

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN**

ANA LARESSA LEAL AZEVEDO

SEXUALIDADE FEMININA NA TERCEIRA IDADE: uma
abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de
idosos

MOSSORÓ

2010

ANA LARESSA LEAL AZEVEDO

SEXUALIDADE FEMININA NA TERCEIRA IDADE: uma
abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de
idosos

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como
exigência para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. M.Sc. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ

2010

ANA LARESSA LEAL AZEVEDO

SEXUALIDADE FEMININA NA TERCEIRA IDADE: uma
abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de
idosos

Monografia apresentada pela aluna ANA LARESSA LEAL AZEVEDO, do
Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE/RN, tendo obtido conceito,
_____, conforme a apreciação da Banca Examinadora
constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc Jussara Vilar Formiga - (FACENE/RN)
(Orientador)

Prof. Esp. Eumendes Fernandes Carlos -(FACENE/RN)
(Membro)

Prof. Esp. Verusa Fernandes Duarte - (FACENE/RN)
(Membro)

Ao Eterno Pai, pelas maravilhas que tem feito em minha vida. Jesus, eu Confio em Vós!

Aos meus amados pais Florentino Azevedo e Fátima Leal, que no decorrer da minha vida, proporcionaram-me, além de imenso carinho e amor, os conhecimentos da integridade, da responsabilidade, da perseverança e de procurar sempre em Deus e na fé a força maior para o meu desenvolvimento como ser humano.

As minhas queridas irmãs Lorena Azevedo e Luana Leal que permaneceram sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A professora M.Sc. Jussara Formiga (orientadora e amiga), pelo incentivo, simpatia, disponibilidade e presteza no auxílio as atividades e discussões sobre o andamento e normatização desta monografia.

A amiga de classe em especial (Hozana Melo) pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

A todos os professores do Curso de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN, pela contribuição, dedicação, entusiasmo e comprometimento demonstrado ao longo do curso.

A todos os idosos do Centro de Convivência do Idoso Maria Dalva da Rocha Barreto, instituição vinculada à Secretaria do Desenvolvimento Humano e Social que tem como mantenedora a Prefeitura Municipal de Mossoró.

A minha linda família por ser meu porto seguro.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, colaboraram para que este trabalho conseguisse atingir os objetivos propostos.

Oração do Idoso

*Felizes os que respeitaram as minhas mãos
enrugadas*

e os meus pés deformados;

*Felizes os que falaram comigo apesar dos
meus ouvidos*

já não entenderem bem as suas palavras;

*Felizes os que compreenderam que os meus
olhos*

*começaram a não ver e as minhas idéias a
ficarem baralhadas;*

*Felizes os que, com um sorriso, perderam
tempo em*

conversar comigo;

*Felizes os que me ajudaram a lembrar coisas
de*

antigamente;

*Felizes os que disseram que gostavam de
mim e que eu*

ainda prestava para alguma coisa;

*Felizes aqueles que me ajudaram a viver os
últimos dias*

de minha vida.

(Autor desconhecido)

