ternura diferem. [...] Para os homens, [...], a liberdade sexual precede a capacidade de estabelecer uma relação de objeto profundo com uma mulher, e de integrar liberdade sexual no contexto desse relacionamento amoroso.

No caso das mulheres, ao contrário [...]. A patologia mais frequente, nesse sentido, é um certo grau de inibição sexual no contexto do estabelecimento de uma relação amorosa satisfatória. [...]. Agora, sob a luz da observação das relações amorosas de casais mais velhos, sugiro que esse desenvolvimento prossegue na idade mais avançada, com uma surpreendente reversão de papéis. Homens apaixonando-se e estabelecendo uma relação amorosa apaixonada nas etapas mais avançadas de suas vidas, frequentemente, têm uma estimulante experiência de que seu intenso amor sexual por uma mulher transcende, em novas formas, seu desejo erótico [...]. Ao contrário, as mulheres que se apaixonam nas etapas mais avançadas de suas vidas podem experimentar uma liberdade de desejo sexual que torna o amor pelo homem que encontraram [...] uma ponte na qual o desejo erótico pode ser plenamente satisfeito, e torna-se a maior expressão do amor deles (2001, p. 183-184).

Em direção contrária a esses pensamentos, o universo simbólico brasileiro, faz apologia às antigas concepções sobre sexualidade entre homem e mulher. Campanhas publicitárias para divulgar os potencializadores sexuais é um exemplo claro disso, nelas, o homem é valorizado, essencialmente, por sua potência sexual, sendo o protagonista no coito; enquanto a mulher é tida como secundária, cuja postura é transcrita como subordinada, apática e indisposta. Logo, expõe uma intensificação dos genitais e da penetração peniana (DEBERT; BRIGUEIRO, 2012). Os estudos que se seguem podem exemplificar tal conclusão.

Brigueiro (2000) em seu estudo etnográfico sobre o tema envelhecimento e sexualidade usando uma rede de sociabilidade da zona norte carioca, composta, exclusivamente, por homens idosos, descobriu entre os achados sobre representações de gênero percepções desiguais direcionadoras das relações homem/mulher. Alguns relatos caracterizam as mulheres como objetos figurativos das conquistas masculinas. Todavia, o exagero de superioridade nas falas induz ao entendimento de uma realidade inventada, ou seja, trata-se apenas de uma *performance* de convívio social entre o mesmo sexo. O autor analisa que essa atitude machista, a despeito das limitações físicas que a velhice traz, é a tentativa de mostrar – por meio de jocosidade, dos comentários e alusões de atividades sexuais – a relevância da virilidade na interação com os demais membros do grupo, e, o fato de não se inserir nesse modelo, não os impedem de adotá-los como verdadeiro (BRIGUEIRO, 2000).

Em outra direção, um estudo etnográfico realizado por Peixoto (2000), com mulheres frequentadoras dos programas para a “terceira idade”, revelou a dissociação entre envelhecimento bem-sucedido e uma vida sexual gratificante. De acordo com as entrevistadas, seus corpos envelhecidos não podem ser alvo de desejos sexuais, onde a atividade sexual na velhice é “coisa” de homem idoso, denominados por elas “velhos bobos”, que não se conscientizam que os únicos atrativos para eles conquistarem mulheres mais novas, são o dinheiro e o poder. Destaca-se que essa visão pode estar induzida pela decepção em não aproveitar a maior longevidade sexual masculina, podendo significar uma mágoa em ser preterida, em relação a mais jovens. Questão comprovada por William Masters e Virgínia Johnson, citados por Negreiros (2004) em suas pesquisas. Esses autores constataram que afora o ato sexual feminino não ter limite de tempo, a maior virilidade masculina não veio a compensar às idosas, pois tal vantagem passou a ser desfrutada com as mais novas. O estudo de Peixoto (2000) evidencia ainda que, para as entrevistadas, somente as mulheres “loucas” poderiam ansiar por uma vida sexual ativa (PEIXOTO, 2000).

Embora existam vertentes divergentes em relação à sexualidade e gênero, percebe-se, que, em sua maioria, essas desfavorecem e desvalorizam as idosas. Graças, provavelmente, aos padrões culturalmente determinados. Esses padrões administram até hoje os comportamentos de algumas idosas, e são tidos como severos e inflexíveis e de difícil confronto na velhice.

Nessa situação, é inegável que se evoluiu muito nas questões de inequidade de gênero, todavia, quando se focaliza no contexto de sexualidade e geração, as mudanças são lentas, os modelos antigos ainda são muito presentes e atuantes. Comprovando a assertiva,

vemos que, atualmente, persiste um duplo padrão de envelhecimento. Os homens mais velhos, e menos numerosos, são valorizados por suas conquistas no cenário social e econômico, bem como, no sexual. Ao passo que as idosas, mesmo com igualdade de condições socioeconômicas, ainda são avaliadas pela perda de sua “juventude” (NEGREIROS, 2004) - configurando assim, um mercado de relacionamento perverso para as mulheres idosas, potencializado por sua maior longevidade e maior contingente.

Quanto às normas de conduta enraizadas no cenário do envelhecimento feminino cita-se como exemplo, a regra que preconiza que o homem seria “habilitado” a manter relacionamentos extraconjugais, os quais deveriam ser ignorados pela esposa (NEGREIROS, 2004) ou companheira. Na mesma linha de raciocínio, realça-se que, dentre os determinantes culturais dos padrões de comportamento da sexualidade feminina, encontra-se a religiosidade. Aspecto ainda presente nos dias de hoje, sendo essencial para tomada de decisão entre os idosos, principalmente, entre os muito velhos, e, predominantemente, entre as mulheres. Neste ponto, é público e notório que a história da sexualidade humana sofreu e ainda sofre influência da religião (PATRIOTA; ALMEIDA, 2009).

Centralizando no Cristianismo, e em sua relação com a sexualidade, sabe-se que esse preconizou uma rivalidade entre a sexualidade e o desprezo pela vida terrena, atribuindo ao ser humano à alusão de amor altruísta e não sexual, logo, amor e sexo opunham-se. Igualmente, a fonte de amor era Deus e a do sexo, o demônio. E somente depois de muitas discussões entre os séculos VII e XII, a atividade sexual foi permitida, exclusivamente, para a procriação, no entanto, não havia troca de afeição entre as pessoas, dificultando assim, a manifestação da sexualidade entre os casais (PATRIOTA; ALMEIDA, 2009). Um desdobramento dessa concepção é a educação da sexualidade, instrumento de doutrinação e manipulação sexual feminina, especialmente, adotada pelas gerações anteriores e ainda assimilada pelas idosas da atualidade. Sobre o assunto, Negreiros (2004, p.81) afirma:

[...] as idosas de hoje foram educadas num código de sexualidade ainda muito rígido [...] submeteram-se a padrões de sexualidade claros ou implícitos quanto à regulamentação das relações sexuais indesejáveis – entre camadas sociais, raças ou faixas etárias diferentes.

Nestas últimas, só era admitido o contato do homem mais velho com mulher mais jovem – esta era a “teúda e manteúda” e muitas vezes 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), além de pressentir que a outra, embora bela e atraente, seria um objeto facilmente descartável quando a paixão do marido declinasse... [...].

No Brasil, ainda se identificam resquícios desse entendimento na sexualidade feminina, pois, apesar das transformações substanciais no vínculo homem-mulher, quando se

refere ao gênero, sexualidade e geração, as mudanças não são tão profundas, por vezes, lentas e inócuas, a considerar que os modelos antigos ainda prevalecem (NEGREIROS, 2004).

Sabe-se que em uma cultura que enaltece o belo e o novo, a mulher idosa, por sua aparência não tão jovial, já não é mais atraente para o mercado de relacionamentos, e o temor de ser tachada e estigmatizada a torna discreta e reservada. E após o término das atividades de mãe e esposa, dedicam-se à família – seja por meio de apoio financeiro ou por suporte doméstico ou para ser cuidadora dos filhos e netos, e ou familiares mais vulneráveis -, à prática religiosa, ao ciclo social preservado e ou ao relacionamento conjugal amigável – caso ainda o tenha (NEGREIROS, 2004).

Sob outra perspectiva, percebe-se que na velhice o lado dominante da relação marido-mulher pode se modificar, porque ao se jubilar o homem deixa seu posto de provedor e líder no âmbito público, podendo sofrer de insegurança frente aos múltiplos papéis femininos (fora e dentro do lar), como também, pela posição da mulher no seio familiar, como o centro da afeição, do amparo e do zelo (NEGREIROS, 2004). No aspecto sexual, o homem idoso retrai ou intensifica seu impulso sexual. Na primeira condição, converte-se em filho de sua companheira – estabelecendo uma relação assexuada de proteção-obediência. Na segunda, busca replicar a sexualidade da juventude – porém, de forma mais “aberta”, “indecente” ou “liberta”. Caso esteja em uma união, o idoso para amenizar a culpa, convence-se que ofereceu um “descanso” para a esposa. No entanto, segundo os Relatórios Kinsey¹¹, Masters & Johnson¹² e Hite¹³, as mulheres idosas revelam, regularmente, o anseio de manter relações sexuais com mais regularidade com seus maridos. E as que não conseguem, muitas vezes, podem sofrer de problemas psíquicos (NEGREIROS, 2004), derrubando assim o argumento altruísta de “descanso”.

Outra questão deve ser discutida, o baixo poder de barganha da mulher idosa na negociação com o parceiro por uma prática sexual segura (com preservativos), com ênfase, nos relacionamentos antigos. Sobre o assunto, Maschio et al. (2011) alegam que a idosa percebe os relacionamentos “duradouros” como um atestado de “fidelidade absoluta” – portanto, um “escudo” contra as ISTs. Nesse lapso, não vê (ou não quer ver) argumento para negociar o *condom* nas relações, pois passou do período reprodutivo. E caso solicite o uso, pode sofrer com a desconfiança de traição por parte do companheiro, que considera um incômodo sua utilização.

¹¹ *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) e *Sexual Behavior in the Human Female* (1953)

¹² *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970)

¹³ *The Hite Report on Female Sexuality* (1976) e *The Hite Report on Male Sexuality* (1981)

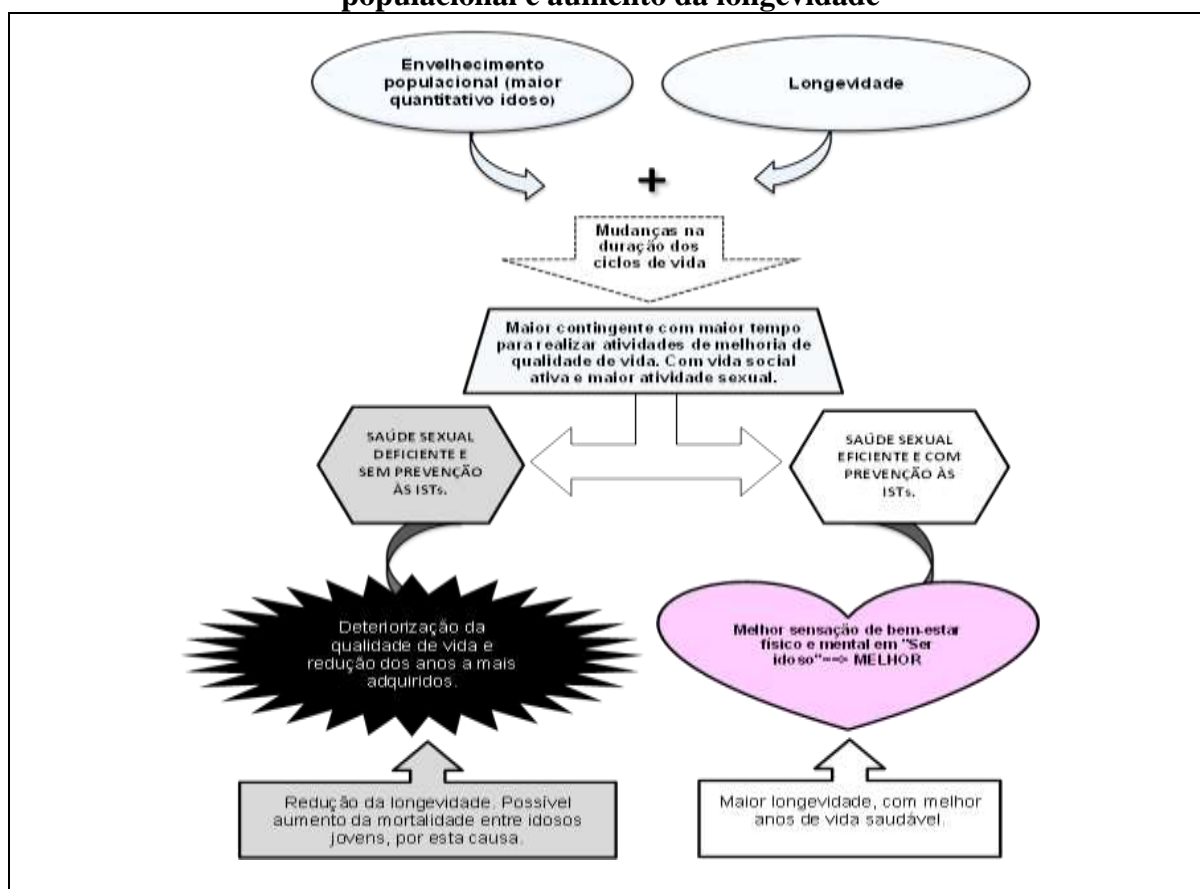
De qualquer maneira, as idosas que se mantêm estimuladas sexualmente – de forma saudável e eficaz -, podem combater a solidão, adotar hábitos de cuidados preventivos e pessoais, aumentando a autoestima, rompendo preconceitos de idade e condição socioeconômica - presentes nas relações afetivas e sexuais da velhice -, e pleitear uma posição no âmbito, predominantemente, masculino, o mercado de relacionamentos na velhice.

Destaca-se que ter um parceiro sexual, não é um fator delimitador da sexualidade, nem masculina e nem feminina – tendo em vista, que a exploração do próprio corpo também pode melhorar a Saúde Sexual e o amor próprio. Contudo, é necessário romper as barreiras morais que limitam tal ato, para tanto, o idoso precisa criar mecanismos e estratégias, e não balizar a sexualidade somente a penetração, despidendo-se assim de preconceitos em relação a sua idade.

Neste encadeamento, verifica-se uma deficiência de estudos que foquem na Saúde Sexual do idoso no contexto demográfico e alie a sexualidade à identidade de “Ser idoso”. Não obstante, é irrefutável que questões econômicas, comportamentais e culturais impactam na sobrevivência saudável das pessoas idosas, e no atual cenário de maior longevidade, esses indivíduos podem estender a prática sexual saudável ao limite do próprio sistema biológico. Contudo, essa prática pode ser bidirecional, pois tanto pode melhorar a QV, aumentando o bem-estar físico e mental, como pode diminuir consideravelmente o nível de vida, e, abater alguns anos adicionais de vida ganhos ao longo das décadas. Inseridas nas razões motivadoras da perspectiva negativa encontram-se a prática descuidada – especificamente, a falta de uso de preservativo e a multiplicidade de parcerias – e, a ausência de diagnósticos precoces de ISTs. Por este ângulo, esta temática é estudada, cujo intuito também visa promover e produzir conhecimento sobre o assunto.

Diante do exposto, a problemática Saúde Sexual no contexto de envelhecimento populacional e aumento da longevidade é exposta na figura 3.

Figura 3 – Problemática esquematizada: Saúde Sexual *versus* envelhecimento populacional e aumento da longevidade



Fonte: Dados primários literatura vigente sobre TD, TE, SSR, Idoso e qualidade de vida, 2017.

Na próxima seção caracteriza-se, brevemente, o município de Natal/RN, com a finalidade de informar sobre o local e o público-alvo investigado.

2. 3 CARACTERIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E LONGEVIDADE NO MUNICÍPIO DE NATAL (RN)

Capital do Rio Grande do Norte (RN), estado da região nordeste brasileira, o município de Natal, com seus 36 bairros distribuídos em quatro zonas administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste)¹⁴ (NATAL, 2012), se insere no litoral oriental leste do estado, em uma extensão territorial de 167,264 km² (IBGE, 2017) e uma densidade demográfica de 4.805,24 habitantes por km² (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos demográficos (composição por sexo e idade), de acordo com o Censo Demográfico brasileiro de 2010¹⁵, existiam 803.739 habitantes no município, destes, 47,0% eram homens e 53,0% eram mulheres (IBGE, 2010). E ainda, do total de habitantes,

¹⁴ Estabelecidos pela Lei Municipal nº 3.878/89, de 07 de dezembro de 1989.

¹⁵ Em 2017, o IBGE estimava a população em torno de 885.180 habitantes (IBGE, 2017).

10,5% (84.324 habitantes) tinham 60 anos e mais de idade (TAB. 1), destes, 60,3% eram do sexo feminino e 45.955 pessoas tinham idade entre 60 a 69 anos, representando 54,5% do total de idosos residentes no município. Observa-se ainda que, à medida que a idade avança, a representação proporcional de cada faixa etária em seu respectivo grupo (TAB. 1), diminui. Esse aspecto pode simbolizar uma equiparação das condições de saúde e sobrevida entre eles, com exceção da última faixa etária, que em virtude da maior sobrevivência masculina, a discrepância aumenta.

Por outro lado, ao se observar a Razão de Sexos (RS) na velhice, ver-se que em todos os grupos etários existe uma predominância feminina, ou seja, existe uma feminização da velhice também no município, a qual aumenta conforme o grupo idoso envelhece.

Tabela 1 – População idosa residente (%) por grupos de idade, sexo e razão de sexos Natal/RN, 2010

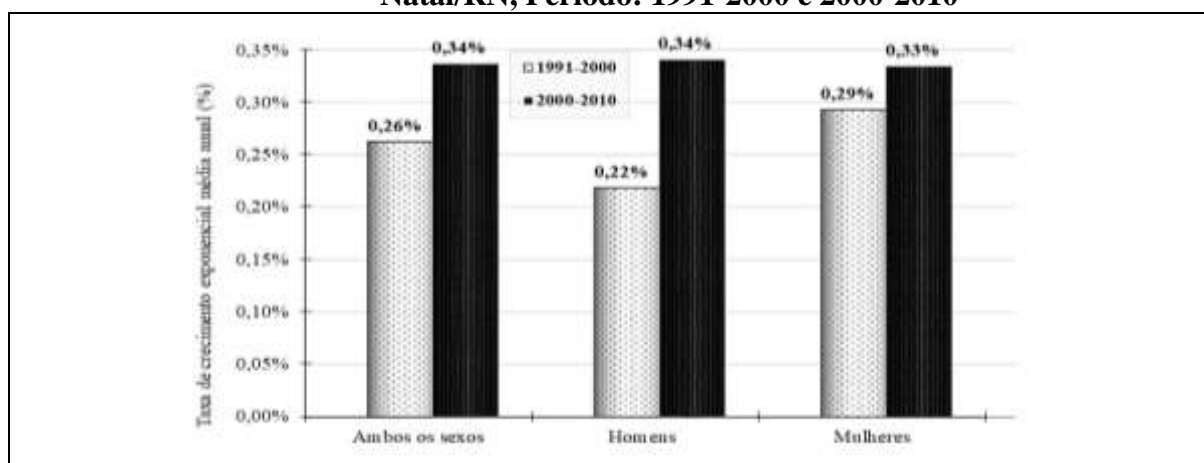
<i>Grupos de idade</i>	<i>Sexo</i>			<i>Razão de Sexos (RS)</i>
	<i>Total</i>	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>	
60 a 64 anos	32,6	35,8	30,4	77,6
65 a 69 anos	21,9	21,6	22,2	64,1
70 a 74 anos	16,9	16,6	17,2	63,4
75 a 79 anos	11,2	11,0	11,4	63,4
80 anos e mais	17,3	15,1	18,8	52,8
Total	84.324 (100,0)	33.490 (39,7)	50.833 (60,3)	65,9

Nota: ¹ Dados da Amostra

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010.

Além disso, avaliando-se o ritmo de crescimento na última década censitária (2000-2010), visualiza-se que o segmento idoso cresceu anualmente, em média, 0,07% entre relação a década censitária anterior (1991-2000). Salienta-se que o grupo de homens idosos aumentou, percentualmente, mais do que o das idosas, em média, 0,12% ao ano (GRAF. 1). De uma forma geral, entre 2000 e 2010, observa-se que a taxa de crescimento exponencial, por sexo, se encontra, praticamente, igual. Sem diferença, aparentemente, expressivas.

Gráfico 1 - Taxa de crescimento exponencial média da população de 60 anos e mais Natal/RN, Período: 1991-2000 e 2000-2010



Fonte: Dados primários: Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010 - IBGE.

Quanto ao processo de envelhecimento populacional natalense, os indicadores em 2010, mostrados no quadro 1, revelam por meio do valor do Índice de Envelhecimento (IE) uma proporção de 100 jovens até 14 anos, para cada grupo de 48 idosos de 60 anos e mais. Ademais, em relação à longevidade (IL), outro indicador das mudanças na estrutura etária, observa-se que para cada 100 idosos de 65 anos e mais havia 42 pessoas com 75 anos e mais de idade. Ou seja, em 2010, mais de 40% dos idosos, a partir dos 65 anos, residentes em Natal, tinham completado, no mínimo, 75 anos. Realça-se que a proporção de adultos e jovens, em relação ao total populacional era, em 2010, respectivamente, 67,8% e 21,8%.

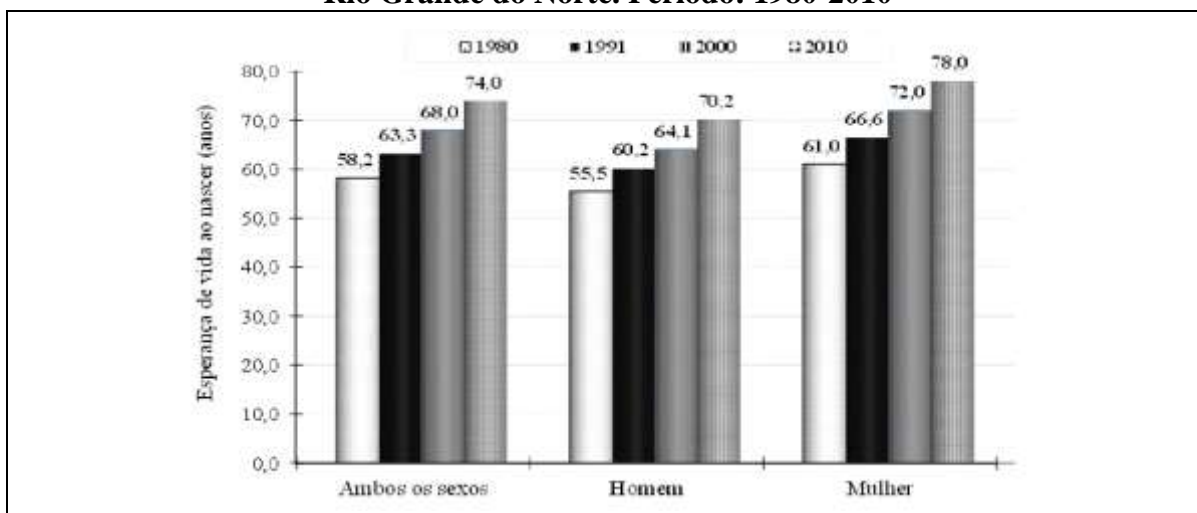
Quadro 1 - Indicadores do Envelhecimento Populacional e Longevidade Natal/RN, 2010	
% de jovens	21,8
% de adultos	67,8
% de idosos	10,4
Razão de Dependência Idosa (RDI)	14,7
Índice de Envelhecimento (IE)	48,0
Índice de Longevidade (IL)	42,4

Fonte: Dados primários: Censo Demográfico 2010 - IBGE.

Para reforçar as impressões sobre a longevidade analisa-se a Esperança de Vida ao Nascer (e_0), no Brasil, Nordeste (NE) e RN – pois não há dados disponíveis para Natal/RN. De 1980 a 2010 a e_0 aumentou, em média, no Brasil e no Nordeste brasileiro, respectivamente, 11 e 13 anos. Com ganhos maiores para o sexo feminino. Entre 1980 e 1991, ocorreram os ganhos mais significativos, em média, cinco anos, os quais foram alcançados pelas mulheres, em ambos os territórios (IBGE, 1980; 1991; 2000; 2010).

No Brasil, há uma diminuição de anos ganhos na e_0 a partir de 1991. No Nordeste, existe uma tendência contínua crescente. A e_0 , em ambos os territórios, foi, em 1980, em média, 62,5 anos e 58,3 anos – diferença de 4,2 anos. Em 2010, esses valores se aproximaram bastante, contabilizando, 73,8 e 71,2 anos, respectivamente – mais 2,6 anos de diferença (IBGE, 1980; 1991; 2000; 2010). Resultado que pode simbolizar uma convergência entre os perfis demográficos por sexo, entre os locais. Em todas as situações, o Nordeste superou, em ganhos de esperança de vida, o contexto brasileiro. Isso se deve, provavelmente, as melhorias em alguns aspectos macro (por exemplo, urbanização e intervenções sanitárias) e micro (adoção de medidas de higiene pessoal e sanitárias), que notadamente são defasadas, e inerentes às regiões Norte e Nordeste.

**Gráfico 2 – Evolução da esperança de vida ao nascer
Rio Grande do Norte. Período: 1980-2010**



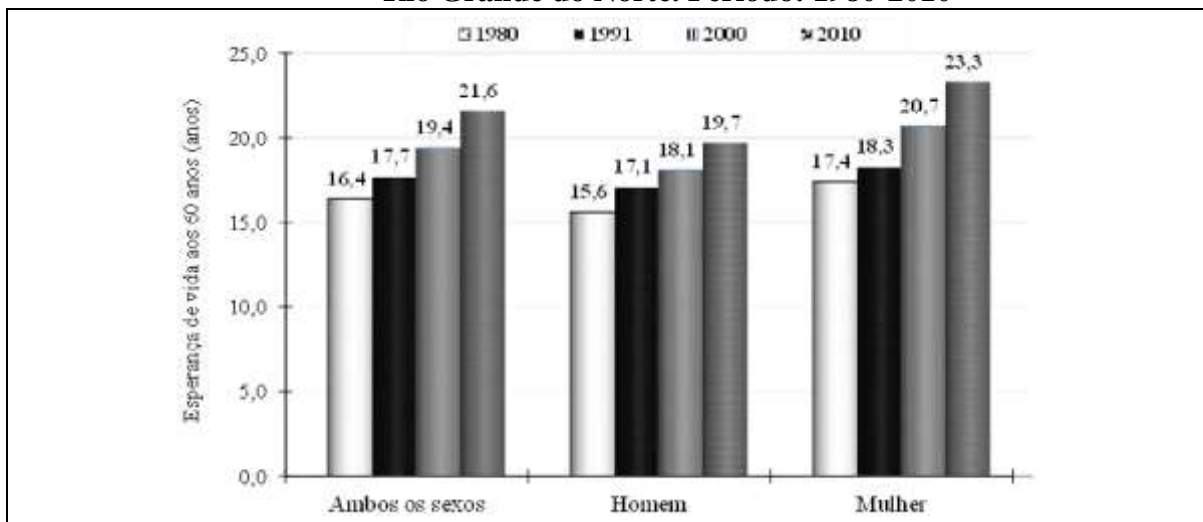
Fonte: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010 – IBGE.

No Rio Grande do Norte, constata-se a mesma tendência na e_0 do Brasil e do Nordeste. No período de 1980 a 2010, as mulheres também tiveram maiores ganhos (média de 17,0 anos contra 14,7 dos homens), conforme gráfico 2. Esse fato contextualiza os anos a mais, que podem ser dedicados ao usufruto de um melhor bem-estar e vivência na velhice. Destaca-se que o ganho na capital (Natal) pode ser um pouco maior, dadas às características de sua população.

Para melhor contemplar a longevidade na velhice, observemos o gráfico 3, indicador de Esperança de Vida aos 60 anos (e_{60}) entre 1980 e 2010. Nele, ver-se um ganho de cinco anos na e_{60} , o que pode exprimir, entre outros fatores, uma melhoria nas condições de vida desses idosos do RN, como também em seu estado de saúde. Outrossim, durante o período estudado, em média, as mulheres idosas, ganharam praticamente seis anos, contra, praticamente, quatro anos ganhos pelos homens idosos. Projeções indicam que, em 2030, o

idoso residente no RN poderá viver a partir dos 60 anos, em média, mais 23,5 anos (IBGE, 2013).

**Gráfico 3 – Evolução da esperança de vida a partir dos 60 anos
Rio Grande do Norte. Período: 1980-2010**



Fonte: Censos Demográficos 1980, 1991, 2000 e 2010 – IBGE.

É razoável esperar que Natal acompanhe o comportamento observado e as tendências para o Brasil e Rio Grande do Norte em termos de ampliação de seu contingente de idosos e crescimento da longevidade. Na atualidade, com os anos acrescidos na expectativa de vida, há uma propensão de maior investimento na melhoria da QV na fase pós-adulta. Dada a influência da Saúde Sexual no bem-estar das pessoas, é de se esperar que ao longo dos anos ampliem-se as discussões sobre esse tema, quando o foco for o idoso e o aumento da longevidade.

Como já mencionado, limitações da idade que antes impediam ou dificultavam a manutenção de uma vida sexualmente ativa na velhice, foram sanadas ou minimizadas com os avanços na área de saúde, como por exemplo, os medicamentos para disfunção erétil e alteração hormonal. Certamente, outros avanços permitirão um envelhecer com mais qualidade. Diante de ganhos ainda recentes e de transformações em curso, ainda é preciso avançar em termos de cenários futuros sobre a ampliação dos anos com vida sexualmente ativa, tema ainda pouco explorado. Talvez mais urgente que pensar nos cenários futuros, seja a necessidade de ampliar as discussões e saber como, na atualidade, os idosos tratam as questões relacionadas ao envelhecer e a vida sexual. Questões como essas foram abordadas na presente Tese, ao se dar voz àqueles que vivenciam as transformações. A seguir, descrevem-se os caminhos percorridos para chegar aos idosos natalenses que participaram do estudo e suas opiniões e comportamentos.

3 MATERIAL, MÉTODOS E PERFIL DOS IDOSOS

Neste capítulo, são apresentadas as razões da escolha da metodologia qualitativa para obtenção das informações, os métodos e instrumentos utilizados, os critérios para seleção dos participantes, a forma como se operacionalizou a coleta e o tratamento dos dados. Ao final, é apresentado o perfil de mulheres e homens idosos que participaram do presente estudo.

Cabe enfatizar que todo o procedimento para captação dos dados (fonte de dados / material) compõe a pesquisa **“Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”**, a qual foi instituída para subsidiar esta tese, sendo custeada com recursos próprios, oriundos, em sua maioria, da bolsa de doutorado de demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Educação Superior – Capes.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos – “O ser humano, de forma direta, em sua totalidade” (MS, 2012, s.p.) –, foram adotados e respeitados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando aos participantes sua desvinculação no momento em que solicitem, como também, a manutenção do sigilo e privacidade quanto às informações prestadas (MS, 2012).

Nesta premissa, o projeto de pesquisa foi submetido, e, conseqüentemente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP – UFMG) em 05 de outubro de 2016, sob o parecer nº. 1.766.516 (ANEXO E), sendo, anteriormente, aprovado pelo Colegiado do Departamento de Demografia/UFMG em 18 de maio de 2016 (ANEXO B).

3.1 A ESCOLHA DO MÉTODO PARA COLETA DOS DADOS

Para se equiparar o cenário teórico com os dados da realidade, é essencial delimitar um padrão conceitual e operativo de pesquisa. Essa delimitação determina o planejamento de um estudo relativo à esquematização de coleta de dados, a previsão de análise e a interpretação das informações. O ponto crucial para o delineamento é o método de coleta dos dados (FLICK, 2008; GIBBS, 2009; GIL, 2010). Na tese utiliza-se o método de estudo de caso, o qual é concebido como fonte de dados primária, pois capta as informações diretamente com o público-alvo.

O método em questão foi adotado em virtude da temática, Saúde Sexual e Idoso, necessitar desse tipo de abordagem, considerando que investigá-la com profundidade é a intenção, entende-se que as fontes de dados oficiais nacionais, tais como, os Censos Demográficos, PNAD e DATASUS, se tornaram incompatíveis com o objetivo. Além disso, a escassez de informações disponíveis do tema nessas fontes prejudica sua adoção. Essa compreensão também é aplicada à metodologia de pesquisa quantitativa, e que apesar de poder representar toda a população idosa, seria inviável dado o interesse de detalhamento das questões e deficiência de recursos financeiros.

O Estudo de Caso (EC), por definição, é um método que procura averiguar e compreender um fenômeno específico ou comportamento organizacional como um caso em si, focando no entendimento das diferentes atitudes existentes nos participantes da pesquisa (EISENHARDT, 1989; YIN, 2015). A motivação de seu uso, para esta pesquisa, baseia-se em duas das razões contidas em sua teoria. A primeira relaciona-se a descoberta de “Como” a identidade de “Ser idoso” se associa a Saúde Sexual das pessoas com 60 anos e mais, especialmente, referente aos aspectos comportamental e cultural da prática sexual e de prevenção às ISTs – essencialmente, o *HIV/AIDS* -, no contexto da maior longevidade e envelhecimento populacional da atualidade. De outra forma, a segunda razão se interliga ao fato de não se ter controle sobre questões comportamentais e, o evento ser contemporâneo. Quanto ao tipo, por se adaptar melhor aos objetivos propostos, optou-se pelo tipo único. Stake (2000) fala que este tipo de EC é ideal em ocasiões onde não existem ocorrências similares para se estipular comparações ou quando se deseja comprovar as hipóteses de uma teoria. E ainda, quando o evento é precursor, isto é, se porventura, as informações a serem captadas são de difícil acesso (STAKE, 2000). Emparelhando essas aplicações com as deste estudo, observa-se que esta pesquisa contempla um tema de difícil manuseio e captação, especificamente, pela população-alvo serem pessoas a partir dos 60 anos de idade, e a inexistência de estudos semelhantes torna a comparação das informações fatigante, necessitando assim, testar-se as hipóteses pré-estabelecidas. Adicionalmente, o EC único tem como finalidade fazer uma análise “generalizante” (LIPSET; TROW; COLEMAN, 1956 apud YIN, 2015), cujo objetivo é ampliar e generalizar teorias (generalização analítica) e não induzir probabilidades (generalização estatística) (YIN, 2015). Portanto, a metodologia de pesquisa utilizada é a de abordagem qualitativa.

Sobre essa metodologia, Silva et al. (2016, p. 204) colocam que sua finalidade é “[...] deixar o mundo visível ao observador por meio de um conjunto de técnicas interpretativas”. Neves (1996) esclarece que, ao se adotar métodos qualitativos, prevalece o aspecto social em

detrimento a estrutura social. Godoy (1995) complementa dizendo que essa abordagem não objetiva quantificar e ou mensurar os eventos pesquisados, e nem usa instrumentos estatísticos ao analisar os dados, o ponto de partida, é uma ampliação de questionamentos ou temas cerne de interesse, aos quais com o desenrolar da pesquisa vão se esclarecendo. Portanto, busca entender as situações sob a ótica dos sujeitos, ou melhor, dos integrantes da pesquisa em foco, que no presente estudo são os idosos. Neste contexto, justifica-se o uso da abordagem qualitativa no estudo, cujo intuito foi buscar informações mais detalhadas e aprofundadas sobre “Ser idoso” e a Saúde Sexual, focando na sexualidade e nos cuidados preventivos às ISTs, analisando para isso hábitos e práticas comportamentais e culturais que favorecerem o contágio do *HIV*, em cada sexo, a partir de indagações semiestruturadas previamente elaboradas. Sublinha-se que duas práticas foram usadas como *proxy* dos hábitos sexuais de risco à ISTs: a multiplicidade de parcerias e a falta de uso de preservativo nas relações sexuais.

Adicionalmente, a abordagem qualitativa permitiu identificar o grau de conhecimento do público pesquisado, em relação à Saúde Sexual e sexualidade na velhice, tentando descobrir como a longevidade e o envelhecimento populacional impactam nessas nuances de “Ser idoso” em Natal/RN.

Dentre as técnicas disponíveis de abordagem qualitativa optou-se por duas: os Grupos Focais para mulheres e, a Entrevistas Semiestruturadas para os homens. Em ambos os casos, a população estudada tem idade igual ou superior a 60 anos de idade e, é residente no município de Natal/RN. A aplicação de cada uma dessas técnicas é descrita a seguir.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta seção apresenta os instrumentos, procedimentos, equipamentos e parâmetros utilizados durante toda a pesquisa de tese. E para melhor entendimento, é separada em dois tópicos, um para cada técnica qualitativa usada, respectivamente, o grupo focal e a entrevista semiestruturada.

3.2.1 Grupo Focal

A técnica de Grupo Focal (GF) foi selecionada por proporcionar a captura de conhecimento mais aprofundado das idosas em relação à vivência da Saúde Sexual e sexualidade a partir dos 60 anos, usando com plano de fundo a maior longevidade brasileira e as mudanças culturais ocorridas a partir de suas infâncias.

Essa técnica permite ampliar o acesso às informações sobre um fenômeno, tanto pela chance de produzir novos conceitos, quanto pela análise e problematização de uma concepção em profundidade (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Nela, o debate é instigado, propiciando que os assuntos abordados sejam mais questionados, comparado a uma entrevista individual. Seus integrantes, de uma forma geral, escutam as opiniões dos outros, antes de desenvolver as suas próprias, e, frequentemente, mudam de opinião, ou repensam melhor suas ideias iniciais. O objetivo principal das discussões é aglutinar informações, de maneira mais minuciosa, sobre determinado tema, a partir das falas dos participantes. Com isso, é possível buscar dados para responder ou facilitar a compreensão de percepções, paradigmas, crenças, comportamentos, entre outros, relativos à temática (TRAD, 2009). Ademais, segundo Kitzinger (1994), citado por Backes et al. (2011, p. 439):

[...] O grupo focal pode facilitar, ainda, a discussão de temas que normalmente são pouco explorados ou até mesmo evitados, visto que tendem a gerar comentários mais críticos, e os participantes mais extrovertidos, geralmente, conseguem envolver e estimular os demais.

Sendo assim, essa metodologia se molda a este estudo, tendo em vista, o tema Saúde Sexual e seus desdobramentos ser pouco explorado e considerado de certo modo “delicado”, podendo causar desconforto e dificuldades ao ser abordado para a população alvo, por seus valores morais e, por via de regra, serem tradicionais e ortodoxos. Adicionalmente, os grupos podem fornecer um panorama geral sobre essas questões, podendo representar, em aspectos gerais, a população idosa feminina do município de Natal – RN, e assim, conseguir subsidiar e ou direcionar estudos posteriores, independente do tipo de abordagem. Além disso, pode fornecer informações mais fidedignas e direcionadas para fins de elaboração de políticas públicas, especificamente, focadas na área da saúde da mulher idosa e combate ao *HIV/AIDS* entre idosos.

Isso posto, é essencial que alguns pontos sejam definidos em fase anterior a aplicação dos GF, de forma a assegurar a confiabilidade dos resultados. Segundo, Arantes e Deusdará (2017) a estratégia escolhida, os objetivos da pesquisa – já amplamente descritos anteriormente-, o marco teórico e o cenário institucional devem ser estabelecidos nesse momento da pesquisa. Os quais podem ser resumidos a seguir.

- **Local de realização.** Salas ou espaços foram disponibilizados pelos coordenadores / responsáveis pelos grupos de idosas pesquisadas. Esses locais tiveram em comum, o isolamento ou pouco movimento, para que as discussões durante as sessões não fossem interrompidas; e o fato de o ambiente ser conhecido e

ser utilizado habitualmente, proporcionou maior confiança para as participantes se voluntariarem;

- **Horário de realização.** Escolhido de acordo com a disponibilidade das voluntárias, que optaram pelo período da manhã ou da tarde;
- **Equipamentos de suporte.** Um gravador de celular e uma filmadora portátil – ambos utilizados com a concordância formal das participantes – usados para gravar as discussões (áudio e imagem), de forma a otimizar a captura das informações e evitar perdas de falas ou discussões;
- **Recursos humanos.** As atribuições da moderadora / coordenadora foram exercidas pela própria autora desta tese¹⁶, enquanto a função de relator (a) foi substituída pelos equipamentos de suporte, já mencionados;
- **Cuidados necessários.** (a) Horário de chegada antecipado, visando assegurar a lisura e qualidade dos resultados, organizar o local de realização, confirmar as participantes (recrutando os suplentes, se necessário) e testar os equipamentos; (b) Divulgação prévia dos objetivos do estudo e, da garantia de sigilo e privacidade de suas identidades e de suas opiniões; e (c) Solicitação, anterior a realização dos GFs, da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para formalizar a participação das voluntárias;
- **Transcrições.** Realizadas pela própria pesquisadora, em razão da limitação orçamentária. Os *softwares* utilizados para este feito foram: (a) ferramenta de ditado por voz do *Google Docs* – para transformar, parcialmente, as falas em texto; (b) *Express Scribe da NCH Software* – para modificar a velocidade do áudio; (c) *Windows Media Player* - para ouvir as falas; (d) *Format Factory* – para converter os arquivos de áudios em outras extensões; e (e) *Microsoft Office (Excel e Word)* – para organização dos resultados. E objetivando a garantia do sigilo das identidades das participantes, e a representação da visão romântica feminina sobre a sexualidade e relacionamentos, atribuiu-se apelidos de flores a cada uma;

¹⁶ Sublinha-se a presença nas sessões de alguns coordenadores ou responsáveis pelos grupos pesquisados– fosse para verificar como suas “protegidas” eram abordadas, fosse por curiosidade, assistiram passivamente, como observadores as discussões. A despeito de ser uma situação atípica e controversa, não limitou o estudo, ao contrário, impulsionou o debate, pois as participantes sentiram-se mais confiantes, seguras e desinibidas quanto ao tema, aos questionamentos e a presença da pesquisadora, e por vezes, revelando situações íntimas e pessoais, desconhecidas pelo grupo. Portanto, neste caso específico, o acompanhamento dessas pessoas nos grupos de discussões serviu como fomentador da importância do estudo, incitando entre as idosas uma maior cooperação, participação e dedicação aos debates.