RESUMO

Em função da longevidade da população ser um fenômeno mundial, com importantes repercussões sociais e econômicas, os assuntos da terceira idade vêm merecendo destaque cada vez maior em todos os segmentos da sociedade. Especialmente as mulheres, têm sua satisfação e bem estar reduzidos e refletidos na intensidade dos sintomas climatérios. A atividade em grupo é importante para as pessoas na terceira idade, pois está voltada para a obtenção de uma melhor qualidade de vida, onde esta busca provocar mudanças positivas nas suas vidas e o desenvolvimento de novas amizades, somando-se a isso o conhecimento a respeito de problemas de saúde característicos do seu envelhecer. A capacidade feminina de viver a sexualidade não termina com o envelhecimento, mas se caracteriza de acordo com sua experiência e o melhor fator de boa satisfação sexual da mulher no climatério é a sua qualidade de vida. Esta pesquisa teve por objetivo compreender a visão da mulher da terceira idade sobre a sua sexualidade e se o grupo de convivência de idosos tem influência na qualidade de vida sexual dessas mulheres, a partir de questões sociais e emocionais, como também das modificações físicas que ocorrem no climatério. Foi utilizado como amostra mulheres da terceira idade a partir de 60 anos numa pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo onde se utilizou o método quantitativo para a avaliação dos resultados. Os dados foram coletados por meio de formulários, onde o entrevistador pessoalmente aplicou questões às idosas como resultado deste trabalho de pesquisa. Ao caracterizar a amostra pôde-se perceber que esta se apresentava na sua maioria com idade entre 71 anos ou mais (60%), eram aposentadas (70%), viviam sem parceiros (57,2%) e tinham como nível de escolaridade até 4 anos de estudos completos (57,4%). A maior parte destas idosas eram da raça branca (46,3%) Quanto ao tema da pesquisa a maioria das mulheres (74%) tinham vida sexual inativa, estas não tinham parceiro, pois 42,6% eram viúvas; 13% eram separadas e 61,1% citaram desinteresse como motivo para a abstenção sexual. Analisando-se os 26% das mulheres que têm vida sexual ativa percebemos que: 60% tinham idade entre 71 anos ou mais; 100% tinham relações sexuais uma a duas vezes por mês e 64,3% referiram sentir prazer frequentemente. Quanto à influência do grupo de idosos neste contexto, 87% das idosas não perceberam preconceitos dos profissionais de saúde e 63% não entenderam preconceitos das colegas do grupo, mas mesmo assim 70,4% disseram não discutir abertamente essas questões com os profissionais de saúde e 66,6% também não, com os colegas do grupo. Podemos concluir que as mulheres da terceira idade do grupo pesquisado não se vêm como assexuadas nem se sentem reprimidas por preconceitos no grupo. Os resultados das respostas vão de encontro aos achados bibliográficos. De acordo com o aumento da população idosa no Brasil, conseqüentemente, há uma elevação da responsabilidade por meio dos profissionais da área de saúde em promover informações e facilitar discussões que possibilitem um quadro de práticas sexuais por meio de diálogos abertos sobre suas preocupações junto a um profissional de saúde capacitado.

Palavras-chave: Idosas. Sexualidade. Grupos de Convivência. Enfermagem.

ABSTRACT

Depending on the longevity of the population is a global phenomenon with important social and economic repercussions; the affairs of the elderly have been receiving increasingly prominent in all segments of society. Especially women, have their satisfaction and well-being reduced and reflected in the intensity of climacteric symptoms. The group activity is important for seniors because it is focused on achieving a better quality of life, which the search result in positive changes in their lives and developing new friendships, adding to that knowledge about health problems characteristic of their age. The ability to live female sexuality does not end with aging, but is characterized according to their experience and the best factor in good sexual satisfaction in postmenopausal women is their quality of life. This research aimed to understand the vision of the elderly woman about their sexuality and the group for the elderly influences the quality of sexual life of these women, from social and emotional issues, as well as the physical changes that occur the climacteric. Was used as a sample of elderly women from 60 years on literature and field research in which we used the quantitative method for evaluating the results. Data were collected through questionnaires, where the interviewer questions personally applied to the elderly as a result of this research. In characterizing the sample might be perceived that it had a mostly aged 71 years or more (60%) were retired (70%) were living without partners (57.2%) and had their schooling until 4 years of schooling (57.4%). Most of these elderly women were white (46.3%) On the issue of research most women (74%) were sexually inactive, they had no partner, because 42.6% were widows, 13% were separated and 61.1% cited lack of interest as a reason for sexual abstinence. Analyzing the 26% of women who are sexually active realize that: 60% were aged 71 years or more, 100% had sex once or twice a month and 64.3% reported feeling pleasure often. Concerning the influence of the elderly group in this context, 87% of seniors do not realize biases of health professionals and 63% did not understand the prejudices of fellow group members, yet 70.4% did not openly discuss these issues with health professionals and 66.6% were not, with his group. We conclude that women's third age group surveyed did not think of themselves as asexual or feel stifled by prejudice in the group. The results of responses will meet the bibliographical material. According to the increasing elderly population in Brazil, therefore, there is an increase in responsibility through health professionals to promote information and facilitate discussions to enable a framework of sexual practices through open dialogue about their concerns with professional health personnel.

Keywords: Elderly; Sexuality; Groups; Living, Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização da amostra segundo idade	62
TABELA 2	Caracterização da amostra segundo renda pessoal	62
TABELA 3	Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade	62
TABELA 4	Caracterização da amostra segundo estado civil	62
TABELA 5	Caracterização da amostra segundo raça	63
TABELA 6	Distribuição da amostra segundo vida sexual ativa	63
TABELA 7	Distribuição da amostra segundo vida sexual ativa faixa etária alta	63
TABELA 8	Distribuição da amostra segundo frequência das relações sexuais no último mês	63
TABELA 9	Distribuição da amostra segundo satisfação sexual	64
TABELA 10	Distribuição da amostra segundo tem vida sexual ativa não faz uso de nenhum método artificial	64
TABELA 11	Distribuição da amostra segundo o uso de TRH	64
TABELA 12	Distribuição da amostra segundo estado civil mulheres que não tem vida sexual ativa	64
TABELA 13	Distribuição da amostra segundo o que não faz não ter vida sexual ativa	65
TABELA 14	Distribuição da amostra segundo informações a respeito dos problemas de saúde característico do seu envelhecimento	65
TABELA 15	Distribuição da amostra segundo melhora no estado de saúde após sua participação no grupo	66
TABELA 16	Distribuição da amostra segundo incentivo para participar das decisões na sua própria vida	66
TABELA 17	Distribuição da amostra segundo recebimento de informações sobre as práticas sexuais vindas dos profissionais de saúde	66
TABELA 18	Distribuição da amostra segundo discussão aberta com profissionais de saúde sobre as práticas sexuais	67
TABELA 19	Distribuição da amostra segundo discussão aberta com os colegas de grupo sobre as praticas sexuais	67
TABELA 20	Distribuição da amostra segundo percebe preconceitos dos profissionais de saúde.	67
TABELA 21	Distribuição da amostra segundo percebe preconceito dos colegas do grupo.	68

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Caracterização da amostra segundo idade	30
GRÁFICO 2	Caracterização da amostra segundo renda pessoal	31
GRÁFICO 3	Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade	32
GRÁFICO 4	Caracterização da amostra segundo estado civil	32
GRÁFICO 5	Caracterização da amostra segundo raça	33
GRÁFICO 6	Distribuição da amostra segundo Vida Sexual Ativa	37
GRÁFICO 7	Distribuição da amostra segundo vida sexual ativa faixa etária alta.	38
GRÁFICO 8	Distribuição da amostra segundo frequência das relações sexuais no último mês.	39
GRÁFICO 9	Caracterização da amostra segundo satisfação sexual	40
GRÁFICO 10	Distribuição da amostra segundo têm vida sexual ativa não faz uso de nenhum método artificial	41
GRÁFICO 11	Distribuição da amostra segundo o uso de TRH	41
GRÁFICO 12	Distribuição da amostra segundo estado civil mulheres que não tem vida sexual ativa	42
GRÁFICO 13	Distribuição da amostra segundo o que não faz não ter mais vida sexual ativa	43
GRÁFICO 14	Distribuição da amostra segundo informações a respeito dos problemas de saúde característico do seu envelhecimento	44
GRÁFICO 15	Distribuição da amostra segundo melhora no estado de saúde após sua participação no grupo	45
GRÁFICO 16	Distribuição da amostra segundo incentivo para participar das decisões na sua própria vida	46
GRÁFICO 17	Distribuição da amostra segundo recebimento de informações sobre as práticas sexuais vindas dos profissionais de saúde	47
GRÁFICO 18	Distribuição da amostra segundo discussão aberta com profissionais de saúde sobre as práticas sexuais	48
GRÁFICO 19	Distribuição da amostra segundo discussão aberta com os colegas de grupo sobre as práticas sexuais	48

GRÁFICO 20	Distribuição da amostra segundo percepção de preconceito dos profissionais para abordagem do tem	49
GRÁFICO 21	Distribuição da amostra segundo percepção de preconceito dos colegas do grupo para abordagem do tema	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO.....	15
3.2 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	16
3.3 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO E A SEXUALIDADE	18
3.3.1 Alterações endócrinas: a diminuição da produção de estrogênio e de progesterona pelos ovários	19
3.3.2 Climatério	20
3.3.3 O declínio do desejo sexual	23
3.4 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	25
3.5 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA	29
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	30
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4.8 FINANCIAMENTO	35
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
5.1 SEXUALIDADE	37
5.1.1 Vida Sexual Ativa	38
5.1.2 Vida Sexual Inativa	42
5.2 GRUPO DE CONVIVENCIA.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES	58
ANEXO	70

1 INTRODUÇÃO

Em função da longevidade da população ser um fenômeno mundial, com importantes repercussões sociais e econômicas, os assuntos da terceira idade vêm merecendo destaque cada vez maior em todos os segmentos da sociedade (OGUISSU; SCHMIDT, 2010).