- **Roteiro de discussão.** Os questionamentos foram antecipadamente elaborados e aferidos, embasados no objetivo da tese e na literatura vigente sobre qualidade de vida, Saúde Sexual, sexualidade, longevidade e envelhecimento populacional, estruturando-se de forma semiaberta, ou seja, as perguntas foram direcionadoras dos temas, servindo como resposta mínima de cada questão. Realça-se que esse roteiro foi testado duas vezes, em entrevistas em profundidade realizadas antes da defesa e no primeiro GF desta pesquisa, e após ser ajustado foi empregado nos demais GFs. Esse instrumento é composto de dezesseis questões, distribuídas em três blocos: (a) percepção de estar na terceira idade – seis perguntas; (b) vida afetiva e sexual – oito questões; e, (c) doenças sexualmente transmissíveis e *HIV/AIDS* – duas perguntas (APÊNDICE C). Destaca-se que antes do início das sessões, foram aplicados três instrumentos: (d) o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – como filtro, validando ou não a participação das idosas nas discussões; (e) o formulário sociodemográfico – para caracterizar o perfil social, demográfico e econômico das participantes; e, (f) a *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKA)*¹⁷ – para identificar o conhecimento e posicionamento frente à sexualidade do Idoso.

Outro aspecto é importante considerar no momento de planejamento da pesquisa, a quantidade de integrantes de cada GF. Segundo Trad (2009), a literatura revela que o número de participantes varia entre seis e quinze pessoas. Krueger (1996) e Pizzol (2004) argumentam que o tamanho se associa a dois aspectos: a possibilidade de todos os integrantes expressar, efetivamente, suas opiniões sobre a temática (PIZZOL, 2004) e a reprodução da diversidade de visões sobre o tema (KRUEGER, 1996). Krueger (1996) conclui que o número ótimo de participantes varia de quatro a doze. Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) acrescentam que a quantidade dependerá também do número de questões a serem debatidas, pois, quanto maior, menor deverá ser o grupo, sendo o inverso verdadeiro. A partir do presente estudo, acrescentam-se as seguintes considerações: recursos financeiros disponíveis para a aplicação das sessões, aspecto também percebido por Simão (2005); e, os recursos humanos disponíveis para a realização das sessões, item diretamente associado ao anterior. Dadas as diferentes percepções entre os estudiosos do tema, conclui-se que não há uma quantidade fixa, e nem rígida de participantes para compor um grupo de discussão (SIMÃO, 2005; BARBOUR, 2009). O pesquisador deverá utilizar a razoabilidade e o bom senso para definir o número ideal para seu estudo, considerando todos os aspectos limitadores inerentes a sua pesquisa.

¹⁷ Os resultados e impressões dessa escala não serão mostrados debatidos nesta tese, mas em trabalhos posteriores, coube aqui somente referenciá-la.

Neste estudo, optou-se por grupos com no mínimo quatro e no máximo seis idosas. O limite máximo (seis) foi utilizado como margem de segurança, tendo em mente, diversos relatos de participantes faltosos em GF, principalmente, em estudos acadêmicos. Por conseguinte, as sessões foram realizadas ao completar, no mínimo, quatro idosas – obviamente, depois de esgotadas as tentativas de conseguir incluir seis pessoas. Neste entendimento, do total de oito grupos focais realizados, uma média 4,5 integrantes e um total de 36 mulheres foram investigados.

Além do número de integrantes de cada grupo, é fundamental considerar a quantidade de GFs. Morgan (1988), citado por Simão (2005), considera que tal fato se relaciona diretamente ao número de subgrupos do estudo – as características com as quais os grupos são divididos. Adicionalmente, o aspecto financeiro e tempo disponível contribuem, sobremaneira, na definição dessa quantidade. Segundo o autor, a homogeneidade do grupo, em relação ao perfil dos integrantes, está intimamente ligada ao número de grupos estudados. Afinal, quanto mais homogêneo o grupo, menor será a quantidade, sendo o contrário verdadeiro. Todavia, é necessário estar atento, pois se o número de grupos for muito reduzido, pode não existir diversidade de opiniões. E sendo, geralmente, a quantidade de grupos necessários a que responder aos objetivos da pesquisa, neste estudo, optou-se pela realização de dois GFs de cada zona administrativa de Natal/RN - em virtude do fator financeiro, da deficiência de recursos humanos e da dificuldade de recrutamento, como já dito; e haja vista, que, em geral, as novidades se exaurem no terceiro grupo. Segundo a literatura, dois é a quantidade mínima (MORGAN, 1988; ULIN, 2002). Assim, considerando quatro o total de zonas (Norte, Sul, Leste e Oeste), a quantidade total de GFs realizados fez oito. Cabe mencionar, que cada GF teve somente um encontro, a julgar que a pesquisa não ambicionava realizar um acompanhamento.

Em relação à seleção das participantes, Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) dizem que alguns critérios devem ser marcados: a obrigatoriedade de pertencer ao público-alvo; a necessidade de serem convidados previamente, assim como, estar cientes sobre o tema e os objetivos da pesquisa; e, os parâmetros, condições usadas na seleção dos participantes, que devem estar associadas aos objetivos e as conclusões almejadas. Neste contexto, os critérios de inclusão, concomitantes, para participar dos GFs, foram: (a) ter no mínimo 60 anos de idade; (b) ter capacidade cognitiva para participar do grupo – aferido pelo MEEM (ANEXO A); (c) ser residente do município do Natal/ RN; e, (d) aceitar voluntariamente, e, formalmente participar da pesquisa, aferida pelo TCLE (APÊNDICE A). De outro modo, a idosa foi excluída do estudo se algum desses critérios foi negado. Para escolha das

integrantes, optou-se pela seleção por conveniência, por meio da técnica, não probabilística¹⁸, *Snowball* ou *Snowball sampling*. Nela, os indivíduos são escolhidos por indicação, ou seja, um participante é indicado, e este por sua vez, indica outro, e assim sucessivamente, até compor a quantidade total estabelecida na amostra (HUDELSON, 1994). Nesta pesquisa, as idosas foram indicadas pelos responsáveis ou coordenadores dos grupos, e essas por sua vez indicavam amigas e conhecidas, pertencentes ou não ao grupo de idosos para participar das sessões. Esse método foi instituído pela impossibilidade de aleatorizar essa escolha.

Quanto ao perfil das participantes, Arantes e Deusdará (2017) apontam na literatura ausência de padrões para composição dos grupos, não obstante, muitos estudiosos defendem que tenha, pelo menos, um aspecto em comum, de tal forma que seja suficiente para habilitar uma variedade de opiniões e diferentes vivências. Ulin (2002) alegam que esse feito, pode ajudar nas análises das informações, apoiando as comparações e a divergência de percepções que diferentes subgrupos populacionais têm sobre um mesmo tema. Para este estudo a característica comum adotada foi o espaço geográfico do município - as zonas administrativas o qual é dividido -, por, notadamente, cada região concentrar, em sua maioria, pessoas com características socioeconômicas similares, onde, as diferenças socioeconômicas e demográficas podem ser obtidas mesclando-se a população de interesse entre elas – apesar da abordagem qualitativa não ter o caráter e nem a pretensão em ser representativa (PAULILO, 1999). Neste caso, como *proxy* de escolaridade e renda – bem como, do *status* conjugal e da situação de vivência, entre outros -, optou-se por esse arranjo.

No que se refere ao local de captação das voluntárias, grupos de idosos ligados às Unidades de Básicas de Saúde (UBS) do Município foram a opção selecionada. Ressalva-se que esses grupos, assim como o município de Natal/RN, foram selecionados por convivência.

Com respeito à duração das sessões, Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002) citando o referencial de Dawson et al. (1993), estabelecem o intervalo de uma a duas horas de duração para cada sessão do GF, sendo que cada questão deve ser discutida de 15 a 20 minutos. Os autores ainda recomendam um minuto, após a sessão, para cada integrante expor suas opiniões acerca do evento. Debus (1997), Krueger (1988) e Morgan (1988) sugerem que as sessões tenham de 60 a 90 minutos de duração. Nogueira-Martins e Bógus (2004) e Gatti (2005) defendem que cada encontro não deve ultrapassar três horas, para coibir o cansaço dos

¹⁸ A seleção não probabilista é obtida a partir da adoção de algum critério de inclusão, no entanto, os indivíduos da população-alvo não têm a mesma chance de serem selecionados para pertencer à amostra. Este fato impede que os resultados sejam generalizados (LAVRAKAS, 1997).

participantes e manter o foco no tema. Os GFs realizados para a tese tiveram duração média de 53 minutos, variando de 42 a 82 minutos.

Por último, como procedimento necessário para iniciar os GFs, foi solicitada a anuência junto à Secretaria de Saúde do Município de Natal, e, somente após sua aprovação, os responsáveis pelos grupos de idosos foram contactados, e depois da concordância desses, as voluntárias foram procuradas. Destaca-se a inexistência de informações concretas sobre o total de grupos de idosos ativos no município, supõe-se, que cada UBS tinha associado, pelo menos, um grupo de idosos em sua estrutura. Uma lista com todas as unidades situadas no município foi obtida, e a partir daí, buscou-se os grupos que iriam compor a pesquisa, e consequentemente, as voluntárias. Em torno de vinte e seis UBS foram abordadas, algumas estavam em reforma, outras não existiam grupos de idosos ativos e as demais não estavam abertas a pesquisa. Para preservar as identidades das participantes, os nomes das UBS não serão mencionados, assim como o bairro que fazem parte, conforme solicitação contida no Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO C).

Cabe informar que as UBS não foram à primeira opção para captar as participantes dos GFs. Contudo, após várias tentativas de recrutamento mal sucedidas, essa foi a melhor possibilidade.

Enfatiza-se que todas as fases do GF foram executadas pela pesquisadora. O período de realização dos GFs foi de 20 de junho a 19 de novembro de 2016.

Para completar o método da abordagem qualitativa utilizado neste estudo, a próxima seção descreve a técnica de entrevista semiestruturada.

3.2.2 Entrevista semiestruturada

A técnica de Entrevista Semiestruturada (ES) foi escolhida como complemento aos resultados do GF com idosos. Realça-se que ideia inicial era aplicar a mesma técnica em ambos os sexos. Contudo, em virtude da impossibilidade e dificuldade em formar grupos de homens a partir dos 60 anos - fosse pela questão de tempo incompatível e ou pela falta de interesse em discutir o tema em grupo, os convidados não se mostraram favoráveis em participar -, a técnica de GF não se mostrou adequada para esse público específico, portanto, as entrevistas individualizadas apresentaram-se como solução para captar as opiniões masculinas sobre o tema.

Segundo Haguette (1995), a ES é um mecanismo de relação social, onde o entrevistador objetiva captar informações do entrevistado usando como instrumento um

roteiro previamente elaborado, contendo pontos relativos a uma problemática central. Gerhardt e Silveira (2009) esclarecem que o roteiro usado permite, e, por vezes, estimula que o participante comente livremente sobre assuntos que emergem como desdobramentos da temática principal. Minayo (1994) declara que esse método prioriza a conquista de informação por meio da fala individual, a qual reflete circunstâncias estruturais, valores, normas e simbologias, podendo representar um determinado segmento populacional (MINAYO, 1994 apud LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999).

Assim como o GF, um roteiro contendo tópicos sobre a temática foi adotado (APÊNDICE D). Basicamente, os roteiros das duas técnicas qualitativas são muito semelhantes, variando tão somente, no tratamento para o grupo e para o indivíduo. Esse artifício foi utilizado para padronizar as informações coletadas, com intuito de comparar, em relação ao sexo, as percepções sobre os tópicos. Portanto, o roteiro da ES tem os mesmos blocos e temáticas do roteiro GF. Adicionalmente, os mesmos três instrumentos de pesquisa auxiliares foram usados, o MEEM, o formulário sociodemográfico e a escala ASKA.

O público-alvo escolhido para as ES é composto por homens, residentes em Natal/RN, com idade igual ou superior a 60 anos. O método de seleção foi por conveniência¹⁹. Os participantes foram recrutados no Setor de Gratuidade da Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana (SEMOB) de Natal/RN, a anuência encontra-se nos anexos (ANEXO D). Esse setor foi escolhido por atender toda a população idosa do município, homens e mulheres, no que se refere ao cartão de gratuidade e cartão de estacionamento para idosos.

Em torno de 35 homens foram abordados, cujo critério de seleção foi o mesmo aplicado aos GFs. O espaço geográfico também foi utilizado como característica comum entre os voluntários, nesse caso, a distribuição quanto às zonas administrativas foi: três entrevistas da zona Sul; três entrevistas da zona Norte; duas entrevistas da zona Leste e duas entrevistas da zona Oeste, perfazendo um total de dez participantes. Cada voluntário foi entrevistado uma única vez e as entrevistas tiveram a duração média de 16,6 minutos, variando de 10 a 24 minutos. As entrevistas foram realizadas das 8:00 às 14:00h, por ser o horário de funcionamento da secretaria. O período de realização das entrevistas foi de 04 a 23 de novembro de 2016.

Evidencia-se que as entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada pelo setor, onde foram gravadas, e, posteriormente, transcritas para análise. Por causa do tempo

¹⁹ A sistemática de recrutamento foi a seguinte: após o atendimento no setor, o idoso era abordado e explicado o objetivo da pesquisa, e indagado se gostaria de participar. Em caso afirmativo, o mesmo era acompanhado a sala, e aplicado o MEEM. Se o voluntário obtivesse pontuação suficiente, o processo de entrevista continuaria, caso contrário, sua participação era encerrada e buscava-se outro voluntário.

limitado e por ser apenas uma pessoa por vez, as entrevistas não foram filmadas. Todos os procedimentos e esclarecimentos antes da efetivação da ES foram os mesmos dos GFs, formalização da participação por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE B) e aplicação do formulário sociodemográfico e da escala ASKA.

Quanto às transcrições das ES, parte delas foi terceirizada - objetivando otimizar tempo -, e outra parte foi realizada pela pesquisadora. De mais a mais, aspirando assegurar a privacidade das identidades dos entrevistados - e também remeter a visão sensual e sexual masculina sobre relacionamentos e sexualidade -, imputaram-se codinomes de alimentos considerados potencializadores sexuais. Os *softwares* utilizados foram os mesmos descritos nos GFs.

Para finalizar esta parte, na próxima seção são detalhados os instrumentos de pesquisa utilizados para chegar os objetivos do estudo.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Durante a realização da pesquisa, um total de seis instrumentos foi empregado para coletar os dados: (i) Mini Exame de Estado Mental (MEEM); (ii) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - para cada técnica foi adaptado um termo diferente, porém, a essência é a mesma; (iii) Formulário sociodemográfico; (iv) Escala *Aging Sexual Knowledge and Attitudes* (ASKA)²⁰; (v) Roteiro do Grupo Focal (GF); e, (vi) Roteiro da Entrevista Semiestruturada (ES). As partes a seguir apresentam uma breve apresentação de cada um deles.

i. Mini Exame de Estado Mental - MEEM

O MEEM é um dos testes mais estudados e aplicados no mundo. Foi desenvolvido por Marshal Folstein, Susan Folstein e Paul Mchugh em 1975, para rastrear indícios de diminuição da capacidade cognitiva em pacientes do Hospital psiquiátrico Johns Hopkins – Baltimore, Maryland, EUA (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Sozinho ou aliado a outros instrumentos mais amplos, possibilita a avaliação da função cognitiva e rastreamento de uma situação demencial (ANTHONY et al, 1982; GRUT et al, 1993; HILL et al, 1993; LINDESAY et al, 1997; ALMEIDA, 1998; LAKS et al, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006). Neste sentido, ele foi utilizado como filtro, portanto, aplicado antes das técnicas qualitativas

²⁰ Muito embora, esse instrumento tenha sido utilizado, optou-se por não detalhá-lo nesta tese, em virtude de seus resultados não terem sido aqui empregados.

para selecionar os voluntários desta pesquisa de tese, cuja finalidade foi rastrear, previamente, a capacidade cognitiva de prováveis participantes.

Assim sendo, caso o voluntário não obtivesse a pontuação condizente com sua escolaridade, não poderia participar da pesquisa. Esse teste serve, segundo Antes e Corazza (2008), para identificar a influência de uma cognição deficitária no entendimento das instruções de alguns testes realizados – foco do estudo. Portanto, com base no MEEM seria possível distinguir quais voluntários e voluntárias poderiam entender os questionamentos a serem realizados e, desse modo, as respostas proferidas teriam mais legitimidade.

O mini exame é composto por onze questões, e algumas delas se subdividem em duas, três e cinco itens – ver ANEXO A. Essas perguntas relacionam-se a cinco dimensões, quais sejam: concentração, linguagem / práxis, orientação, memória e atenção. Seu *score* máximo é 30 pontos (JONES; GALLO, 2000). Salienta-se que para este estudo, adotaram-se os pontos de corte encontrados por Lourenço e Veras (2006) em um estudo de avaliação a adaptação transcultural para português do MEEM, os quais sugerem para a população idosa, em unidades ambulatoriais gerais de saúde, pontos de corte de 18/19 para idosos com ausência de instrução formal prévia e 24/25 para idosos com presença de instrução formal. Outros pontos de cortes são sugeridos por diversos autores, mas, Valle et al. (2009) mencionam que não existe consenso quanto a melhor pontuação de corte para esse público-alvo.

ii. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O TCLE é um documento de cunho explicativo, que descreve todos os assuntos relacionados ao estudo, que possam influenciar a decisão do indivíduo participar ou não da pesquisa. Ou seja, válida a participação voluntária do indivíduo (SOUZA, 2005).

A produção de conhecimentos, por vezes, utiliza seres humanos para alcançar objetivos e comprovar hipóteses. Nesse caminho, os envolvidos podem sofrer danos físicos, psicológicos, filosóficos e ou morais. Por esse motivo, foram concebidos mecanismos de proteção, a fim de coibir abusos da experimentação no ser humano (HOSSNE; VIEIRA, 1995). O TCLE é um desses instrumentos.

O consentimento em participar livremente em pesquisas que envolvam os seres humanos, de forma direta ou indireta, baseia-se no direito a informação sobre todas as nuances do estudo, e também, em ter suas dúvidas respondidas em linguagem fácil e clara (SHALALA, 2000). Esclarece-se que a aceitação não pode ser obtida por meio de pressão ou coerção. A assinatura no TCLE atesta que o participante está ciente e consente com todos os

aspectos da pesquisa, incluindo os possíveis riscos e benefícios envolvidos (DUNN; CHADWICK, 1999).

Sendo o TCLE um documento obrigatório em pesquisas acadêmicas que envolvem os seres humanos, para a pesquisa de tese foram elaborados dois termos diferentes, um para cada técnica qualitativa aplicada, GF (APÊNDICE A) e ES (APÊNDICE B). A confecção dos TCLEs seguiu as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG), o qual recomenda, em seu *site*, que:

O TCLE deve ser redigido de forma clara e conter todas as informações sobre a pesquisa e sobre seu responsável – Veja a resolução 466, item II. 23. Deve ser redigido em forma de convite e conter o número de telefone e endereço para contato com o pesquisador. Nesses termos devem estar expressos riscos, mesmo que mínimos (conforme Res.466/12 não existe pesquisa sem riscos) e os procedimentos para minimizá-los. Informar que o COEP poderá ser contatado em caso de dúvidas éticas. Deve incluir também o endereço e o número de telefone do COEP-UFMG para que possamos prestar informações, caso seja necessário.

A assinatura no termo era solicitada quando o voluntário atingia a pontuação corresponde no MEEM, e somente após assinado, iniciava-se a aplicação dos demais instrumentos, e na sequência realizava-se a ES ou GF. Para os indivíduos não alfabetizados o TCLE era lido, e o consentimento era garantido por meio da digital no documento. Frisa-se que os resultados desse teste não se fazem parte do Capítulo **Resultados e Discussões**.

iii. Formulário Sociodemográfico

As características sociais, demográficas e econômicas são de extrema importância para qualquer pesquisa, pois por meio delas é possível verificar fatores que podem estar associados a determinados comportamentos e atitudes, em um contexto estudado. Por isso, foi criado um formulário semiestruturado²¹ (APÊNDICE E), contendo dezessete perguntas para capturar tais atributos dos participantes. Esse instrumento foi adotado para todos os voluntários da pesquisa, independente da técnica utilizada.

O formulário colheu informações sobre: sexo de nascimento, idade, escolaridade – grau de instrução e se continua estudando -, ocupação, renda familiar, moradia – com quem mora -, cor ou raça, religião – frequência nas atividades religiosas -, e estado civil e conjugal. Além de investigar sobre a quantidade de filhos – vivos e mortos, idade da primeira relação sexual, tempo de união ou casamento, existência de atividade sexual, prevenção nas relações sexuais e esterilização.

²¹ Também pode ser denominado de questionário, tendo em vista que pode ser preenchido, diretamente, pelo indivíduo participante da pesquisa.

Por fim, o próximo item detalha os roteiros de discussão e entrevista, os quais têm o mesmo teor e quantidade de questões, diferindo, conforme já mencionado, na abordagem, se individual ou em grupo.

iv. Roteiros semiestruturados

Os instrumentos aplicados nos GF (APÊNDICE C) e nas ES (APÊNDICE D) basearam-se nos objetivos da tese, direcionados pela revisão de literatura contida nos primeiros capítulos, cujas temáticas contemplavam saúde sexual, qualidade de vida, sexualidade, longevidade e envelhecimento populacional. Conforme já mencionado, o teor dos roteiros é o mesmo. Logo, a descrição a seguir é no singular.

O instrumento idealizado para coletar as informações é um roteiro semiestruturado, ou seja, existem questões direcionadoras em que as respostas não são fixas ou conhecidas, podendo acontecer desdobramentos a partir de qualquer pergunta.

Neste entendimento, o roteiro é dividido em três partes: I - Percepção de estar na terceira idade; II - Vida afetiva e sexual; e, III - Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. A **primeira** parte aborda a percepção do idoso em “estar” na terceira idade - os pontos positivos e negativos, e, as principais mudanças que ocorrem; configura o que é “Ser idoso” hoje com “Ser idoso” há dez anos, e, também a causa da disparidade; revela a rede social na velhice; descreve as principais atividades físicas e sociais na velhice; e, define qualidade de vida para a velhice. A **segunda** parte trata das alterações nos relacionamentos na maior idade: as maiores dificuldades, investigando as diferenças entre homens e mulheres na busca de relacionamentos, após os 60 anos; expõe a ótica sobre multiplicidade de parcerias na velhice; exhibe a percepção da atividade sexual na velhice, e também seu grau de importância; e, revela a opinião sobre a importância de preservativos nas relações sexuais. Por fim, o **terceiro** bloco contempla o conhecimento e percepção sobre as ISTs, apurando a opinião sobre a possibilidade real de o idoso contrair essas infecções; evidencia o conhecimento sobre HIV/AIDS – formas de contágio, grupo de risco, e empatia com as propagandas educativas sobre a doença; e, explicita a opinião se o idoso pode ser contaminado pelo HIV/AIDS, e qual o principal meio de contágio.

Após as sessões e entrevistas serem finalizadas, consoante já mencionado, as gravações foram transcritas, posteriormente, criticadas e verificadas, e, em seguida, agrupadas para análises. Neste ponto, a próxima parte descreve a metodologia usada para a interpretação das informações, ou melhor, a estratégia de análise.

3.4 MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da abordagem qualitativa – GF e ES - são analisados baseando-se na proposta de ATTRIDE-STIRLING (2001), designada rede de temas, que se configura como uma forma de organização de análise temática dos dados qualitativos. Estes, por sua vez, são categorizados em temas de diferentes níveis à medida que surgem no texto. A proposta inclui seis passos, agrupados em três estágios (A, B e C) de análise (SOUZA; CZERESNIA; NATIVIDADE, 2008). O *estágio A* é denominado de **Redução ou repartição do texto**, e se divide em (1) codificação do material ou “familiarização com o texto”; (2) identificação dos temas ou “identificação de uma estrutura temática”; e (3) construção de redes temáticas ou “aplicação da estrutura aos dados”. O *estágio B* é chamado de **Exploração do texto**, e é composto das etapas: (4) descrição e exploração das redes temáticas; e (5) sumário dos temas ou mapeamento e interpretação. O *estágio C* é nominado de **Integração da exploração**, e contém somente uma etapa (6) interpretar padrões ou “explicação dos dados” (SOUZA; CZERESNIA; NATIVIDADE, 2008).

Após o cumprimento de todas as etapas descritas, extraíram-se dois temas centrais: “Ser idoso” e “Saúde Sexual na velhice”. Evidencia-se que as falas presentes no Capítulo dos resultados são apresentadas, intencionalmente, sem correções gramaticais, de ortografia ou concordância. Nesta situação, os resultados são expostos segregados por tema, e este, separado por sexo (ou técnica qualitativa empregada no estudo).

No tema “Ser idoso” verifica-se a percepção da identidade de “Ser idoso” na atualidade, no cenário da maior longevidade e maior incentivo ao bem-estar e cuidados preventivos à saúde. Nesse tópico, são elencados os aspectos positivos e negativos dessa compreensão, sabendo-se que esse entendimento pode impactar na vivência da sexualidade na velhice, e, por conseguinte, na Saúde Sexual e na longevidade saudável. Em outra perspectiva, a temática “Saúde Sexual na velhice” verifica o pensamento dos entrevistados sobre a Saúde Sexual após os 60 anos, em especial, no exercício da sexualidade, nos relacionamentos e nos cuidados preventivos à ISTs, especificamente, sobre o *HIV/AIDS*, e, exclusivamente, em dois comportamentos de risco: a multiplicidade de parcerias e a falta de utilização de preservativos nas relações sexuais. No final de cada tema é feito um quadro resumo contendo os principais achados em cada sexo.

Destaca-se que, embora os achados não sejam expostos por zona administrativa, em virtude do grande volume de informações, inicialmente, foram agrupados por zona. Em seguida, foram consolidados extraíndo-se os itens comuns, previamente unificados, e os não

comuns; e a partir daí, chegou-se ao resultado para todo o município, mostrados no Capítulo **Resultados e Discussões**.

Em relação aos dados de perfil sociodemográficos e econômicos, esses podem ser visualizados em forma de tabelas simples ou de dupla entrada, gráficos e ou quadros gerados a partir do Microsoft Excel, sendo apresentados na seção que se segue.

3.5 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DO ESTUDO

Este item exhibe, de forma sintética, o perfil de todos os participantes do presente estudo, incluindo características como idade, escolaridade, ocupação, renda, cor, *status* conjugal, religião, entre outros. Na descrição, optou-se por dividir a caracterização por sexo, uma vez que os métodos de coleta de dados foram diferentes.

Na tabela 2, é possível observar as características socioeconômicas e demográficas. As idosas participantes do estudo, em sua maioria, estavam concentradas na faixa etária de 60 a 64 anos. Destaca-se que as respostas das idosas mais velhas podem apresentar uma tendência conservadora, por notadamente, terem padrões assim, com resistência à mudança, e condenação a costumes modernos, principalmente, comportamental, em especial, sexual e conjugal, e, provavelmente, o contrário é verdadeiro. Ademais, as idosas mais jovens, por terem *status* de saúde mais favoráveis, com menores chances de apresentarem problemas graves de saúde, podem ter uma visão mais atual de relacionamentos e sexualidade, portanto, ser usada como parâmetro para gerações idosas futuras.

Quanto à escolaridade, verifica-se um equilíbrio entre as entrevistadas que pode balancear as percepções sobre o tema. Com relação às características laborais, observa-se que a maioria é aposentada; na qual grande parte delas tem renda fixa, podendo significar maior estabilidade financeira na velhice; de outro modo, seis das 36 idosas ainda trabalham. Pela renda familiar (em Salários Mínimos – SM), visualiza-se uma aglutinação na faixa de um a três SM. Essa variável, associada às laborais pode influenciar os papéis dentro de um relacionamento, influenciando, por exemplo, no poder de barganha das preferências sexuais do casal, caso as idosas ainda não tenham adquirido independência financeira. No tocante ao aspecto cor, a maioria das entrevistadas se considera parda. Em relação à religião, predomina a Católica, ressalva-se que por si só essa variável pode não determinar comportamentos, mas, quando associada ao nível de envolvimento e de importância do praticante, pode refletir alguma tendência comportamental. Na tese, foi apurada somente a frequência de participação em atos religiosos, identificando que a maioria participa de uma a várias vezes por semana de

eventos de sua religião. Por fim, ver-se que o maior número de idosas era casada ou unida, onde grande parte dessas tem de 34 a 49 anos de convivência marital, com média geral de 35,95 anos, variando de 2 a 49 anos.

Quanto à existência de parceiro sexual, verifica-se que a maior parte das idosas tem parceiro que mantém relações sexuais de forma regular. A respeito do uso de preservativos, observa-se que a maioria maciça não utiliza camisinha na vida sexual, daí constata-se a grande exposição dessas idosas às IST. Frisa-se que essas variáveis, assim como, o parâmetro Convivência marital encontram-se na TAB. F1 (APÊNDICE F).

Tabela 2 - Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres idosas participantes dos Grupos Focais no município de Natal, 2016

<i>Indicador</i>	<i>Frequência (Total = 36)</i>
<i>Zona administrativa</i>	
Leste	8
Oeste	9
Norte	10
Sul	9
<i>Faixa etária (anos)</i>	
60 a 64	21
65 a 70	15
<i>Escolaridade</i>	
Analfabeta a Ens. Fund. Comp.	18
Ens. Médio Incomp. a Superior Comp.	18
<i>Principal ocupação</i>	
Aposentada	25
Do lar	7
Comerciante	2
Pensionista	2
<i>Trabalha atualmente?</i>	
Sim	6
Não	30
<i>Em que trabalha?(Considerando somente as idosas que trabalham atualmente - Total=6)</i>	
Comerciante / Empresária	3
Secretaria do lar	2
Vendedora	1
<i>Renda familiar</i>	
Menos de 1 SM	3
De 1 SM a 3 SM	28
Mais de 3 SM a 20 SM	5
<i>Cor</i>	
Parda	22
Branca	8
Preta	6
<i>Religião</i>	
Católica	30
Protestante / Evangélica	6
<i>Regularidade de participação nos atos religiosos</i>	
Várias vezes por semana	10
Uma vez por semana	9
Uma ou duas vezes ao ano	7
Duas a três vezes ao mês	5
Uma vez ao mês	4
Quatro vezes ao ano	1
<i>Status conjugal</i>	
Casada / Unida	20
Solteira	8
Alguma vez unida	8

Fonte: Pesquisa "Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira", 2016.

A tabela 3 expõe as mesmas características descritas nos GFs. As Zonas Norte e Sul, comportam a maior parte dos dez entrevistados. Em relação à idade, a maioria dos idosos tem entre 65 e 70 anos de idade. Enfatiza-se que esse grupo etário pode apresentar maior tempo de vida sexual e conjugal, podendo contribuir com mais propriedade sobre a questão, muito embora, exista a mesma tendência das idosas, quanto à geração, o conservadorismo. Adicionalmente, verifica-se uma maior escolaridade entre esses idosos, uma vez que a maior parte tem, no mínimo, ensino médio incompleto, o que poderia sinalizar um maior entendimento sobre o assunto. Quanto a principal ocupação, nota-se que a maioria absoluta é aposentada, representando segurança econômica. E ainda, grande parte dos entrevistados está, de fato, fora do âmbito laboral, em que a renda familiar da maior quantidade está no intervalo de mais de 3 a 15 SM, ou seja, maior renda do que as idosas dos GFs, refletindo um poder aquisitivo mais confortável. Referente ao aspecto cor, nota-se que a maioria se considera parda. Em relação à religião, predomina a Católica, com maior frequência na Participação nos atos religiosos, de várias vezes por semana. Quanto ao *Status* conjugal, visualiza-se que a totalidade dos entrevistados é casada ou unida. Esse painel incorpora, o já sabido, recasamento inerente ao sexo masculino, mesmo em idades avançadas, além da prática de vários relacionamentos amorosos, mesmo estando em uma relação estável, que pode ser duradoura – refletida na média de convivência marital, 36,8 anos (TAB G1, APÊNDICE G). A qual varia de 20 a 56 anos.

Em relação à existência de parceiro sexual e o uso de preservativos nas relações sexuais, apurou-se pelos depoimentos que todos entrevistados têm parceira. No entanto, nem todos mantêm relações sexuais de forma regular com ela; e os que estão ativos sexualmente na vida conjugal, não usam o preservativo. Depreendendo-se que, provavelmente, em nenhum momento de seus relacionamentos o utilizaram (APÊNDICE G), expondo o cônjuge à IST, na existência de casos extraconjugais e ou outros comportamentos de risco ao *HIV*.

Tabela 3 - Perfil socioeconômico e demográfico de homens idosos participantes de Entrevistas Semiestruturadas no município de Natal, 2016

<i>Indicador</i>	<i>Frequência (Total = 10)</i>
<i>Zona administrativa</i>	
Leste	2
Oeste	2
Norte	3
Sul	3
<i>Faixa etária (anos)</i>	
60 a 64	2
65 a 70	8
<i>Escolaridade</i>	
Analfabeto a Ens. fund. comp.	4
Ens. Médio incomp. a Superior comp.	6
<i>Principal ocupação</i>	
Aposentado	9
Profissional liberal	1
<i>Trabalha atualmente?</i>	
Não	6
Sim	4
<i>Em que trabalha?(Considerando somente os idosos que trabalhavam atualmente - Total=4)</i>	
Vendedor	1
Advogado	1
Pescador	1
Empresário	1
<i>Renda familiar</i>	
Mais de 3 SM a 6 SM	4
De 1 SM a 3 SM	3
Mais de 6 SM a 15 SM	3
<i>Cor</i>	
Parda	8
Branca	2
<i>Religião</i>	
Católica	6
Protestante / Evangélica	2
Espírita kardecista ou Afro-brasileira	2
<i>Regularidade de participação nos atos religiosos</i>	
Várias vezes por semana	3
Uma vez ao mês	2
Uma vez por semana	2
Nunca	1
Duas a três vezes ao mês	1
Duas vezes por semana	1
<i>Status conjugal</i>	
Casado	8
Unido	2

Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, são apresentados os resultados agrupados segundo os dois principais temas identificados nas discussões e entrevistas: *Sexualidade na velhice: Ser idoso e, Saúde Sexual: sexualidade e cuidados preventivos às ISTs*. O primeiro tema concebe a percepção dos entrevistados em “Ser idoso”, baseando-se em toda sua vivência, usando como plano de fundo as mudanças culturais e demográficas sucedidas ao longo dos anos. O segundo associa a identidade “Ser idoso” à sexualidade e aos relacionamentos na velhice. Em cada item, optou-se por fazer uma análise em separado para mulheres e homens.

4.1 SEXUALIDADE NA VELHICE: SER IDOSO

Conforme já mencionado e referenciado no decorrer da tese, para exercer a sua sexualidade de forma plena e positiva, o indivíduo precisa se sentir à vontade consigo mesmo e, assim, independentemente de sua estética envelhecida e redução de sua vitalidade física, o indivíduo idoso pode usufruir, ou potencializar, dos benefícios inerentes à prática sexual. Nesse contexto, a seguir a discussão sobre o “Ser idoso” é apresentada, segundo a percepção de mulheres e homens acima de 60 anos, respectivamente.

4.1.1 A mulher idosa

A chegada à velhice para algumas entrevistadas se apresenta como algo surreal, onde seu início é considerado rápido e imperceptível. Afinal, a concepção de idoso, na qual foram criadas se relacionava a caduquice, inaptidão, doença, inércia, entre outros e, como ainda se consideram capazes de exercer qualquer atividade com vivacidade e alegria e sem limitações graves, não se sentem idosas.

Para elas, ao contrário das visões estereotipadas sobre a velhice as quais foram criadas, o início à maior idade serviu como um estimulador a realizar tarefas, trazendo consigo mais maturidade para a tomada de decisões em suas vidas, e não o oposto. Assim, observa-se a falta de um marco para a entrada a pós-maturidade, pois a velhice chegou sem que notassem. Sobre o assunto, Moretti (1998) defende que a velhice não começa em um aniversário qualquer, mas é concebida gradativamente na sociedade e no indivíduo, influenciada pelos contextos culturais, sociais, psicológicos e físicos. Sabaté (2016) complementa que a personalidade de ser velho é criada pelo confronto com a personalidade de ser jovem. Logo, todos os aspectos inerentes a ambas as fases concorrem entre si, tais

como: atividade, produtividade, beleza, vigor físico e memória. Ou seja, enquanto esses aspectos não tiverem mudanças significativas e perceptíveis, o indivíduo não perceberá a velhice, portanto, não se identificará como idoso - visão captada em algumas entrevistadas, conforme relatos que se seguem.

Eu, particularmente, acho assim, que os 60 anos que a idade chega muito depressa para a gente, né eu acho assim que, realmente, a gente se choca um pouco, com essa situação, né! [...] (Acácia branca)

Eu acho que 60 anos para mim, prevaleceu-se muito ... Porque ... por que, senti-me assim mais ... é.. adulta ... entendeu? Senti-me mais responsável, tudo que eu fazia, [...]. Sinceridade ... Eu com os meus 60 anos me sinto poderosa. Foi uma coisa que eu esperei muito. Fiz uma festa como nunca fiz, nem com meus 15 anos, [...]. Eu me sinto realizada com os meus 60 anos. (Amarílis)

Eu também, para mim eu digo “Vixe, um tempo desse tava com 15 anos, de repente ...” completei esse ano, agora em março, né ..eu digo “aí cheguei”. Mas, agora eu acho melhor, é tempo de aproveitar, de passear, fazer atividade física, participar das coisas. Eu trabalhei, né. A gente trabalhando não tem tempo mesmo, né ... aí, a gente parou de trabalhar, tá aposentada. Então a gente tem que aproveitar. Para mim tá muito bom. (Dália Rosada)

[...] Eu não me sinto ainda com 60 anos. Não me sinto! Com 60 anos, mas ... tá tranquilo. Agora tá melhor ainda, porque ... Eu tô saindo mais ... passeando ... tenho mais amigos. Do que quando eu era mais jovem, [...] tinha falsas amigas, né ... agora tenho amigos! (Fuchsia)

Eu, eu ... na minha parte, o que eu acho é assim ... a gente amadurece cada vez mais, em todos os aspectos, né! A gente vê que coisas que a gente fez antes ... a gente agora com 60 já não faria mais, porque ... é só coisas boas agora. Eu acho assim. O melhor de tudo é que a gente tá bem segura mesmo! (Tulipa)

Apesar de, a primeira vista, o começo da velhice ter passado “despercebida”, é agora motivo de amadurecimento e novos desafios. Não obstante, para outras idosas, o termo “desafios” é muito presente na passagem da adultez para a velhice, sendo responsável pela visão negativa dessa fase.

Neste íterim, o aumento ou surgimento de dores corporais, as quais denominam de “dor de velhice”, é para elas, o rito de passagem para a pós-maturidade. Destaca-se que por essas idosas apresentarem *status* socioeconômico menos favorecido, pode ser que tenham também um histórico de vida mais sofrido, com privações financeiras e alimentares, e violência familiar e doméstica, logo, suas condições físicas e psicológicas podem estar mais comprometidas. Sobre o assunto, Silva e Günther (2000) revelam que a forma como o indivíduo entende a fase idosa dependerá da longevidade, das experiências adquiridas até aquele momento, da saúde atual e da autonomia, e não tão somente de situações negativas ocorridas. Portanto, o possível comprometimento da saúde, com uma provável limitação nas

atividades antes desempenhadas normalmente, faz com que elas esperem dessa fase situações, progressivamente, desagradáveis. Outrossim, a bagagem negativa poderá influenciar o modo como a pessoa lida com a situação.

Sobre a temática, Viktor Frankl, pioneiro em estudos dessa natureza, estabelece quatro fatores que orientam, e influenciam, o indivíduo em seu caminho de viver. O primeiro diz respeito à **valorização do que é importante para si**, o significado atribuído aos episódios vivenciados, dos pequenos aos grandes momentos. O segundo relaciona-se **as escolhas**, em especial, à responsabilidade outorgada à elas, inclusive em situações negativas, haja vista o sofrimento ser a chance de crescimento pessoal, onde a pessoa pode ceder à dor ou aprender com ela. O terceiro fator é a **responsabilidade**, responsabilizar-se pelas escolhas e providências tomadas. Por último, tem-se o **significado imediato**, em que a razão para os acontecimentos diários, seja positiva ou negativa, ajuda no construto viver (FRANKL, 1989 apud SOMMERHALDER, 2010). Pelos depoimentos verifica-se que as concepções de Frankl estão em voga para algumas idosas, as quais são refletidas em duas circunstâncias apresentadas: as questões mutáveis e as imutáveis.

Os fatores imutáveis se relacionam, basicamente, à diminuição da resposta do corpo em algumas situações, mediante deterioração natural do condicionamento físico, causando dores sistêmicas, quedas, desequilíbrio e limitações em certas tarefas. Para essas questões há resignação. Todavia, estratégias que minimizem as dores, como por exemplo, a prática de exercícios físicos e a reinserção no mercado de trabalho, também são opções adotadas por algumas delas. Acentua-se que a importância da manutenção de atividade física sempre é mencionada nas discussões dos grupos, mostrando-se como um ponto essencial para o envelhecer bem.