Ao tratarmos sobre o envelhecimento, percebemos a qualidade de vida como um dos grandes desafios, e a capacidade funcional como variável importante que devem ser avaliada, assim com o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação (SALVADOR; MACEDO, 2009).

Especialmente as mulheres, neste momento de transição onde as alterações físicas e psicológicas são geralmente integradas às experiências pessoais de cada uma, têm sua satisfação e bem estar reduzidos e refletidos na intensidade dos sintomas climatérios. A atividade em grupo é importante para as pessoas na terceira idade, pois está voltada para a obtenção de uma melhor qualidade de vida, onde esta busca provocar mudanças positivas nas suas vidas e o desenvolvimento de novas amizades, somando-se a isso o conhecimento a respeito de problemas de saúde característicos de o seu envelhecer (MARTINS, et al., 2009; FREITAS, et al., 2006).

A capacidade feminina de viver a sexualidade não termina com o envelhecimento, mas se caracteriza de acordo com sua experiência e o melhor fator de boa satisfação sexual da mulher no climatério é a sua qualidade de vida (DAVIS, 1998 apud OLIVEIRA, et al., 2005).

Esse problema que atinge um grande número de mulheres e as dificuldades, preconceitos e tabus que estas enfrentam para se adequarem ao novo modo de vida pós-menopausa, impulsionaram a realização deste trabalho monográfico, onde combinamos a pesquisa bibliográfica sobre o tema e paralelamente a esta, uma de campo.

Neste intuito, esta monografia aborda temas relevantes sobre a sexualidade feminina na terceira idade, descobertos através de pesquisa de campo, onde houve uma investigação na relação existente entre climatério, aspectos

psicológicos relacionados ao condicionamento social (avaliando se alguns desses fatores poderiam estar influenciando a privação afetiva e sexual dessas mulheres) e a contribuição do grupo de convivência de idosos para este contexto.

A pretensão pelo tema deste estudo, surgiu de uma inquietude que iniciou-se por questões pessoais, associadas ao convívio domiciliar com idosa climatérica. Posteriormente, este tema veio nos interessar também pela discriminação percebida no convívio social dos idosos, que enfrentam preconceitos quando tentam expressar a sua sexualidade.

Uma outra razão que justifica a pertinência deste estudo desprende-se da vivência na disciplina Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, onde os relatos de experiências oferecidos pelos discentes e docentes, associado ao aprofundamento literário, incentivaram o desenvolvimento desta monografia.

Diante do exposto, nos deparamos com o seguinte problema de pesquisa: será que a participação de idosas num grupo de convivência tem efeito na melhoria da sua qualidade de vida sexual?

Nessa tentativa de compreender a influência do meio ambiente de convivência grupal para a qualidade de vida sexual de idosas, apresentamos a seguir os objetivos da investigação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a influência do grupo de convivência de idosos na qualidade de vida sexual das mulheres.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico das mulheres idosas que participam do grupo de convivência pesquisado;
- Identificar a influência do grupo de idosos para o envelhecimento sexual ativo dessas mulheres

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

Para compreendermos as Políticas de Saúde do Idoso torna-se necessário retrocedermos os meados da década de 80, quando nasceu a chamada Reforma Sanitária Brasileira, com propostas fundamentadas em um conjunto de princípios que formam uma nova concepção de saúde. A saúde passa a ser entendida como um direito social inalienável de todo e qualquer cidadão (BRASIL, 2006a).

Consolidando essas propostas de um novo modo de fazer saúde, em 1888 a nova Constituição Federal Brasileira definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantado e regulamentado pelas Leis 8080 e 8142/90 nas quais se descreve que é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (CARVALHO; SANTOS, 2006; BRASIL, 2006b).

Seguindo a linha que sustenta a evolução das políticas relativas aos idosos, em 1994 o Conselho Nacional de Saúde criou a lei nº. 8842, em 04 de janeiro, instituindo a Política Nacional do Idoso, tem com o objetivo assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Frente a toda essa evolução, ainda surgiram várias estudos e ações que contemplaram esta parcela significativa da população, entre elas, a aprovação do Estatuto do Idoso que amplia os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos e assegura-lhes os seus direitos fundamentais. Um dos pontos principais do Estatuto é também firmar a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público para com os idosos (BRASIL, 2003).

Em 2006, O Pacto pela Vida, num compromisso entre os gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde

da população brasileira, também veio definir prioridades com relação à Saúde do Idoso, sendo estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Para efeito deste Pacto, nesta área devem ser seguidas entre outras as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento a participação social; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa (BRASIL, 2006c).

Nesse processo de evolução política, percebemos que o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo a ser atingido e que a atenção básica como contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde, (orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade) torna-se um grande interventor na obtenção deste objetivo (BRASIL, 2006b).

3.2 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Diversas teorias sobre o envelhecimento e várias pesquisas em andamento refletem uma crescente preocupação com esse tema e a conseqüente expansão das áreas de geriatria e gerontologia (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Também compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006b).

Freitas, et al. (2006) reforça este pensamento quando afirma que o envelhecimento não é só a soma de patologias agregadas e de danos induzidos por doenças. Inversamente, nem todas as mudanças em estrutura e função dependente da idade podem ser consideradas alterações fundamentalmente ligadas à idade por si só. As mudanças fundamentais relacionadas com a idade devem obedecer a quatro condições: deletérias (devem reduzir a funcionalidade), progressivas (se estabelecem gradualmente), extrínseca (que o ambiente tem forte influência sobre o aparecimento e a velocidade dessas mudanças, apesar de não ser a sua causa), universais (todos os membros de uma espécie deveriam mostrar tais mudanças graduais com o avanço da idade).

Dessa forma, compreendemos a importância de diferenciar as alterações devidas ao processo natural do envelhecimento e aquelas causadas por processos patológicos específicos. Um declínio abrupto em algum sistema ou função quase sempre decorre de uma doença. O envelhecimento normal pode ser atenuado pela modificação dos fatores de risco (HUDAK; GALLO, 1997)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 9) ainda esclarece:

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

Dessa forma, sem idade definida para se iniciar, a velhice depende da disposição, atitude e interesse de cada pessoa em relação à sua qualidade de vida. Em nossa cultura, diversos mitos e atitudes sociais são atribuídos às pessoas com idade avançada, principalmente os relacionados à sexualidade, dificultando a manifestação desta área em suas vidas (GRANDIM; SOUSA; LOBO, 2007).

Ainda com relação ao comportamento sexual humano, especialmente na velhice, podemos considerar que este é influenciado por aspectos psicológicos e

socioculturais e que está relacionado com a saúde física e mental, com a qualidade de vida e a auto-estima. Com relação a mulher o envelhecimento sexual é um dos fatores mais freqüentemente apontados como fonte de angústia. Os conflitos são mais freqüentes devido à desvalorização dos indivíduos mais maduros, incluindo as mulheres após a menopausa (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 25) ainda escreve sobre a sexualidade feminina:

A sexualidade da mulher no climatério é carregada de muitos preconceitos e tabus. Isso porque existem vários mitos que reforçam a idéia de que, nesse período, a mulher fica assexuada. Um deles é a identificação da função reprodutora com a função sexual. Outro é a idéia de que a atração erótica se faz às custas somente da beleza física associada à jovialidade. Há ainda um terceiro mito que considera a sexualidade feminina relacionada diretamente aos hormônios ovarianos, vinculando a diminuição da função do ovário com a diminuição da função sexual.

3.3 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO E A SEXUALIDADE

O envelhecimento pode ser visto como um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas e bioquímicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e a perda da reserva funcional, com maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (FREITAS, et al., 2006).

Especificamente sobre a sexualidade, as repercussões do processo de envelhecimento estabelecem um tema particularmente cheio de preconceitos. As mudanças físicas que, embora normais e naturais, tendem a afetar o comportamento, a resposta sexual e os aspectos da sexualidade no envelhecimento (GRANDIM; SOUSA; LOBO, 2007).

Para muitas mulheres, o envelhecimento é considerado um período de exclusão dos valores que anteriormente possibilitaram a construção de suas vidas adultas. A perda da juventude e dos atrativos sexuais parece ser motivo de

ansiedade, podendo representar a impossibilidade de desempenhar o seu papel social ou ainda a saída de um período de vida que é familiar para outro: desconhecido (FREITAS, et al., 2006).