De outro modo, os elementos mutáveis se vinculam a resiliência e enfrentamento. Neste pensamento, as participantes mostram grande capacidade de superação aos desafios impostos no decorrer do ciclo da vida – infância, adolescência e adultez -, e, apesar das tristezas, humilhações, sofrimentos, condições de pobreza e privações, encaram a nova fase com otimismo e felicidade. Isso ocorre, provavelmente, por simbolizar a passagem para algo positivo, que oportuniza boas coisas e a ocasião de recomeçar ou refazer algo que julgam como errado. Nesse intervalo, não se deixam abater pelos momentos ruins vividos, preferindo extrair ensinamentos, que aplicam na nova realidade. Esse raciocínio pode ser visto nas falas que se seguem.

Eu, depois que completei 60 anos, eu dei graças a Deus, Jesus ter me mostrado essa ginástica. Porque ... apareceu uma dor no meu pescoço (riso), que eu não podia nem fazer assim, nem nada. [...] Muitas coisas assim de velhice que eu, tenho que me conformar, né? Que é dor de velhice. (Bromélia)

Pois ... eu estou gostando muito da minha idade.... [...] É porque ... eu num tive tempo de me curtir, porque trabalhei até ... mais de 65 ano. Em fábrica, né? Me aposentei e fui trabalhar por minha conta, de doméstica, de faxineira [...]. (Camélia Rosada)

A minha mocidade, a minha infância e a minha juventude, adolescência foi só trabalho. E além do mais, em casa de família, que foi só tristeza! Por que você se sente [...] Você se sente humilhada. [...] Eu me casei. Do meu casamento eu tive dois filhos. Voltei a trabalhar em casa de família. Arranjei um coroa, passei com ele 27 anos. Tive um filho dele. Fui feliz. Muito feliz. E hoje eu estou vivendo a vida, igual a Zeca Pagodinho, “Deixa a vida me levar Vida leva eu” (canta) (risos) [...]. (Lírio)

Eu, para mim, para mim, mudou muita coisa. Porque até os meus 48 anos, foi uma vida muito sofrida. [...], sofrida de trabalho no ... no roçado. Depois em trabalho em casa de família, depois com o marido ... casei com 18 anos. O marido ruim que só a molesta, ... [...] ... Ainda empurrei com a barriga 27 anos, a coisa mais errada que eu fiz ... [...] ... Com dois meses que deixei ele, arranjei outro, fiscal de renda, e vivi muito feliz! ... [...] ... Minha vida foi uma maravilha até 12 anos, depois de 12 anos, ele teve mal de Alzheimer, aí a família entrou na história, e ... [...] queria que a gente se separasse. Só que a gente tinha que se separar, porque ele conhecia as pessoas novas, e o passado ele esquecia. ... [...] ... Me separei, graças a Deus! Aí minha vida fica um pouquinho ruim uns 5 anos, depois de uns 5 anos foi melhorando ... e Graças a Deus, tá uma maravilha. (Aster)

Embora o preconceito ainda permeie a sociedade e, por vezes, também circunde alguns idosos, essa etapa do ciclo da vida pode ser vista como uma fase de libertação das circunstâncias limitantes e apreensivas vivenciadas nas fases anteriores – em especial, na criação de filhos, na função “do lar”, em relacionamentos ruins e na falta de independência financeira –, mostrando e demonstrando que a idade por si só, não extingue o poder de empreender novos rumos e nem na realização de atividades rotineiras, seja social, laboral, afetiva e ou sexual. Longe disso, hoje, elas passeiam, dançam, cantam, socializam-se fora da rede familiar, viajam, namoram e reinserem-se no mercado de trabalho, ações que, anteriormente, não eram exercidas na velhice, haja vista, normas de comportamentos com as quais foram criadas, cuja prioridade era constituir família, e, a partir daí, ter dedicação exclusiva aos maridos, ao lar e aos filhos. Logo, a percepção atual da velhice, associa-se diretamente, entre outros, a vivência de cada instante desse.

Valendo-se do subtítulo do artigo de Heidari (2016) “70 os novos 60? Ou talvez os novos 50?”, entende-se que as indagações têm como resposta, o prenúncio de uma nova realidade na velhice, o perfil dos novos idosos não é o mesmo de outrora. Uma fala dos grupos focais resume bem esse novo momento:

“Eu com os meus 60 anos me sinto poderosa!”. (Amarílis)

Esse empoderamento na maior idade tem como causa, entre outros, dois componentes principais: a autonomia financeira e o maior tempo disponível, elementos que transmitem maior sensação de liberdade às idosas, conforme pode ser visto nas conversas anteriores e nas que seguem.

Eu acho que o melhor aspecto de ter mais de 60 anos, [...], acho eu queria fazer logo 65 (risos).... é o meu desejo, né? para ter acesso, de andar mais, para as festas de idosos, né!. Tem esses forró de idoso no interior, que não posso ir nem todos, porque eu pago, né! [...] A gente tem ginástica, tem caminhada... o que a pessoa fazer hoje em dia, tem. Não é como antigamente, no tempo da minha mãe, né! Ai, [...], eu me acho, hoje em dia, como teje com 18 anos. Porque o que eu faço hoje, eu não fazia com 18 anos. Tive vida boa agora, né! Que recebo o meu dinheirinho por mês. Ai meus filhos tudo criados, tudo dono de si. Não me dão dor de cabeça, graças a Deus! Então, hoje é que eu tô vivendo. Hoje que eu tô curtindo, [...] Tenho o meu canto para morar [...]. (Flor de Lótus)

Para mim.... [...] ... agora que eu estou aprendendo a viver. Porque nos meus 60 anos, é os meus 15 anos anterior... e muito anterior, né! Porque eu hoje tenho mais liberdade ... já saio ... [...] ... Eu não tinha essa liberdade antigamente. [...] ... porque eu como uma das filhas mais velhas, era quem tomava conta da casa e dos meus outros irmãos, então não tinha a liberdade que hoje eu tenho. (Tulipa)

Pra mim ... não mudou nada. Porque... primeiro eu sou solteira. Num tenho filhos, para animar e nem perturbar. Minha vida é uma beleza! Passeio ... e .. sou aposentada já. (Violeta)

[...] melhorou com 61, que eu me aposentei. Peguei meu dinheiro. (risos) ... Porque do meu marido é nosso, mas o meu é meu, e pronto! E foi o que eu fiz, é meu. [...]. (Lobília)

Uma das razões para autonomia e estabilidade financeira das participantes foi a aposentadoria ou o início do Benefício de Prestação Continuada (BPC)²². A maior idade e ou os anos de contribuição às habilitaram a esses direitos; e as que nunca pagaram a previdência social, e ainda não tem 65 anos, anseiam fervorosamente por essa idade para poder desfrutá-los.

O BPC trouxe, além da autonomia financeira, a emancipação pessoal, principalmente, para as unidas/casadas com a autossuficiência dentro do relacionamento conjugal, tendo em vista o ganho de um orçamento próprio, direcionado para suas necessidades e desejos. Nesse caso, foi possível desvincular o “seu” dinheiro do orçamento doméstico ou renda do marido, favorecendo a valorização pessoal e a individuação feminina,

²² Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 2003).

mediante maiores investimentos em diversão, entretenimento e cuidados consigo mesma. Além disso, foi uma forma de habilitá-las a quebrar ou relaxar as regras de “obediência” ao “chefe da família”. Para as que não são unidas, esse direito pode propiciar libertação de empregos informais, considerados por elas, “humilhantes”. Deduz-se assim, que a renda fixa e contínua as tranquilizam a programar melhor sua vida cotidiana e interesses pessoais.

Esse benefício social é um dos ganhos associados à pós-maturidade, incluídos no Estatuto do Idoso (EI)²³, considerado um ícone para a melhoria na velhice e o marco legal na evolução dos direitos do idoso, contribuindo, sobremaneira, para uma visão positivista nessa fase, concedendo uma maior dignidade à inclusão social desse segmento na sociedade (SILVA, 2007). E o fato dessas idosas terem que esperar pelos 65 anos para poderem usufruir de uma autonomia financeira,

[...] traz reflexões sobre a condição de envelhecimento de nossa população, em especial a que tem parte de sua história de vida dedicada à produção material e social da riqueza, da qual toda sociedade usufrui, mas nem sempre retribui com políticas de proteção social. São histórias de vida dilaceradas pela condição alienada de trabalho, condicionadas ainda por determinações sociais que qualificam a forma de envelhecer (CFESS, 2016, p. 1).

Neste ponto, torna-se importante discutir acerca da inequidade de gênero no relacionamento e no mercado de trabalho, como também no cenário está inserido. Para Teixeira (2017), no Brasil, as mulheres não estão em condições igualitárias no mercado de trabalho, isso aliado a desigualdade de papéis dentro de um relacionamento, onde geralmente, não têm renda própria dependendo unicamente da remuneração do companheiro, as tornam principais usuárias desse benefício. Portanto, para essas idosas o empoderamento financeiro só seria possível ao completar 65 anos e, mesmo que essa benesse seja “ [...] uma transferência de renda de base para a camada mais pobre da população idosa” (FALEIROS, 2014, p. 9), algumas podem optar por realizar trabalhos informais, ou à margem do registro em Carteira de Trabalho (CT), para que tenham direito. Ou seja, nessa situação específica, pode ser que o desejo de ser autônoma financeiramente sobressaia ao direito legalmente estabelecido.

Independentemente da forma de ingresso realizada pelos idosos nesses benefícios, os mesmos são considerados eficazes, embora poucos, e para, alguns estudiosos incipientes. E embora estejam longe do ideal, as leis promotoras de amparo e proteção ao idoso podem ser consideradas um avanço, se cumpridas. As conquistas, contidas no EI, pelos discursos, são perceptíveis para a maioria das idosas investigadas. Outros direitos também citados por elas,

²³ Criado pela Lei nº. 10.741, instituído em primeiro de outubro de 2003. Estabelece, prioritariamente, normas de proteção e novos direitos ao idoso brasileiro (BRASIL, 2003).

os quais são: gratuidade em transportes públicos; vagas exclusivas em estacionamentos; assentos preferenciais em transportes públicos, bancos e instituições públicas; atendimentos prioritários em filas; entradas francas; e descontos de 50% em eventos culturais e de lazer. Dentre eles, destacam-se a gratuidade em transportes e o desconto em eventos como importantes. O primeiro oferta a independência e a liberdade de ir e vir para onde desejem – no limite territorial das leis -, e no momento que quiserem, sem custo algum; e o segundo permite a exploração do lazer e entretenimento, ampliando as opções a um baixo custo, ajudando, principalmente, a população idosa de baixa renda.

Silva (2007) ressalva que apesar do EI não ter sido capaz de acabar com as desigualdades sociais, os minimizou, melhorando a QV desse segmento, independente da condição social e saúde. Outro ganho do Estatuto, quando o mesmo é respeitado, é a sensação de valorização e bem-estar, a pessoa idosa se sente valorizada, quando sua condição é tida como preferencial. Todavia, ao se ignorar esses direitos, a situação pode se inverter, o idoso, pode se sentir preterido pela sociedade, deteriorando assim, seu estado psicológico, pondo em xeque o envelhecimento bem-sucedido. À vista disso, se faz necessário garantir direitos básicos de cidadania na velhice e, somente dessa forma, poderão contribuir para a melhoria da QV dos idosos.

Outro ponto depreciativo ligado à maior idade, identificado nos discursos, foi o enaltecimento da beleza física, constata-se, portanto, que apesar da modernidade, dos avanços tecnológicos e sociais, da melhoria significativa na saúde e na condição física e mental do idoso, a estética ainda sobressai quando o indivíduo é visto pela sociedade. “O corpo é o primeiro e mais evidente lugar onde se manifesta e se expressa à idade que possuímos” (SABATÉ, 2016, p. 19). Assim, se na aparência você é idoso, a sociedade já o antipatiza. Essa máxima também é compartilhada, e absorvida, por alguns idosos.

Em um estudo realizado por Limoeiro (2012) sobre envelhecimento, corpo e diferenças de gênero, os tópicos mais mencionados se associavam as alterações e aos aspectos que o envelhecimento traz consigo, principalmente, os referentes à decadência da própria aparência, que simboliza a perda da juventude. Costa (2012) coloca que as mudanças físicas identificam e caracterizam quem é ou não idoso e, na pós-maturidade pode prejudicar o bom exercício da sexualidade.

Ademais, a falta ou baixo interesse sexual do parceiro faz a idosa enxergar em si a estética da velhice, alimentando sentimentos negativos – que tenta afastar realizando outras atividades –, podendo fazer que ela se sinta, precocemente, “idosa”. A deterioração da aparência física causa revolta e desconforto, pois o corpo externo não acompanha a

jovialidade que ainda permanece em seu íntimo. A contar daí, deduz-se que o bem-estar em ser idoso não depende somente do indivíduo, mas também, do seu contexto social, especialmente, no núcleo familiar e, especificamente, quanto ao olhar do parceiro sexual. Essa interpretação pode ser vista na fala a seguir.

Modificando ... Aí você sente que sexualidade também diminui, né ...E você sente que, olhar do outro já é diferente, como marido para mulher. Já é diferente, não olha como com os olhos de antes, de encantamento. E aí você tem que arranjar outros meios, para poder você ...é ... se ajudar nessa situação, para que você não cair em depressão, não se entristecer não ficar, achando que você que ninguém olha mais você, com os mesmos olhos ... que você não vai mais ser feliz, que você ... Eu acho que vai de acordo com a pessoa em si ... Porque muita gente já vai achar que com 60, deixou de viver[...]. (Acácia branca)

Outro tema que merece ser pontuado é a família e sua relação com o idoso. Leite (1995) situa a família em uma posição de destaque na geração de estratégia fomentadora de novos caminhos ou direcionamentos na velhice. Mendes et al. (2005) colocam que alguns familiares resistem em aceitar e compreender o envelhecimento de um ente, transformando, assim, o ambiente familiar em um desafio.

Esse é um dos itens conflitantes da velhice, a falta de compreensão das necessidades dos idosos pelas gerações mais jovens, acarretando o medo da solidão, da falta de domínio da própria vida e do receio do desamparo dos filhos quando não forem mais autônomos e independentes em suas AVDs e AIVDs, por exemplo. Situação que pode ser visualizada pelas falas a seguir.

Pelo um parte foi ruim ... por que fiquei só né!! E... [...] Por hoje em dia ... É isso que eu penso, quando chegar a uma certa idade.. sem eu poder ter a atenção da minhas filhas para mim. Eu peço a Deus que eu tenha!! (Frésia)

Eu tenho medo disso é... (Flox)

Não é? ! Para gente ficar só, por que encontro muita gente “mulher.. estou dentro de casa sozinha ... minha nora está fazendo comida e, só me chama ... “Ei! A comida tá na mesa!” ... e o resto? Não tem dialogo? A gente não pode ir a uma pracinha?! A gente não pode passear, e levar a gente?! Isso, é difícil! Por que ... uma coisa eu compreendo porque os filhos trabalham, além dos filhos trabalhar, tem os meus netos que eles tem que tomar de conta também ...o meu pensamento é esse, quando eu chegar certo tempo da minha velhice... [...] E eu não puder me virar sozinha ... entendeu?! É só isso que fica na minha preocupação da idade, é isso mesmo! (Gérbera)

Eu tenho medo, mas, logicamente, a gente tem medo assim ... ficar mais velho, quem vai tomar conta da gente, né?! Mas, eu já penso diferente, eu digo assim, fiquei viúva há muito tempo, então fiquei só, mas minha filha mora comigo, então, eu sou diabetes, ... eu preciso dela ... para mim ... sair com ela, por que tenho medo de passar mal, mas, ... eu vivo normal. Faço minhas coisas tudinho de casa, faço ginástica, faz comida, cuida de casa, cuida de tudo ..., os filhos sempre veem para

gente, vai para casa deles, mas sempre vem para casa da gente, almoçam, faz tudo, e eu quem faço tudo. (Flox)

Com efeito, o suporte dos filhos pode ser parte integrante do construto “Ser idoso”. Diante disso, para estudá-lo, é necessário refletir sobre a influência de sua rede social na saúde e na mortalidade e, também, sobre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida (PAÚL, 2005). Por este ângulo, conceituam-se redes de apoio ou suporte informal como componentes da estrutura do ambiente social de uma pessoa. Seja por incumbências: explícitas, instrumentais ou socioafetivas, elas oferecem suporte emocional, informativo, tangível e de pertencimento. Ao todo são três concepções: (a) a interação social; (b) o amparo recebido; e, (c) a ajuda percebida (UCHINO, 2004). Focando no amparo percebido, Norris e Kaniasty (1996) afirmam que, esse, é o que mais influencia a saúde e o bem-estar do segmento idoso, correspondendo à convicção de que os outros o ajudem no momento de dificuldade, onde a vivência pode ou não comprovar essa visão (KRAUSE, 2001), caracterizando-se como um dos motivos da manutenção do idoso, com alguma incapacidade, na comunidade (PAÚL, 2005). Entre outros benefícios, as redes sociais na velhice podem amortizar o estresse da pessoa idosa causado pelo processo de envelhecimento, ou ainda, protegê-lo desse (PAÚL, 2005), ajudando-o na aceitação da nova realidade e criando perspectiva de futuro para quando as morbidades tenderem a aumentar.

Neste panorama, devem-se diferenciar as redes familiares e as redes de amigos. Litwak (1981) explica que a primeira é “obrigatória”, fundada na imposição, ao passo que a segunda é uma livre escolha, produzindo assim, frutos diferentes na QV dos mais velhos e, potencialmente, a mais auspiciosa (PAÚL, 2005).

Especificamente, no que se refere à rede de apoio familiar, citada pelas entrevistadas, Paúl (2005) alega que essa relação não é unilateral, mas sim, uma troca de funções de suporte – receptor e emissor, na qual a idosa presta assistência no cuidado intergeracional (PAÚL, 2005), em troca de apoio em período de necessidade. A autora (2005, p. 281) determina “[...] Para além do apoio entre pares, o suporte prestado aos filhos pode mesmo ser maior do que o recebido pelos idosos, assumindo diversas formas entre as quais destacamos a assistência prestada aos netos. [...]”. O temor da solidão e da incapacidade permanente ou parcial com o avançar da idade faz à idosa se pôr à disposição dos filhos e de sua família no cuidado com os netos, podendo ainda servir como esteio da vida conjugal e diária desses, fornecendo refeições e guarida, entre outras regalias. Logo, essa cooperação mútua é desigual, conforme os relatos, tendo em vista que o tempo e os esforços depreendidos pelo idoso são bem superiores ao dedicado a ele e, por vezes, insuficiente, desfavorecendo, portanto, o bem-estar da idosa que

se submete a essa situação. Destaca-se, porém, que essa situação assumirá conotação positiva ou negativa em função de como o idoso enxerga essa relação, se favorável ou não para ele.

[...] por que a maioria hoje em dia, o jovens precisam mais da gente, do que a gente precisa deles(Gérbera)

As minhas filhas moram comigo também, faz tudo depois vai embora (Frésia)

E a minha que mora, mas, eles assim, vão trabalhar, no lugar de ir para casa, aí almoça lá em casa, sabe? Eu sempre fico ocupada, assim, para servir a eles. (Liatris)

Você pensa chegar numa certa idade ... aumenta ... por que, filho você não pode precisa da ajuda deles, mas, eles trabalham, só eu dentro de casa, aí tem que tomar de conta de tudo. Quando tem um feriado, alguma coisa, eu falo: "Gente , me socorre por que não aguento!". Fora disso, é desse jeito. (Gérbera)

Adicionalmente, há o temor do futuro dos netos e bisnetos. O contexto de alta criminalidade, novos modelos de criação e facilitação ao acesso a drogas, ocasiona incerteza e apreensão nas idosas, quanto ao destino de sua família estendida. Em relação, aos modos de educação dos netos e bisnetos da atualidade, entre as entrevistadas, as opiniões são resultantes da comparação entre sua própria criação, e a criação de seus filhos. Algumas consideram que, hoje, os pais, especialmente, a mãe, estão ausentes na educação e na criação da prole, pois ambos necessitam contribuir para a renda familiar, entre outros motivos. Ao contrário de “antigamente”, que as mães tinham maior participação e tempo disponível para os filhos, onde eram mais “vigilantes” com eles.

Hoje, eu acho mais difícil, entre aspas [...]. esse mundo que a gente estamos agora, esse mundo das drogas, porquê? Porque a gente não pode ser vigilante com os filhos da gente 24 horas, né! [...] ... eu fui muito presente na vida deles, porque meu marido achava assim, que eu tinha que ficar tomando conta da casa, e, tomando conta de meus filhos, e ele trabalhando né. [...]. Nem concordo de bater, né. Mas, já meu marido já enchia a mão na bunda, se falasse duas vezes e num atendesse, já batia. [...] eu nunca dei assim um beliscão, por que eu acho isso ridículo, eu apanhei da minha mãe, apanhei das minhas irmãs, mas eu num achava legal. [...]. (Lobília)

Por outro lado, outras entrevistadas, acham que é mais simples criar os netos e bisnetos hoje, devido à maturidade alcançada.

[...] eu acho assim, se fosse agora para criar meus filhos ... eu criava melhor. Nesse aspecto de filhos assim, né! Eu sei que criei eles bem, mas, eu ainda criaria melhor ainda, assim é porque também, eu não tive tempo, porque eu trabalhava. Todo o meu tempo foi trabalhando, [...] ... agora nesse tempo, eu acho que é melhor, a pessoa tem mais tempo ... [...] Mais maturidade, pra ensinar tudo bem mais direitinho. [...] quando eles eram pequenos, [...] eu batia neles... nem conversava ...

[...] Hoje ... eu crio minha netinha, ela tem 6 anos ... [...] ... não quero que grite com ela e nem bata ... porque eu acho que não é certo [...]. (Nigella)

E ainda, dentro da discussão do futuro dos familiares, o passado de abusos físicos e psicológicos parentais sofridos, a fizeram reconhecer que a criação sem violência física ou psicológica é ideal para os netos e bisnetos, como para as demais crianças. Questão defendida junto aos filhos e seus cônjuges, mesmo ocasionando confrontos diretos. Esse aspecto se posiciona como uma oportunidade de fazer diferente do que viveram ou do que executaram.

Sabe-se que, explicitamente, o papel de avó, tem importância para as idosas. Essa função auxilia o enriquecimento da identidade social e pessoal do indivíduo envelhecido. Ademais, identifica-se que ser avó integraliza o desejo para a criatividade, realização e competência e traz consistência e solidez a vida das mulheres (HODGSON, 1992; COX, 2000). Destaca-se que se a avó, dentre suas atribuições, tiver o cuidado com as crianças, associado a um forte relacionamento e à carência dos pais em transferir ou compartilhar a criação dos filhos, pode incitar um conflito de papéis na família (ATTIAS-DONFUT; SEGALIN, 2001; COUTRIM et al., 2006). Onde, assumir as responsabilidades de pai ou mãe (CARDOSO; BRITO, 2014) configura um *trade-off* na velhice, pois, aos avós cabe uma função muito delicada: serem aptos ajudar os netos, sem se apropriarem da posição dos pais; estar à disposição, mas, não perturbar; aconselhar, sem julgar; e não se comprometer em questões educativas, sem conflitar com as escolhas parentais (BILLÉ, 2002).

Alternativamente, se por um lado ser avó e participar do cuidado com os netos pode ser prazeroso para os idosos, por outro lado, a função de mãe (ou pai) pode transmitir descontentamento e decepção com os filhos. A partir daí, concebe-se que o papel de avó deve ser balanceado, no sentido de não ser compulsório e nem ser em tempo integral, com ênfase para a transferência de sentimentos e experiências às gerações subsequentes, e assim, possibilitar ao idoso obter sua completude e equilíbrio emocional (PAÚL, 2005). Logo, ser avó se relaciona ao construto de “Ser idoso” e, a conotação negativa ou positiva dependerá da influência e a extensão desse papel, e como ele interpretado pelos pais da criança.

Outrossim, percebe-se que dentre os possíveis motivos para a mudança de papéis na família e a desestruturação na identidade pessoal encontra-se a aposentadoria. Duas concepções principais podem explicar seus impactos. A **primeira** revela o recolhimento aos aposentos, o isolamento ao ambiente privado, não laboral, em que fomenta um contexto pejorativo que se correlaciona ao afastamento e a desocupação (CARLOS et al., 1998). Santos (1990) fala que o sistema capitalista foca na produção, desprezando o trabalhador, e a saída da vida laboral é a expressão da extinção do próprio sentido da vida, um tipo de óbito social, o

qual denigre o aposentado – homem ou mulher (SANTOS, 1990). Rodrigues (2000) previne que essa nova condição necessita de um preparo psicológico e social, que na grande maioria das pessoas não existe.

A associação do término da atividade profissional com a exclusão do ambiente laboral, tido como o alicerce da sociedade moderna, pode ser o motivador da dificuldade de absorção da nova realidade (RODRIGUES, 2000). Depreende-se, portanto, que a aposentadoria é uma etapa que origina adaptações, podendo suscitar aflição, tendo em conta, o grupo social de pertencimento. E o rompimento desse vínculo laboral pode interferir na identidade pessoal, posto que ausentar-se do mercado de trabalho influencia as relações outorgadas entre a pessoa e o sistema social (RODRIGUES et al., 2005). Rodrigues et al. (2005, p.58) assinalam que os desafios para o novo posicionamento podem causar desequilíbrio na saúde mental do indivíduo.

Além disso, outro aspecto é reconhecido e necessita de confrontação, a condição de ser idoso (RODRIGUES et al., 2005). Ser idoso em nossa civilização simboliza improdutividade, assim sendo, pode ser ignorado e desprezado (UVALDO, 1995). Com efeito, um encargo duplo a ser superado, necessitando do idoso um repensar em sua identificação individual, onde necessita refletir sobre si mesmo para se assumir ou se identificar com novas posições e, dessa forma, encontrar novos direcionamentos de vida, descobrindo novas formas de viver. E ao passo que, paralelamente, vivencia esse novo cenário, pode refletir sobre a mácula de sua inatividade na sociedade, tentando distinguir novos pontos de referência (RODRIGUES et al., 2005).

Pelas falas, a inatividade laboral pesa mais sobre os ombros dos homens, provavelmente, por, em geral, assumirem, antes da aposentadoria, uma única posição social. Conseqüentemente, a sensação de instabilidade em sua identidade pessoal se pronuncia, podendo causar introspecção, isolamento e confundimento, como já debatido. E ainda, problemas nos relacionamentos conjugais e familiares, podendo interferir, inclusive, na vida sexual do casal. Todavia, caso o idoso consiga superar esse impacto poderá visualizar os ganhos inerentes a sua nova posição e tempo disponível, assim sendo, usufruir da velhice com mais propriedade e sabor.

Alternativamente, essa interpretação negativa não é admissível pelas entrevistadas, para elas, a aposentadoria tem uma conotação otimista. Neste contexto, tem-se que a **segunda concepção** refere-se à jubilação, a qual transmite um entendimento associado a ganho, presente, gratificação e felicidade (CARLOS et al., 1998). Nessa compreensão as entrevistadas gozam da aposentadoria, sob o ideário que é um momento para se aproveitar,

nas quais as principais obrigações da vida adulta se desvaíram. Realça-se que essa visão pode estar associada aos múltiplos papéis assumidos pelas mulheres durante todo o ciclo vital – mãe, esposa, cuidadora, do lar e provedora -, portanto, não há grandes obstáculos para readequar-se a nova condição.

Então, as que podem, aproveitam o máximo, e dessa maneira, a capacidade de resiliência, a comparação do antes com o agora, entre outras razões, as motivam a diversificar suas atividades, investindo assim, em seu próprio bem-estar.

Pelas discussões dos GFs, observa-se outra alteração de papéis na vida familiar e conjugal na velhice: o homem idoso passa a assumir a função de ser cuidado, e a mulher idosa, por sua vez, deixa de ser mãe, amante e companheira, e passa a ser avó, cuidadora do companheiro e amiga.

*Aí você, passou mais a ser a mãe, a amiga, a companheira, a chata, entendeu?
(Acácia Branca).*

Nessa situação, o homem se apropria do papel antes assumido pelos filhos, demandando cuidados e atenção dantes dedicados às crianças e indivíduos frágeis da família. Sobre o assunto, Astromélia discorre:

*Ai me dê, toma aquilo. Um depende do outro. (risos). Eu ainda tenho um marido né.
(...) “Quer que faça o prato? (risos)”.*

Destaca-se que os papéis parentais não se dissipam, adaptam-se. O que finaliza com a autonomia dos filhos, por meio da saída da casa dos pais, na maioria das vezes, é a incumbência de provedores e cuidadores. Todavia, a função parental jamais deixará de existir (ERBOLATO, 2006), mas poderá ser ampliada pela função de avó ou avô, ou ainda, cuidador dos descendentes e agregados vulneráveis.

Retomando a questão da “dor da velhice”, distingue-se que as dores físicas causadas pelo desgaste natural biológico são de suma significância para o desempenho da sexualidade na pós-maturidade. Neste enquadramento, a dor crônica, caracterizada como enfermidade, invés de sintomas, pode ser fatal para a prática da sexualidade e QV.

Elementos como depressão, limitação física e funcional, falta de autonomia, isolamento social, alterações na sexualidade, modificações no ambiente familiar, instabilidade econômica, falta de esperança, desejo de morte, entre outros, relacionam-se ao cenário de dor crônica (PIMENTA, KOROZUMI; TEIXEIRA, 1997), no qual podem acarretar, em muitos casos, restrições comportamentais e alimentares, com a adoção de uma dieta rígida. Neste enquadramento, percebe-se que muitos dos aspectos relacionados pelos autores foram

elencados nos GFs, sendo assim, entende-se que em algum nível esses fatores influenciam a vivência na velhice, e como resultado, o “Ser idoso”.

Sob outro enfoque, algumas idosas entendem suas doenças crônicas como troféus e, quando uma delas as cita, as demais a seguem, em uma espécie de “competição de doenças”, caracterizando com isso um contrassenso, a julgar que essas doenças as limitam em algum aspecto. E apesar de encontrar citações semelhantes em estudos na literatura, não há destaque ou discussões sobre esse tópico, contudo, intui-se que essa visão pode representar as conquistas de uma vida - “feridas de guerra!?”. Nesse sentido, mesmo com todo o sofrimento motivado pelas morbidades crônicas e sem expectativa de cura, elas seguem firmes e vivendo. Dessa maneira, a maior vitória é estar viva e, quanto mais doenças e maior sua gravidade, mais vitoriosa ela se sentirá.

Eu 60 anos? Bom que tamo viva né? (risos) ... Tamo viva, mas é muita dorrr ... muita ... aparece muita coisa na vida da pessoa depois dos 60 ... é dor por aqui, é dor por acolá. [...]. (Crisântemo branco)

Pois doença, oi? Eu tenho três doenças crônicas. (Begônia)

Ahhh ... doença crônica, eu tenho! (Alyssum)

Sou diabética, sou hipertensa, tenho ... osteoporose e artrite até aqui. ... (Begônia)

Eu tenho artrose, artrite, osteoporose, tendinite (Alyssum)

Pior são as dores, eu acho que todo mundo passa por dores depois dos 60, sei lá, muito difícil uma pessoa não ter. Por isso que a gente tá aqui fazendo ginástica. Aí começa uma dor na coluna, uma dor num sei aonde ... [...] (Limonium)

Eu mesma me sinto até como ela disse, né? [...]. (Tango)

Eu acho assim, como ela disse das dores, se não fosse o problema de ossos, que eu tenho, que eu sinto dores, muito. Eu sinto dores 24 horas. [...]. (Angélica)

O de ruim, é que porque você sente dor por tudo que é canto! ... Por mais que você não queira você tem dor! Né!! (Flox)

Em contrapartida, apesar das dores, as idosas ainda permanecem ativas e usufruindo da vida, da família, da sexualidade, de tarefas rotineiras, de atividades de lazer e entretenimento – viagens, interações sociais, festas da terceira idade, etc. Assim, mostram-se entusiasmadas com a velhice, caracterizando uma capacidade de enfrentamento e superação dos momentos ruins e das condições físicas limitantes, conforme já discutido.

Mas, eu nem me importo. Quando tá inchado e doendo, aí que eu pulo, aí que eu brinco! Que vou para a bicicleta, aí que eu ... né? Não me entrego não [...] (Azaleia branca)

É, num é. Que faço tudo dentro de casa também... entendeu? Estou aqui também pra melhorar né. Pra fazer os exercícios para melhorar. E sexo também é normal também [...] (Astromélia)

[...] Antes das cinco já estou acordada, me levanto e vou caminhar, depois da caminhada ainda venho para cá fazer ginástica ... e aí vai, [...] ... e faço sempre coisas em casa, lavo louça, banheiro, tudo eu ... eu sempre tô, né, conectada quando paro é só para dormir... (risos) ... Graças a Deus! (Frésia)

Adicionalmente, no entendimento de algumas entrevistadas, essas dores ou a deterioração da condição física, têm como maior responsável a menopausa²⁴. Por conseguinte, a Saúde Sexual entra como fator influente na identidade de “Ser idoso”.

Evidencia-se que, tanto o climatério quanto a menopausa não são doenças, e sim, uma questão natural do corpo feminino. No qual grande quantidade de mulheres transita por ela sem maiores problemas e sem o uso de medicação. Outras, porém, manifestam sintomas de intensidade variável, e que são, frequentemente, passageiros (BRASIL, 2011). Pelos relatos infere-se que, a maioria apresentou mudanças nessa transição, consideradas por elas, negativas.

Não ... para mim foi meio ruim .. por que a saúde, depois da menopausa. Minha saúde ficou pior. [...] Depois de 50 anos. (Azaleia branca)

Pois eu não. Eu num tive menopausa. (Flor de amendoeira)

Eu ... assim, antes dos 60 ... de 40 para trás, eu me sentia mais elétrica, eu pulava, eu brincava, eu dançava, eu me animava. Hoje, eu me sinto mais cansada, mais dolorida e tudo ... (risos) ... parece que as coisas vai diminuindo ... para mim [...] A médica disse que é por causa da mudança dos hormônios. [...] Depois da menopausa, minha filha, parece que morreu um pouquinho de cada coisa ... eu acho. (Íris)

Realmente, dentre as manifestações que podem acontecer no climatério e menopausa, algumas são consequências da inesperada instabilidade hormonal e outras estão conectadas ao estado geral feminino e ao estilo de vida praticado até o momento. Além disso,

²⁴ Conceitua-se menopausa como o auge do climatério, que é a transição da vida reprodutiva para a etapa não reprodutiva, e equivale ao final da menstruação, efetivada somente após doze meses de seu acontecimento. Em média, ocorre aos 50 anos (BRASIL, 2011). Por sua vez, o climatério é o marco de uma sucessão de alterações denominadas síndrome climatérica, caracterizada por mudanças hormonais, transformações funcionais (distúrbios menstruais, sintomas vasomotores, calores); variações morfológicas (atrofia mamária e urogenital, alterações da pele e mucosas) e outras oscilações em sistemas hormônio-dependentes, como por exemplo, o cardiovascular e os ossos (FEBRASGO, 2010). Perdurando até os 65 anos de idade (BRASIL, 2011).

a representação que têm de si mesma, a função e convívio sociais, as perspectivas e o planejamento de vida também influenciam o surgimento e a força dos sinais (UNA-SUS/UFMA²⁵, 2012). A UNA-SUS/UFMA (2012, p. 74) alerta que a menopausa representa apenas, “[...] o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva e tampouco o fim da sexualidade.”. Costa e Gualda (2008, p. 84) adicionam que “na menopausa ocorrem modificações no corpo e na resposta sexual, mas o interesse pelo sexo existe, uma vez que a idade não dessexualiza a velhice”. As razões para o usufruto da sexualidade e da vida sexual, segundo as mesmas autoras, passam pelas questões psicológicas e culturais e a religiosidade. Gotter (2017) inclui também as referências sobre si mesma e a internalização desse conhecimento de acordo com sua própria subjetividade. Entretanto, algumas idosas certas debilidades físicas são consequências da pós-menopausa, e se é real ou imaginação não se pode apurar.

Vai se cansando. Depois da menopausa, minha filha, parece que morreu um pouquinho de cada coisa ... (Alyssum).

É... fica doente ... muita moleza, dá vontade de deitar. (Hortência).

Com base nisso, deixa-se de ser mulher após a menopausa, exprimindo doença, desânimo e depressão. Isso se pronuncia, entre outros, provavelmente, pela representação simbólica do sangue menstrual, associado ao período reprodutivo, e esse por sua vez, relacionar-se a maternidade e a identidade de ser mulher. Logo, a extinção da menstruação a desvincula do ser mulher (COSTA; GUALDA, 2008), perdendo com isso, a referência para si e na sociedade. De acordo com Costa e Gualda (2008), as idosas mergulham no ambiente da natureza e da cultura, na busca de expressões para conceituar sua nova função social, considerando a perda da aptidão reprodutiva. E quando essas são uteis para a família, o novo papel magnifica um aprimoramento da autoestima, assim sendo, também a QV.

Um fato há de se comentar, a referência da menopausa como influenciadora do bem-estar na velhice, comprova que a Saúde Sexual tem relação com o construto de “Ser idoso”, embora as entrevistadas não percebam essa ligação. Deduz-se com isso, que as mesmas desconhecem a definição de Saúde Sexual, associando a apenas a atividade sexual, ou seja, assimilam somente o radical “sex”.

Sob outro ângulo, mas no mesmo entendimento, as mulheres que encontraram um parceiro, mesmo apresentando sintomas depreciativos após a menopausa e ou depois de

²⁵ Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde / Universidade Federal do Maranhão.

péssimos relacionamentos, aparentam estar mais felizes e de bem com a sua idade. Quer dizer, as idosas que se oportunizaram voltar a exercer sua sexualidade adotam uma atitude mais positiva frente à velhice, apresentando-se com melhor perspectiva de futuro e presente. Neste ponto, entra na ribalta a superação e o otimismo.

Eu gosto assim ... É ... eu gosto assim ... dormir, se perfuma, tomo banho, se perfuma, escova a boca, os dois juntinho ali. Mesmo que teja fazendo calor, liga o ventilador no máximo, manda brasa, eu gosto assim, eu sou desse jeito. (Jasmim)

Bom para mim, depois dos 60. Aliás, depois dos 40 e poucos anos, eu vivi melhor. Porque depois que eu conheci meu parceiro, foi uma coisa boa na minha vida. Porque eu vivia em casa, só para trabalhar, [...], eu era dona da minha casa, era dona da minha vida. [...] Eu me assumia, com meus dois filhos. O marido tava em casa, mas foi beber. Aí eu assumi casa, assumi tudo. Aí depois que eu conheci ele, foi bom assim, porque, em parte, a gente saía para se divertir, para dançar.... [...] (Flor de amendoeira)

Em outra vertente, a adoção de uma rotina diária de atividades é percebida nas discussões como importante. De fato, estabelecer uma rotina diária, nessa fase, pode transmitir segurança e controle sobre a própria vida, mas, de maneira oposta o apego excessivo a rotina pode causar estresse, isolamento social e depressão, entre outros. Frisa-se que, para ser benéfica para o indivíduo mais velho, a rotina adotada deve conter atividades que não prejudiquem seu bem-estar e sua saúde, que não extrapole os limites individuais do corpo envelhecido. Adicionalmente, o acolhimento de uma rotina regular, especificamente, pelo idoso que mora sozinho, pode ser interpretada como artifício de segurança e precaução contra acidentes, principalmente, se envolver atividades e ou vivências com terceiros.

Diversas pesquisas associam uma rotina diária na velhice à institucionalização. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) têm rotinas, essencialmente, rígidas para os idosos internos, e até mesmo os externos, de forma a criar uma referência de vida para os mesmos. A literatura é escassa sobre o assunto, no que se refere a idosos autônomos e independentes, suspeita-se, no entanto, que estipular uma rotina diária pode ser um mecanismo de enfrentamento às mudanças já ocorridas nos âmbitos familiar, laboral e social. Portanto, uma tentativa de retomar “as rédeas” da sua própria vida.

Santos e Vaz (2013) relatam que o grupo idoso se esquivava de qualquer situação que possa modificar sua rotina, com receio do desconhecido, porém, ao se desvencilhar desse entrave, deparam-se com novas possibilidades, que podem melhorar sua QV e saúde, favorecendo, por sequência, a independência e a autonomia. Logo, o desafio é romper o hábito cotidiano.

Por fim, de uma forma geral, hipotetiza-se que para essas mulheres as alterações

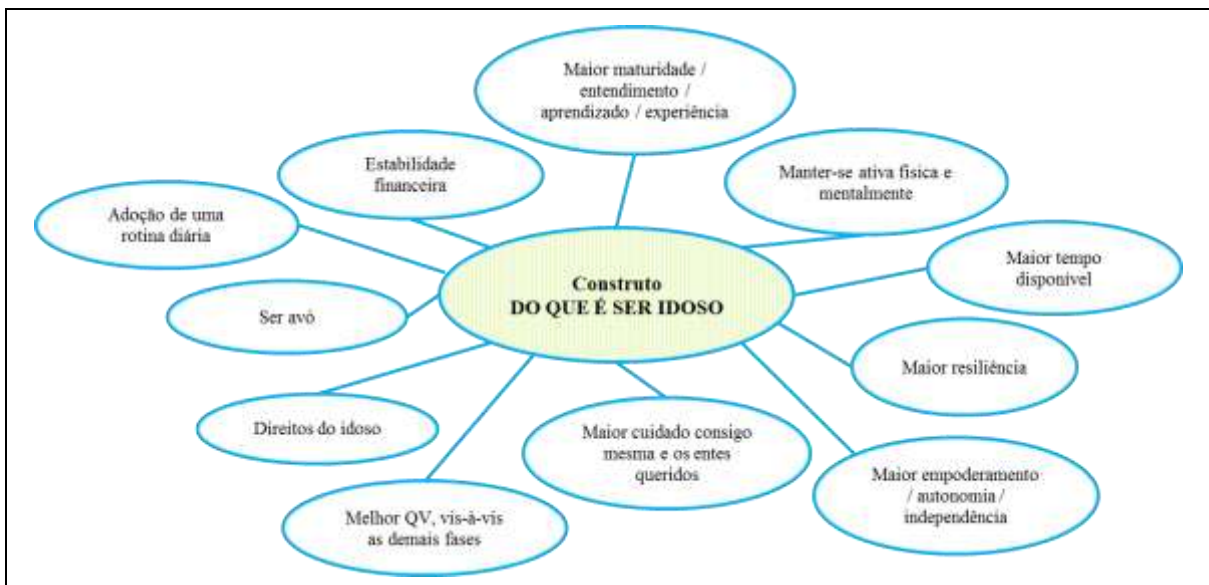
corporais, até o momento, são naturais; e a chegada aos 60, por vezes, comemorada, pois se conecta com as qualidades adquiridas no decorrer da vida, como por exemplo, amadurecimento, responsabilidade, poder de decisão, maior liberdade (fazer e falar) e estabilidade financeira.

A literatura atual está repleta de trabalhos que focam, exclusivamente, no lado negativo de envelhecer, mostrando que essa fase ainda se relaciona, fortemente, às condições físicas do indivíduo e sua estética corporal. Contudo, os aspectos positivos subjetivos da velhice pouco são discutidos.

A maior longevidade e o maior contingente de idosos forçarão a produção de trabalhos e estudos que debatam esses ganhos a partir dos 60, em que estratégias de enfrentamentos para as modificações no corpo, nos relacionamentos afetivos e sexuais, no ciclo social, no seio familiar e no mercado de trabalho devem ser difundidas, visto que o processo de envelhecimento populacional não contempla inversão em curto e em médio prazo.

Pelos achados dos GFs, estabelece-se dois esquemas no construto do que é “Ser idoso” na atual realidade dessas mulheres: um positivo e um negativo. O primeiro agrega os aspectos considerados bons, enquanto o segundo aglomera os fatores ruins presenciados. Ambas as estruturas podem ser vistas nas figuras 4 e 5. Salienta-se que alguns itens foram agrupados, por se tratar da mesma natureza.

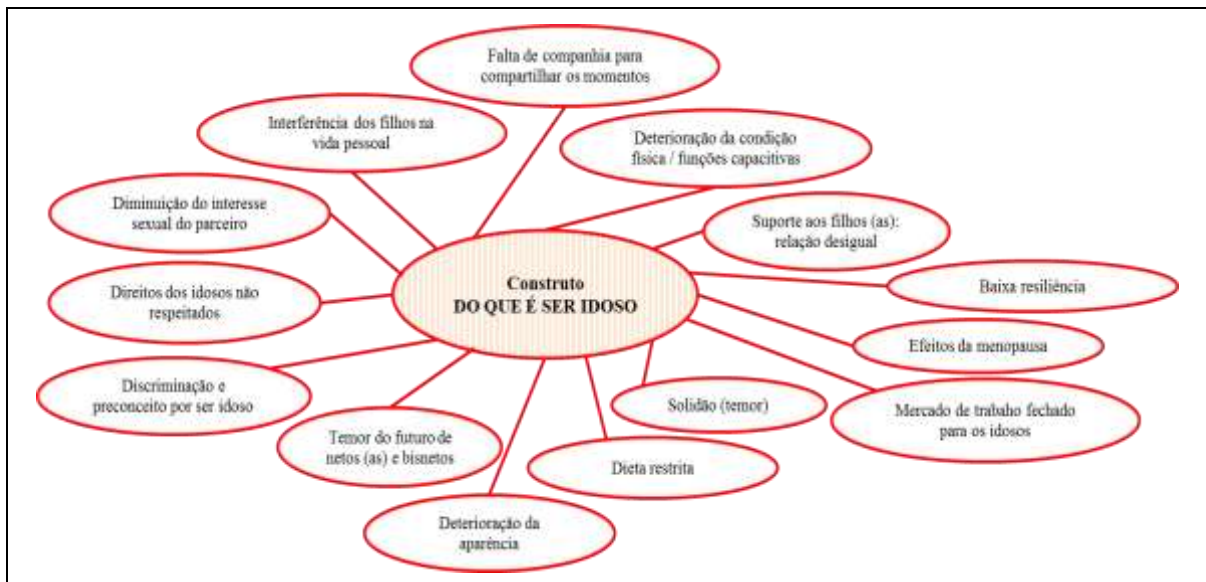
Figura 4 - Construto positivo do que é “Ser idoso” para a mulher idosa



Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

Na visão positiva de “Ser idoso”, os elementos apontados são os seguintes: *Maior tempo disponível*: para atividades voltadas ao maior bem-estar individual (lazer, diversão e entretenimento); *Estabilidade financeira*: BPC, pensão ou aposentadoria; *Maior empoderamento*: poder de decisão e escolha - falar e fazer o que deseja, e, ir e vir para onde queira; *Maior maturidade*: na escolha de amigos, atividades e relacionamentos; *Direitos do idoso*: gratuidade; preferências em filas e assentos, BPC, entradas francas em alguns eventos culturais, entre outros; *Maior resiliência*: para superar doenças e situações ruins; *Adoção de uma rotina diária*; *Manter-se ativa física e mentalmente*; *Maior cuidado consigo e com entes queridos*; *Ser avó*; e, *Melhor QV vis-à-vis as demais fases*.

Figura 5 - Construto negativo do que é “Ser idoso” para a mulher idosa



Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

Sob a ótica negativa, os componentes da identidade “Ser idoso” são: *Deterioração da condição física / funções capacitivas*: surgimento de dores pelo corpo, demora em se curar, maior cansaço, e, perda de equilíbrio - com maior propensão à quedas; *Surgimento de diversas doenças crônicas*; *Solidão*: temor e realidade; *Discriminação e preconceito por ser idoso*: por eles mesmos e pela sociedade; *Dieta restrita*; *Temor do futuro dos netos e bisnetos*; *Deterioração da aparência*: estética; o *mercado de trabalho fechado para os que se considerados ainda aptos* – empresas e pessoas ainda têm receio em contratar idosos, pelos cuidados que alguns necessitam dedicar à saúde, gerando ausências frequentes no ambiente de trabalho; *Efeitos da menopausa*; *Falta de companhia para compartilhar os momentos*; *Interferência dos filhos na vida pessoal*; *Suporte aos filhos*: relação desigual; *Baixa*

resiliência para enfrentar os sintomas das doenças e as situações negativas; *Diminuição do interesse sexual do parceiro*; e, *Direito dos idosos não respeitados*.

Observando as figuras 4 e 5 percebe-se que “Ser idoso” tem mais conotação negativa que positiva. Além disso, os itens negativos mencionados são bem mais específicos que os positivos, refletindo situações extremamente individuais. Contudo, os aspectos positivos são mais abrangentes, podendo comportar várias nuances não externalizadas pelas entrevistadas, afinal, as pessoas tendem a se lembrar com maior frequência de acontecimentos ruins, comparado aos fatos bons, logo, nesse caso, os aspectos negativos podem estar sobrepondo os positivos.

Para verificar se esses achados estão mais ligados ao sexo feminino e, assim, estabelecer uma comparação cerca a percepção, a próxima seção traz a ótica da identidade de “Ser idoso” sob o julgo dos homens idosos, usando para isso suas falas nas entrevistas semiestruturadas.

4.1.2 O homem idoso

De uma forma geral, os homens idosos entrevistados não percebem o início da velhice como um rito de passagem dos aspectos bons para os ruins, ou vice-versa. Para eles, ao contrário das idosas pesquisadas, não existe um marco pessoal, um evento que possa simbolizar essa transposição como, por exemplo, a presença de incapacidades ou mesmo o empoderamento. Contudo, entendem que, indubitavelmente, podem surgir doenças, isolamento e perda de autonomia, entre outros encargos negativos.

Sob uma perspectiva positiva, para alguns idosos, até o momento, a velhice se apresenta como uma época prazerosa, repleta de bem-estar, disposição e felicidade, em que não registram morbidades - tidas como normais para a idade avançada -, aborrecimentos e ou atritos familiares ou conjugais significativos.

Essa interpretação pode simbolizar três questões. A primeira se relaciona à percepção de que todos os ganhos adquiridos são superiores às perdas pronunciadas – e conhecidas. Nesse caso, não querem assimilar as limitações existentes, preferindo vivenciar a fase atual e esquecer os dissabores impostos. O segundo item diz respeito ao desfecho do confronto das condições de vida anteriores, na adultez, juventude e ou infância com a conjuntura vigente, os quais concluem estarem bem melhores agora do que outrora. Por fim, o sentimento de resignação com a vida, de imutabilidade, no qual têm ciência que com o avançar da idade é natural o surgimento de doenças incapacitantes, onde a deterioração física é progressiva e

irreversível, e apesar disso optam por viver intensamente, enquanto essas não se manifestam. Nesse sentido, ao contrário do senso comum que impõem a reclusão social e a dedicação exclusiva ao cuidado com netos, preferem curtir a vida, adotando uma postura socialmente participativa cujo foco é o seu bem-estar e de seu cônjuge. Tal reflexão pode ser vista nos depoimentos que se segue.

Não, eu não encontrei nada ruim. Nada. Pra mim tudo foi bom. Até hoje, com meus oitenta e um anos, eu tou achando que tou bem de vida! [...] Não, de jeito nenhum. Nem atrito, nem doença, nem aborrecimento. De jeito nenhum. [...] Têm pessoas que começam a ficar demente, outros começam a ter problemas de ossos e essas coisas, outros têm Alzheimer e nada disso, graças a deus, eu não senti. É natural acontecer, mas eu não tenho nada a reclamar até hoje. (Amendoim, 82 anos, casado)

[...] eu me sinto uma pessoa normal!! Eu não tenho nenhuma restrição na minha vida sexual, e pessoal. [...] Eu me sinto tão jovem, eu participo tão intensamente da vida que num [...] Eu não mudei nada. [...] As pessoas se ligam mais é ... a família, a cuidar de neto, essas coisas toda. [...] Pode ser que quando eu tenha neto, vou passear, aí eu faço isso aí. Por enquanto minha vida é normal, eu gosto de ir para noite, normalmente. Eu gosto de ir para minhas farras. Mas, sempre com minha veinha, viu? [...] tenho reuniões com amigos que são da nossa faixa etária [...]. (Ginseng, 69anos, casado)

Eu sei que eu vou ficar velho, tou ficando, mas assim mesmo eu adoro a minha idade porque se eu não tivesse a minha idade que eu tenho hoje eu não tava aqui nesse mundo, eu tinha partido pra outra. Então eu sou feliz por ter sessenta, setenta [...]. (Salsaparrilha, 66 anos, unido)

Adicionalmente, listam a experiência (ou maturidade) como uma dualidade: boa na velhice, mas, melhor se ocorresse na juventude. Revelando assim, a presença de alguns arrependimentos em fases anteriores em seus comportamentos.

[...] para mim um dos melhores aspectos é experiência. E os piores, é não ter tido a experiência lá na juventude [...]. (Ginseng, 69 anos, casado)

De outro modo, percebe-se também certa resistência em aceitar a velhice, o antagonismo no discurso de Salsaparrilha exemplifica bem essa dedução:

O melhor aspecto pra mim de sessenta anos, é eu me compreender porque eu tenho a minha idade, dou valor a minha idade, né, me sinto jovem. Com sessenta anos, mas me sinto jovem, meu espírito é jovem [...].

Ou seja, a compreensão de estar na velhice impõe à aceitação a nova etapa, embora exista a contradição do corpo envelhecido - marcas da maturidade conquistada - e uma “alma” jovial. Essa controvérsia do íntimo do idoso pode inibir de alguma maneira o desfrute dos ganhos da velhice, prejudicando o exercício da sexualidade, e por consequência, a QV.

Ademais, a existência de doenças crônicas, como por exemplo, o diabetes, também colabora para danificar as circunstâncias da pós-maturidade desses idosos e contribuem para a formação dessa ótica negativa da velhice.

[...] o de ruim mesmo foi eu saber que sou diabético. Tomar medicamento aí pra mim foi horrível!”.[...] É porque quando você começa a passar a ser a maior idade assim, já tem muita gente já diferencia você como ser um velho, querer abandonar, não ter contato com a gente. [...]. (Salsaparrilha, 66 anos, unido)

[...] Eu sei que pra mim, a minha vida ... de um certo tempo pra cá melhorou muito minha vida, graças a Deus. [...] Vai diminuindo... exatamente. A gente... não me faltou nada não, na minha casa, praticamente dos meus filhos... tem uns ainda, lá em casa eles moram tudo perto... chega lá em casa, mete a mão na geladeira, leva o que tem, pergunta nem de quem é nem nada, eu tenho... pra isso, sabe? Graças a Deus... [...] Tem muita coisa que aperta em cima da gente, é... dor no joelho, dor... a coluna... é aquele aí, sabe? [...]. (Mairapuama, 70 anos, casado)

Salienta-se a necessidade que alguns idosos têm de contato social com os mais jovens para se sentirem “vivos”. Esse convívio com juventude pode se caracterizar um mecanismo de convívio com a maior idade, pois pode proporcionar a redução da sensação de estar “velho”, muito embora, creiam que estar na velhice exprima uma conquista de vida e derrota da morte, logo deve ser exaltada.

Eu penso, eu me sinto, eu gosto de estar no meio de jovens conversando que é pra não ficar velho. [...] (Salsaparrilha, 66 anos, unido)

De outra parte, alguns idosos mencionam a liberdade após a aposentadoria e a conscientização da idade e suas limitações como elementos benéficos. O maior tempo vago após a vida laboral favorece não só a identidade de “Ser idoso” como também sua QV. Isso, aliado à compreensão das limitações da idade pode transformar a percepção das pessoas em relação a essa fase, aumentando os horizontes de possibilidades, em que os marcos físicos e biológicos podem ser estabelecidos e, a partir daí, aumentar a sensação de bem-estar.

Eu achei melhor porque eu não tou dando mais expediente. [...] Olha, o que eu acho pior é quando eu não posso pescar. A maré não deixa. [...] É, e eu gosto muito de pescar só. Gosto de pescar muito acompanhado não [...] É, quando eu não puder mais sozinho aí eu arranjo um companheiro pra permanecer direto [...] É, eu acho que fica mais preguiçoso. Tem uns que fica preguiçoso e se acomodar não é bom. [...]. (Almíscar, 65 anos, casado)

De ruim, nada de ruim me aconteceu, porque eu sou um homem preparado, faço hidroginástica três vezes por semana, caminho os outros três dias da semana, me alimento dentro das normas [...] Fecho a boca um pouco, não vou comer comidas pesadas, essa coisas, né? [...] Porque antes eu fazia tudo errado, comia toda qualidade de comida que vinha pela frente, hoje não posso mais. [...] Tudo light, né? [...] É isso que faz a pessoa depois de 60 anos tá sempre controlada, sempre evitando muitas coisas negativas, né? [...] A conscientização. Exatamente. Porque

se ele tem 60 anos [...] É! É necessário ele pensar assim, se ele não pensar assim ... vai dar errado para ele, né? (Caviar, 71 anos, unido)

A infância, que eu vivia jogando bola... depois eu fui ser vigilante aí num... Minha vida foi só trabalho mesmo. [...] Até agora pra mim não mudou nada. [...] O que muda, é... diminui né? Relações... [...] (Ostra, 61 anos, casado)

Outro aspecto identifica-se nas falas, que a falta de autonomia com o aumento da idade, a acomodação de algumas pessoas à medida que a idade avança (preguiça), a redução na quantidade de relações sexuais, a permanência na vida laboral por necessidade financeira – desequilíbrio econômico -, a restrição alimentar e a ponderação (limitação) comportamental constituem desafios na velhice para esses homens.

Destaca-se o discernimento dos entrevistados em manter-se ativo fisicamente, para não se deixar abater com o avançar da idade, e assim, não perecer prematuramente. Nesse caso, a atividade física é tida como um paliativo para combater a depressão, a ociosidade e a estagnação, motivadas pelo maior período livre e a maior idade.

Tem que procurar um exercício pra fazer, porque se você não procurar, cê morre mais rápido. "Atrofeia". (Almíscar, 65 anos, casado)

Apesar da controvérsia de seu real papel no envelhecimento (SILVA, 2007), Silva et al. (2010) esclarecem que, após os desafios iniciais de sua realização, a prática de exercícios físicos se converte em uma experiência prazerosa, com diversos benefícios a quem pratica. Viana (2003) acrescenta o autoconceito, a autoestima e a autoimagem como ganhos associados à atividade (SPIRDUSO; FRANCIS; MACRAE, 1995), que potencializam a QV, gerando sentimentos de satisfação pessoal, felicidade e bem-estar. Borges e Moreira (2009) declaram que a atividade física se configura como um instrumento positivo de incremento a QV dos idosos, por meio de estímulo às capacidades físicas e a autonomia na realização das tarefas diárias sem ajuda de terceiros. Ademais, “o sedentarismo pode ser, isoladamente, responsável por grave estado de limitação da saúde do idoso, mormente os mais longevos” (JACOB FILHO, 2006, p.74). Logo, pode-se deduzir que a atividade física favorece, não só a prevenção, como também o reestabelecimento da saúde por meio da aptidão física, possibilitando maiores níveis de independência e autonomia para as AVDs (PINHEIRO, FREITAS; CORSO, 2004). Adicionalmente, a manutenção da atividade física na maior idade, fomenta o exercício da maior longevidade sexual, tendo em vista, a maior sensação de bem-estar provocada e hormônios liberados, podendo assim, viabilizar a maior prática sexual.

Leite e colegas (2012, p. 489) em um estudo sobre qualidade de vida e nível cognitivo dos integrantes de grupos de convivência, corroborando o trabalho de Oliveira,

Pivoto e Viana (2009), estabelecem a importância da atividade física para os idosos, segundo eles:

No domínio relativo à atividade física, que avalia limitações para a realização de atividades de vida diária e seu impacto na vida do idoso, o estudo evidencia resultado similar a outro estudo, que aponta a importância da participação em atividades físicas, pois estas promovem a liberação de hormônios que induzem excitação física e mental e bom humor, mediando os batimentos cardíacos, a pressão sanguínea, a taxa de conversão de glicogênio em glicose para energia, entre outros, proporcionando, por conseguinte, benefícios físicos. Além disso, os idosos referem melhor percepção de si e de suas potencialidades, tornam-se mais capazes, ativos e interessados nas tarefas do cotidiano.

Na atualidade, percebe-se que esse conhecimento é absorvido por grande parte da sociedade, podendo ser encontrado em alguns idosos, haja vista, que a pessoa mais velha de hoje é mais ativa fisicamente e socialmente, com um melhoramento palpável de sua condição física e estética, se comparado à de outras épocas. A fala a seguir reflete o exposto.

Hoje, o idoso está mais ativo, ele está mais ativo, ele já se preocupa mais, em virtude de ter mais conhecimento. Antigamente não. Hoje você vê uma pessoa de 60 anos, que você não dá 60 anos, né? (Caracu com ovo, 68 anos, casado)

A partir desse ponto, nota-se, nesse segmento, um maior investimento no bem-estar, possivelmente, no empenho de extrair o estigma da velhice, antes associada à decadência do organismo e da aparência. Seja pelas melhores condições físicas, seja pelo maior anseio de manter-se apto fisicamente, entre outros, é fácil diariamente ver dezenas de idosos se exercitando pelas avenidas e nas academias do País. Corroborando assim, as reflexões dos autores citados anteriormente sobre os benefícios da atividade física na velhice.

Em outro direcionamento, a instabilidade (ou dificuldade) financeira é mencionada pelos entrevistados como maléfica à boa vivência na velhice, a julgar que os impede de concretizar algum desejo ou meta idealizados, causando um sentimento de derrota, pois indica a impossibilidade de atingir esses ideais devido à idade avançada.

Na mesma linha depreciativa, a identidade “Ser idoso”, com base nas entrevistas, também pode ser afetada negativamente pelos seguintes elementos: desrespeito ao idoso e seu próximo; a sensação de impotência física em atividades que realizava antes – “o peso da idade” -; e, o maior surgimento de doenças.

As coisas vão ficando cada vez mais difícil pra pessoa idosa. [...] É.. se ele não trabalha, fica difícil, e se trabalha também se torna difícil porque por onde cê vai passando, mais dificuldade vai... vai.. vão chegando, entendeu? São essas coisas que vão atrapalhando, você num fica satisfeito, entendeu? Que com a idade, você... muitas coisas você não atinge aquilo que você quer, que você almeja, entendeu? Somente. [...] No caso... em termo físico, por um lado, é... [...]que todo mundo quer tirar uma cerinha em cima do pequeno e ... do idoso. Hoje ninguém respeita

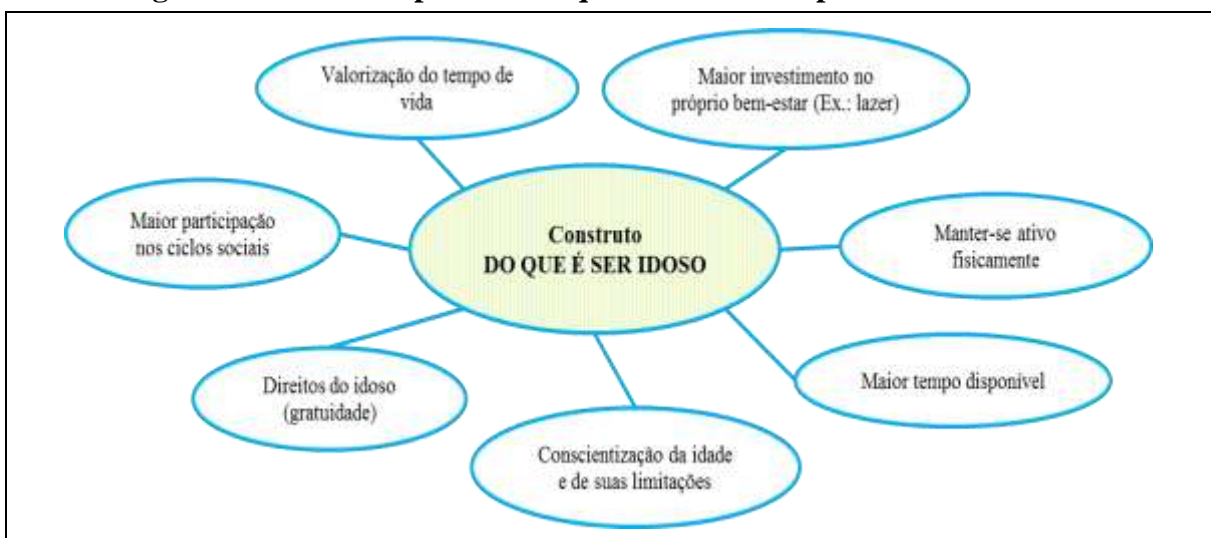
ninguém. [...] tem o fi de fulano que mora lá vem perturbar, no sábado e domingo liga o som, estoura os ouvido, é preciso dá grito “ei, ei tá estourando aqui”... [...] Bom... é só você sentir que não tá mais com aquela firmeza como era antes de idade até 50... até 60 anos, você se sente um homem realmente que te quer pra tudo. E depois de 60, 61, 62 em diante você não consegue, aí vai ficando mais diferente, aparece dor nos rins, aparece isso aparece aquilo outro, aparece outros problemas [...] (Gengibre, 73 anos, casado)

Alternativamente, os direitos dos idosos são favorecedores do bem-estar na velhice, uma vez que os empoderam, como já debatido nos GFs. Os relatos a seguir representam essas conclusões.

Me sinto bem. Graças a Deus! Até agora né, [...] até agora tá normal. [...] Positivo é só porque eu peguei o cartão do idoso. (risos) ... tava esperando chegar. [...] As maiores mudanças é porque ele já vai sentindo o peso da idade, né? Já vai sentindo. E a partir de agora, como diz o baiano “tem que ser tudo ... pianinha, devagar”. Tudo menos, sexo. (Congro, 60 anos, casado)

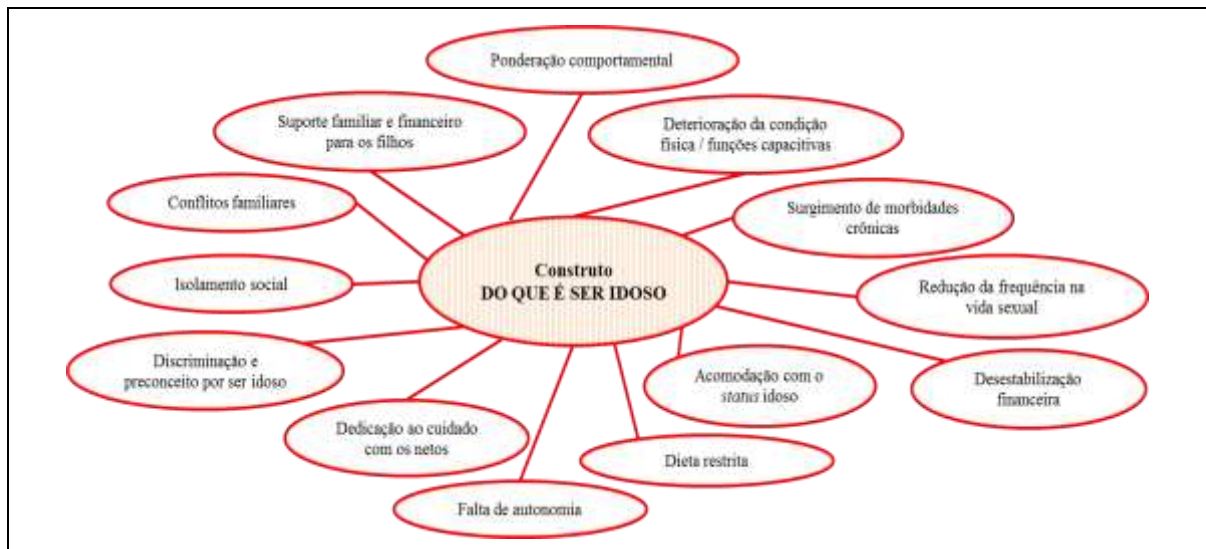
Apesar de a velhice ser um momento de adaptações e desafios, como a maioria das situações existe fatores positivos e negativos. No caso dos entrevistados, isso não é diferente. Diante dos componentes elencados nas entrevistas e sintetizados nas figuras 6 e 7, deduz-se que, predominantemente, existe uma conotação negativa da velhice, quando consideramos a quantidade de componentes selecionados. Salienta-se, porém, que essa visão negativa pode estar se sobressaindo em virtude da tendência de algumas pessoas de intensificá-la, ao contrário dos fatores positivos que tendem a ser mais gerais, podendo conter dentro de cada item especificidades não mencionadas.

Figura 6 - Construto positivo do que é “Ser idoso” para o homem idoso



Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

Figura 7 - Construto negativo do que é “Ser idoso” para o homem idoso



Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

Desse modo, ao observar as figuras 6 e 7, percebe-se que “Ser idoso” para esses homens, em uma tendência negativa se liga, basicamente, a *deterioração da capacidade física e da saúde*, com a *perda da autonomia, potência e vitalidade*. Questões que acarretam dependência, redução da frequência sexual e inatividade, entre outros.

Em um aspecto positivo, a manutenção das condições físicas se apresenta de extrema relevância para “Ser idoso”. Além disso, a associação da prática de atividades voltadas ao bem-estar individual, com usufruto do maior tempo disponível, também se insere no construto positivo dessa identidade. Salienta-se que as falas dos homens idosos refletem suas próprias experiências e desejos prementes, muito mais do que as idosas dos GFs, retratando com isso, as particularidades tidas como fundamentais em “Ser idoso”.

Para contextualizar os achados na sexualidade e os cuidados preventivos às ISTs, a próxima seção apresenta as análises a cerca desses temas, usando para isso a mesma sequência adotada neste tópico.

4.2 SAÚDE SEXUAL: SEXUALIDADE E CUIDADOS PREVENTIVOS ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sabendo-se da interlocução da sexualidade com a existência de relacionamento, esse item se subdivide em dois subtemas: Relacionamento e sexualidade na velhice e, Cuidados preventivos às ISTs após os 60 anos. No primeiro subtema, procura-se desvendar se os padrões de relacionamentos sofrem alterações na velhice e como esses se relacionam à Saúde Sexual e a identidade de “Ser idoso”. Enquanto o segundo, debate sobre a multiplicidade de

parcerias e a falta de uso da camisinha, os dois principais comportamentos de risco às ISTs. Portanto, o objetivo dessa parte é realizar um paralelo entre a identidade de “Ser idoso”, no contexto atual das mudanças demográficas, com a Saúde Sexual, especificamente, referente à sexualidade e aos cuidados preventivos, usando para isso os resultados das discussões e entrevistas semiestruturadas.

4.2.1 Relacionamentos e sexualidade na velhice

Esta seção separa em tópicos as visões femininas e masculinas sobre os padrões de envolvimento amorosos e sexuais, identificando prováveis fatores influenciadores, relacionados a comportamentos e atitudes na velhice. Destaca-se que as análises são acompanhadas por falas, para exemplificar e reforçar as interpretações, e para sintetizar os resultados, um quadro resumo, contendo os dois pontos de vista, é mostrado ao final de cada sessão subtemática.

4.2.1.1 A visão feminina

Notoriamente, a maioria das mulheres associa a prática sexual à existência de um relacionamento e, por consequência, ao exercício da sexualidade e os cuidados necessários para prevenir as ISTs. A fala de Flox espelha essa máxima:

Mas ... quer sexo, quer sexo. Tem que namorar primeiro, conhecer a pessoa para poder sair. Não, você conhecer no mesmo dia e pam ...

Dentre as mudanças ocorridas nos relacionamentos na velhice, observa-se de imediato certa intolerância para com os parceiros. Os vícios e manias presentes durante as fases anteriores da vida, não são tão admitidos e aceitos na etapa atual. De certo modo, o encantamento e as amarras acabaram e algumas idosas não se sentem mais “obrigadas” a suportar determinadas situações. Com isso, percebe-se um maior empoderamento feminino e individuação, com uma provável decadência do papel do homem como “chefe da família”, detentor soberano do lar. Os relatos a seguir podem exemplificar essa interpretação.

[...] quando estou com uma pessoa, que vacilou mando pegar o beco. (risos). É ... De aguentar abuso de homem. Não é comigo não. [...] Deu bobeira se pegar numa mentira, pegar numa coisinha, “Amigo pegue o beco logo ... !”, [...]. Não acreditar em negócio de homem, mentira, num sei o quê não dá para mim não. (Miosótis)

Eu também sou desse jeito, também. (Flor de lótus)

*Não faz falta, porque eu prefiro tá passeando, do que tá lavando cueca. (risos)
(Tango)*

Tem horas que eu quero ficar só ...” Homem vai lá... vá lá pra uma praia, vá ficar lá em baixo!” [...] Não, não. Eu sempre fui assim. Eu nunca gostei de homem em casa. [...] Eu nunca gostei de homem 24 horas dentro casa. Eu quero ele em casa na hora almoçar, na hora de dormir, e pronto. Para num me preocupar a noite, onde é que ele anda. Até com os meus filhos mesmo. [...] Eu sempre gostei de fazer as minhas coisas. Ele faz tudinho. Tudo ele faz. Ele varre casa, quando ele quer, passa pano, ele faz o café da manhã. E .. eu vou só tomar na mesa, às vezes eu fico até deitada. Ele faz. Mas, tem que ser do jeito, que ele vai comer ... tem que ser do jeito que ele gosta. E eu também tenho que comer o que ele gosta, sabe? [...] (Flor de amendoeira)

Nota-se, daí, que a desestruturação da função masculina e o conseqüente empoderamento feminino na velhice podem ter como causas prováveis: a aposentadoria masculina (nessa geração, geralmente, o único provedor da família é o homem), o direito ao BPC – usufruído pela maior parte das idosas -, e a saída dos filhos do seio familiar. Por esse motivo, nota-se que a maior beneficiada dessas mudanças é a mulher, pois esses aspectos, via de regra, as privilegia. Em contraste, o homem idoso pode ter perdido a posição de comando na família, instalando-se em um papel mais modesto, perdendo a referência de si mesmo, isolando-se dentro do próprio lar, com pouco contato social e familiar, e como resultado, gerando conflitos com o cônjuge, em uma espécie de disputa de território.

Olha, você sabe que meu esposo, ele ... não gosta de passear. Ele gosta muito de viver em casa. (Acácia Branca)

A rivalidade visualizada nas discussões pode estar associada à “invasão” do espaço doméstico pelo homem aposentado, afinal, esse ambiente antes era ocupado quase que, exclusivamente, por elas. Nessa situação, a harmonia conjugal e familiar pode ficar comprometida, tendo em vista que esse novo arranjo não foi acordado.

“Se você fizer uma vitamina, você tome. Mas deixe a minha inteira, é bem melhor. Para mim é melhor.”. [...] Aí eu boto as minhas coisas, boto a minha aveia [...] ele bota muita coisa no suco, entendeu? (Flor de amendoeira)

Em outro contexto, apura-se que um dos aspectos positivos da presença de um companheiro dentro de casa é a ajuda em superar a solidão e o vazio deixado pela partida da prole do seio familiar, quer pela divisão de tarefas domésticas quer pela companhia, essa razão as impele resignar-se com uma possível inatividade (ou desinteresse) sexual e a violação de seu espaço conjugal. A fala de Papolla descreve essa reflexão:

Pronto, agora mesmo o meu filho [...] parece que já tá querendo se juntar mais ela (a namorada), se eu num tivesse um companheiro, eu ia ficar sozinha.

Neste cenário, o exercício da sexualidade e a frequência das relações sexuais diminuem, ocasionando desconexão entre os casais e, frequentemente, insatisfação sexual entre as idosas. Se por um lado, algumas se resignam, por outro, algumas sofrem problemas com a rejeição do companheiro, e na tentativa de suprir essa carência sexual e afetiva, umas se concentram em atividades de lazer e entretenimento – viajar e participar de grupos da maior idade, por exemplo –, e outras, dedicam-se, quase que exclusivamente, à família e aos agregados, na busca de outros sentimentos e particularidades das relações sociais. As discussões abaixo podem exemplificar o fato.

É 80 ano, meu marido ainda tá tem uns que não fazem nada ... [...] Não um sexo normal, como sexo de uma pessoa jovem ... mas, tem uma vida sexual. (Gérbera)

É mais companheirismo do que sexo. [...] (Alteia)

Sexo para mim, ele é um complemento só. Se abraçar, se beijar e também ficar pegado junto, Eu não gosto. Mas eu não acho que muda muita coisa não. Agora que ... a mulher de hoje em dia, ela da terceira idade ... ela é mais exigente, ela passa a ser mais exigente. Porque os homens minha filha tá uma benção! Eles não estão querendo nada, aí não adianta. É melhor só do que mal acompanhada. [...] Eu acredito também quem é casada, [...], também tem que, tem que renunciar alguma coisa. Não é tudo. Para poder conviver bem. (Amarílis)

Pires (2006) comenta que dentre as causas para o “óbito” sexual se encontra a exaustão emocional, motivada por problemas conjugais, onde as decepções, tristeza, medo e rejeição atrapalham a atividade sexual. Aparentemente, esse é um dos motivos que leva a entrevistada Acácia Branca a “desistir”, em alguns momentos, de manter relações sexuais com o esposo, mesmo querendo.

Aí assim, na sexualidade muda sim, realmente. Mas é [...] ... tem a ver com a procura ... os 2. Se você não procura, [...] ... aí vai deixando cair no esquecimento. [...] Se me procurar tudo bem, eu aceito, a gente vai fazer sexo quando puder, e se não puder, eu mesmo digo assim: “Omi, vai dormir! Eu quero dormir em paz. Hoje eu num tô com saco não”. (risos). (Acácia branca)

E a fadiga emocional gerada pelo desgaste cotidiano de atitudes como: falta de atenção, de carinho, de conversação e de interação, afora a rejeição em momentos que ela deseja ter relação sexual, deteriora a vida sexual desse casal, sendo assim, sua Saúde Sexual também pode estar comprometida.

Por que o homem é muito egoísta. O ser humano, o homem, ele é muito egoísta. A mulher é muito mais detalhista. Ele tá muito visando o eu, o ele, né. O eu. Então, se preocupa em ver o futebol dele, se preocupa em ficar no computador [...] (Acácia Branca).

A autora enumera ainda mais três motivadores para a “finalização” do desejo sexual na velhice. O primeiro se liga à deseducação e ou aos costumes sociais que, prematuramente, desencadeiam o desinteresse feminino na prática sexual. O segundo se conecta a visão pejorativa e conflitante, na qual a atividade sexual é um martírio e o término dela deve ser celebrado (PIRES, 2006), sob essa perspectiva, as idosas devem sentir-se “gratas” e “afortunadas”. Lembra-se que essa atitude é aprovada socialmente, em que a mulher idosa é a “coitada” e merece descanso, pois sua “função” marital já foi cumprida, afinal, já se teve e criou seus filhos. Essa máxima pode ser visualizada na fala de Flox.

[...] meu pai e minha mãe, [...] ... eu acompanhei assim, a vida sexual. Ele sempre queria! E ela eu tinha peninha dela, do jeitinho ele era medonho, sabe?! Ele sempre queria eu, eu dava conselho a ele! Eu dizia: “painho, não faça isso não! Por que mãe já tá velhinha, né ...” [...].

Por fim, o terceiro motor é a constância imutável da atividade sexual do casal. Em outras palavras, condutas sexuais repetitivas causam o tédio e a monotonia. Alguns casais insistem em práticas sexuais rotineiras – seja por comodismo ou desinteresse -, e a falta de inovação pode gerar relacionamentos extraconjugais, separações, entre outros desgastes (PIRES, 2006).

Com base nos depoimentos das participantes, sugere-se mais um elemento, a fidelidade e o respeito que as mesmas têm pelos companheiros, embora esses estejam em inatividade sexual devido a enfermidades, que os incapacitam física e ou psicologicamente para o ato sexual. Para essas idosas, três das 36 entrevistadas (TAB F1, APÊNDICE F), o relacionamento supera a atividade sexual conjugal, sentindo-se condicionadas a submeter-se a “morte” sexual antecipada (e talvez, temporária), enquanto o parceiro for vivo, e, nesse ínterim, o sexo é substituído pelo companheirismo, cuidado, afeto, carinho e amor.

Outro fator deve-se mencionar o mito da rejeição feminina. Segundo Pires (2006), essa concepção se relaciona a estímulos errados e insatisfatórios dos companheiros, que as fazem relacionar o sexo a algo mecânico e ruim, impossibilitando, na maioria das vezes, que atinjam o clímax. A despeito dessa assertiva, percebe-se que, se em algum momento isso ocorreu, algumas idosas já superaram e se reinventaram como mulher, esquecendo os aspectos ruins e concentraram-se nos bons, voltando assim a exercer sua sexualidade.

Acho que para mim, parece que eu comecei a fazer agora. Porque antigamente, num sei lá, como era ... (riso nervoso) [...] Agora é sexo mesmo, antes ela fazia papai-e-mamãe, diga aí ... (risos) (Íris)

Não sabia o que fazia nera²⁶? (Crisântemo branco)

Você adquire mais conhecimento depois dos 60. (Hortência)

Pires (2003), em sua pesquisa entre idosas, encontrou resultados similares. A autora deparou com mulheres enérgicas e fogosas, que em momento algum, lembra as velhas “rabugentas” ou “megeras” assexuadas do dito popular. Revelando que apesar de algumas, terem sido reprimidas sexualmente na juventude – repressão associada aos tabus e preconceitos a respeito da sexualidade da idosa -, ou em outro instante de tempo; elas se mostraram sensíveis, se negando a aceitar os adjetivos pejorativos que a sociedade as impôs: velhas, improdutivas, decadentes, andrógenas e assexuadas.

Frisa-se que, ao contrário que a sociedade preconiza sobre as mulheres idosas, nem o tempo, nem a menopausa e nem o gênero inibem o contato sexual entre os pares, e muito menos acaba a libido feminina. Motta (1998, p. 25) assegura que a sociedade considera que “a mulher, ao entrar na velhice deixa de ser mulher para ser velha (termo neutro).”, ou seja, é inimaginável para nossa cultura (PIRES, 2006), tradicionalmente machista, que “por baixo de uma combinação, um sapato Anabela com furinho no dedo, meias grossas e xale, suspensórios, lenços e cuecas samba-canção existem corpos *calientes*, cheios de desejos e de vida.” (FRAIMAN, 1994, p. 185).

A partir desta tese, pode-se afirmar que para algumas idosas, independentemente de terem um parceiro sexual fixo, mostram-se desejosas de afeto, carinho, atenção e sexo, onde a baixa libido associada a seu gênero e idade pode representar um empoderamento, a julgar que, hoje, sabem: “O quê”, “Como”, “Com quem” e “Quando” querem ter uma relação sexual. Nesse ponto, ver-se que a sensação de obrigatoriedade de manter relação sexual, com a qual foram criadas e doutrinadas, se acaba, principalmente, no âmbito de um casamento. Essa visão pode ser vista nos relatos que se seguem.

Não vou dizer a você que, porque eu tenho 63 anos, se aparecer um cara que eu simpatize, eu não queira. Eu quero! Agora também para tá só amolando ... [...] Eu num tô morta! Eu sinto a mesma coisa que antigamente. Mesmo as coisas mudando o corpo se transformando, se olhando no espelho. (Lírio)

[...] às vezes a mulher quer, o caba²⁷ não quer. [...] E se a mulher for fogosa, dá molesta! (Jasmim)

Eu sou uma pessoa normal, [...], se eu tiver quieta, eu passo e mais tempo sem agora ninguém mexeu comigo ... (risos) (Miosótis)

²⁶ É uma expressão coloquial que significa: Não era.