3.3.1 Alterações endócrinas: a diminuição da produção de estrogênio e de progesterona pelos ovários

As alterações das secreções dos hormônios esteróides sexuais, com o decorrer do período reprodutivo, ocorrem com uma diminuição progressiva do número de folículos ovarianos e conseqüentemente, um aumento relativo do estroma. As células da teca interna provenientes dos milhares de folículos atresícos serão reincorporadas ao estroma, de onde se originarão e continuarão a secretar, sob estímulo do LH, os hormônios que são próprios deste compartimento, ou seja, testosterona e androstenediona. Portanto, o fato de o ovário ter esgotado a sua população folicular e a mulher ter entrado na menopausa não significa que a função ovariana se extinguiu. Na verdade, ela continua ativa, só que de uma maneira diferente daquela observada no menácme (MACHADO, 2000).

Ainda que estejam associadas a alterações dos hormônios hipotalâmicos e hipofisários que controlam o ciclo menstrual, a menopausa não é um evento central, mas sim, a insuficiência ovariana primária. No ovário, há depleção de folículos ovarianos, provavelmente decorrente do apoptose ou da morte celular programada. O ovário, portanto, não consegue mais responder aos hormônios hipofisários, hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), cessando a produção ovariana de estrogênio e progesterona (BEREK, 2008).

Machado (2000), refere que o ovário deixará de produzir estrogênios com a falência da população folicular, o que provocará uma elevação das gonadotrofinas (FSH e LH) por falta de feedback negativo. O LH elevado irá atuar no estroma ovariano fazendo com que o mesmo produza em maiores quantidades os esteróides que são próprios deste compartimento, ou seja, testosterona e androstenediona.

Alterações no sistema endócrino (e imune) associadas à idade levariam à deterioração do organismo e ao processo do envelhecimento; a teoria neuroendócrina sugere a presença de um marcapasso central que levaria à falência do sistema endócrino. Essa teoria se baseia no fato de que muitos indivíduos jovens com doenças endócrinas (osteoporose, diminuição da secreção de hormônio de crescimento, hipogonadismo) apresentam alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas (diminuição da massa óssea, diminuição da massa muscular, hipertensão arterial) que são encontradas em indivíduos idosos “sem doenças”. O declínio da secreção espontânea dos hormônios do crescimento e sexuais é freqüentemente referido como somatopausa, menopausa e andropausa (ANAWALT, 2001, apud FREITAS et al., 2006).

O tamanho dos ovários reduz-se significativamente após a menopausa, em consequência do esgotamento folicular e das alterações involutivas, tais como esclerose arteriolar, fibrose cortical e redução de fluxo sanguíneo. Apesar disto, os ovários não se tornam completamente inativos, e desempenham papel na homeostase hormonal da mulher na pós-menopausa. (FEBRASGO, 2004).

Dessa forma, o declínio da função hormonal ovariana determina modificações significativas nos órgãos genitais internos e externos e podem influenciar a resposta sexual. A diminuição do fluxo sanguíneo é o maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve. e pode promover alterações no aparelho genital, conforme descrevemos a seguir: os pêlos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. Na vagina, as alterações observadas devido à diminuição dos níveis estrogênicos são, freqüentemente, mais marcantes do que as da genitália externa (BRASIL, 2008).

3.3.2 Climatério

Climatério ou a menopausa é definido como a falência total da função ovariana (produção de esteróides e ausência de ovulação), resultando a interrupção

permanente da menstruação. Esse processo ocorre na idade média de 51 anos (BEREK, 2008).

Smeltzer; Bare (2005, p.1450) nos oferece o seguinte conceito:

O período da menopausa marca o final da capacidade reprodutiva de uma mulher. Em geral ela ocorre entre as idades de 45 e 52 anos, mas pode ocorrer tão precocemente quanto com 42 anos ou tão tardiamente quanto com 55 anos; a idade mediana é de 51 anos. A menopausa não é um fenômeno patológico, mas uma parte normal do envelhecimento e maturação.

De Lorenzi e Saciloto (2005 apud BARROS, 2009) define climatério como a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva que traz implicações sistêmicas, mas não patológicas, ao corpo da mulher. Diferencia climatério de menopausa quando dá a este último, a consonância de interrupção definitiva dos ciclos menstruais.