²⁷ Abreviação de “cabra”, que em sentido figurativo é homem.

Se num tiver adoece. [...] Sim ... é porque a mulher precisa de ter ... é ... um companheiro, né? Precisa de ter um companheiro ... [...] (Papolla)

No mesmo entendimento, verifica-se que as idosas que se permitem ousar (ou relaxar) entre as quatro paredes conjugais, não se limitando a uma rotina sexual, podem enxergar novas possibilidades do corpo e do relacionamento, acarretando uma melhoria na vida sexual do casal após os 60 anos.

Entre outras razões para essa mudança, cita-se à maior experiência adquirida durante o tempo de convivência, em que cada um procurou conhecer as maneiras de proporcionar prazer ao outro, permitindo experimentar outras formas de amar, podendo significar um novo começo para sua vida íntima e, desse modo, a sexualidade na maior idade se pronuncia como um possível determinante da QV e do bem-estar individual.

Acho que para mim, parece que eu comecei a fazer agora [...] (Íris)

Outro aspecto é necessário se discutir, a discriminação que algumas mulheres idosas sofrem por sua “fogosidade” sexual. Muitas vezes, para algumas idosas e para sociedade, o desejo e a vivacidade em ter relações sexuais na medida em que se envelhece, especialmente, das mulheres idosas, pode representar uma doença, sendo sinônimo de comportamento inadequado, levando àquelas que ainda sentem desejo sexual a serem coibidas a procurar serviços médicos para verificar sua condição clínica. No entanto, ter apetite sexual depois da menopausa não é considerado enfermidade, como bem proferiu o médico para Jasmim, uma das participantes dos GFs que buscou o serviço médico, após colegas e amigas insistirem bastante, em virtude de seu entusiasmo por sexo: “Não, a senhora tem é Saúde, Saúde!”.

Toscano e Goldenberg (1992) revelam que, culturalmente, a libido feminina era inexistente, e se por acaso existisse, deveria ser sufocada, sendo “permitida”, ponderadamente, somente em um cenário limitado.

Para os autores, existem duas visões sobre o impulso sexual feminino. Na primeira, a “mulher fogosa”, sexualmente ativa e exigente, era confundida com a “mulher da rua”, a prostituta, já na segunda interpretação, a “mulher de casa” deveria ser santa, ou melhor, assexuada (TOSCANO; GOLDENBERG, 1992). Nos dias atuais, segundo Nascimento (2011), o termo “mulher da rua” adaptado para idosas é “viúva alegre”. Esse pensamento rotula, afasta e ou limita a vida sexual das mulheres idosas que querem exercer livremente sua sexualidade. Pires (2006, p. 4) reforçando este entendimento, conclui:

A mulher velha que foge a essas regras é considerada, muitas vezes, pela nossa sociedade preconceituosa como velha “assanhada” e “sapecá”, outras vezes é uma

velha “gagá”. Somos tão negativos em relação ao sexo após a idade avançada que acreditamos que o que seria sensualidade para a uma jovem, pode ser libertinagem para uma velha.

Por conseguinte, essa visão negativa e estereotipada inflige as idosas à sensação que não devem deixar transparecer seus sentimentos íntimos, pois lhes é impedido experimentar excitação e paixão – permitidas somente para o marido, quadro que apresenta uma forte motivação religiosa (NASCIMENTO, 2011). Nesse sentido, algumas participantes dos GFs podem temer ou estar envergonhadas de divulgar que sentem desejos sexuais. Afinal, o receio de represálias, principalmente, as que não têm no momento um parceiro sexual, é muito forte nessa fase da vida, revelando influência do contexto cultural na sexualidade dessas idosas.

Sob outra ótica, Butler e Lewis (1985) defendem que as mulheres mais velhas que querem e apreciam uma vida sexual ativa carecem ser incentivadas e respaldadas, devendo ser ofertadas informações úteis e um tratamento apropriado na existência de algum problema médico, porque “cada um de nós tem o direito de viver a vida que se considera mais satisfatória” (BUTLER; LEWIS, 1985, p.17), estando incluso aí, segundo os mesmos autores, os direitos sexuais como direitos humanos para as mulheres que estão na velhice.

Esse painel coloca por terra a premissa da inexistência de libido feminino depois da menopausa e após os 60 anos. Todavia, algumas idosas podem ter o *timer* diferente do companheiro e “fogem” de uma relação sexual conjugal, quando o parceiro quer, oferecendo várias desculpas. Como por exemplo, que estão cansadas:

*“Cansaço ... “Eu tô com sono demais ...! Deus do céu, deixe isso para amanhã!”
[...] E quando a gente chama, ele já tá dormindo ... aí pronto! Ai dá certinho!
(Lobília).*

Sobre o assunto, Fernandes, Soares e Sobreira (1995) assinalam que algumas mulheres na etapa da maturidade, sem que pese a possibilidade de gravidez, desinibem-se sexualmente, aumentando sua libido. Por outro lado, outras, sentem-se desmotivadas para a atividade sexual, usando a velhice, o cansaço e a obrigatoriedade de manter relações sexuais com o parceiro como justificativas.

Realça-se que o desejo sexual, dessas mulheres, também pode estar sofrendo influência de outros fatores não mensurados, ditos ou investigados. Contudo, alterações nos âmbitos físicos e psicológicos relativos ao sexo, na ausência de morbidades ou efeitos adversos de alguma medicação, não costumam trazer entraves sexuais nessa fase vital da mulher (FERNANDES, SOARES; SOBREIRA, 1995).

Em contraste, algumas idosas adotam a perspectiva de óbito sexual (e ou redução da

libido), pois se sentem desmotivadas e desanimadas em praticar sexo. Como motivo, as mesmas sugerem a histerectomia ou a chegada da menopausa – razão que pode ser real ou imaginária, e estar associada à crença popular da assexualidade na velhice e no papel da mulher somente como reprodutora.

Tem gente que diz assim ... [...] ... que você não vê mais a menstruação, é porque você virou homem. Porque num menstrua mais, virou homem. Aí diz que aquela ... aquela ... ouforia de ... de sexo, apaga.. (Bromélia)

[...] Eu tenho o meu marido, né? Uma vontade ... aquela loucura toda, depois, aí começou um sangramento, sangramento, fiz histerectomia. Pronto, acabo a mulher. Me mato ... [...] Porque se eu fizer hoje ... amanhã ... eu já num quero. Faz com um mês ... dois ... pra mim é a mesma coisa. Só que num é aquela coisa quando a gente era nova. (Camélia Rosada)

Além disso, outro aspecto entra voga, as mulheres que se permitiram relacionar amorosamente na velhice têm uma visão contrária de algumas idosas unidas maritalmente ou com uniões antigas. Para elas, um envolvimento amoroso/sexual não pressupõe casamento ou matrimônio, mas sim, uma “união de namorados”.

Um ponto de vista diferente, pois o papel assumido pelo novo companheiro não é de esposo ou marido, mas sim de namorado. Logo, goza-se da convivência no mesmo teto – ou não -, e das atividades e sentimentos inerentes a namorados – não tão presentes em uniões antigas -, tais como: passeios, presentes, viagens, saídas noturnas para dançar e etc. Santana e Belchior (2013) dizem que fora os aspectos desfavoráveis, o preconceito e a discriminação existentes na sociedade, namorar na velhice tem muito significado para os indivíduos. Aviva-se que qualquer faixa etária é momento de viver, exprimir a individualidade dentro do coletivo (MONTEIRO, 2006), pois, o “afeto, o amor, a intimidade, o sexo são elementos de valor essencial para a tessitura da vida.” (SANTANA; BELCHIOR, 2013, p. 109). Neste panorama, no semblante dessas idosas, é perceptível a felicidade e o bem-estar em permanecer nesse tipo de arranjo amoroso. De outra maneira, quando essa sensação diminui e não é tão satisfatória quanto antes, causa mal-estar na relação e descontentamento nas mulheres, fazendo-as refletir sobre as vantagens e desvantagens de ficar ou não com o parceiro.

Sob uma ótica oposta, outras idosas não cogitam relacionar-se. As solteiras, viúvas, separadas ou divorciadas que já tiveram ou que nunca tiveram relacionamentos e, por vezes, que nunca tiveram relações sexuais, fazem parte desse grupo. Para elas, não é vantajoso ter um parceiro ou até mesmo, um namorado. Por suas falas, entende-se que existe uma racionalização sobre manter ou não um relacionamento, em que a estabilidade financeira, a

liberdade e autonomia conquistadas e a falta de adaptação ao novo comportamento masculino pesam nessa decisão.

Para algumas idosas, as “novas” atitudes masculinas causam estranheza, visto que os homens, em suas opiniões, não são como na época da juventude, “educados” e “compromissados”, que sabiam “tratar uma mulher”, levando-as a restaurantes, pagando contas, abrindo as portas, entre outras atitudes. Na atualidade, alguns assimilaram posicionamentos “modernos”, tornando-se egoístas – ou mais egoístas. Dentre esses novos comportamentos mencionam-se: dividir as contas nas atividades de lazer e entretenimento do casal; e, ser sustentado economicamente pela mulher – numa espécie de “golpe do baú” invertido.

Antigamente, você sairia com um homem. Ele pagava a conta. [...] Hoje em dia, não, é dividido. (Fuchsia)

São muitos desrespeitosos. [...]. (Acácia Branca)

E ainda:

Pois é, a gente pode se envolver, mas, é o que eu disse, as pessoas hoje, tão muito interessada ... quando chega uma pessoa perto de você, um homem perto de você, pergunta logo se você é aposentada.[...] Os homens hoje, não querem mais ... [...] É! “Você é viúva?”, “É aposentada? (Azaleia branca)

Por que eu acho que hoje, só existe ... só existe interesse, porque os mais jovens estão doidos atrás das mulheres mais velhas para se escorar .. [...] Tão doido que é para não trabalhar ... (risos) ...Não riam não é verdade! Eu conheço! O cara tá nas tetas da muié para não trabalhar. A mulher tá com aposentadoria boa. Mas menina! (Violeta)

“Você é viúva?”, “É aposentada?”....[...] pro parque das Dunas, foi um abusado perto de mim, querendo saber a minha vida. [...] ... (Alyssum)

Tais atitudes não são vistas com bons olhos pelas idosas do estudo, sendo utilizadas como fator de ponderação ao considerarem ingressar em um relacionamento conjugal e ou amoroso. Segundo creem, uma relação deve existir uma troca, um equilíbrio, onde o casal deve ser mantenedor financeiro na relação, partilhando e compartilhando as situações boas e ruins, bem como, os ônus e os bônus monetários. Realça-se que, a importância do aspecto financeiro pode estar relacionada às baixas condições socioeconômicas que as idosas foram submetidas e ou que ainda se encontram. Com isso, não enxergam vantagens em ter ou manter um relacionamento sexual, conjugal ou amoroso, pois a estabilidade econômica conquistada estaria em perigo. Naturezas de relacionamentos diferentes, mas que, para elas, são

intrinsecamente unidas.

Capta-se neste resultado resquícios da ideologia de esferas separadas. Apesar da influência dos tempos modernos em algumas atitudes e comportamentos dos idosos, presencia-se ainda essa filosofia nos arranjos conjugais na velhice no Brasil. Sobretudo, no Nordeste brasileiro, uma das regiões mais conservadoras do País em relação ao gênero (MENEGHEL; HIROKATA, 2011) e, principalmente, entre os indivíduos mais velhos. Assim, algumas idosas mesmo empoderadas, ainda querem que o companheiro contribua, parcial ou totalmente, com o sustento da casa e com mimos para elas, revelando uma contradição. Afinal, desejam que provenham, mas não invadam seu espaço privativo (lar) e, como ao se aposentar alguns homens idosos permanecem maior tempo dentro do lar, atritos e desentendimentos são gerados, conforme já discutido. Concluí-se, portanto, que essa concepção está arraigada no íntimo das mulheres idosas de hoje, não existindo indícios de alteração, tendo em conta que se tornaram empoderadas (ou mais), entretanto, ainda querem que os homens paguem as contas e as sustentem, ou seja, “o que é meu, é meu. Mas, o seu é nosso!”.

É importante registrar as outras razões mencionadas pelas entrevistadas para não estar num relacionamento atualmente: a violência doméstica contra a mulher, a falta de “bons” homens para relacionar-se (dentro da concepção que a maioria dos homens que estão em busca de relacionamentos, já está em outra relação) e a preferência dos homens mais velhos por mulheres mais jovens.

Aqui, constata-se a influência da criminalidade no mercado de relacionamentos na velhice, por meio da violência doméstica contra a mulher como um dos motivadores para a idosa se resguardar de relações amorosas e sexuais. O temor em encontrar um agressor ou abusador, realidade vista na mídia, em especial, em telejornais sensacionalistas, e em relatos de agressões sofridas por pessoas próximas, desilude algumas idosas a buscar um companheiro. Adicionalmente, a sensação de vulnerabilidade que a idade traz e o fato de ser mulher, sexo que tem, geralmente, completude física mais frágil que o homem pode ser agravante para a violência contra a idosa, e por consequência, inibir a busca de relacionamentos heterossexuais. Logo, em um confronto físico com um provável companheiro, a mesma fica mais suscetível à violência doméstica e ao feminicídio. Atenta-se que o receio das mulheres idosas não se limita às agressões, independentemente da gravidade delas, mas foca-se no medo da morte e da incapacidade permanente – dado a idade avançada. Esse último causaria a perda da autonomia.

Portella et al. (2011), em sua pesquisa sobre homicídios: novas e velhas situações de

violência letal entre as mulheres em Recife, encontraram na categoria homicídios cometidos por parceiro íntimo²⁸, um único homem como causador, que na maioria das vezes, não admite o final da relação com a vítima, a qual decidiu por um ponto final para fugir de seus abusos, que, correntemente, ocorrem dentro do próprio lar do casal ou da mulher.

Outros pretextos, frequentemente, encontrados para a violência contra a mulher por seu companheiro são: o ciúme e a tentativa de controlar a vida da parceira (PORTELLA et al., 2011). Extraí-se dessas causas que a cultura tradicionalmente machista pode estar validando essa violência, seja ela física, moral ou sexual, intimidando as mulheres mais velhas na busca de um parceiro. Dado esse panorama, Fuchsia profere: “É melhor só do que mal acompanhada!”.

Sobre a falta de boas opções masculinas para relações estáveis, outra razão motivadora pela solteirice na velhice, de acordo com a opinião delas, grande parte dos homens não está interessada em relações amorosas “sérias”, tendo em vista que, se não estão casados ou em relacionamentos estáveis, não pretendem estabelecer uma relação conjugal. Nesse caso, diferentemente do desejo reportado por algumas em ter um relacionamento baseado em companheirismo, afeto e amor, as relações são curtas ou momentâneas e, algumas vezes, se resumem ao ato sexual. Desse modo, para as idosas que não concordam com esse estilo de vida e nem querem ser a “teúda e manteúda” ou a “outra” de homem casado/unido, estar sozinha é uma possibilidade real e concreta.

Vou dizer mais um exemplo, você vai caminhar, como eu vou na mangueira, você vê uns homens sozinhos. E tá certa, que aquele homem é casado. O que não impede, que se a mulher quiser, né ... Agora do jeito que tão matando gente aí, a pessoa tem que se tocar. Aí, ficam olhando, ficam até querendo marcar para outro dia se encontrar também. É se for um homem sério, um homem que quer um compromisso, tá difícil também [...]. (Lírio)

Em relação à preferência de homens idosos por mulheres mais jovens, em detrimento daquelas mais velhas, Santos e Carlos (2003) colocam os costumes sociais e culturais como um dos principais elementos responsáveis, assim, quando “solteiras”, as mulheres mais experientes teriam menos chances em adquirir um novo relacionamento estável. A respeito dessa questão, Acácia Branca esbraveja: “Eles não querem saber de mulher não, só querem saber de *boy!*”.

Dentro dessa perspectiva, o homem mais velho teria mais atração pela aparência

²⁸ É a denominação mais comum vista entre os casos analisados. Pois, aglutina questões, historicamente, relacionadas à violência contra mulheres, intrinsecamente ligadas às discordâncias geradas pelas desigualdades de gênero no cerne das relações amorosas e/ou sexuais (PORTELLA et al., 2011, p. 19)

física, o componente estético que faz aflorar o desejo, ao passo que as mulheres, além desse fator, também querem ser amadas (RODRIGUES, 2008). Dessa maneira, caracteriza-se a diferença entre percepções do amor entre os sexos, o homem associado ao amor carnal/sexual e a mulher ao amor sentimental/romântico.

Nesse cenário, o psicólogo Ailton Amélio da Silva assegura que não há deficiência na quantidade de homens no mercado afetivo/matrimonial, com exceção dos viúvos. Na verdade, o que ocorre é a inclinação de homens mais velhos por mulheres mais novas (e vice-versa), ocasionando o excesso de mulheres a partir dos 30 anos. O psicólogo alega ainda que a diferença etária é proporcional à medida que a idade avança: aos 30 anos, o homem se casa com mulheres quatro anos mais jovens; aos 40, com parceiras nove anos mais novas; e, dos 50 aos 60 anos de idade, contraem matrimônio com mulheres, em média, 15 anos mais jovens (GONÇALVES, 2011), assim, configurando-se a falta de opções masculinas para as mulheres mais velhas, principalmente a partir dos 60 anos, cuja concorrência é desleal, devido a grande quantidade de mulheres jovens e maduras solteiras e a beleza da juventude.

Nesta lógica e em outra conotação, enfatiza-se que optar por viver sem sexo ou relacionamento amoroso na velhice, pode ser um experimento bem-sucedido, sem que seja marcado pela marca da assexualidade ou da disfunção, afinal, a sexualidade extrapola o biológico, sendo componente vital do ser humano, estando intimamente conectada a construção da identidade pessoal, com as relações interpessoais e com o ambiente social (PIRES, 2003). Essa pode ser a percepção que algumas idosas dos GFs, com base em seus relatos, têm sobre a sexualidade, pois mesmo que não estejam ativas sexualmente, aparentemente, se mostram satisfeitas e felizes com essa escolha, haja vista a substituição dessa prática por outras atividades sociais e de entretenimento que propiciam sensações similares.

Como descrito no início desta seção, a próxima parte analisa a mesma temática do ponto de vista dos homens idosos, buscando identificar similaridades e dissimilaridades.

4.2.1.2 A visão masculina

É inegável, pelos relatos dos entrevistados a ocorrência de mudanças nos relacionamentos amorosos ao chegar à velhice, instigada, entre outros, pelo tempo de convivência – o cotidiano rotineiro de muitos anos –, e pela quebra de papéis de gênero com a chegada à aposentadoria, como já discutido. Nessa conjuntura, as principais alterações ocorridas são: a diminuição do interesse sexual da parceira, motivada pela menopausa; a

necessidade de maior compreensão acerca das mudanças ocorridas no âmbito sexual do casal; e, a substituição da sexualidade e o furor do sexo pelo companheirismo e o respeito.

Para alguns idosos, o exercício da sexualidade na velhice é símbolo da continuidade da vida, o “sentir-se vivo”. A importância desse aspecto é nítida nos relatos que se seguem, no qual a queda da frequência, geralmente, é atribuída a falta de interesse da parceira ou a limitações do próprio corpo com o avançar da idade.

[...] Com o tempo muda muito mesmo porque vai havendo os interesses sexuais, a mulher pelo menos se apresenta [...] aí com a menopausa vem uma série de recursos... Se o homem não entender isso, deixa a casa, né? [...] Os atritos acontecem, isso aí é inevitável o casal dizer que nunca arengou²⁹, isso é besteira. Mas o meu relacionamento amoroso pelo menos com a minha esposa continua, apesar dela tá com seus oitentinha também. [...] Às vezes, se ele for casado, aí o respeito à esposa. E o outro, se ele não for, é o respeito a si próprio, que às vezes o cara nem se respeita. (Amendoim, 82 anos, casado):

Eu acredito que a mulher, de modo geral, [...] ela recua mais e parte para essa vida ... de dar continuidade a vida. [...] Eu não mudei nada. [...] Muda, as pessoas mudam com certeza. Certeza. É tanto que, esses meus amigos todos que eu tenho, participa desse tipo de dizem, uns vai pra noite é ao invés de ir pra ... as vezes a gente sai vai para um festa. “Eu digo, eu vou para casa”. “Eu não”. [...] (Ginseng, 69 anos, casado):

[...] É ... tem que ter um controle, né? A gente nunca é igual a um jovem, né? Ela vai diminuindo, né? ... [...], frequentemente, de acordo com a idade, vai diminuindo. Mas, nunca parar, diminui né? Determinado ... 30%, 40% , mas ... 2 vezes por semana ... [...] É exatamente isso, é o dia-a-dia .. [...] É a integração, o entendimento, né? É isso que faz ... [...] Mas, com um jeito não é tão difícil não. Por que a gente .. se ama muito né? E ... tem que lutar. Se prepara. Eu me preparo por um lado e ela pelo outro. (Caviar, 71 anos, unido)

Outro ponto encontrado nas entrevistas é a necessidade de adaptação e compreensão por parte deles, referente ao desinteresse sexual do cônjuge. Nesse aspecto, o fracasso é, geralmente, usado como motivo para relacionamentos extraconjugais, conforme as falas acima. No entanto, para alguns participantes, essa ação constitui um desrespeito a eles mesmos e a família que construiu com a companheira.

Além dessa razão, a convivência diária de vários anos, associada ao maior período que o aposentado passa dentro do lar, pode contribuir para desentendimentos na relação – contornáveis, segundo os idosos -, como também, para a baixa no interesse sexual da parceira, como já debatido nas análises dos GFs. Nesse momento, a relação homem-mulher não é tida mais como a de um casal, mas sim, de irmãos, pais e ou amigos, e apesar de ser uma condição pouco comum, alguns entrevistados se satisfazem e se sentem felizes somente com a ausência de discussões familiares e conjugais, uma vez que, ir para um novo envolvimento amoroso é

²⁹ Linguagem coloquial que significa brigou.

inviável – dado o tempo depreendido na união atual -, pois trará mais contratempos do que ganhos, levando-se em conta que as mulheres, em suas opiniões, só se interessam por homens mais velhos com motivação econômica, causando desconfiança no momento de relacionar-se. Essa interpretação pode ser vista nos relatos que se seguem.

Cê se acostuma com as criaturas, conviver muito além dos sessenta anos tendo que servir o convívio, né? Aí você vai se adaptando e chega uma época que fica quase como um irmão, tendeu? [...] Eu conheci a minha esposa vinte anos atrás totalmente diferente hoje. Mudar a relação sexual mudou, que realmente muda, né, com a idade da gente vai mudando. Mas era melhor, parece que era mais alegre, entendeu? Aí a pessoa se acostuma [...] Chega uma época que parece que você vive com pai e mãe ou sua irmã, seu irmão. É mais gostoso mas num é como era antes mais alegre. [...] Porque a sexualidade eu compreendo assim: Quanto mais você faz, mais dá prazer, mais dá vontade de fazer. É, eu sei, que eu já passei por isso. [...] Você faz, mas é diferente demais, então você fica uma pessoa de mais amizade, um amor assim amoroso mas não tendo relação direto, né. [...] Você não brigar, só basta não brigar com sua família, com sua esposa e em casa tem união, pra mim é ótimo. [...] Porque quem tem mais de sessenta anos pra conseguir uma pessoa que, uma pessoa da idade dele pra frente, tudo bem. Mas antes, as criatura só vai com interesse em dinheiro se não for, não motiva. [...] Da mesma idade tem gente ainda que dá certo aí. Mas ainda tem da mesma idade, eu conheço gente que diz que só quer um velho se for com dinheiro [...] (Salsaparrilha (66 anos, unido)

Bom, o que muda é que vai encurtando um pouco, né? Não é como quando a pessoa tem 18, 19 20, ou 30, 40 anos, ou 50! Num é como. [...] Porque eu sou... eu tô cansado de cansado de dizer... eu sou um cara feliz agora na minha idade, sabe? Ainda... [...] (Mairapuama, 70 anos, casado)

Mas, eu acho que nos dias de hoje, um idoso que for pegar alguém vai pensar duas vezes. Pode pensar com interesse, assim ... em virtude da idade, o caba não confia mais em ninguém. (Congro, 60 anos, casado)

É perceber uma menina bem nova e o camarada rebolar muito. (risadas). [...] Sim, é o entendimento. Que às vezes, a gente não aguento mais o repuxo e lá vem desculpa pra uma coisa e pra outra. E cansa muito. Sei lá. (Almíscar, 65 anos, casado)

Frisa-se que em virtude da longa duração de convivência conjugal e da prole gerada, o relacionamento, atualmente, não é privativo dos parceiros, mas sim, representa todo o agregado familiar, sendo essa justificativa usada como bloqueio para novos envolvimento amorosos pelos idosos que não têm companheira ou por aqueles que querem ter outras parceiras e já têm filhos.

Outra causa citada é a falta de confiança nas pessoas. Esse fator é, provavelmente, reflexo da criminalidade e da sensação de insegurança que circunda a vida moderna. E por temer violência e exploração financeira contra o homem mais velho, os idosos optam por permanecer no *status* conjugal habitual.

Eu não posso responder, em virtude de que ainda estou com a mesma mulher, já faz quase 38 pra 39 agora, né? Mas, eu acho que nos dias de hoje, um idoso que for pegar alguém vai pensar duas vezes. Pode pensar com interesse, assim ... em virtude da idade, o caba não confia mais em ninguém. (Congro, 60 anos, casado)

Ademais, outros participantes citam as questões financeiras também como causas prováveis do desgaste conjugal, desentendimentos familiares e permanência nas relações atuais, conforme queixasse Almíscar (65 anos, casado).

Não muda porque a gente vai... [...] na verdade, porque você tem problema de casa, cumprir com a obrigação de casa; é saber que tem que pagar uma prestação, tem que pagar um negócio e lá vai o dinheiro não dá. [...].

E muito embora, conclua-se que essas situações podem ser amenizadas com o amor, tolerância e maleabilidade entre os pares, a realidade econômica do casal impacta fortemente na convivência, com maior intensidade caso essa instabilidade se mantenha por muito tempo. Racionaliza-se que esse aspecto pode ser um estopim para uma separação ou divórcio, ainda mais se no relacionamento não existe mais amor, somente rotina e amizade. Cerbasi (2004, p.17) confirma: “Grande parte dos problemas entre marido e mulher começa no dinheiro, no excesso ou na falta dele.”. Kauling (2012) defende que essa não é uma boa resolução para essa dificuldade. O ideal, segundo o autor, seria um diálogo, onde ambos buscassem uma saída para a situação, porém, essa atitude só ocorre quando a instabilidade financeira está muito grave (KAULING, 2012). Na velhice, esse cenário pode ser agravado em virtude, por exemplo, do marasmo cotidiano das relações conjugais, portanto, a condição econômica do casal pode ser um dos determinantes da harmonia familiar, sexual e conjugal e bem-estar individual na velhice.

Por outro lado, a maior convivência pode aproximar a família e o casal, podendo incitar a compreensão e tolerância, harmonizando assim o ambiente doméstico. Salienta-se que a conotação desse fator pode ser negativa ou positiva, dependendo da história de cada família. Nessa contemplação, entende-se que brigas e discussões com o parceiro, filhos e ou netos influenciam muito a QV, podendo provocar intranquilidade e irritabilidade.

Pra mim num muda tanto assim que toda vida eu ... eu toda vida fui meio explosivo, mas depois de uma certa idade eu fui ficando mais maleável, mais tranquilo... e minha esposa é muito calma, aí dá certo. [...] (Gengibre, 73 anos, casado)

Eu vivo numa sintonia tão grande que até ... [...] ... tem dificuldade não, se a parceira disser: “Vamos?”, vamos para um canto, vamos pra outro. [...] Fica complicado. Para manter o negócio sério mesmo, é difícil. É muito complicado. A idade ... você já fica né?! É uma coisa que não envolve só você, envolve família, aí ... (Caracu com ovo, 68 anos, casado)

Diversos estudos associam a harmonia familiar a uma boa vivência na maior idade, Graziano (2008) indica dentre os determinantes de um processo de envelhecimento saudável com qualidade, a edificação de uma boa relação familiar, portanto, o equilíbrio intrafamiliar associa-se tanto a identidade de “Ser idoso” como à prática sexual, pois afeta o bem-estar do indivíduo.

Para finalizar os achados neste tópico, confrontando as opiniões das mulheres e homens idosos que fizeram parte desta pesquisa, o quadro 2 apresenta expõe um resumo.

Quadro 2 – Síntese das principais mudanças nos relacionamentos e na sexualidade na velhice, segundo a visão de mulheres e homens idosos

A mulher idosa	O homem idoso
<ul style="list-style-type: none"> ♥ Intolerância com as manias do parceiro; ♥ Maior empoderamento feminino, com a desvinculação da renda do cônjuge (por meio do BPC ou aposentadoria), independência financeira e desobrigação com a criação dos filhos; ♥ Maior investimento em seu próprio bem-estar; ♥ Mudança de papéis: <i>Homem</i>: De “chefe da família” para ser cuidado; <i>Mulher</i>: Passa a ser mãe do parceiro e amiga, e coadjuvante do lar; ♥ Temor da solidão as faz se submeter às manias do companheiro; ♥ Insatisfação feminina: Baixa procura sexual do parceiro e exaustão emocional; ♥ Mulheres após relacionamentos frustrados, ao encontrar um “bom” parceiro preferem ter uma “união de namorados” ao invés de casamento; ♥ Mulheres solteiras resistem em ter parceiros, por recear perder a autonomia, liberdade e independência conquistadas; ♥ Mudança no comportamento masculino, com divisão de despesas e ou interesse financeiro, as desilude; ♥ Falta de “boas” opções masculinas para relacionamento – a maioria é comprometida; ♥ Medo de violência doméstica e feminicídio; ♥ Mercado de relacionamentos desequilibrado – Homens mais velhos preferem mulheres mais jovens; ♥ Sexo indissociável do amor, companheirismo, afeto e carinho. 	<ul style="list-style-type: none"> ♠ Diminuição do interesse sexual da parceira - motivada pela menopausa ou pela rotina diária após anos; ♠ Maior compreensão para com as mudanças ocorridas no âmbito sexual do casal; ♠ Substituição da sexualidade e o “furor” do sexo pelo companheirismo e o respeito. ♠ Transformação do relacionamento sexual conjugal para relacionamento fraternal, paternal ou de amizade; ♠ Redução na quantidade de relações sexuais, por consequência, restrição na vida sexual; ♠ Desentendimentos familiares e desgaste conjugal, em virtude de problemas financeiros; ♠ Felicidade associada à ausência de discussões com o cônjuge, e também, na família; ♠ Necessidade de maior compreensão no dia-a-dia; ♠ Maior sintonia entre o casal.

Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade”.

Seguindo o encadeamento determinado no início da seção, o próximo item discorre sobre os hábitos de risco responsáveis pela infecção por ISTs – especialmente, o *HIV/AIDS*, pela via contato sexual. Para isso, usam-se como *proxy* dois comportamentos mais comuns: a multiplicidade de parcerias e a falta de hábito do uso de preservativo nas relações sexuais.

4.2.2 Cuidados preventivos às infecções sexualmente transmissíveis após os 60 anos

A propósito do exercício da sexualidade nos relacionamentos na velhice, é desejável que a vida sexual seja efetivada de forma segura e consciente, para que o contágio de determinadas doenças sexualmente transmissíveis não diminua a longevidade adquirida, ou ainda, a esperança de vida saudável. Para tanto, o indivíduo deve estar ciente de todos os perigos inerentes à ausência de uma prática sexual segura e satisfatória, ter acesso aos meios de informação para esse entendimento, e também aos serviços de saúde essenciais com profissionais aptos, habilitados e capazes.

Nesta lógica, nesta seção estudam-se as duas principais atitudes comportamentais que segundo a literatura são favorecedoras da infecção por *HIV/AIDS* - usada como *proxy* de todas as IST, por ser apontada como uma das mais letais para a saúde e QV -, na sequência: a multiplicidade de parceria e a ausência do uso de preservativos nas relações sexuais. Essas análises são apresentadas por sexo, respectivamente, idosas e idosos.

4.2.2.1 Comportamentos da mulher idosa

O primeiro comportamento de risco investigado é a multiplicidade de parcerias. Com base nos depoimentos, há um contrassenso de opinião entre as entrevistadas. Por um lado, algumas “concordam” com essa atitude, desde que não seja consigo; por outro, é inadmissível, mesmo que na juventude, algumas a tenham adotado.

Eu, na minha concepção, eu não acho certo, eu! Para mim. Qualquer pessoa que se quiser, pode. [...] Eu ainda acho que sou muito de ...é ... só um ... (Dália Rosada)

Para mim também não. Para mim, só um basta, já é muito, já é muito (risos) [...] Agora quem quiser ter ... tenha, mas, eu não. [...]: Eu acho que eu nunca aceitaria [...] meu marido com ninguém. Ou ele vai de vez, ou fica, ... ou eu caio fora, porque esse negócio de dividir, marido ou mulher, não dá certo, não. [...]. (Acácia branca)

Pois é! Não minha filha, comigo não! [...] Se brincou antes, brinco! Se não brinco, agora só comigo mesmo! (risos) (Lobília)

[...] quando eu era mais nova, eu tinha assim meus ... 30 anos, né. Bonitona, bem feita de corpo, não tinha barriga (risos). [...] vixe estava no auge, os homens eram tudo... atrás, né (risos). Aí eu não vou dizer, não! Tive assim ... paquera de ... até três ... paquera. [...] a gente saía só pra ... às vezes, para tomar uma cervejinha. [...]

Era só pra se divertir mesmo. Mas, hoje em dia claro que, hoje em dia eu não vou fazer mais isso. (Fuchsia)

Pelas falas nota-se que as idosas que aderiram à multiplicidade de parcerias, em algum momento da vida, remetem esse comportamento a juventude, a qual a associam à beleza estética e vitalidade, considerando-a uma etapa de experimentação e diversão. “Era descoberta. Né?!”, profere Fuchsia.

Sobre o assunto, Cabral (2007) reconhece que a temporalidade da sexualização do namoro e de outras maneiras de relações juvenis é uma das metamorfoses atuais nos hábitos culturais brasileiros. A autora exemplifica discorrendo que a atividade sexual foi ampliada, tornando o exercício apto tanto para moças quanto para rapazes. Além disso, a juventude deixou de ser uma preparação para a condição conjugal, para ser uma fase de experimentação afetiva e sexual para ambos os sexos (CABRAL, 2007), onde, especificamente, quanto às moças, tornou-se “aceitável” o início da vida sexual antes do casamento (BOZON, 2003).

E apesar de não haver marcador cronológico exato dessa alteração comportamental, nem a precisão em sua amplitude geográfica e tampouco a intensidade de sua absorção, intui-se, por algumas falas e pelas respostas do Formulário Sociodemográfico (APÊNDICE E), vestígios de experimentação dessa prática “moderna” entre a saída da adolescência e o início da fase adulta, cuja média de idade da primeira experiência sexual mencionada pelas entrevistadas é de 21,1 anos de idade.

Não obstante, Miranda-Ribeiro (1997) em suas pesquisas identificou que no entendimento das mulheres de coortes mais antigas, a virgindade deveria ser salvaguardada até o casamento, e a idade da primeira relação sexual seria adiada, devido à espera pela noite de núpcias, ocorrida após a cerimônia. No entanto, para as coortes femininas mais novas, essa concepção não existe, o início sexual não se conecta ao casamento (MIRANDA-RIBEIRO, 1997; MOORE, 2004) – esse entendimento pode ter sido adotado por algumas das idosas dos GFs, como mostra algumas falas a seguir.

[...] quando eu era mais nova, eu era mais danadinha, sabe? Hoje em dia não ... tô mais quieta, um pouquinho assim ... [...] Danço e tudo, mas, eu sou mais assim recatada. Foi o amadurecimento mesmo da pessoa, né! [...] não tenho essa coragem de fazer mais isso, né! (Fuchsia)

Em outra percepção, mas na mesma linha, **as idosas que não admitem multiplicidade** de parceiros na velhice, associam a fidelidade a todo o contexto do relacionamento conjugal, desde a dedicação e cuidado depreendido aos entes e pares à concepção de família, idealizada por elas.

[...] você escolheu viver com aquela pessoa, se dedica, se doa para aquela pessoa, você escolheu ... é fazer parte daquela pessoa, você pegar, e, arranjar outra pessoa, botar no meio desse ... isso é coisa de amor? de gostar de alguém? de um sentimento sério? Nem respeito. Isso é safadeza mesmo, né! (Acácia Branca)

Salienta-se que a intolerância com a possibilidade de uma infidelidade do marido pode ser devido à rejeição e a falta de atenção do mesmo para com ela nos dias atuais. O que a levaria a entender, que seria inconcebível ter outra, já que tem uma mulher “fogosa” e atenciosa em casa, a qual não valoriza.

Ademais, para algumas delas, a infidelidade pressupõe a falta de compromisso do parceiro, logo, para as idosas que almejam uma relação estável esse é um ponto que as impede de se aproximar de homens infiéis, pois receiam que também as traiam. A infidelidade nos relacionamentos não é incomum e Féres-Carneiro (2003) coloca que é uma das principais causas de separação e divórcio entre os casais.

Compete assinalar um “porém” nessa inadmissibilidade, algumas idosas acreditam que se não virem à infidelidade, ela não existe. A necessidade de ter que presenciá-la pode representar uma forma de enganar a si mesma, tendo em vista que, desse modo, elas não têm que reconhecer e assimilar a traição do parceiro. Essa concepção de “ver para crer” ainda é bastante praticada nos dias atuais – sendo resíduos da educação patriarcal machista, em que a mulher deveria esquecer as traições que soube ou que presenciou, como já mencionado.

Em contrapartida, as **entrevistadas que admitem (ou que toleram)** a infidelidade – Astromélia fala: “Se acha que pode dar conta, que dê ...”, aduzem que esse entendimento só é válido desde que elas não sejam as traídas. E ainda, defendem que as mulheres também têm esse “direito”, Begônia discursa:

Pois é. Direito a mulher faz ... tem, Tem gente que acha, que é o mesmo direito, né? Que o homem tem, a mulher tem.

Pelas falas, não se identifica o porquê, no entanto, supõe-se que tenham assimilado a parte da ideologia de equidade de gênero, em especial, à relacionada a múltiplas parcerias, por consequência, podem estar sustentando, não a infidelidade, mas sim, o direito de escolha de agir “igual” aos homens. Féres-Carneiro (2003) revela que à proporção que as mulheres ganharam espaço e conquistas no mercado de trabalho, também se subjugaram a traição conjugal, ao mesmo tempo, tornaram-se mais exigentes afetivamente. Por certo, identifica-se uma nuance de empoderamento feminino, com maior individualização, cujo foco é seu próprio bem-estar.

Um aspecto se conecta a esse entendimento: a associação imediata e exclusiva da infidelidade ao sexo masculino. Essa percepção ainda é muito presente na sociedade brasileira, em especial, a nordestina, que ainda conserva padrões culturais machistas, nos quais o homem está habilitado a ter quantas mulheres quiserem, apesar de já estar comprometido, enquanto a mulher deve ignorar ou aceitar essa situação. Em suma, sendo essa atitude inata ao sexo masculino, é, portanto, aceitável.

Mas .. os homi tem, os homi tem! (Alyssum)

Mas, o homem tem aquela autoridade de dizer ... fala mais alto “Eu sou homem!”, né! (Violeta).

A realidade da infidelidade já foi vivida por algumas idosas, gerando inclusive, crianças dessas relações e, apesar de algumas não concordarem, não verem finalidade e acharem “estranho” essa prática, os homens e ou os parceiros o fazem, pois não necessitam de aprovação. No fim, algumas idosas tiveram que “esquecer”, e até mesmo cuidar dos companheiros adúlteros enfermos, até sua morte – sendo abnegadas e submissas.

Guerriero, Ayres e Hearst (2002) declaram que o modo como a sexualidade masculina está sendo edificada, ampara a condição imutável da infidelidade do homem, incorporando-a, firmemente, a esse gênero. Portanto, a monogamia não é um cenário palpável de práticas preventivas nas relações sexuais, e sim, a vida extraconjugal, esse foco também foi encontrado por Killewo et al. (1997) e Marín et al. (1997). Na mesma linha, Peixoto (1997) narra que, as coortes nascidas até 1937 consideravam o matrimônio como um ambiente permissível para a realização de afetos e atividade sexual, e quando essa era cessada ou limitada, surgia a “outra”, e a partir daí, as “puladas de cerca” dos maridos eram toleradas, sendo essa condição, nomeada de “vida dupla”, “vida lá fora”, “outra mulher” e “amante” (PEIXOTO, 1997).

Tal concepção, provavelmente, foi passada pelos pais e avós de algumas idosas, as quais assimilaram e praticam até o momento, conforme pode ser visto pelo depoimento de Nigella.

Não! 17 anos de casado, nunca ninguém me falou tanto assim desse homem. [...] Ele deu uma escapulida pras bandas de Patos da Paraíba, pracolá. [...] quando foi um dia, um menino chegou disse [...] Aí foi verdade mesmo. Quase que a gente se separava por causa disso. Foi verdade mesmo. Mas, ele quase que se ajoelhava nos meus pés, dizendo que era mentira, e depois pedindo perdão que era verdade. [...], botava minha mão no fogo. [...] Foi um sofrimento para mim, e para ele grande ... Por isso que eu não confio mais em homem.

Depreende-se com isso, que esse comportamento feminino se dá pela representação masculina associada à união conjugal. Para essas idosas, o marido ou companheiro simboliza o equilíbrio familiar – estabilidade e durabilidade -, o contexto amoroso do casal, e, em especial, a iniciação sexual da mulher (PEIXOTO, 1997). Logo, se negam a ver a traição do parceiro, apesar de terem provas concretas, pois reconhecê-la traria intranquilidade, aborrecimentos e atritos nas relações conjugal e familiar.

E o fato de apagar as traições dos companheiros antes da velhice, exprime um comportamento de risco, como também outro meio de enganar a si mesma, haja vista, que o perigo desse ato se deve, entre outros, na imprecisão do momento de contágio da ISTs. Assim, ao se menosprezar a multiplicidade de parceiras dos companheiros, elas já podem estar infectadas.

De modo contrário, a infidelidade feminina é denominada de “traição”, pois é tida como, impreterivelmente, proibida (PEIXOTO, 1997) e errada. Bejin (1987) crê que a infidelidade feminina mina muito mais uma relação de coabitação do que a masculina, porque existe a convicção que mulher não separa “corpo e espírito”, assim sendo, ela trai porque ama “outro”. O autor denota ainda a existência de uma partição moral, onde a traição masculina é banalizada, por que é puramente física, logo, não envolve emoções -“É a natureza do homem”, constata Tulipa -, então, ela deve ser ignorada porque não se relaciona a família e nem ao amor, possivelmente, deduzem essas idosas.

Além disso, podem estar associando a infidelidade à “quantidade” e a imagem “descartável” das “outras”, “[...] O homem não pode ver um rabo de saia ...” divulga Tulipa, isto é, não importa o número de “outras” que o parceiro tenha, nunca vai ter importância.

A partir daí, a prática de parcerias múltiplas para as mulheres deve ser extremamente intolerada – também segundo o entendimento de algumas participantes. Destaca-se que a infidelidade feminina em tempos remotos era regamente punida pelo marido, por vezes, com a morte, sob a alegação de desonra à sua autoridade e à sua masculinidade (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2003). “Nestes casos, a morte do amante e da esposa era o que faria este homem ser novamente aceito no convívio social. Este sentido de honra era um elemento de tradição cultural vinda desde os tempos coloniais”, profere Albuquerque Junior (2003, p. 179).

Na sociedade patriarcal e machista, os indivíduos do sexo masculino são treinados a mostrar sua masculinidade e sexualidade sempre que possível. No entanto, essas lições não são tão absorvidas quanto antes, pois, nem o homem tem tanta liberdade de antes, e nem a mulher é tão conformista e reprimida quanto outrora. A ampliação da identidade feminina

para além do ambiente privado e a aceitação de fantasias para vida das mulheres podem ser os responsáveis por essa mudança (GOLDENBERG, 1990).

Não obstante, a possibilidade e a aprovação da infidelidade feminina ser um avanço, em termos de empoderamento feminino, é também um fator de risco, tendo em mente que quanto mais parceiras o homem ou a mulher tiverem, mais possibilidades têm de serem infectados - logicamente, caso não tomem as devidas medidas de prevenção.

Esse aspecto se associado à falta do uso da camisinha nas relações sexuais na velhice, favorece a infecção do vírus *HIV*, entre outros. Diante disso, com base nos depoimentos, verifica-se que existem contradições nas opiniões sobre a falta de hábito no uso de preservativos nas relações sexuais.

De um lado, algumas entrevistadas apesar de não terem confiança em seus parceiros, **não utilizam nenhum tipo de preservativo** contra IST, porque, para elas, a fidelidade deles é um atestado de proteção contra essas doenças. Contudo, compreendem a consequência de seu desuso para a saúde. E na concepção de “ter que ver para crer” ou ter conhecimento que estão sendo traídas, não reconhecem (ou não querem reconhecer) que podem estar em perigo, o relato da Bromélia espelha bem essa visão: “Eu confio. A não ser que eu veja, né?”. Nesse caso, reconfortam-se com a incerteza ou a ignorância sobre a questão, ficando o uso condicionado e interpretado, para a existência de um relacionamento estável, “[...] a pessoa que não tem homem certo ... [...]”, defende Amarflis, Lírio completa: “[...] Quando o marido é só da mulher, não precisa usar, né?”. Essa leitura também pode ser inferida nas falas que se seguem.

Depende. [...] Se ele for galinha, se ele for mulherengo, se ele ficar na rua arranjando mulher ... (risos). A mulher conhece o marido que tem né? Ai tem que se prevenir. Você conhece a pessoa com quem você conviveEle não trai. Você pode viver sem usar ... o preservativo. (Acácia branca)

Exatamente, esse é o risco. Tem que usar. (Dália Rosada)

A não ser quando você confia ... quando você confia no seu marido. [...] Ele pode confiar em mim. Em mim posso botar a minha mão no fogo sem medo. Mas, nele já num (Papolla)

Essa descoberta também foi obtida por Lima (2006) em sua dissertação de Mestrado sobre a percepção e ações a respeito da *AIDS*, realizada com mulheres de uma comunidade de baixa renda, com idade a partir dos 50 anos. Nesse estudo, a despreocupação com a síndrome se dá pela confiança na fidelidade do parceiro, além do fato de não quererem pensar em “coisas ruins”. A autora também reflete sobre a incoerência entre a confiança como

“preservativo” para ao *HIV/AIDS*, e a declarada falta de confiança no parceiro. Afinal, se não confiam no companheiro, deveriam adotar o uso do preservativo no ato sexual, o que não fazem, por crerem que o comportamento conjugal atual, dedicação à família e ao trabalho produz um padrão sexual confiável.

Nesta tese, pode-se induzir que este paradoxo pode ser, basicamente, por duas razões. A primeira diz respeito à idade avançada e a segunda por atribuírem a solicitação da “camisinha de vênus” a confirmação da traição delas. À vista disso, a idade avançada do parceiro as fazem acreditar que o mesmo não será mais infiel, caso tenha sido algum dia, ou que não começará a sê-lo, caso antes não tenha sido. Nesse ponto, elas podem estar associando a velhice masculina à disfunção erétil (DE), a considerar que, se o homem for impotente ou não tiver o mesmo vigor sexual de outrora, não poderá traí-las e, por conseguinte, é “seguro” fazer sexo sem camisinha, supõem que o marido/companheiro está satisfeito (ou conformado) com a relação marital atual. E isso, aliado ao isolamento social de alguns, produz uma sensação de segurança às idosas, no aspecto de fidelidade. Portanto, a proteção à ISTs é a associação do *status* de Saúde Sexual com o isolamento social – essa percepção pode se vista nas falas que se seguem.

Num sai mais, né? (Tulipa)

[...] mas não sai para canto nenhum também. (Nigella)

Evidencia-se que outras doenças, além da DE, podem instigar o “óbito sexual” masculino e ou do casal, por exemplo, a depressão e a diabetes.

Ele é depressivo, né, assim [...] Já faz cinco anos que ele vive em tratamento psiquiátrico, [...] toma muito remédio para dormir também né? E ele num Passa uns 15 dias. Ora dorme, ora dorme, dorme sim ... Que ele só faz dormir mesmo [...]. É ... às vezes faz [sexo]. (Nigella)

Fazendo um paralelo desse resultado com o anterior sobre a multiplicidade de parcerias, nota-se que as entrevistadas que desconsideraram as “escapadas” dos companheiros em tempos anteriores, deduzem que nos dias atuais, eles não podem mais ter “outras”. Então, banalizam a traição, como também o uso do preservativo.

Outro provável aspecto influenciador do desuso do *condom* é a apreensão do companheiro supor ou desconfiar que ela, a esposa/companheira, está sendo infiel a ele, questão que faz transparecer o temor do abandono e da violência do parceiro, podendo também caracterizar um baixo poder de barganha na relação, sinalizando um padrão de comportamento no qual o homem detém o poder de decisão nas práticas sexuais do casal.

Logo, a inequidade de gênero ainda está presente. Amarflis sobre o assunto fala:

[...] é mais para casado mesmo. Se ela souber que o homem é galinha, tudo bem, tem que usar, mas acho que vai ter até um... um certo atrito. Porque já pensou uma mulher casada que sabe que o esposo trai? Então ... Se ela for utilizar o preservativo vai ser uma coisa até meio chocante, né? [...]

Barbosa (1995) retrata o poder de barganha feminino nos relacionamentos estáveis, como um dos mais sensíveis desafios na prevenção do *HIV/AIDS*. Tendo em vista que, quanto menor a influência na negociação para o sexo seguro, mais exposta a mulher estará ao contágio do vírus, sendo o inverso verdadeiro. Nessa linha, caso elas persistam em solicitar, ou simplesmente peçam a utilização da camisinha nas relações sexuais, sofrem o risco do fim do relacionamento. Por isso, se resignam e abrem mão da prevenção, em troca da segurança emocional e, muitas vezes, do apoio financeiro que a relação conjugal oferece (BARBOSA, 1995).

Almeida et al. (2009) destacam que o preservativo masculino ainda é a melhor forma de prevenção, por seu fácil acesso, baixo custo e oferta gratuita nos postos de saúde e Organizações Não Governamentais (ONG) relacionadas à SSR, sendo o maior entrave a conscientização das pessoas em sua utilização. Nesse caso, “a adesão ao uso do preservativo masculino tem como barreiras os aspectos culturais, as questões de gênero e as dificuldades na modificação do comportamento.” (ALMEIDA et al. 2009, p. 89). Adicionalmente, Reis e Gir (2005) em seu estudo com parceiros sorodiscordantes para o *HIV*, encontraram como fatores de impedimentos ao uso do preservativo, a diminuição na satisfação sexual e o baixo uso do preservativo feminino.

Em relação ao preservativo feminino, têm-se como maiores reveses para sua utilização e popularização: o alto custo, a dificuldade na manipulação, a ausência (ou quase) em postos de saúde, e a falta de campanhas educativas e de acompanhamento das usuárias (ALMEIDA et al., 2009).

Nos GFs desta tese, outro fator também foi mencionado como causa para **não usar a camisinha**: alguns efeitos adversos em sua utilização. Segundo essas idosas, após o uso ou na tentativa de usá-la ocorreram as seguintes situações: ardor, feridas, queimação e flacidez peniana. O Seu Guia de Saúde (2015), em sua versão *on-line*, informa que o ardor pode ser devido à alergia ao preservativo, a candidíase³⁰, vaginismo³¹, entre outros. Acrescenta-se,

³⁰ Candidíase é uma doença que geralmente surge após o uso de alguns medicamentos, como por exemplo, anticoncepcionais, antibióticos, corticoides, imunossupressores, entre outros. Também pode surgir após o período gestacional e após o contágio por HPV. Sintomas da candidíase: Corrimento branco sem odor

despretensiosamente, o uso incorreto da camisinha – pela falta de hábito e ou conhecimento - e o ressecamento inerente ao período pós-reprodutivo, fator amplamente mencionado durante todas as sessões dos GFs. Salienta-se que essas questões podem ser verificadas e sanadas ou minimizadas com uma simples consulta a especialidade médica competente.

Adicionalmente, cita-se a flacidez do pênis como entrave para a utilização dos preservativos nas relações sexuais na velhice - causa conhecida pelas entrevistadas, provavelmente, por vivê-la ou terem vivenciado. Silva et al. (2008), em seu estudo com idosos soropositivos, identificaram que afora a falta de costume de uso sistemático da camisinha, outro componente é considerado como inibidor de seu uso, a flacidez peniana. A falta de rigidez do pênis associada à idade avançada e a interrupção do ato sexual para colocá-la interferem na logística da relação sexual, portanto, o casal ou somente o homem, opta por não usá-la. Lembra-se que essa flacidez peniana pode ser resolvida, por exemplo, com próteses penianas ou a adoção do Sildenafil³², “o azulzinho” segundo Azaleia Branca. Obviamente, se o homem não tiver contraindicações médicas.

Ademais, em virtude de algumas idosas terem sido traídas, relacionam a utilização do preservativo à multiplicidade de parceiras. Logo, seu uso dependerá da ciência dos casos amorosos e da consciência dos “traidores” – homem ou mulher.

Sob outra perspectiva estão algumas mulheres que **não admitem o ato sexual sem o preservativo**, pois são conscientes das doenças que podem contrair sem ele. Ressalta-se, porém, que essa opinião, pode estar motivada pela privação atual de um parceiro amoroso e ou sexual. Portanto, ao falarem do uso do preservativo podem não estar se identificando em uma situação concreta de atividade sexual, ou seja, podem estar se referindo a concepção de outra pessoa que esteja ativa sexualmente, a qual deve utilizar a camisinha em todas as suas relações sexuais. À vista disso, entende-se que, na maioria das vezes, a efetivação do uso do preservativo pode se dar quando existe uma realidade palpável e a opinião dessas mulheres pode expressar o saber e o conhecimento da prática de sexo seguro, e não a certeza que irão usá-la se tiver um parceiro sexual.

Complementarmente, essas participantes, as que **defendem o uso do preservativo** na vida sexual, racionalizam que sua utilização independe da idade, a julgar por não haver garantias que o parceiro não tenha doenças infecciosas, seja ele jovem ou velho. E ainda, de

desagradável, coceira, irritação, dor intensa/ardência durante a relação sexual (SEU GUIA DE SAÚDE, 2015, s.p.).

³¹ [...] O vaginismo é uma doença que causa contração muscular durante a relação sexual, que pode ocorrer por nervosismo ou medo. Essa doença causa bastante desconforto na vagina, dor, ardência íntima e até mesmo irritação e algumas infecções (SEU GUIA DE SAÚDE, 2015, s.p.).

³² Comumente, chamado de Viagra.

acordo com elas, os homens idosos são os que mais resistem em utilizá-lo, conforme exemplos dos trechos das discussões a seguir.

*É enxerido o veio. Eles querem meter lá, meter cá .. e depois a gente vai nessa?
(Flor de lótus)*

*A maioria, dos veio ou dos novos. A maioria. Dos veio ou do novos, não querem
usar camisinha não ... (Jasmim)*

A maioria, a maioria ... não quer não ... é .. (Miosótis)

*Por isso que eu não arranjo. Nunca ... Nem veio e nem novo. Por que tem que usar.
Eu sei o que diabo tem naquilo! (Peônia)*

Rocha et al. (2011) discutem que essa resistência ao uso da camisinha, pelos homens idosos, passa pela ideia de inutilidade do produto, dado que o associam somente a anticoncepção, e como as mulheres não podem mais engravidar, sua utilização não é mais necessária. Além disso, acham que ISTs é apanágio dos jovens. Souza et al. (2012) acrescentam ainda a apreensão masculina na possível interferência nas vidas sexual e afetiva do casal, fazendo-os não usar.

Neste íterim, constata-se que as campanhas de difusão do uso dos preservativos masculino e ou feminino na velhice ainda esbarram, fortemente, em questões culturalmente pessoais. Esse cenário expõe um presumível aumento na tendência da epidemia de *HIV/AIDS* na velhice. Cabe sempre destacar que o vírus pode não ter sido adquirido após os 60 anos, pois conforme já sabido, o *HIV* pode ficar “adormecido” durante anos e a falta de hábito em exames preventivos de saúde, em especial, adotado pelos homens, habilita uma contaminação em qualquer momento após o contágio, caso os pares não se previnam.

Para completar as análises sobre este subtema, o próximo tópico trata as impressões obtidas a partir das respostas dos homens idosos.

4.2.2.1 Comportamentos do homem idoso

Sobre o primeiro comportamento de risco, em geral, fora as abstenções, existem opiniões contrárias quanto à multiplicidade de parcerias na pós-maturidade. De um lado, os idosos que não concordam com esse ato, que o consideram uma anormalidade e um absurdo e que sua prática pode prejudicar o relacionamento conjugal, assim como, destruir tudo que conquistou até o momento – família, filhos, e bens materiais e imateriais. E de outro lado, estão os entrevistados que acham normal esse comportamento e não veem problemas em o homem ter ou manter relações extraconjugais, desde que seja algo eventual, feito com

discrição – pois, a parceira “oficial” é sensível, porém, aceita a traição caso descubra -; que não abandone seu lar – não deixando “faltar nada” em casa -; e que tenha como manter a “outra” financeiramente e sexualmente.

Isso posto, para os participantes que **não concordam com essa prática**, percebe-se como pontos em comum a religiosidade e ou a idade mais avançada que os demais. A partir daí, depreende-se que a fidelidade é regulada, em grande parte, pelo grau de envolvimento que o indivíduo tem com sua religião, a qual condena a traição conjugal, e também, pela baixa potência sexual, associada, entre outros, à idade avançada - a qual inibe o início de aventuras sexuais com outras mulheres. O exposto pode ser visto nos depoimentos que se seguem.

Eita, eu acho aí absurdo. (Amendoim, 82 anos, casado)

Num acho certo... porque pelo menos Deus... Deus fez a... a mulher... a companheira do homem pra ele ter só uma companheira e... [...], nunca conheci outra mulher senão a minha depois de casado. Pra mim, o certo é isso aí. Quando a gente vai casar, a gente num promete ser fiel até a morte? [...] É pra ser fiel. E se Deus fez a mulher da nossa costela, é pra ser a nossa companheira. Depois que a gente casou aí ali se torna... [...] se torna uma carne, uma só carne. Num tá escrito? Tá na bíblia. [...] (Marapuama, 70 anos, casado)

Eu acho que não é normal. É normal ter ... Se ele tem um compromisso, é aquele compromisso. Se ele partir para outro lado ele já tá ... já tá prejudicando aquele relacionamento dele, certo? Acho que ele tem que parar, analisar, pensar bem para poder ... não chegar a esse ponto, né? (Caviar, 71 anos, unido):

[...] Ah, isso é muito raro acontecer, dá muito problema... mas, sei lá... (Gengibre, 73 anos, casado)

Num tem duas não. Não combina comigo não, não dá certo não. (Congro, 60 anos, casado)

Não concordo não. (Caracu com ovo, 68 anos, casado)

Em outra vertente, constata-se que os homens idosos que **banalizam essa conduta** estão dentre os mais novos dos participantes da pesquisa, como por exemplo, Ostra (61 anos, casado): “Num acho... muita coisa não.”. Essa questão pode simbolizar que a potência sexual não apresenta perda significativa nessa faixa etária e, apesar de não assumirem publicamente, as falas induzem uma possibilidade de ocorrência de infidelidade passada ou presente.

Assim, os depoimentos mostram que ter um caso fora do relacionamento conjugal é considerado pelos idosos como algo insignificante e temporário, em que a “outra” é descartável e só tem “utilidade” enquanto o satisfizer, e ou parceira/família descobrir e ou não criar problemas para eles.

Normal. Acho. E não é só na terceira idade não. Eu respondi ali que, hoje não, mas [...] que tem mais de um caso assim, tudo bem. Eu não sou contra não. Eu acho bonito, mas só que não pode esquecer, não pode deixar, se você tem uma vida com uma outra criatura você não pode esquecer jamais que é ali, que a primeira que você vive com ela. Que eu conheço gente que deixa. Arriou, esquece a casa, falta dentro de casa, eu não. Eu acho que se você tem condições de manter uma família ou mais, não deixar faltar pra principal, eu acho normal. Agora pra tirar de casa pra dar outra eu não acho não. (Salsaparrilha, 66 anos, unido)

Não, pra fazer fuxico vai "simbora". Não tem problema. (Almíscar, 65 anos, casado)

Outro aspecto chama a atenção, para eles, mesmo que a infidelidade seja descoberta pela parceira “oficial”, podendo gerar inicialmente desavenças na vida conjugal e até mesmo na familiar, sabem que é pouco provável a mesma abandoná-lo, devido o tempo de convivência e a própria cultura a qual a mulher idosa foi criada. Todavia, caso ela opte por encerrar à relação, em uma provável separação, o homem idoso pode arcar com custos materiais e emocionais imensuráveis, sendo conveniente manter o caso em segredo.

Eu acredito que, eventualmente, de acordo com a relação do casal, pode não prejudicar a vida não. Desde que haja muita discrição, se possível. A mulher ... a mulher, realmente, ela muito ... ela é muito ... sensível. Ela aceita essas coisas com alguma tranquilidade. (Ginseng, 69 anos, casado)

Alternativamente, a infidelidade masculina pode ser um recurso de o idoso permanecer no relacionamento duradouro, pois como foi relatado, o interesse sexual de suas parceiras, segundo eles, diminuiu. E para estabilizar a relação escolhem ter relacionamentos paralelos, sem deixar o que considera estável, ou seja, a relação extraconjugal o faz manter-se no relacionamento “oficial”, referência de vida estável para ele.

Destaca-se que casos extraconjugais por parte do homem idoso não são, necessariamente, resultante de descontentamento dentro da vida conjugal – dado a normalidade da questão, mencionada pelos entrevistados -, ao contrário da traição feminina – conforme relatos anteriores -, que pressupõe uma causa, geralmente, associada à insatisfação com o parceiro e ou com a vida a dois. Logo, pela frivolidade que tratam a infidelidade conjugal, os idosos não precisam de razões e, caso queiram, simplesmente o fazem, pois, segundo a cultura tradicionalmente patriarcal – com a qual cresceram -, o homem pode fazer “tudo”, inclusive ter várias parceiras sexuais.

Como resultado da associação desse comportamento com o desuso de preservativo nas relações sexuais paralelas – aferido nas próximas páginas -, e a concepção que o “casamento” é barreira preventiva de ISTs, tem-se o aumento da vulnerabilidade de suas companheiras frente a essas enfermidades.

Sobre o segundo comportamento de risco, a falta de uso do *condom* nas relações sexuais na velhice, observa-se uma unanimidade entre os entrevistados: todos consideram a utilização como inútil, por isso, não o utilizam na vida sexual conjugal atual. Acima de tudo, por não o terem usado desde o início. Em outras palavras, sempre coube à companheira o uso da contracepção e, como as mesmas já passaram da menopausa, não querem ver finalidade para o uso. Para esses homens idosos, basicamente, a camisinha só é aplicável em três situações: durante o período reprodutivo feminino, na existência de certas doenças e nas relações sexuais fora do casamento/união.

Se antes não usou, por que vou usar agora? (Almíscar, 65 anos, casado)

É... numa parte se deve tentar, num é? Se der certo... mas, se num der, tem que ver isso né. (Ostra, 61 anos, casado)

Melhor dizendo, para eles, o preservativo serve, exclusivamente, para prevenir gravidezes, para não agravar o seu estado de saúde em caso de determinadas enfermidades - por exemplo, doença renal -, e, para não transferir ISTs dos casos extraconjugais para as parceiras estáveis. Sabe-se, porém, que esta última assertiva, não passa de falácia masculina, uma vez que o hábito de não usar o preservativo, dificilmente, se restringe ao âmbito conjugal.

Só se não for parceiro, aí tem que usar mesmo. (Salsaparrilha, 66 anos, unido)

[...] depende da idade da esposa, se a esposa for uma mulher nova ainda... o caba... enquanto o caba tiver... você entende o que eu quero dizer? Ele tá pronto pra fazer filho, num é? A mulher não... (Marapuama, 70 anos, casado)

É... bom, eu acredito que sendo uma pessoa saudável num precisa, mas se ele tiver qualquer complicação no caso de problema de rins, disso e daquilo, e sentir qualquer coisa, ele usa camisinha, entendeu? (Gengibre, 73 anos, casado)

[...] Se for por lá fora, é claro ... é obrigação, mas se ficar só dentro de casa, como é o meu caso, num ... (Congro, 60 anos, casado)

Não ... [...] se ela só tem um parceiro, eu não procuro ninguém fora. Então a gente nunca usou. (Caracu com ovo, 68 anos, casado)

Atenta-se para outra questão, o pensamento que a prevenção é responsabilidade da mulher, “ela que deve se precaver”. Essa ideia, provavelmente, consagra-se por focar na união estável (ou casamento) como finalidade de procriação, em que as mulheres são as únicas responsáveis em controlar o número da prole, haja vista que seu reduto é a família e a casa. Ademais, o preservativo, baseando-se nas concepções masculinas, é para anticoncepção, ao

invés de prevenção, assim, como as idosas já passaram da menopausa, elas não poderiam e não precisariam fazer uso de nenhum método contraceptivo. Essa visão dificulta que a companheira reivindique o uso do preservativo, principalmente, por eles o associarem à infidelidade, como já mencionado, e a falta de confiança neles.

Adicionalmente, existe a barreira imposta pela própria biologia masculina, com o avançar da idade a flacidez peniana também é um empecilho ao uso. Sendo ativada tanto na tentativa de colocação quanto após a colocação, impedindo assim, a efetivação do ato sexual, podendo causar constrangimentos para o usuário.

Na sequência, as políticas públicas direcionadas a esse segmento devem atentar para este fato. Haja vista, que a mudança cultural masculina, quanto a iniciar ou recomeçar a utilização do preservativo, é uma tarefa árdua que tende a culminar em fracasso. Muito embora, independente do gênero, entende-se que o preservativo ainda é a melhor opção para a prevenção de ISTs, como já amplamente sabido e debatido desde o início da pandemia do *HIV/AIDS*, sendo necessário em qualquer idade, e em qualquer arranjo conjugal.

O resumo sobre os principais comportamentos e cuidados preventivos às ISTs, segundo a visão de mulheres e de homens idosos, se encontra no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Síntese das principais comportamentos e cuidados preventivos às ISTs, segundo a visão de mulheres e homens idosos

A mulher idosa	O homem idoso
Multiplicidade de parcerias	
<p>♥ <u>Admissível:</u></p> <p>(a) Mas, as mulheres também podem – direitos iguais;</p> <p>(b) É perdoável;</p> <p>(c) É inato do sexo masculino;</p> <p>(d) Deve se ignorada e banalizada;</p> <p>(e) Não é traição se não vir;</p> <p>(f) Em período anterior a velhice, porém, agora não é mais tolerada.</p> <p>♥ <u>Inadmissível:</u></p> <p>(a) Associação com a juventude;</p> <p>(b) Fidelidade conectada ao relacionamento conjugal idealizado e família;</p> <p>(c) Motivos: rejeição e falta de atenção do cônjuge;</p> <p>(d) Falta de compromisso do parceiro;</p> <p>(e) É errado, em todas as idades;</p> <p>(f) Hoje, antes da velhice não importa;</p> <p>(g) Nem na juventude e nem na velhice;</p> <p>(h) Associação da infidelidade ao sexo masculino; e,</p> <p>(i) Os homens traem por temer não ser mais "homem".</p>	<p>♠ <u>Admissível:</u></p> <p>(a) Deve ser algo eventual e discreto de forma que a parceira não descubra, porque ela é “sensível”;</p> <p>(b) Não é exclusivo da velhice;</p> <p>(c) Desde que não deixe a família oficial, não a abandonando financeiramente. Além de dar suporte financeiro e sexual à “outra”; e,</p> <p>(d) Sem problemas</p> <p>♠ <u>Inadmissível:</u></p> <p>(a) É um absurdo;</p> <p>(b) Não é certo. ”Deus fez a mulher a companheira do homem para ele ter só uma companheira”;</p> <p>(c) Não é normal. Ele tem que ser fiel a seu relacionamento atual. Deve pensar para não chega a esse ponto; e,</p> <p>(d) Isso é raro acontecer. Dá muito problema. Não dá certo não.</p>
Falta de uso do preservativo	
<p>♥ <u>Depende / Não é necessário usar:</u></p> <p>(a) Fidelidade com escudo contra ISTs, mesmo com desconfiança dos parceiros;</p> <p>(b) Cientes das consequências do desuso;</p> <p>(c) Confiam no padrão de comportamento atual (dedicação à família e baixa atividade sexual);</p> <p>(d) Confirmação de traição seria pedir para usá-la (baixo poder de barganha, optando por manter a segurança emocional do que se prevenir);</p> <p>(f) A concepção do "outro": somente o outro pode contrair;</p> <p>(g) "Ser idoso" não há risco, ou não consegue usar (baixa potência sexual, status de saúde não favorável);</p> <p>(h) Inútil no período pós-reprodutivo;</p> <p>(i) Os homens idosos não podem ter mais "outras";</p> <p>(k) Não usam e não têm perspectiva de usar;</p> <p>(l) Existência de efeitos adversos com o uso: ardor, feridas, queimação, etc.;</p> <p>(m) Flacidez peniana; e,</p> <p>(n) Se forem exclusivos.</p>	<p>♠ <u>Depende / Não é necessário usar:</u></p> <p>(a) Para quê e por quê? Não há utilidade agora, se não usou antes no período reprodutivo da parceira;</p> <p>(b) Somente se não for à parceira, no caso de ter casos extraconjugais, não precisa usar; (c) Depende da idade da esposa, somente se tiver no período reprodutivo; e,</p> <p>(d) Se for saudável, não tiver doenças renais, por exemplo, não necessita.</p>

Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste Capítulo condensam-se todos os achados da tese, de forma direta e resumida, associando-os aos objetivos e hipóteses estabelecidas no início deste documento. Inicialmente, considerando que a identidade de "Ser idoso" influencia toda a vivência do indivíduo na pós-maturidade, procurou-se definir um construto para homens e mulheres, separando os aspectos positivos e negativos. E a partir daí, pode-se observar como o indivíduo se vê e se sente na velhice, e como isso tem relação com sua sexualidade.

Com base nas discussões dos GFs, as idosas relacionam a identidade de "Ser idoso", em uma **conotação positiva**, aos seguintes componentes: (a) maior tempo disponível para atividades voltadas ao maior bem-estar individual (lazer, diversão e entretenimento); (b) Estabilidade financeira; (c) maior empoderamento: poder de decisão e escolha; (d) maior maturidade: na escolha de amigos, atividades e relacionamentos; (e) existência dos direitos dos idosos; (f) maior resiliência; (g) adoção de uma rotina diária; (h) manter-se ativa física e mentalmente; (i) maior cuidado consigo e com entes queridos; (j) ser avó; e, (k) melhor QV vis-à-vis as demais fases. Sob uma **visão negativa**, esse construto é constituído pela associação dos fatores: (a) deterioração da condição física / funções capacitivas; (b) surgimento de diversas doenças crônicas; (c) solidão: temor e realidade; (d) discriminação e preconceito por ser idoso: por elas mesmas e pela sociedade; (e) dieta restrita; (f) temor do futuro dos netos e bisnetos; (g) deterioração da aparência: estética; (h) mercado de trabalho fechado para os idosos; (i) efeitos da menopausa; (j) falta de companhia para compartilhar os momentos; (k) interferência dos filhos na vida pessoal; (l) suporte aos filhos: relação desigual; (m) baixa resiliência para enfrentar as doenças e eventos negativos; (n) diminuição do interesse sexual do parceiro; e, (o) direito dos idosos não respeitados.

Sob a ótica dos homens idosos, o construto de "Ser idoso", em uma **interpretação positiva**, é a combinação dos seguintes elementos: (a) maior tempo disponível; (b) maior investimento no seu próprio bem-estar; (c) maior participação nos ciclos sociais; (d) valorização do tempo de vida; (e) existência dos direitos do idoso; (f) conscientização da idade e de suas limitações; e, (g) manter-se ativo física e mentalmente. Já na **vertente negativa**, os integrantes são: (a) deterioração da condição física / funções capacitivas; (b) surgimento de morbidades crônicas; (c) redução da frequência na atividade sexual; (d) desestabilização financeira; (e) dieta restrita; (f) parcimônia em determinados comportamentos e atitudes; (h) suporte familiar e financeiro para os filhos; (i) isolamento social; (j) dedicação ao cuidado com os netos; (k) conflitos familiares; (l) discriminação e

preconceito por ser idoso; (m) falta de autonomia; e, (n) acomodação com o *status* idoso.

Emparelhando os aspectos positivos, em ambos os sexos, cerca da identidade de “Ser idoso”, percebe-se que os principais ganhos para as idosas resumem-se no quesito: maior empoderamento – poder de escolha, de decisão, de se autossustentar, de se divertir, de ser ela mesma, entre outros. Alternativamente, para o homem idoso a conotação positiva é mais individualista, podendo ser sumarizado nos prazeres dos investimentos do próprio bem-estar, com a maior valorização do tempo vago, dos ciclos sociais, dos direitos do idoso e das atividades físicas.

No caso das idosas, o empoderamento pode permitir tanto o exercício de sua sexualidade, como também, a escolha com maior propriedade da pessoa que pretende conviver, sem que isso acarrete perdas na autonomia e na independência conquistadas. Todavia, o baixo contingente de homens na mesma faixa, disponíveis para relacionamentos, inibe a busca de uma nova relação por parte delas. Haja vista que, de acordo com as idosas, a grande maioria dos homens se encontra comprometida e, aqueles que se aventuram a outros relacionamentos buscariam apenas diversificar a rotina conjugal, ou seja, querem amantes. Ademais, segundo elas, os poucos homens disponíveis almejam mais uma situação financeira estabilizada do que propriamente uma companheira. Essas, entre outras, são as razões de se encontrar um número maciço de idosas sem um parceiro, fora a maior longevidade feminina.

Em outra vertente, o homem idoso enxerga a velhice como uma oportunidade de usufruir o maior tempo livre com atividades voltadas a seu bem-estar e a continuidade do vigor físico. Comparativamente, sob o contexto negativo, as impressões para ambos os sexos sobre a identidade de “Ser idoso”, em sua maioria coincidem. Excetuando-se, o temor da solidão por parte das mulheres e problemas familiares para os homens.

Pelo exposto, observa-se o papel essencial de um bom convívio familiar, com a independência dos filhos e de seus descendentes, no bem-estar do idoso. Ao assumir a responsabilidade ou o apoio aos filhos em sua vida conjugal e na criação dos netos, o idoso de ambos os sexos, mas, principalmente, a mulher idosa, deixa de usufruir a liberdade e a independência após a fase adulta, transportando-se da função parental, cuidadores dos filhos, para a de avós, cuidadores dos netos. Logo, tanto o tempo livre, quanto a autonomia adquiridos com a maior idade ficam condenados, reduzindo a possibilidade de novos relacionamentos – caso não tenha parceiro -, acontecendo assim, o óbito sexual prematuro. Adicionalmente, para o homem do casal idoso, essa situação pode ser ainda mais problemática. Afinal, culturalmente acostumado com o papel de “ser cuidado” dentro da relação conjugal, o homem fica renegado a um papel secundário no relacionamento, sentindo-

se isolado e descuidado, a julgar, que na grande maioria das vezes, a idosa assume a função de suporte dos filhos e cuidadora dos netos.

Destaca-se que, embora a saúde tenha sido citada por ambos os sexos de forma indireta, somente as idosas a conectaram a vida amorosa e sexual, o que pode caracterizar a importância desse lado para elas. Porém, essa visão não se restringe ao ato sexual, mas a tudo que o envolve, como por exemplo, relacionamento (compromisso), companheirismo, cumplicidade, zelo e amor. Em contraste, para os homens idosos, ter vigor físico já pressupõe que são ativos sexualmente e, por isso, tanto empenho em estar “preparado” fisicamente. Pois, em conformidade com a norma cultural captada nos relatos, o sexo masculino é reconhecido por priorizar a relação sexual em detrimento ao relacionamento. Além disso, a companheira estável simboliza a família e, não necessariamente, sexo, ocorrendo assim, a dessexualização da mulher idosa dentro da conjugalidade.

Em consequência disso, para o segmento idoso, Saúde Sexual na velhice apresenta diferentes significados para homens e mulheres. Para o **homem**, ter Saúde Sexual é fazer sexo sem prejudicar sua saúde geral e sem a necessidade de utilização de qualquer meio físico artificial que iniba a ereção, como por exemplo, o preservativo e a prótese. Além de poder ter quantas parceiras convier, sem que isso se transforme em compromisso, evitando assim interferências em sua vida familiar, pois, segundo eles, “sexo não é amor e, amor não é sexo”. Ao mesmo tempo, para a **mulher** idosa, Saúde Sexual conecta o sexo a existência de um relacionamento. Para as casadas ou unidas, o sexo não é, necessariamente, exclusivo e satisfatório, mas habilita a existência de uma família harmoniosa, mesmo que seja necessário fazer concessões a sua própria libido, seu *status* de saúde e princípios referentes à infidelidade. Assim, a atividade sexual, em grande parte das vezes, é iniciativa do companheiro e, embora desejem praticá-la, preferem resignar-se, aguardando a abordagem e, nesse meio tempo, desenvolvendo outras atividades como compensação.

Complementarmente, analisou-se a Saúde Sexual do ponto de vista da ausência de IST, usando como *proxy* dois principais comportamentos de risco instigadores, pela via de infecção sexual, dessas moléstias, quais sejam: a multiplicidade de parcerias e o uso do preservativo. Em relação ao primeiro comportamento, para as **mulheres idosas**, só é admissível, se a mulher também puder fazê-lo. No entanto, diante de uma quebra da fidelidade conjugal, elas poderão perdoar e esquecer a situação. Porque, apesar da resistência no discurso inicial, as idosas consideraram a presença de várias parceiras como algo inato do sexo masculino e, assim sendo, deve ser ignorada e banalizada. Adicionalmente, algumas disseram que necessitam ver para crer a traição e, caso isso não ocorra, tomam como verdade

a fidelidade do parceiro, muito embora algumas já tenham sido traídas e não confiem no parceiro. Paradoxalmente, para outras entrevistadas, a infidelidade é inadmissível. Algumas a associam a juventude, a decadência do relacionamento conjugal (rejeição e falta de compromisso do parceiro); e a recuperação da masculinidade do homem idoso. Outras, afirmam que não deve ser tolerada nem na juventude e nem na velhice. De outro modo, para os **homens idosos**, a infidelidade é algo normal e real, desde que seja eventual e discreta, e que, o homem não se descuide financeiramente da família “principal”. Além disso, eles julgam necessário ter condições financeiras e sexuais para manter a amante. Em contrapartida, aqueles entrevistados que conjecturam que a multiplicidade de parceiras é inadmissível, dizem que homem deve ser fiel ao relacionamento que construiu, pois caso contrário a harmonia conjugal e ou familiar será comprometida.

Diante disso, depreende-se que a multiplicidade de parcerias ainda é presente na vida conjugal dos idosos natalenses, pelo menos entre os entrevistados. Observou-se que as **mulheres idosas** ainda optam por ignorar e se resignar com a infidelidade perante a possibilidade de perda da família constituída. Além de menosprezar as infidelidades ocorridas antes da velhice, sublimando o relacionamento para continuar a conviver em “harmonia”. Adicionalmente, as mulheres em relacionamentos conjugais de muitos anos acreditam que, em virtude dos parceiros se encontrarem em idade avançada – a qual associa a perda da potência sexual -, não deve temer serem trocadas pelas “amantes”, uma vez que, nessa condição, dificilmente o parceiro terá outra mulher. De mais a mais, quando relacionam a duração do relacionamento a maior idade, sentem-se resguardadas, estabelecendo que a relação seja “até que a morte os separe”. De resto, para elas, o importante é a família e a prole gerada, podendo o restante ser tolerável.

Identificou-se também que algumas **idosas** que são unidas/casadas há pouco tempo, vis-à-vis a duração dos relacionamentos atuais e anteriores das demais, e as que já foram alguma vez unidas/casadas não aceitam tão tranquilamente a traição conjugal. Provavelmente, por se sentirem empoderadas, a ponto de preferirem estarem sozinhas a se submeterem a essa circunstância; ou ainda, por a terem vivenciado em algum momento, desenvolvendo ojeriza a ela.

Sob o enfoque dos **idosos masculinos**, a idade avançada limita somente a quantidade de relações sexuais e não o ato. Tirante, a menor rigidez peniana, que pode causar timidez ou vergonha em alguns idosos, e restringir as aventuras com novas parceiras – tal entendimento também é compartilhado pelas entrevistadas.

Contudo, a diversidade de parcerias é mais danosa para a vida sexual, quando

conectada ao desuso de preservativos, segundo comportamento de risco investigado - dueto que potencializa o risco de infecção pelo *HIV*. Neste sentido, para **algumas idosas**, a fidelidade ainda é a melhor barreira para se prevenir das ISTs, pois garantiria a maior dedicação do parceiro à família e ao lar, por meio de sua maior permanência dentro de casa – isolamento social. E mais, supõem que com a idade avançada dificulta o uso da camisinha, em virtude da menor rigidez peniana.

Outra questão é a filosofia, compartilhada por idosos e idosas, “se não usou a camisinha antes da velhice, qual é a razão para iniciar seu uso agora, que não existe risco de gravidez?”. Nesse contexto, caso **as idosas** queiram solicitá-la, encontrarão a barreira da desconfiança do parceiro quanto a sua fidelidade, pois não estão mais no período reprodutivo. Assim, para continuarem a usufruir da harmonia familiar, da estabilidade conjugal e da segurança emocional que o parceiro e o relacionamento proporcionam, elas preferem não a solicitar. Essa associação do período reprodutivo à utilização do *condom* também é absorvida pelos **homens idosos**, que também relacionam seu uso a casos extraconjugais e a problemas de saúde no aparelho geniturinário. Daí infere-se que o “comando” do uso de preservativos e das preferências sexuais do casal, ainda pertence ao homem, cabendo à mulher resignar-se e obedecer, mesmo desconfiando da fidelidade do companheiro.

O comportamento de homens e mulheres idosas em relação ao uso de preservativos, baseado nos dados desta pesquisa, não é suficiente para deduzir uma tendência para todo o segmento idoso. Contudo, acredita-se que o teor dos relatos se reproduza na população idosa natalense e brasileira, haja vista os comportamentos sexuais de risco adotados e perpetuados ao longo dos anos.

Diante disso, campanhas preventivas de ISTs/*AIDS* cujo foco for o *condom* como mecanismo de prevenção para este segmento deve ser remodelada, uma vez que, para os idosos e as idosas tem caráter anticonceptivo e não preventivo. Além disso, muitos presumem que essa síndrome não os afeta.

Atualmente, infelizmente, muitos idosos ainda acreditam que os mais propensos a serem infectados são os jovens, pela frequência na atividade sexual e imprudência em sua prática. De mais a mais, consideram como grupo de risco os homossexuais, os usuários de drogas e os promíscuos. Neste quadro, o *HIV/AIDS* será sempre a doença do “outro” e não deles, por conseguinte, segundo a visão desses idosos, as campanhas que são veiculadas têm como foco os “outros”, e não eles.

Em seus depoimentos, os idosos se consideram informados em relação à IST e relatam ter acesso à informação. Logo, não é por falta de acesso ou meios de divulgação ou de

quantidade de informações que deixam de utilizar preservativos, mas porque não se veem como prováveis soropositivos, pois não se enquadram nos perfis pré-concebidos, ou também, porque não têm entendimento suficiente para absorver tais informações.

Diante do exposto, as falas do presente estudo sinalizam que, as políticas de Saúde Sexual direcionadas à população idosa, devem partir de pessoas próximas, por exemplo, das equipes da Estratégia de Saúde da Família e os grupos sociais de pertencimento, por meio de palestras, debates, oficinas, etc. visando criar multiplicadores entre os idosos, homens e mulheres, e partir daí aumentar o alcance neste público.

Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de desvincular os programas de prevenção do *HIV/AIDS* da via de contágio sexual, pois os idosos a associam a condição “presente” e, conseqüentemente, a infidelidade do parceiro, caso o tenha. Ao diversificar os esclarecimentos a respeito das formas de infecção, pode ser que o grupo idoso perceba que podem ter se contaminado em tempos passados, tirando o peso e o comprometimento da relação conjugal atual.

Alerta-se que, mesmo diante dos resultados apresentados, é necessário considerar as limitações deste estudo. Neste contexto, não se sabe até que ponto os depoimentos do grupo podem ter influenciado a opinião pessoal de cada idosa ou mesmo inibido algumas de se pronunciarem, dado que a temática discutida pode ser considerada delicada. Todavia, a experiência com os pré-testes realizados, antes da qualificação do doutorado no formato de entrevista semiestruturada, mostrou que esse público ao ser entrevistado individualmente, sentia-se extremamente desconfortável em conversar sobre sexualidade. Questão compreensível, pois, para elas, a entrevistadora era uma pessoa desconhecida e o assunto é muito “íntimo”.

Cabe salientar que esse motivo também pode ter influenciado o tempo médio das entrevistas semiestruturadas aplicadas entre os idosos masculinos, encurtando-as. Fora, a falta de tempo – haja vista, que alguns se mantinham ativos socialmente, com outros afazeres em pauta -, o local e o teor da pesquisa, entre outros, podem também ter impactado na duração das entrevistas. Unindo o primeiro e o último motivo, deduz-se que os entrevistados podem ter se sentido envergonhados ou desconfortáveis em tratar da temática saúde sexual e sexualidade com uma estranha, mulher e desconhecida, portanto, as respostas podem ter sido muito diretas, sem aprofundamentos. Nesse entendimento, sugere-se em estudos posteriores considerar esses possíveis vieses.

Sublinha-se que, na aplicação dos grupos focal, inicialmente, previu-se um número maior de participantes em cada grupo, intuindo ampliar as discussões, mas, infelizmente, não

foi logrado êxito em virtude da baixa adesão, mesmo perante diversos convites. Acredita-se que seria exequível obter um gama maior de informações, todavia, como foram realizados oito grupos espera-se ter atendido minimamente os objetivos propostos sem prejuízo para a pesquisa. Ademais, mesmo com GF com um número reduzido de participantes, foi possível produzir e analisar um volume extenso de material, o que habilitou trazer a tona resultados interessantes sobre opiniões, comportamentos e atitudes de pessoas idosas em relação à sua imagem e a prática sexual.

E como discutido no capítulo metodológico, esperava-se utilizar o mesmo método para coleta de dados para ambos os sexos, porém, por argumentos também já expostos, foi preciso lançar mão de outra técnica - a entrevista semiestruturada - para integralizar os objetivos e pesquisar o público masculino, e, mesmo reconhecendo essa limitação, acredita-se que ambas as metodologias qualitativas permitiram conhecer com maior profundidade o universo dos idosos, inclusive, lançando luz sobre as diferenças entre os sexos, que foram igualmente relatadas, independentemente do método selecionado. Cabe destacar que, mesmo permitindo certo grau de flexibilidade, os instrumentos de pesquisa continham questões norteadoras iguais e padronizadas.

Por fim, destaca-se a importância da realização de mais estudos a respeito do tema. Se possível, ampliando a população estudada e diversificando perfis. A própria Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) poderia incluir na seção direcionada a população acima de 60 anos, um maior número de perguntas em relação à atividade sexual e à utilização de preservativos, entre outros aspectos da sexualidade. Desse modo, viabilizar-se-ia uma melhor organização das campanhas de prevenção de IST, considerando a diversidade e particularidades dos idosos de cada região brasileira.

Sugere-se também como agenda de pesquisas futuras algumas questões não investigadas neste estudo, digam-se a influência da violência contra a mulher idosa por seus parceiros como inibidor de relacionamentos na velhice; a identificação de um balizador etário médio para a longevidade sexual masculina e feminina; e a interferência no óbito sexual prematuro na qualidade de vida das mulheres idosas.

Nesta conjuntura, espera-se ter contribuído para as discussões acerca da temática Saúde Sexual, longevidade e envelhecimento populacional, principalmente, em relação a necessidade de repensar as políticas públicas que envolvem os idosos.

REFERÊNCIAS

- ABDO, Carmita Helena N. **Descobrimto sexual do Brasil**: para curiosos e estudiosos. Grupo Editorial Summus, 2004.
- ABDO, Carmita Helena N. **Mosaico Brasil**. Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo. Projeto Sexualidade (PROSEX) USP, 2008.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz. **Nordestino**: uma invenção do falo: uma história do gênero masculino (Nordeste – 1920/1940). Maceió: Editora Catavento, 2003.
- ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko; BUENO, Sônia Maria Villela. Training of academic nurses: the need to place in the curriculum of the subject of human sexuality. **Brazilian Journal of Nursing** [on-line], v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2991>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- ALENCAR, Rúbia de Aguiar. **O idoso vivendo com HIV/AIDS**: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica. 2012. [Tese]. Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2012.
- ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de. **A vida crônica é novidade na AIDS**: as transformações da AIDS aguda para a AIDS crônica sob o ponto de vista dos pacientes. 2006. [Dissertação]. Mestrado em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de; NEMES, Maria Inês Battistella; VELLOSO, Marco Aurélio. From "acute AIDS" to "chronic AIDS": body perception and surgical interventions in people living with HIV and AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1841-1849, 2008.
- ALMEIDA, Antônio José P dos S. **A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares**. [Dissertação]. Mestrado em Ciências Biomédicas. 2008.
- ALMEIDA, Antônio José P dos S. **A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares**: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida, 2011.
- ALMEIDA, Lilian Conceição G. de et al. HIV/AIDS : comportamento sexual de mulheres e homens soropositivos. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**, v. 22 / v. 23, n. 1, 2, 3, p. 79-90, 2008-2009.
- ALMEIDA, Osvaldo P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 56, n. 3B, p. 605-12, 1998.
- ALVES, Andréa Moraes. Fronteiras da relação. Gênero, geração e a construção de relações afetivas e sexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 3, p. 10-32, 2009.
- ALVES, José Eustáquio D. A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. **Textos para discussão**, v. 4, 2002.
- ALVES, José Eustáquio D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **Braudel Papers**, v. 1, p. 1-13, 2008.

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 333-341, 2005.

ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307050739003.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

ANTES, Danielle Ledur; CORAZZA, Sara Teresinha. **Equilíbrio e propriocepção de idosos praticantes de exercícios físicos**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Especialização em Atividade Física, Desempenho Motor e Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ufsm.br:8080/xmlui/handle/1/875>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

ANTHONY, James C. et al. Limits of the 'Mini-Mental State' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. **Psychological medicine**, v. 12, n. 02, p. 397-408, 1982.

ARANTES, Poliana Coeli C.; DEUSDARÁ, Bruno. Grupo focal e prática de pesquisa em AD: metodologia em perspectiva dialógica. **Revista de Estudos da Linguagem**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 791-814, mar. 2017. ISSN 2237-2083.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 544-554, 2007.

ARAÚJO, Verbena Santos. **Representações sociais sobre o cuidado construídas por idosos**. 2015. [Tese]. Doutorado com área de concentração em Cuidado em Enfermagem e Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ATTIAS-DONFUT, Claudine; SEGALEN, Martine. L'invention de la grand-parentalité. In: LE GALL, D.; BETTAHAR, Y. (s. dir). **La pluriparentalité**, Paris: Presses Universitaires de France, p. 243-260, 2001.

ATTRIDE-STIRLING, Jennifer. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. **Qualitative research**, v. 1, n. 3, p. 385-405, 2001.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011.

BALLONE, Geraldo José. Sexo nos idosos. **Psiqu Web Psiquiatria Geral**, v. 5, 2002.

BALLONE, Geraldo José; MOURA, Erly Catarina. Andropausa. **PsiquWeb GJ Ballone [online]** – Portal de Psiquiatria geral, rev. 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=111>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BALTES, Paul B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental psychology**, v. 23, n. 5, p. 611, 1987.

BARBOSA, Regina Helena Simões. As mulheres, a AIDS e a questão metodológica: desafios. In: CZERESNIA, Dina et al. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 65-83.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais: coleção pesquisa qualitativa**. Londres: Bookman Editora, 2009.

BARROS, Rodrigo Heleno; GOMES JUNIOR, Edmundo de Paula. Por uma história do velho

ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, v.27, n. 1, p-75-92, 2013. Disponível em <<https://www.cesjf.br/revistas/cesrevista/edicoes/2013/Artigo%2004.pdf>>. Acesso em 07 fev. 2018.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Educação profissional e docência em saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, p. 51-86, 2007.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Trad. De Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BÉJIN, André. O casamento extraconjugal dos dias de hoje. In: ÀRIES, Philippe; BÉJIN, André. **Sexualidades ocidentais**, 3 ed., São Paulo: Brasiliense, p. 183-193, 1987.

BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; LUZ, Maria Hecker; KOHLRAUSCH, Sheila Cristina. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, 2007.

BERTONCINI, Bruna Z.; MORAES, Karla S.; KULKAMP, Irene C. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 2, p. 75-79, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista19-2-2007/3.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

BILLÉ, Michel. A quoi servent les grands-parents? Desgrands-parents pour intro-duire au “sacré”. **Dialogue** – Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, n. 158, p. 3-10, 2002.

BONGAARTS, John. Human population growth and the demographic transition. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 364, n. 1532, p. 2985-2990, 2009.

BORGES, Milene Ribeiro Dias; MOREIRA, Ângela Kunzler. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz. Revista de Educação Física**. UNESP, v. 15, n. 3, p. 562-573, 2009.

BOWLING, Ann. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. **Age and Ageing**, v. 38, n. 6, p. 703-710, 2009. Disponível em <<https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/38/6/703/41310>>. Acesso em 25 jun. 2017.

BOWLING, Ann. Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. **International Review of Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 41-58, 1994.

BOZON, Michel. À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. **Population et sociétés**, v. 391, n. 4, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, 2006. 192p.

BRASIL, Presidência da República - Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8842/94 – **Dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do idoso e**

dá outras providências, 1994. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/QUADRO/1994.htm>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n. 1944 de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 28 ago. 2009; Seção 1: 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008**. 7 ed., p. 244, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do idoso**. Lei nº. 10741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF: Senado Federal, 2003.

BRIGEIRO, Mauro Martins Costa. **Rir ou chorar?** Envelhecimento, sexualidade e sociabilidade masculina. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

BRITO DA MOTTA, Alda. Idosos na sociedade brasileira no limiar do século XXI. In: GICO, V.; SPINELLI, A.; VICENTE, P. (Org.). **As Ciências Sociais: desafios do milênio**. Natal: EDUFRRN-PPGCS, v. 1, p. 620-633, 2001.

BRITO, Fausto et al. **A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil**: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais—Sumário Executivo. Belo Horizonte, 2007.

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-psiquiatria, 2003. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3-B, p.777-781, 2003.

BUTLER, Robert N.; LEWIS, Mirna I. **Sexo e amor na terceira idade**. Novas buscas em sexualidade. Coleção Comportamento, Corpo, Movimento. 2 ed. São Paulo: Summus, 1985.

CABRAL, Cristiane S. Juventude, sexualidade e direitos reprodutivos. In: Outro olhar: Juventude. **Revista de debates** – Mandato Vereador Arnaldo Godoy, ano V, n. 4, p. 22-30 2007. Disponível: <http://files.cacoifbavca.webnode.com/200000606-18aaf19a42/kehl_juv%20sintoma.pdf#page=23>. Acesso em: 29 jul. 2017.

CABRAL, Francisco Willians; SILVA, Maria Zildenia Oliveira. Prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/330>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. 2002. Disponível:

<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. **Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG)**, 2007. [Tese]. Doutorado em Demografia. Programa de Pós-graduação em Demografia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.fjp.mg.gov.br/handle/123456789/157>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

CAPODIECI, Salvatore. **A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru: Edusc, 2000.

CARDOSO, Andreia Ribeiro; BRITO, Leila Maria Torraca de. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse?. **Psico-USF**, v. 19, n. 3, p. 433-441, 2014.

CARLOS, Sérgio Antônio et al. Identidade, aposentadoria e terceira idade. In: BARRILLI, Heloisa Salvador et al. **O saber construído sobre o processo de envelhecimento**. Porto Alegre: RGS / UNISINOS / PUCS, Relatório de pesquisa, 1998.

CARVALHO, Glayciene da Silva. **A vivência da mulher: percepções de ganhos e perdas na maturidade**. [Monografia]. Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2013, 70 f..

CARVALHO, José Alberto M. de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CASELLI, Graziella; VALLIN, Jacques. Mortality and population ageing. **European Journal of Population / Revue Européenne de Démographie**, v. 6, n. 1, p. 1-25, 1990.

CASTILHO, Lísias Nogueira et al. Disfunção erétil na terceira idade. **Rev Bras Med**, v. 63, p. 298-301, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PROTECTION (CDCP). **Sexually Transmitted Disease Surveillance Annual Report 2004 and 2010**. 2011.

CERBASI, Gustavo. **Casais inteligentes enriquecem juntos: finanças para casais**. Gente, 2004. Disponível em: <<http://187.115.194.214:8080/jspui/handle/123456789/105>>. Acesso: 14 nov. 2017.

CERQUEIRA, Marília Borborema R. **Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e redes sociais em Belo Horizonte (MG)**, 2013. [Tese]. Doutorado em Demografia. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

CFESS. **CFESS Manifesta: Dia Nacional e Internacional do/a Idoso/a**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2016-CfessManifesta-DiaIdoso-Idosa.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

CHACHAMOVICH, Eduardo. **Qualidade de vida em idosos desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. 2005.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2009.

CHESNAIS, Jean-Claude. Demographic transition patterns and their impact on the age structure. **Population and Development Review**, p. 327-336, 1990.

COALE, Ansley J. **The demographic transition: a summary some lessons and some observation.** 1979.

COALE, Ansley J.; HOOVER, Edgar Malone. **Population growth and economic development in low-income countries: a case study of Indias prospects.** 1958.

CORRÊA, Sonia. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: CORRÊA, Sonia; GIFFIN, Karren; COSTA, Sarah H (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CORRÊA, Sônia; JANNUZZI, Paulo de Martinho; ALVES, José Eustáquio D. Direitos e Saúde Sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: **Saúde no Brasil: conceitos, programas e indicadores**, 2006.

COSTA, Caroline de Godoi Rezende. **Papel da intervenção farmacêutica na evolução dos parâmetros clínicos e na resolução de problemas farmacoterapêuticos em pacientes HIV-positivos.** [Dissertação]. Mestrado em Ciências Médicas. Universidade de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Pós Graduação em Ciências Médicas. 2012.

COSTA, Gabriela Maria C.; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033294011/>>. Acesso em 18 jul. 2017.

COSTA, Jurandir Freire. **Sem Fraude nem favor: estudo sobre o amor.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

COUTRIM, Rosa Maria E. et al. Apontamentos a respeito do papel dos avós no cotidiano escolar de crianças do ensino fundamental. **IV Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI-GT**, v. 16, 2006.

COX, Carole B. **To grandmother's house we go and stay: Perspectives on custodial grandparents.** Springer Publishing Company, 2000.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. **Anais do Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 13, 2002.

CUNHA, Raquel Barbosa; TEIXEIRA, Simone Aparecida Q. Causas das doenças sexualmente transmissíveis na população idosa. **Revista digital Net saber.** Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_62276/artigo_sobre_causas-das-doencas-sexualmente-transmissiveis-na-populacao-idosa->. Acesso em: 01 set. 2015.

CUTLER, David; DEATON, Angus; LLERAS-MUNEY, Adriana. The Determinants of Mortality. **Journal of Economic Perspectives**, v. 20, n. 3, p. 97–120, 2006.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre. v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999. Disponível: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23448>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

DEBERT, Guita; BRIGEIRO, Mauro. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, n. 80, 2012. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/html/107/10724731003/>>. Acesso em: 24 jun. 2017..

DEBUS, Mary. **Manual para excelência em investigação mediante grupos focais**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40 (supl.), p. 9-17, 2006.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A sexualidade nas ciências sociais: leitura crítica das convenções. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio. **Sexualidade e saberes, convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, p. 39-81, 2004.

DUNN, Cynthia McGuire; CHADWICK, Gary L. Protecting Study Volunteers in Research: A Manual for Investigative Sites. Boston, MA, CenterWatch. **Journal of Life Care Planning**, v. 4, n. 2, p. 85-98, 1999.

EISENHARDT, Kathleen M. Agency theory: An assessment and review. **Academy of management review**, v. 14, n. 1, p. 57-74, 1989.

ERBOLATO, Regina M. Prado Leite. Relações Sociais na Velhice”. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

ERIKSON, Erik H. **The life cycle: Epigenesis of identity**. Identity: Youth and crisis. New York: WW Norton. KO, & Hansson, p. 205-216, 1968.

FALEIROS, Vicente de Paula. Envelhecimento no Brasil no século XXI: transições e desafios. Vitória (ES): **Argumentum**, v. 6, n. 1, p. 6-21, jan./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.publicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/7952>>. Acesso em 03 jul. 2018.

FARQUHAR, Morag. Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439-1446, 1995.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissões Nacionais Especializadas – Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação climatério**. 2010. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/88961628/Manual-Climaterio-2010>>. Acesso em 18 jul. 2017.

FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. **Estudos de Psicologia** [online], v. 8, n. 3, 2003. Disponível: <<http://www.redalyc.org/html/261/26180303/>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; SOARES, Glória Maria de Paula; SOBREIRA, Tanara Távora. O significado da menopausa e os fatores que interferem no relacionamento sexual da mulher. **Rev. bras. enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 415-422, 1995.

FERRANS, Carol Estwing. **Quality of life: conceptual issues**. Seminars in oncology nursing. WB Saunders, 1990. p. 248-254.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Great Britain: Pergamon Press.

FPA - FAMILY PLANNING ASSOCIATION. **FPA warns of rising STIs and poor sexual health in the over 50s**. 2010.

FRADE, Alice et al. **Educação sexual na escola**. Guia para Professores, Formadores e Educadores. Porto: Texto Editora, 2001.

FRAIMAM, Ana Perwin. **Sexo e afeto na terceira idade**: aquilo que você quer saber e não teve com quem conversar. São Paul, SP: Gente, 1994, 313p.

FRANKL, Viktor E. **Psicoterapia e sentido de vida**: Fundamentos da Logoterapia e análise existencial. Trad.: CASTRO, Alípio Maia. 3. ed., São Paulo, SP: Quadrante, 1989.

FREITAS, Kerma Márcia de; SILVA, Ângela Regina de V.; SILVA, Raimunda Magalhães da. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta Scientiarum**. Health Sciences, v. 26, n. 1, p. 121-128, 2004.

FRENK, Julio et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** (OSP), v. 111, n. 6, p. 485-96, 1991.

FUCS, Gilda Bacal. **Homem-mulher**: encontros e desencontros. Crescimento da sexualidade através da relação. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. In: **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. 2005.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa** - coordenado pela Universidade Aberta do Brasil-UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1 ed., v. 2, 2009.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**: coleção pesquisa qualitativa. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Lorí Viali. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Bookman, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLINA, Sidney et al. **Disfunção Sexual Masculina** – Instituto H. Ellis, São Paulo, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GODOY, Vivian S. et al. O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST-J Bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008.

GOLDENBERG, Mirian. **A Outra**: Um estudo antropológico sobre a identidade da amante do homem casado. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

GOMES, M. C. O. **Andropausa, a menopausa do homem**. 2002.

GÓMEZ, Laureano R. **Envejecer en Chiapas**: etnogerontología zoque. UNAM, 2002.

GONCALVES, Eliane. Novas solteiras: ecos do feminismo na mídia Brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, v. 41, n. 142, p. 162-187, 2011.

GORDILHO, Adriano et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GORINCHTEYN, Jean Carlo. **Avanço da AIDS na terceira idade**. Prática Hospitalar. Ano VII. n. 38. mar.-abr. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 10. mar. 2015.

GOTT, C. Merryn. Sexual activity and risk taking in later life. **Health & social care in the community**, v. 9, n. 2, p. 72-78, 2001.

GOTTER, Elvira. A consciência do envelhecimento corporal no climatério. **Revista Portal de Divulgação** [on line], n. 52, ano VII, 2017. Disponível em:

<<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/667/735>>. Acesso em 18 jul. 2017

GRADIM, Clícia Valim C; SOUSA, Ana Maria M; LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2007.

GRAZIANO, Miguel. **Envelhecimento Saudável**: os segredos de um envelhecimento bem-sucedido. São Paulo: Manole, 2008.

GROSS, J.B. **Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro**. [Dissertação]. Mestrado em Medicina tropical. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. 2005.

GRUT, Michaela et al. Accuracy of the Mini-Mental Status Examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 87, n. 4, p. 312-317, 1993.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p.50-60, 2002.

HAGUETTE, Teresa Maria F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4 ed. Petrópolis: Vozes. 1995.

HEIDARI, Shirin. Sexuality and older people: a neglected issue. 2016. **Journal Reproductive Health Matters**, v.24, n. 48, p. 1-5, 2016. Disponível em: <<http://tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.11.011>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

HEINEMANN, Lothar AJ et al. The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: update and compilation of international versions. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 1, p. 15, 2003. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-15>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

HERRERO, Jiménez. **Enciclopédia Salvat da Saúde**. Adolescentes, Adultos e Idosos, v. 8. Rio de Janeiro: Salvat Editora, 1984.

HILL, L. R. et al. Functional status, education, and the diagnosis of dementia in the Shanghai survey. **Neurology**, v. 43, n. 1, Part 1, p. 138-138, 1993.

HODGSON, Lynne Gershenson. Adult grandchildren and their grandparents: The enduring bond. **The international journal of aging and human development**, v. 34, n. 3, p. 209-225, 1992.

HOSSNE, William Saad; VIEIRA, Sonia. **Experimentação com seres humanos**: aspectos éticos. In: Coleção Fac. Med.-USP. Edusp, 1995. p. 127-46.

HPA - HEALTH PROTECTION AGENCY. **Table 4**: number of selected STI diagnoses made at genito-urinary medicine clinics by gender, sexual orientation and age-group, UK, England and English SHAs: 2000-09, 2010.

HUDELSON, Patricia M. **Qualitative research for health programmes**. In: Qualitative research for health programmes. World Health Organization, 1994.

HUGHES, Jennifer. Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 26, n. 2, p. 277-283, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Área da unidade territorial**: Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos Demográficos do Brasil**: 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de pesquisa. **Projeções populacionais e de tábuas de mortalidade**. Revisão 2013.

JACOB FILHO, Wilson. Atividade física e envelhecimento saudável. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, p.73-77, set. 2006. Suplemento n.5.

JONES, Richard N.; GALLO, Joseph J. Dimensions of the Mini-Mental State Examination among community dwelling older adults. **Psychological medicine**, v. 30, n. 03, p. 605-618, 2000.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 200-210, 1987.

KALRA, Gurvinder; SUBRAMANYAM, Alka; PINTO, Charles. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. **Indian journal of psychiatry**, v. 53, n. 4, p. 300-306, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267340/>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

KAULING, Silvana Vidoreto. **Orçamento familiar**: a gestão dos recursos financeiros entre os casais. 2012. [Monografia]. Especialização em Contabilidade e Finanças. Programa de Pós-graduação do Departamento de Contabilidade. Setor de Ciências Sociais. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1884/44589>>. Acesso: 14 nov. 2017.

KERNBERG, Otto F. Love relations in later years. In: STEINES, R.; JOHNS, J. (Eds.). **Within time & beyond time**: a festschrift for Pearl King. Londres: Karnak Books, 2001.

KILLEWO, Japhet et al. Communicating with the people about HIV infection risk as a basis for planning interventions: lessons from the Kagera Region of Tanzania. **Social Science & Medicine**, v. 45, n. 2, p. 319-329, 1997. Disponível: <<https://core.ac.uk/download/pdf/18410783.pdf>>. Acesso: 05 ago. 2017.

KITZINGER, Jenny. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. **Sociology of health & illness**, v. 16, n. 1, p. 103-121, 1994.

KRAUSE, Neal. Social support. In: BINSTOCK, Robert H.; GEORGE, Linda (Eds.). **Handbook of aging and the Social sciences**, 5 ed., San Diego: Academic Press, p. 272-294, 2001.

KRUEGER, Richard A. **Focus group**: a practical guide for applied research. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

KRUEGER, Richard A. **Focus groups**: A Practical Guide for Applied Research. London: Sage Publications, 1996.

LAKS, Jerson et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3B, p. 782-5, 2003.

- LANÇA, Nicole. **Saúde Sexual e VIH no envelhecimento**. 2013. [Dissertação]. Mestrado em Psicogerontologia Comunitária. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Beja, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/619>>. Acesso em: 30 jun. 2017.
- LANDRY, Adolphe. **La révolution démographique: études et essais sur les problèmes de la population**. Ined, 1934.
- LAROQUE, Mariana Fonseca et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.
- LAU, Anna. e MCKENNA, Kryss. Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. **Disability and Rehabilitation**, v. 23, n. 6, p. 227-238, 2001.
- LAVRAKAS, Paul J. Methods for sampling and interviewing in telephone surveys. in: BICKMAN, Leonard.; ROG, Debra J. (Eds.) **Handbook of Applied Social Research Methods**. Sage Publications, Thousand Oaks, CA; 1997
- LEE, Ronald. The demographic transition: three centuries of fundamental change. **The Journal of Economic Perspectives**, v. 17, n. 4, p. 167-190, 2003.
- LEE, Ronald; MASON, Andrew. Reform and support systems for the elderly in developing countries: capturing the second demographic dividend. **Genus**, v.62, n. 2, p. 11-35, 2006.
- LEITE, Marinês Tambara et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 15, n. 3, p. 481-92, 2012.
- LEITE, Marinês Tambara; DE MOURA, Cristiano; BERLEZI, Evelise Moraes. Doenças sexualmente transmissíveis e *HIV/AIDS* na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 339-354, 2007.
- LEITE, Rita de Cassia Burgos de O. **O idoso dependente em domicílio**. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 1995, 173p.
- LENOIR, Rémi. L'invention du troisième age: constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. **Actes de la Recherche in Sciences Sociales**, Paris, n. 26, p. 57-82, 1979.
- LESTHAEGHE, Ron; VAN DE KAA, Dirk. **Twee demografische transitie?** In: _____. Groei of krimp. Deventer: Van Loghum-Slaterus, p. 9-24, 1986.
- LIMA, Daniela Angelo de. **A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de AIDS: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda**. 2006. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
- LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semiestruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. v. 20, n. especial, p. 130-142, 1999. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23461>>. Acesso em: 29 abr. 2017.
- LIMA, Talita Aquira dos S.; MENEZES, Tânia Maria de O. **Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva**. 2011.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da

população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-43, 2003.

LIMOEIRO, Beatrice Cavalcante. O corpo em foco: envelhecimento e diferenças de gênero na cidade do rio de janeiro. **Revista Todavia**, v. 3, n.5, 2012.

LINDESAY, James et al. The mini-mental state examination (MMSE) in an elderly immigrant Gujarati population in the United Kingdom. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 12, n. 12, p. 1155-1167, 1997.

LINSK, Nathan L. HIV among older adults: age-specific issues in prevention and treatment. **The AIDS reader**, v. 10, n. 7, p. 430-440, 2000.

LIPSET, Seymour Martin; TROW, Martin A.; COLEMAN, James Samuel. **Union democracy: The internal politics of the International Typographical Union**. Glencoe, IL: Free Press, 1956.

LITWAK, Eugene. **The modified extended family, social networks, and research continuities in aging**. New York: Columbia University Center for Social Sciences, 1981.

LOPES, Gerson. Sexualidade humana. In: **Sexualidade humana**. Médica e Científica, 1993.

LÓPEZ, Félix; FUERTES, Antônio. **Para entender a sexualidade**. GONÇALVES, Maria Stela; SOBRAL, Adail Ubirajara (Trad.). São Paulo: Edições Loyola, 1989.

LORENZI, Dino Roberto S.; SACIOTO, Bruno. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 4, p. 256-60, 2006.

LOURENÇO, Roberto A.; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MACE, David Robert; BANNERMAN, Robert Henry Obuabasa; BURTON, Lucas John Harmsworth. **The teaching of human sexuality in schools for health professionals**. Geneva: World Health Organization, 1974.

MARÍN, Barbara Vanoss et al. Condom use in unmarried Latino men: a test of cultural constructs. **Health Psychology**, v. 16, n. 5, p. 458, 1997.

MARTINS, Teresa et al. **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. 2006.

MASCHIO, Manoela Busato M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011.

MASON, Andrew. **Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries**. Ciudad del Mexico: United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structure, 2005. p. 1.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paulista de enfermagem**, n. 18, v. 4, p. 422-426, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931>>. Acesso: 05 ago. 2017.

MESLÉ, France; VALLIN, Jacques. The health transition: trends and prospects. In: Caselli G., Vallin J. and Wunsch G. Eds. **Demography, analysis and synthesis**. A treatise in demography. New York: Elsevier, p. 247–602, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF>. Acesso: em 26 jun. 2017.

MIRANDA-RIBEIRO, Paula. **Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil**. [Tese]. Doutorado em sociologia. The University of Texas at Austin. 1997, 216f.

MONTEIRO, Dulcinéa da Mata Ribeiro. Afetividade e intimidade. In: FREITAS, Elizabete Viana de et. al. **Tratado de Gerontologia e Geriatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 943-949, 2006.

MOORE, Ann Marie. **Female control over first sexual intercourse in Brazil: case studies of Belo Horizonte, Minas Gerais and Recife, Pernambuco**. [Tese]. Doutorado em Filosofia. The University of Texas at Austin, 2004, 182f.

MORETTI, M. I. P. Cidadania: a conquista de um espaço na sociedade para os que envelhecem. **Revista Kairós**, n. 1, p. 33-43, 1998.

MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. Newbury Park, Calif.: Sage publications, 1988. 85p.

MOTTA, Alda Britto da. A família multigeracional e seus personagens. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 111, p. 435-458, abr. – jun., 2010.

MOTTA, Alda Britto da. Gênero, idades e gerações. **Cadernos CRH**, Salvador: FIOCRUZ, p. 37-50, v. 17, n. 42, p. 349-355, 2004.

MOTTA, Flávia de Mattos. **Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice**. Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das hepatites virais. **Previna-se**. Formas de contágio. [Documento online]. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Estatuto do Idoso**. Série E: Legislação da Saúde, 1 ed., Brasília: Editora MS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 3ed. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, *AIDS* e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico HIV/ AIDS**. Ano III, n. 01, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Viver mais e melhor**: um guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida. Brasília, 2006.

NASCIMENTO, Francisca Denise Silva do. Velhice feminina: emoção na dança e coerção do papel de avó. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 10, n. 30, p. 457-505, 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/DeniseArt.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

NATAL. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo - SEMURB. **Anuário Natal 2011/2012**. Natal, 2012.

NEGREIROS, Teresa Creusa de G. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, v. 5, n. 9, p. 77-86, 2004. Disponível em: <http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu_n9_negreiros.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

NÉRI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: NÉRI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Consensus Development Panel on Impotence. **Impotence**. JAMA, n. 270, p. 83-90, 1993.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **Início da terapia antirretroviral precoce melhora os resultados para indivíduos infectados pelo HIV**, 2017. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/noticia/2015/inicio-da-terapia-antirretroviral-precoce-melhora-os-resultados-para-individuos-infecta>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 44-57, 2004.

NORRIS, Fran H.; KANIASTY, Krzysztof. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. **Journal of personality and social psychology**, v. 71, n. 3, p. 498-511, 1996.

NOTESTEIN, Frank W. **Population**: the long view. Part II: Population, p.36-57, 1945.

NUNES, Meire. Desafios e perspectivas na velhice: a interpretação da Terceira Idade. **Revista Portal de Divulgação**, n. 22, ano II, p. 6-17, jun., 2012. ISSN 2178-3454. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 06/04/2016.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 115-121, 2012.

OLIVEIRA, Amanda de Castro M. D; RODRIGUES, Gabrielle Ferraz; CHANCHARULO, Ana Paula. **O mito da velhice assexuada**: a libido na mulher idosa. Seminário Internacional

enlaçando sexualidades. Educação, saúde, movimentos sociais, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Salvador, 2009.

OLIVEIRA, Luciane Criado; PIVOTO, Ercília Aparecida; VIANNA, Patrícia Canteruccio Pontes. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. **Acta fisiátrica**, v. 16, n. 3, 2009.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Temas de salud: Envejecimiento**. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/ageing/es/>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) et al. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002**, Geneva. World Health Organization, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) et al. **Developing sexual health programmes: a framework for action**. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL). **Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998**. MS/HPR/HEP/ 98. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. WHO/NMH/NPH/02.8. Versão em português. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Health topics**. Enfermedades no transmisibles. Disponível em: <http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/>. Acesso em: 28 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sexually transmitted infections**. Geneva, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud**. Genebra: OMS; 2004. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf>. Acesso em 16 jul. 2017.

UNITED NATIONS ORGANIZATION (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2015 Revision**, custom data acquired via website. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>. Acesso em: 03 nov. 2015.

PACHECO, Antonio G. et al. **Increase in non-AIDS related conditions as causes of death among HIV - infected individuals in the HAART era in Brazil**. PloS one, v. 3, n. 1, p. e1531, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001531>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

PAIVA, Luciana Laureano; FRASSON, Antônio Luiz. Reflexões sobre a menopausa, incontinência urinária, sexualidade e envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 3, p. 743-757, 2014.

PALELLA JÚNIOR, Frank J. et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 43, n. 1, p. 27-34, 2006.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Atheneu, 1999.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora, 12 ed. 2013.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora, 2000.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. [Dissertação]. Mestrado em Medicina. Universidade de São Paulo, 2000, 252p.

PATRIOTA, Lucia Maria; ALMEIDA, Lucimêre Alves. 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**, v. 8, n. 1, 2009.

PAÚL, Constança. Envelhecimento activo e redes de suporte social. Sociologia: **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 15, p. 275-287, 2005. Disponível em: <<http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392/2189/>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. **A pesquisa qualitativa e a história de vida**. Serviço social em revista, v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/n1v2.pdf#page=135>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

PAULIN, Grasielle Silveira T. **Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde**. [Tese]. Doutorado em Ciências. Programa de pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011, 155f.

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

PEIXOTO, Clarice Ehlers. **Envelhecimento e imagem: as fronteiras entre Paris e Rio de Janeiro**. São Paulo: Annablume, 2000.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. **Histórias de mais de 60 anos**. Estudos Feministas, v. 5, n. 1, p. 148, 1997.

PEREZ, Edith A. Sexualidad en los ancianos. In: PÉREZ, Edith. A et al (Org.). **La atención e ls ancianos: un desafio para los años noventa**. OPS, 1994.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; KOIZUMI, Maria Sumie; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Pain, depression, and cultural concepts. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 55, n. 3A, p. 370-380, 1997.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

- PIOT, Peter; ISLAM, Monir Q. Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control. **Sexually transmitted diseases**, v. 21, n. 2 Suppl, p. S7-13, 1993.
- PIRES, Rosa Cristina Cavalcanti de A. **De um corpo que se finda a um corpo que se faz: um estudo sobre a sexualidade feminina na velhice**. [Dissertação]. Mestrado em Educação e Cultura. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2003.
- PIRES, Rosa Cristina Cavalcanti de A. Sexualidade feminina, envelhecimento e educação: algumas aproximações necessárias. **Revista Linhas**, v.7, n.1, 2006. Disponível em: <<http://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1326>>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- PIZZOL, Silvia Janine S. de. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.
- POLI, Marcelino E.H.; SCHWANKE, Carla Helena Augustin; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da. A menopausa na visão gerontológica. **Scientia Medica**, v. 20, n. 2, 2010.
- PORTELLA, Ana Paula et al. Análise configuracional de homicídios: Velhas e novas situações de violência letal contra as mulheres em Recife. **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 3, p. 403-439, 2011.
- POTTES, Fábila Alexandra et al. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 10, n. 3, p. 338-351, 2007.
- PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.
- PRILIP, N.B.A. **AIDS atinge idosos**. Portal do envelhecimento.2004. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/AIDS2.htm>. Acesso em: 28 mai. 2015.
- PRILIP, Nadjane Bezerra do A. **AIDS atinge idosos**. Portal do envelhecimento, 2004.
- QUINTELLA, Heitor Luiz M de M; GOMES, Fernanda Ventura de A; ROCHA, Henrique Martins. **Fatores crítico de sucesso no lançamento de medicamentos para disfunção erétil**. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal Fluminense, 2006.
- REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 32-37, 2005. Disponível: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421842006/>>. Acesso em: 29 jul. 2017.
- RIBEIRO, José Luís Pais. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v. 2-3, n. 12, p. 179-191. 1994. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55848/2/82717.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- RICE, F. Philip. **Desarrollo humano: estudio del ciclo vital**. Pearson Educación, 1997.
- ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** [Online], v. 3, ed. suplementar, p. 63-69, 2011. Disponível: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750891008/>>. Acesso: 02 ago. 2017.
- RODRIGUES, Luiz Carlos Barbosa. **Vivências da sexualidade de idosos (as)**. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Curso de Pós-graduação em

Enfermagem, 2008.

RODRIGUES, Milena et al. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. **Rev. bras. orientac. prof** [online]. 2005, v.6, n.1, p. 53-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902005000100006>. Acesso em: 24 jul. 2017.

RODRIGUES, Nara Costa. Aspectos sociais da aposentadoria. SCHONS, Carme Regina N.; PALMA, Lúcia Terezinha S. (Org.). **Conversando com Nara Rodrigues: sobre gerontologia social**. Passo Fundo, RS: UFF editora, 2000, p. 21-25.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 16, n. 3, p. 536-45, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

ROGERSON, Robert J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological studies. **Social Science and Medicine**, 411, p. 1373-1382, 1995.

ROWE, John W. ; KAHN, Robert L. Successful aging. **The gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

SABATÉ, Roberta Cristina D. **Envelhecimento e sociedade: um debate sobre o lugar do idoso no Brasil contemporâneo**. [Dissertação]. Mestrado em Ciências Sociais. Faculdade de Filosofia e Ciências. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. 2016.

SANTANA, Carla da Silva; BELCHIOR, Carolina Guimarães. A velhice nas telas do cinema: um olhar sobre a mudança dos papéis ocupacionais dos idosos. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, SP: FACHS / NEPE / PEPGG / PUC-SP, v. 16, n. 1, p. 93-116, 2013.

SANTOS, Alessandra Fátima de M.; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, Geraldine Alves dos; VAZ, Cícero Emídio. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In: ZANELLA, Andrea Vieira. et al.,(Org). **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 333-346, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-31.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo, SP: Epu, 1990.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/1714>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SANTOS, Sueli Souza dos; CARLOS, Sérgio Antônio. Sexualidade e amor na velhice. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**. Porto Alegre, v.5, p.57-80, 2003. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4729>>. Acesso em 08 jul. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Documento de Diretrizes para prevenção das DST/AIDS em idosos**. Bepa, 2011, v. 8, n. 92, p. 15-23.

SCHIRRMACHER, Frank. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha.** Elsevier, 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SCOTT, Joan W. Uma categoria útil para análise histórica. DABAT, Christine Rufino; ÁVILA, Maria Betânia (Trad.). **Cadernos de História UFPE**, n. 11, 2016.

SCOTT, Russel Parry. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idoso, jovens e a problematização da saúde reprodutiva no Brasil. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p.-103-127.

SEU GUIA DE SAÚDE. **Ardência na vagina.** Sexualidade. Pub. 23 out. 2015. Disponível: <<http://seuguiadesaude.com.br/ardencia-na-vagina/>>. Acesso: 05 ago. 2017.

SHALALA, Donna. Protecting research subjects-what must be done. **New England Journal of Medicine**, v. 343, n. 11, p. 808-810, 2000.

SILVA, Eduardo Robini et al. Caracterização das Pesquisas de Teses em Administração com Abordagem Qualitativa/Characterization of Administration Theses Research on Qualitative Approach. **Revista de Administração de Roraima**, v. 6, n. 1, p. 204, 2016.

SILVA, Iolete Ribeiro da; GÜNTHER, Isolda de Araújo. **Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida.** 2000. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12407>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SILVA, Joana Alexandra Sousa. **Envelhecimento ativo e qualidade de vida: uso do tempo e condições de vida dos idosos do Bonfim.** [Dissertação]. Mestrado em Serviço Social. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa, 2015.

SILVA, Josevânia; SALDANHA, Ana Alayde W.; AZEVEDO, Regina Lígia W. de. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 56-63, 2010.

SILVA, Patrícia Capua Vieira et al. Perfil clínico de 128 pacientes idosos portadores do HIV/AIDS no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. In: LIMA, Mário Barreto C.; MEDEIROS, Lucas Pereira Jorge de (Ed.). **Cadernos Brasileiros de Medicina**, v 21, n. 1-2-3-4, p. 52-60, 2008.

SILVA, Renata Maria Ortiz de. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 107-112, dez. 2003. ISSN 2317-0190. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102454/100765>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

SILVA, Rodrigo Sinnott et al. **Atividade física e qualidade de vida.** 2010. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/289>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVA, Vlamir Alves da. **Qualidade de vida na idade madura.** [Dissertação]. Mestrado em Odontologia. Universidade do Sagrado Coração. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Coletiva. 2007.

SIMÃO, Andrea Branco. **A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho: um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo**

Horizonte. 2005. [Tese]. Doutorado em Demografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

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

SMITH, Ruth D. et al. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. **AIDS**, v. 24, n. 13, p. 2109-2115, 2010.

SOARES, Laura Tavares R. América Latina: transição epidemiológica ou retrocesso social. **Acta paul. Enferm**, v. 13, n. esp., pt. 1, p. 55-64, 2000.

SOMMERHALDER, Cinara. Meaning of life in adulthood and later life [Sentido de vida na fase adulta e velhice]. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/90939>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 15-23, 1992.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUZA, Luís Paulo Souza e et al. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, [online]. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 767-776, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400015&script=sci_arttext>. Acesso: 02 ago. 2017.

SOUZA, Miriam Karine de. **Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE):** fatores que interferem na adesão. [Dissertação]. Mestrado em Ciências. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2005.

SOUZA, Vânia de; CZERESNIA, Dina; NATIVIDADE, Cláudia. Counseling for HIV prevention: the view of users at a testing center. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1536-1544, 2008.

SPEROFF, Leon; GLASS, Robert H.; KASE, Nathan G. **Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade**. Manole, 1995.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick; FRANCIS, Karen L.; MACRAE, Priscilla G. **Physical dimensions of aging**. 1995. Disponível em: <http://library.mpib-berlin.mpg.de/toc/z2007_544.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

STAKE, Robert E. The case study method in social inquiry. In: GOMM, Roger; HAMMERSLEY, Martyn; FOSTER, Peter (Ed.). **Case Study Method**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, p. 19-26, 2000.

STÉDILE, Nilva Lúcia Rech. **Prevenção em saúde:** comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro. [Dissertação]. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, 1996.

- TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento do trabalhador na sociedade capitalista. In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). **Envelhecimento na sociabilidade do capital**. Campinas: Papel Social, p. 31-51, 2017.
- THOMPSON, Warren Simpson. Population. **American Journal of Sociology**, v. 34, p. 959-975, 1929.
- TOSCANO, Moema; GOLDENBERG, Mirian. **A revolução das mulheres: um balanço do feminismo no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Revan, 1992.
- TRAD, Leny Alves Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Rio de Janeiro: **Physis**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- TRENCH, Belkis; SANTOS, Claudete Gomes dos. Menopausa ou Menopausas? **Saúde e sociedade**, v. 14, n. 1, p. 91-100, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000100010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 jul. 2017.
- UCHINO, Bert N. **Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships**. New Haven: Yale University Press, 2004.
- ULIN, Priscilla R. **Qualitative methods: A field guide for applied research in sexual and reproductive health**. Family Health International, 2002.
- UNAIDS-BRASIL. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Informações básicas**. 2017 (atual.). Disponível em: <<http://unAIDS.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em: 28 jun. 2017.
- UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNIVERSIDADE (UNA-SUS / UFMA). **Atenção humanizada à saúde da mulher: questões da prática assistencial para enfermeiros**. Módulo 11. Unidade 3, 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7840>>. Acesso em 18 jul. 2017.
- UVALDO, Maria da Conceição Coropos. Relação homem-trabalho: campo de estudo e atuação da orientação profissional. In. BOCK, Ana Mercês Bahia et al. **A escolha profissional em questão**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2 ed., p.215-237.1995.
- VALLE, Estevão Alves et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí A population-based study on factors associated with performance on the Mini-Mental State. **Caderno de saúde pública**, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009.
- VALLIN, Jacques; MESLÉ, France. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. **Demographic research**, v. 2, n. 2, p. 10-43, 2004.
- VASCONCELLOS, Doris et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas-comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 413-419, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.
- VASCONCELOS, Ana Maria N.; GOMES, Marília Miranda F. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. 2012.
- VIANA, Helena Brandão et al. Adaptação e validação da ASKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e**

Saúde. Kairós. ISSN 2176-901X, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 99-125, out. 2013.

VIANA, Helena Brandão. **A Influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas**. [Dissertação]. Mestrado em Educação Física, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

VIANA, Helena Brandão. **Adaptação e validação da ASKAS** – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale - em idosos brasileiros. [Tese]. Doutorado em Educação Física. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. 179f.

VIDAL, Vânia Vieira de Melo F. O papel da farmácia e do farmacêutico no SAE Hospital Dia HIV/AIDS. **Revista Racine**, v. 17, n. 99, p. 42-50, 2007.

WAHDAN, Mohamed H. **The epidemiological transition**. Eastern Mediterranean Health Journal, v. 2, n. 1, p. 8-20, 1996.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 35-82, 1999.

WHITE, Charles B. A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. **Archives of Sexual Behavior**, v. 11, n. 6, p. 491-502, 1982.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**. p. 1403-1410, 1995

WONG, Laura L. R. Introducción: La multidimensionalidad del concepto de salud sexual y reproductiva. In: ALAP - Asociación Latinoamericana de Población. Población y salud Sexual y reproductiva em América Latina. **Series Investigaciones**, n. 4, Rio de Janeiro, 2008.

WONG, Laura L. R.; CARVALHO, José Alberto M. de. **Demographic bonuses and challenges of the age structural transition in Brazil**. In: XXV IUSSP International Population Conference. Tours, France. 2005. p. 18-23.

WONG, Laura R.; CARVALHO, José Alberto M. de; Comité para la cooperación internacional en las investigaciones nacionales sobre Demografía. **Age-structural transition in Brazil: demographic bonuses and emerging challenges**. Age-structural transitions: challenges for development, p. 159-199, 2006.

WOOD-DAUPHINEE, Sharon. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal of clinical epidemiology**, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Bookman editora, 5 ed., 2015.

ZORNITTA, Marlene. **Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. [Dissertação]. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Consentimento Livre e Esclarecido do Grupo focal

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira - estudo de caso no município de Natal/RN**” coordenada pela Profa. Dra. Laura L. R. Wong. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa será desenvolvida em caráter científico, e objetiva verificar os hábitos, conhecimento e as atitudes de mulheres a partir dos 60 anos de idade em relação à Saúde Sexual e sexualidade na terceira idade, no contexto da maior longevidade brasileira. Um total de oito grupos de, em média, cinco pessoas cada, será entrevistado em toda a pesquisa. Essas pessoas serão agrupadas por zona administrativa do município (norte, sul, leste e oeste). Caso decida aceitar o convite, você será submetida à entrevista em grupo, em uma única vez, e em somente um grupo. Perguntas gerais, abertas e específicas do tema, contidas em um roteiro previamente elaborado, serão feitas ao grupo para iniciar uma discussão do tema. Cada sessão de grupo terá suas vozes e imagens gravadas, para posteriormente, serem transcritas, e analisadas. A duração média, estimada, de cada sessão é de 1 hora e 30 minutos, contando com o preenchimento do formulário sociodemográfico e escala ASKA. Essas gravações e transcrições serão guardadas pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro, por um período de cinco anos. Ressalta-se que as gravações podem ser destruídas após sua transcrição. O local da realização das sessões de cada grupo será a sala disponível, e cedida voluntariamente, da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual o grupo de idosos está associado.

Essa pesquisa por ser um estudo observacional poderá acarretar riscos mínimos as participantes, seja físico e ou psicológico. Caso isso venha a ocorrer, a encaminharemos aos serviços de assistência à saúde e ou psicológica públicos municipais ou estaduais. E ainda, se você tiver algum gasto ou dano, decorrente desta pesquisa, que seja devidamente comprovado, terá direito a indenização e ou ressarcimento, caso solicite.

Os resultados deste estudo poderão beneficiar os idosos, no que se refere aos aspectos preventivos às Doenças Sexualmente Transmissíveis, sendo, portanto de grande valia à população como um todo, mas, principalmente, poderão servir de subsídios para fins de elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da assistência à Saúde Sexual deste segmento, melhorando com isto sua qualidade de vida.

Todas as informações (gravações de imagem e voz, e transcrições) obtidas durante as reuniões, serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem sua devida autorização. Os dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, tendo sua privacidade totalmente resguardada.

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Dra. Laura L. R. Wong, pelo fone (31) 3409-7152 ou pelo e-mail lwong@cedeplar.ufmg.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas a Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG no endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unid. Adm. II – 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP: 31.270-901 ou telefone (31) 3409-4592.

Consentimento Livre e Esclarecido

Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados. Sei também que posso decidir a qualquer momento não mais participar do estudo, por qualquer motivo e sem qualquer implicação para mim. Para garantir todos esses direitos esse documento foi analisado pela comissão de ética em pesquisa da UFMG, ao qual poderei recorrer a qualquer momento.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Hábitos, atitudes e conhecimento sobre a Saúde Sexual e sexualidade do idoso no cenário da longevidade brasileira – estudo de caso no município de Natal/RN”, e autorizo a divulgação das informações, contidas em gravações de imagem e voz, e transcrições, por mim fornecidas em congressos e ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, responder aos questionamentos da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

Natal, _____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa: _____

Email: _____ Fone: (84) _____

Assinatura

Profa. Dra. Laura L. R. Wong (Pesquisadora Responsável)

Cristiane A. D. de Araújo (Pesquisadora assistente - Doutoranda)

Contatos para dúvidas e esclarecimentos:

Responsável pelo Projeto: **Profa. Dra. Laura L R Wong**

E-mail: **lwong@cedeplar.ufmg.br**

Fone: **(31) 3409 4592**

Doutoranda: **Cristiane A D de Araújo**

E-mail: **caraujo@cedeplar.ufmg.br**

Fones: **(84) 99123 6764 / (84) 99634 2316**

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unid. Adm. II – 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP.: 31.270-901

E-mail: **coep@prpq.ufmg.br**

Fone / Fax: **(31) 3409 4592**

APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido da Entrevista semiestruturada

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “**Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira - estudo de caso no município de Natal/RN**” coordenada pela Profa. Dra. Laura L. R. Wong. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa será desenvolvida em caráter científico, e objetiva verificar os hábitos, conhecimento e as atitudes de homens a partir dos 60 anos de idade em relação à Saúde Sexual e sexualidade na terceira idade, no contexto da maior longevidade brasileira. Um total de dez indivíduos será entrevistado em toda a pesquisa. Essas pessoas serão selecionadas dentro das quatro zonas administrativas do município (norte, sul, leste e oeste). Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista semiestruturada, em uma única vez. Perguntas gerais, abertas e específicas do tema, contidas em um roteiro previamente elaborado, serão feitas para direcionar a entrevista. Cada entrevista será gravada, para posteriormente, ser transcrita, e analisada. A duração média, estimada, da entrevista é de 60 minutos, contando com o preenchimento do formulário sociodemográfico e escala ASKA. Essas gravações e transcrições serão guardadas pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro, por um período de cinco anos. Ressalta-se que as gravações podem ser destruídas após sua transcrição. O local da realização da entrevista será definido pelo entrevistado, desde que obedeça ao critério de sigilo e a não influência nas respostas.

Essa pesquisa por ser um estudo observacional poderá acarretar riscos mínimos aos participantes, seja físico e ou psicológico. Caso isso venha a ocorrer, a encaminharemos aos serviços de assistência à saúde e ou psicológica públicos municipais ou estaduais. E ainda, se você tiver algum gasto ou dano, decorrente desta pesquisa, que seja devidamente comprovado, terá direito a indenização e ou ressarcimento, caso solicite.

Os resultados deste estudo poderão beneficiar os indivíduos maiores de 60 anos, no que se refere aos aspectos preventivos às Doenças Sexualmente Transmissíveis, sendo, portanto de grande valia à população como um todo, mas, principalmente, poderão servir de subsídios para fins de elaboração de políticas públicas voltadas para a melhoria da assistência à Saúde Sexual deste segmento, melhorando com isto sua qualidade de vida.

Todas as informações (gravações e transcrições) obtidas durante as entrevistas, serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem sua devida autorização. Os dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, tendo sua privacidade totalmente resguardada.

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Profa. Dra. Laura L. R. Wong, pelo fone (31) 3409-7152 ou pelo e-mail: lwong@cedeplar.ufmg.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas a Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG no endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unid. Adm. II – 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP.: 31.270-901 ou telefone (31) 3409-4592.

Consentimento Livre e Esclarecido

Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados. Sei também que posso decidir a qualquer momento não mais participar do estudo, por qualquer motivo e sem qualquer implicação para mim. Para garantir todos esses direitos esse documento foi analisado pela comissão de ética em pesquisa da UFMG, ao qual poderei recorrer a qualquer momento.

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Hábitos, atitudes e conhecimento sobre a Saúde Sexual e sexualidade do idoso no cenário da longevidade brasileira – estudo de caso no município de Natal/RN”, e autorizo a divulgação das informações, contidas em gravações, e transcrições, por mim fornecidas em congressos e ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, responder aos questionamentos da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

Natal, _____ de _____ de 2016.

Participante da pesquisa: _____

Email: _____ Fone: (84) _____

Assinatura

Profa. Dra. Laura L. R. Wong (Pesquisadora Responsável)

Cristiane A. D. de Araújo (Pesquisadora assistente - Doutoranda)

Contatos para dúvidas e esclarecimentos:

Responsável pelo Projeto: **Profa. Dra. Laura L R Wong**

E-mail: **lwong@cedeplar.ufmg.br**

Fone: **(31) 3409 4592**

Doutoranda: **Cristiane A D de Araújo**

E-mail: **caraujo@cedeplar.ufmg.br**

Fones: **(84) 99123 6764 / (84) 99634 2316**

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unid. Adm., II – 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP.: 31.270-901

E-mail: **coep@prpq.ufmg.br**

Fone / Fax: **(31) 3409 4592**

APÊNDICE C – Roteiro do Grupo focal

GRUPO FOCAL

A. Método

A entrevista será realizada com o intuito de buscar informações sobre os hábitos e práticas comportamentais preventivas e de risco, e também, identificar o grau de conhecimento de mulheres a partir dos 60 anos (grupo), em relação à Saúde Sexual e sexualidade na terceira idade, tentando investigar como a maior longevidade e o envelhecimento populacional impactam na vida da idosa no município de Natal/RN.

Portanto, sua finalidade é explorar e identificar, questões motivacionais, culturais e comportamentais, ligadas a Saúde Sexual, que influenciam na longevidade. Enriquecendo, assim, o entendimento sobre o objeto do estudo.

Serão realizados oito grupos focais, formados por mulheres, com idade a partir dos 60 anos, residentes no município de Natal/RN. A segregação dos grupos se dará também por zona administrativa (norte, sul, leste e oeste). Ou seja, dois grupos de mulheres em cada zona administrativa do município. A pesquisa se intitula: **“Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira – estudo de caso no município de Natal/RN”**. A seleção dos indivíduos será por indicação e ou *snowball*. As discussões serão, somente, em grupo, sendo filmadas e gravadas para posterior transcrição e análise.

O roteiro é dividido em três partes: I. Percepção de estar na terceira idade; II. Vida afetiva e sexual; e, III. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.

Os critérios de inclusão, concomitantes, dos participantes são: a) ter partir de 60 anos de idade; b) ser residente do município do Natal/RN; c) ter capacidade cognitiva para participar do grupo – aferido pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM); e, d) participar voluntária e formalmente da pesquisa – questão aferida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão, independentes, são: e) ter menos de 60 anos de idade; f) não ser residente do município do Natal/RN; e, g) recusar, verbalmente, participar.

B. Roteiro da pesquisa

Verificar, em cada grupo, antes do início das discussões, os critérios de inclusão: idade e capacidade cognitiva (aplicar o MEEM).

Entregar o TCLE para a formalização do consentimento da participação. Lê-lo para cada grupo, e solicitar a assinatura (ou digital) de todas as voluntárias. Posteriormente, requisitar o preenchimento do formulário sociodemográfico³³ e Escala ASKA³⁴.

³³ O objetivo é caracterizar os componentes dos grupos.

³⁴ O intuito é aferir o conhecimento e posicionamento frente à sexualidade do Idoso.

ROTEIRO

I. PERCEÇÃO DE ESTAR NA TERCEIRA IDADE

Itens a serem vistos:

- Como é ter mais de 60 anos? Quais são os melhores aspectos? E quais são os piores aspectos?
- Quais são as maiores mudanças, ocorridas na vida do ser humano – de uma forma geral -, depois dos 60 anos, comparando com antes de ter 60 anos?
- Acreditam que ser idoso hoje, é o mesmo de ser idoso há dez anos? Por quê?
- Vocês acham que o ciclo de amizades é o mesmo de antes de ter 60 anos? O que ocorre?
- Na opinião de vocês, depois dos 60 anos, quais são as principais atividades físicas praticadas? E quais as atividades sociais mais praticadas depois dos 60?
- O que é qualidade de vida na terceira idade?

II. VIDA AFETIVA E SEXUAL

Itens a serem abordados:

- O que muda nos relacionamentos amorosos na terceira idade? Quais são as maiores dificuldades de **ter** e ou **manter** um relacionamento amoroso nessa fase da vida?
- Existe diferença em ser homem ou mulher, estar na terceira idade, e estar em busca de um relacionamento amoroso?
- Qual a opinião de vocês em **ter** e ou **manter** relacionamentos amorosos, com mais de uma pessoa, na terceira idade?
- O que vocês acham dos clubes e as associações para idosos? É mais simples encontrar um (a) parceiro (a) amoroso nestes lugares? Conhecem algum aqui em Natal/RN?
- Como vem a atividade sexual na terceira idade? Qual a melhor aspecto de ser manter sexo depois dos 60 anos? E qual o pior aspecto? O quão importante é na opinião de vocês?
- Na época de seus avós e avôs, o que pensavam sobre a atividade sexual entre idosos?
- O (A) idoso (a) pode (e ou deve) utilizar todos os recursos disponíveis da medicina, tais como: remédios para reposição hormonal, viagra, próteses, etc., para se manter ativo (a) sexualmente?
- Depois da menopausa, acham que é necessária a utilização de preservativos nas relações sexuais? E depois dos 60 é necessário utilizar preservativos?

III. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS

Itens a serem pesquisados:

- As pessoas com mais de 60 anos podem adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)? Por quê? Quais DSTs que vocês ouviram falar?
- Na opinião de vocês, o que as pessoas com mais de 60 anos sabem sobre o HIV/AIDS? O HIV/AIDS é um mito ou uma realidade na terceira idade? Quais são as formas de contágio? Quem pode ser contaminado por esta doença? Acreditam que as pessoas com mais de 60 anos se vêm (se identificam) nas propagandas sobre o HIV/AIDS? Ou seja, se vem como possíveis portadores de HIV/AIDS?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista semiestruturada

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A. Método

A entrevista será realizada com o intuito de buscar informações sobre os hábitos e práticas comportamentais preventivas e de risco, e também, identificar o grau de conhecimento de homens a partir dos 60 anos, em relação à Saúde Sexual e sexualidade na terceira idade, tentando investigar como a maior longevidade e o envelhecimento populacional impactam na vida do homem maduro no município de Natal/RN.

Portanto, sua finalidade é explorar e identificar, questões motivacionais, culturais e comportamentais, ligadas a Saúde Sexual, que influenciam na maior longevidade. Enriquecendo, assim, o entendimento sobre o objeto do estudo.

Serão entrevistados dez homens, com idade a partir dos 60 anos, residentes no município de Natal/RN. Os entrevistados serão selecionados dentro das zonas administrativas (norte, sul, leste e oeste). A pesquisa se intitula: **“Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira – estudo de caso no município de Natal/RN”**. A seleção dos indivíduos será por indicação e ou *snowball*. As discussões serão gravadas para posterior transcrição e análise.

O roteiro é dividido em três partes: I. Percepção de estar na terceira idade; II. Vida afetiva e sexual; e, III. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.

Os critérios de inclusão, concomitantes, dos participantes são: a) ter partir de 60 anos de idade; b) ser residente do município do Natal/RN; c) ter capacidade cognitiva para participar do grupo – aferido pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM); e, d) participar voluntária e formalmente da pesquisa – questão aferida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão, independentes, são: e) ter menos de 60 anos de idade; f) não ser residente do município do Natal/RN; e, g) recusar, verbalmente, participar.

B. Roteiro da pesquisa

Verificar antes do início das entrevistas, os critérios de inclusão: idade e capacidade cognitiva (aplicar o MEEM).

Entregar o TCLE para a formalização do consentimento da participação. Lê-lo, para os entrevistados que tiverem dificuldade em ler. Solicitar a assinatura (ou digital) de todos os voluntários. Posteriormente, requisitar o preenchimento do formulário sociodemográfico³⁵ e Escala ASKA³⁶.

³⁵ O objetivo é caracterizar os componentes dos grupos.

³⁶ O intuito é aferir o conhecimento e posicionamento frente à sexualidade do Idoso.

ROTEIRO

I. PERCEPÇÃO DE ESTAR NA TERCEIRA IDADE:

- Como é ter mais de 60 anos? Quais são os melhores aspectos? E quais são os piores aspectos?
- Quais são as maiores mudanças, ocorridas na vida do ser humano – de uma forma geral -, depois dos 60 anos, comparando com antes de ter 60 anos?
- Acreditam que ser idoso hoje, é o mesmo de ser idoso há dez anos? Por quê?
- Você acha que o ciclo de amizades é o mesmo de antes dos 60 anos? O que ocorre?
- Em sua opinião, depois dos 60 anos, quais são as principais atividades físicas praticadas? E quais as atividades sociais mais praticadas?
- O que é qualidade de vida na terceira idade?

II. VIDA AFETIVA E SEXUAL:

- O que muda nos relacionamentos amorosos na melhor idade? Quais são as maiores dificuldades de **ter** e ou **manter** um relacionamento amoroso nessa fase da vida?
- Existe diferença em ser homem ou mulher, estar na terceira idade, e estar em busca de um relacionamento amoroso?
- O que você acha de **ter** e ou **manter** relacionamento amoroso, com mais de uma pessoa, na terceira idade?
- O que você acha dos clubes e as associações para as pessoas com mais de 60 anos? É mais simples encontrar um (a) parceiro (a) amoroso nestes lugares? Conhece algum aqui em Natal?
- Como você vê a atividade sexual na terceira idade? Qual o melhor aspecto de se manter ativo sexualmente depois dos 60 anos? E qual o pior aspecto? O quão importante é em sua opinião?
- Na época de sua avó e avô, o que pensava sobre a atividade sexual entre idosos?
- O (A) idoso (a) pode (e ou deve) utilizar todos os recursos disponíveis da medicina, tais como: remédios para reposição hormonal, viagra, próteses, etc., para se manter ativo (a) sexualmente?
- Depois da menopausa, acha necessária a utilização de preservativos nas relações sexuais? E depois dos 60 é necessário utilizar preservativos?

III. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS:

- As pessoas com mais de 60 anos podem adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)? Por quê? Quais DSTs que você ouviu falar?
- Em sua opinião, o que as pessoas com mais de 60 anos sabem sobre o HIV/AIDS? O HIV/AIDS é um mito ou uma realidade na terceira idade? Quais são as formas de contágio? Quem pode ser contaminado por esta doença? Acredita que as pessoas com mais de 60 anos se vêm (se identificam) nas propagandas sobre o HIV/AIDS? Ou seja, se vem como possíveis portadores de HIV/AIDS?

APÊNDICE E – Formulário sociodemográfico

V01	Em que dia, mês e ano você nasceu?	____/____/____ Dia Mês Ano		
V02	Qual é o seu último grau de instrução?			[]
	1. Analfabeto 2. Alfabetização de adulto 3. Ensino fundamental incompleto 4. Ensino fundamental completo	5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo: _____	9. Pós-graduação comp./ incomp.	
V03	Atualmente, você está estudando (frequentando colégio, escola técnica, faculdade, universidade ou cursinho)?	1. Sim	2. Não	[]
V04	Você, atualmente, está trabalhando?	1. Sim. Em que? _____ 2. Não		[]
V05	Qual é a sua ocupação principal?			[]
	1. Aposentado (a) 2. Funcionário (a) de empresa privada 3. Funcionário (a) de órgão público	4. Comerciante 5. Autônomo (a) 6. Do lar	7. Pensionista 96. Outro _____	
V06	Qual é a renda familiar (incluindo trabalho, pensão, aposentadoria, aluguel, etc...)?			[]
	1. Não tem renda 2. Menos de 1 SM (menos de R\$ 880,00) 3. 1 a 3 SM (De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00) 4. + 3 a 6 SM (+ R\$ 2.640,00 a R\$ 5.280,00)	5. + 6 a 10 SM (+ R\$ 5.280,00 a R\$8.800,00) 6. + 10 SM a 15 SM (+ R\$ 8.800,00 a R\$ 13.200,00) 7. +15 SM a 20 SM (+ R\$ 13.200,00 a R\$ 17.600,00) 8. + de 20 SM (+ R\$ 17.600,00)		
V07	Com quem você mora atualmente? (múltipla escolha)	1. Moro sozinho (a) 2. Com o (a) companheiro (a) 3. Com filhos (as)	4. Com amigos (as) 5. Com irmã (o) s 96. Outros: _____	[]
V08	No que diz respeito a sua cor ou raça, como você se classificaria?	1. Branca 2. Preta	3. Parda 4. Amarela	5. Indígena []
V09	Atualmente, qual é sua religião?			[]
	1. Nenhuma 2. Católica 3. Protestante / Evangélica	4. Espírita kardecista 5. Afro-brasileira (candomblé / umbanda) 6. Judaísmo	7. Budismo 96. Outra: _____	
V10	Não contando com situações de casamento, batizado e enterros, com que regularidade você tem frequentado as cerimônias / atividades de sua religião?			[]
	1. Nunca 2. Uma ou duas vezes ao ano 3. Uma vez ao mês	4. Duas a três vezes ao mês 5. Uma vez por semana 6. Várias vezes por semana	95. Não se Aplica 96. Outros: _____	
V11	Qual é seu estado civil atualmente?			[]
	1. Solteiro (a) 2. Casado (a)	3. Viúvo (a) 4. Unido (a)	5. Separado (a) 6. Divorciado (a) / Desquitado (a)	
V12	Há quanto tempo vocês estão vivendo casados ou em união?			[]
	_____ ano (s) * 00 se for menor que 1 ano de casado (a) ou unido (a).	95. Não se Aplica		
V13	Com que idade teve sua primeira relação sexual?	_____ ano (s)		[]
V14	Quantos filhos (as) teve? (somando vivos e mortos)	_____ (vivos: _____; mortos: _____)		[]
V15	Você tem atualmente uma pessoa com a qual mantém relações sexuais de forma regular, de forma ocasional, ou não tem ninguém?			[]
	1. Não tenho ninguém atualmente 2. Sim, de forma regular 3. Sim, de forma ocasional	4. Sim, mas não mantemos atualmente 95. Não se Aplica		
V16	Nessa (s) relação (ões), vocês usam preservativo?			[]
	1. Sim 2. Não	95. Não se Aplica		
V17	Você fez laqueadura / vasectomia?			[]
	1. Sim	2. Não		

APÊNDICE F – Tabelas extras do perfil sociodemográfico: Grupo focal

**Tabela F1 - Perfil conjugal e familiar
GRUPO FOCAL**

<i>Indicador</i>	<i>Frequência (Total = 36)</i>
<i>Com quem mora atualmente?</i>	
Com companheiro e filhos (as)	16
Parentes	7
Sozinha	5
Com filhos (as)	5
Com companheiro	3
<i>Há quanto tempo vocês vivendo casados ou em união (anos)? (Total = 20)</i>	
De 42 a 49 anos	8
De 34 a 40 anos	7
De 15 a 30 anos	4
Dois anos	1
<i>Com que idade teve sua primeira relação sexual? Média =21,1 anos</i>	
De 18 a 20 anos	11
De 21 a 24 anos	9
De 16 a 17 anos	7
De 25 a 30 anos	6
Virgem	3
<i>Quantos filhos (somando vivos e mortos) tiveram?</i>	
Dois	10
Três	8
Sem filhos (as)	6
Cinco	6
Quatro	3
Seis, Dez e Onze	3
<i>Existência de parceiro sexual</i>	
Sim, de forma regular	18
Não tenho ninguém atualmente	14
Sim, mas não mantemos atualmente	3
Sim, de forma ocasional	1
<i>Nessa (s) relação (ões), vocês usam preservativo?</i>	
Não usam	17
Não tem parceiro ou não mantém relações sexuais com o parceiro atual	17
Preservativo / Camisinha	2

Continua

Tabela F1 - Perfil conjugal e familiar
GRUPO FOCAL

Continuação

Indicador	Frequência (Total = 36)
<i>Quantos filhos estão vivos?(Total = 30)</i>	
Dois	11
Três	6
Quatro	4
Cinco	4
Nenhum	3
Um	2
<i>Quantos filhos estão mortos?(Total = 30)</i>	
Nenhum	14
Um	9
Dois	5
Seis	1
Oito	1
<i>Você fez laqueadura?</i>	
Sim	26
Não	9
Não respondeu	1

Fonte: Pesquisa "Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira", 2016.

APÊNDICE G – Tabelas extras do perfil sociodemográfico: Entrevista semiestruturada

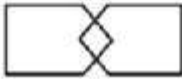
**Tabela G1 - Perfil conjugal e familiar
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Indicador	Frequência (Total = 10)
<i>Com quem mora atualmente?</i>	
Com companheira e filhos	6
Com companheira	3
Com companheira, filhos e netos	1
<i>Há quanto tempo vocês vivendo casados ou em união (anos)? (Total = 20)</i>	
De 20 a 39 anos	5
De 40 a 56 anos	5
<i>Com que idade teve sua primeira relação sexual? Média = 16,7 anos</i>	
12 anos	1
De 16 a 17 anos	6
De 18 a 19 anos	3
<i>Quantos filhos (somando vivos e mortos) tiveram?</i>	
Dois	2
Três	4
Cinco	2
Quatro	1
Seis	1
<i>Existência de parceiro sexual</i>	
Sim, de forma regular	8
Sim, mas não mantemos atualmente	2
<i>Nessa (s) relação (ões), vocês usam preservativo?</i>	
Não usam	8
Não tem parceiro ou não mantém relações sexuais com o parceiro atual	2
<i>Quantos filhos estão vivos?</i>	
Três	4
Dois	3
Cinco	2
Seis	1
<i>Quantos filhos estão mortos?</i>	
Nenhum	9
Dois	1
<i>Você fez vasectomia?</i>	
Não	9
Sim	1

Fonte: Pesquisa “Hábitos, Atitudes e Conhecimento sobre a Saúde Sexual e Sexualidade do idoso no cenário da maior longevidade brasileira”, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM						
Código do Idoso:	_____					[]
Data de aplicação:	___/___/____ - (dd/mm/aaaa)					
Local de aplicação:	_____					[]
Atividade - Pontuação						
		1	2	3	4	5
001	Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO - MÊS – DIA - DIA DA SEMANA	()	()	()	()	()
002	Orientação espacial (0-5): ESTADO - CIDADE - RUA - BAIRRO - LOCAL	()	()	()	()	()
003	Registro (0-3): Nomear: PENTE - RUA – CANETA	()	()	()	()	()
004	Cálculo - tirar 7 (0-5): 100 - 5 = ___ - 5 = ___ - 5 = ___ - 5 = ___ - 5 = ___	()	()	()	()	()
005	Evocação (0-3): Três palavras anteriores: PENTE – RUA – CANETA	()	()	()	()	()
006	Linguagem 1 (0-2): Nomear um RELÓGIO e uma CANETA	()	()	()	()	()
007	Linguagem 2 (0-1): Repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	()	()	()	()	()
008	Linguagem 3 (0-3): Siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa.	()	()	()	()	()
009	Linguagem 4 (0-1): Ler e obedecer: FECHE OS OLHOS	()	()	()	()	()
010	Linguagem 5 (0-1): Escreva uma frase completa	()	()	()	()	()
011	Linguagem 6 (0-1): Copiar o desenho: 	()	()	()	()	()
TOTAL						

PONTUAÇÃO FINAL	
ESCOLARIDADE	

PONTUAÇÃO DO MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL³⁷

- *PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO:*

Orientação Temporal (Q001) e Espacial (Q002): Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 5;

Registros (Q003): Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 3;

Cálculo (Q004): Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 5;

$$100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72$$

Evocação (lembrança, memória de evocação) (Q005): Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 3;

Linguagem: (1) (Q006) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 2;
 (2) (Q007) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 1;
 (3) (Q008) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 3;
 (4) (Q009) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 1;
 (5) (Q010) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 1;
 (6) (Q011) Questão que pontua 1, para cada resposta correta. Máximo 1;

Pontuação máxima 9.


- *AVALIAÇÃO DO ESCORE OBTIDO:*

<p>Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003)</p> <p>20 pontos para analfabetos</p> <p>25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo</p> <p>26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo</p> <p>28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo</p> <p>29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.</p>

Obs.: O indivíduo estará apto ao procedimento posterior, quando os escores atingirem a pontuação acima.

³⁷ BRUCKI et al (2003)

ANEXO B – Aprovação do colegiado do Departamento de Demografia/UFMG do projeto de pesquisa

FACE FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS	UFMG	POP DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFIA
Parecer sobre Projeto: "A interação entre a longevidade e a saúde sexual do idoso – Estudo de caso no município de Natal/RN".		
Parecer		
Diante do exposto, considerando a relevância do projeto e de possíveis desdobramentos, sou favorável, S.M.J, à sua aprovação sem alterações.		
Belo Horizonte, 18 de maio de 2016.		
 Adriana de Miranda Ribeiro	APROVADO Pela Assembleia Departamental de Demografia em <u>18/05/2016</u>	
Professora Adjunta do Departamento de Demografia/Face/UFMG	 Profa. Ana Paula de A. Verona Subchefe do Departamento de Demografia FACE/UFMG	
Departamento de Demografia – Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG 31270-901 - Belo Horizonte - MG - Brasil - Tel.: +55(31) 3409 7080 - Fax: +55(31) 3409 7150		

ANEXO C – Termo de anuência da Secretaria de Saúde do município de Natal/RN



Memorando n.º1171/2016

Origem: SEPAES/DGTES

Destino: Dist. Norte I - UBS Pajuçara/ UBS Nova Natal/ UBS Gramoré/ UBS Cidade Praia/ UBS José Sarney/ UBS Pompéia/ UBS Vista Verde/ UBS Parque das Dunas/ UBS África/ UBS Redinha

Natal, 09 de Junho de 2016.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Autorizamos a Coleta de Dados de acordo com ofício nº 080/2016, para a aluna, **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo**, doutoranda em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada, **“HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA”**, nas Unidades Básicas citadas acima, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016, no turno matutino ou vespertino.

Atenciosamente,

Isabelle C. de Meiroz Grilo Ferreira
Diretora do Departamento de Gestão
do Trabalho e da Educação na Saúde


Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030
(84) 3232.8527, sdpesestagio@hotmail.com



Memorando n.º1172/2016

Origem: SEPAES/DGTES

Destino: Dist. Norte II - UBS Bela Vista/ UBS Vale Dourado/ UBS Soledade II /
 UBS Igapó / UBS Panatis/ UBS Potengi/ UBS Santarém/ UBS Santa Catarina/
 UBS Soledade I / UBS Parque das Mangueiras/ UBS Parque dos Coqueiros

Natal, 09 de Junho de 2016.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Autorizamos a Coleta de Dados de acordo com ofício nº 080/2016, para a aluna, **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo**, doutoranda em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada, **“HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA”**, nas Unidades Básicas citadas acima, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016, no turno matutino ou vespertino.

Atenciosamente,

Isabelle C. de Meiroz Grilo Ferreira
 Diretora do Departamento de Gestão
 do Trabalho e da Educação na Saúde

Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço
 Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
 Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030
 (84) 3232.8527, sdpesestagio@hotmail.com



Memorando n.º1173/2016

Origem: SEPAES/DGTES

Destino: Dist. Oeste - UBS Bom Pastor/ UBS Cidade Nova/ UBS Nazaré/ UBS Guarapes / UBS Bairro Nordeste/ UBS Km 6/ UBS Monte Libano/ UBS Quintas/ UBS Novo Horizonte

Natal, 09 de Junho de 2016.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Autorizamos a Coleta de Dados de acordo com ofício nº 080/2016, para a aluna, **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo**, doutoranda em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada, **“HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA”**, nas Unidades Básicas citadas acima, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016, no turno matutino ou vespertino.

Atenciosamente,

Isabelle C. de Meiroz Grio Ferreira
Diretora do Departamento de Gestão
do Trabalho e da Educação na Saúde

Nádia Rocely Souto de Almeida Lima
p/ **Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.**

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030
(84) 3232.8527, sdpesestagio@hotmail.com



Memorando n.º1174/2016

Origem: SEPAES/DGTES

Destino: Dist. Leste - UBS Guarita/ UBS Passo da Pátria/ UBS Lagoa Seca/ UBS Aparecida / UBS Mãe Luiza/ UBS São João/ UBS Rocas/ UBS Quintas/ UBS Novo Horizonte

Natal, 09 de Junho de 2016.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Autorizamos a Coleta de Dados de acordo com ofício nº 080/2016, para a aluna, **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo**, doutoranda em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada, "HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA", nas Unidades Básicas citadas acima, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016, no turno matutino ou vespertino.

Atenciosamente,

Isabelle C. de Meiroz Grilo Ferreira
Diretora do Departamento de Gestão
do Trabalho e da Educação na Saúde


P/ **Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.**

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030
(84) 3232.8527, sdpesestagio@hotmail.com



Memorando n.º1175/2016

Origem: SEPAES/DGTES

Destino: Dist. Sul - UBS Candelária/ UBS Mirassol/ UBS Jiqui/ UBS Pirangi / UBS Nova Descoberta/ UBS Cidade Satélite/ UBS Ponta Negra/ UBS Planalto

Natal, 09 de Junho de 2016.

Assunto: Autorização de Coleta de Dados

Autorizamos a Coleta de Dados de acordo com ofício nº 080/2016, para a aluna, **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo**, doutoranda em Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada, **“HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA”**, nas Unidades Básicas citadas acima, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016, no turno matutino ou vespertino.

Atenciosamente,

Isabelle C. de Meiroz Grilo Ferreira
Diretora do Departamento de Gestão
do Trabalho e da Educação na Saúde

Isabelle C. de Meiroz Grilo Ferreira
P/ **Nádia Rocely Souto de Almeida Lima.**

Setor de Educação Permanente e Articulação em Ensino - Serviço
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Rua Fabrício Pedrosa, 915, Petrópolis, 59014-030
(84) 3232.8527, sdpesestagio@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES
 Setor de Educação Permanente e Articulação Ensino Serviço - SEPAES

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a pesquisa intitulada "**HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA**". Esta pesquisa será realizada pela doutoranda **Cristiane Alessandra Domingos de Araújo** do programa de Pós-Graduação em Demografia, da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, nas Unidades Básicas de Saúde, do Município - Natal/RN, no período de 06 de Junho à 05 de Agosto de 2016.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimento acerca deste tema, em virtude disto autorizamos a presença do(a) discente nas dependências das Unidades Básicas de Saúde. Bem como a abordagem dos profissionais da Rede Municipal de Saúde do Natal.

A autorização desta pesquisa está condicionada ao cumprimento das normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/Jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Solicitamos ainda que o resultado da pesquisa seja consolidado e entregue ao setor de educação Permanente e articulação Ensino – Serviço para o banco de dimensionamento de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde.

Natal, 05 de Junho de 2016.

Luiz Roberto Leite Fonseca
 Secretário de Saúde do Município de Natal

Marcelo Bessa de Freitas
 Secretário Adjunto de Gestão Participativa, do
 Trabalho e da Educação em Saúde

ANEXO D – Termo de anuência da Secretaria de Mobilidade Urbana do município de Natal/RN



Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana está de acordo com a pesquisa intitulada "HÁBITOS, ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E SEXUALIDADE DO IDOSO NO CENÁRIO DA MAIOR LONGEVIDADE BRASILEIRA – Estudo de caso no município de Natal /RN". Esta pesquisa será realizada pela doutoranda Cristiane Alessandra Domingos de Araújo do programa de Pós-graduação em Demografia, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, no Setor de Cartão de Estacionamento, do Departamento de Operações (DOP), do município de Natal / RN, no período de 17 de outubro a 25 de novembro de 2016.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimento acerca deste tema, em virtude disto, autorizamos a presença da discente nas dependências da Secretaria Municipal de Mobilidade Urbana. Assim como, a abordagem dos profissionais integrantes da secretaria.

A autorização desta pesquisa está condicionada ao cumprimento das normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas / jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação dos usuários.

Natal, 03 de outubro de 2016.

Natal, 03 de outubro de 2016.

[Handwritten signature]

Elequícina Maria dos Santos

Secretária de Mobilidade Urbana do Município de Natal

ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Projeto: CAAE – 60518616.4.0000.5149

Interessado(a): Profa. Laura Lidia Rodriguez Wong
Departamento de Demografia
Faculdade de Ciências Econômicas- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de outubro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado “A interação entre a longevidade e a saúde sexual do idoso - estudo de caso no município de Natal/RN” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INTERAÇÃO ENTRE A LONGEVIDADE E A SAÚDE SEXUAL DO IDOSO - Estudo de caso no município de Natal/RN

Pesquisador: Laura Lidia Rodriguez Wong

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60518616.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.766.516

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.766.516

BELO HORIZONTE, 07 de Outubro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)