O período em que ocorre a menopausa parece ser determinado geneticamente e não é afetado por etnia, condições sócio-econômicas, idade de menarca ou número de ovulações prévias. Fatores tóxicos para o ovário costumam resultar em menopausa precoce; a menopausa das fumantes costuma ocorrer mais cedo que a de muitas mulheres expostas à quimioterapia ou radioterapia pélvica. Mulheres que se submetem à cirurgia ovariana ou histerectomia, apesar da preservação dos ovários, também podem desenvolver menopausa precoce (BEREK, 2008).

Com a cessação da menstruação e os ovários inativos, os órgãos reprodutivos tornam-se menores. Além da redução dos níveis de estrogênio, alterações de inúmeras facetas ocorrem no corpo feminino, como as neuroendócrinas, as bioquímicas e metabólicas relacionadas com a maturação ou envelhecimento normal (SMELTZER; BARE, 2005).

Os sinais e sintomas típicos do climatério resultam na sua grande maioria da diminuição dos níveis de estrogênios circulantes. Os mais frequentes são a instabilidade vasomotora, distúrbios menstruais (sangramento menstrual irregular),

sintomas psicológicos e a atrofia geniturinária, com diminuição da umidade vaginal e do tamanho do útero e mamas. O hipoestrogenismo persistente vai levar a repercussões em um prazo mais longo, tais como a osteoporose e alterações cardiocirculatórias (FEBRASGO, 2004)

A qualidade de vida da mulher em consequência de problemas físicos, psicológicos e sociais que já se iniciam no período perimenopausa, pode piorar no período pós-menopausa. Como medida preventiva, é cada vez mais aceita na atualidade a influência da atividade física na prevenção de sintomas do climatério (HAYASHIDA et al., 2005 apud BARROS, 2009).

Duncan, Schmidt e Giugliani (2004, p. 484) também escrevem sobre a prevenção dos sintomas climatéricos:

É fundamental que se indague e oriente a paciente sobre hábitos de vida que afetam sua saúde, como padrões alimentares saudáveis (dieta pobre em gordura e rica em fibra e suplementação de cálcio na dose de 1 a 1,5 g/dia), prática de exercícios físicos (no mínimo três vezes por semana durante 40 minutos), exposição ao sol em horário adequado e eliminação de fatores de risco como álcool em excesso e fumo.

Reforçando as informações descritas acima, Freitas et al. (2006) também nos fala sobre controle de peso, restrição de gordura saturada, aumento da ingestão de alimento à base de cálcio como fatores atuantes de medidas coadjuvantes na preservação da osteoporose e na prevenção da doença cardiovascular. A dieta rica em frutas, vegetais, grãos, derivados de leite desnatado e com baixo teor de açúcar e gorduras saturadas, dando preferência à carne branca em lugar da vermelha, é a ideal (FREITAS, et al., 2006).

A terapia de reposição hormonal no climatério só está indicada nas situações de menopausa precoce, síndrome do climatério e prevenção ou tratamento da osteoporose. São contraindicadas nos casos de sangramento uterino anormal não diagnosticado, história de tromboembolismo, doença hepática em atividade e antecedente de neoplasia de mama ou endométrio (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

3.3.3 O declínio do desejo sexual

O conhecimento básico da resposta sexual humana e dos valores que regem o seu comportamento sexual é imprescindível na abordagem da sexualidade na mulher climatérica. Dentro desta abordagem, torna-se imprescindível conhecermos a diferença entre atividade sexual e comportamento sexual. O primeiro constitui-se de um ato instintivo, biológico, natural e universal, com finalidade de perpetuação das espécies; já o segundo, refere-se a um fruto do aprendizado ditado pela cultura de cada indivíduo, cujos comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes, não tendo necessariamente finalidade procriativa (MACHADO, 2000).

No climatério, as questões relacionadas à sexualidade têm se revestido de crescente valorização em virtude da longevidade feminina nas últimas décadas e da maior prevalência das disfunções sexuais depois da menopausa (DE LORENZI; SACILOTO, 2006).

Em algumas culturas, a mulher que chega ao climatério, é vista como sábia e madura, a quem é permitido assumir novos papéis na sociedade resultando na redução da atração física, da fertilidade e da sexualidade (HAYASHIDA, 2005 apud OLIVEIRA, et al., 2005).

Com intensidade, muitas mulheres apresentam disfunção sexual, embora a incidência e as etiologias exatas sejam desconhecidas. A disfunção sexual pode envolver menor interesse ou desejo de iniciar a atividade, bem como diminuição da excitação ou da capacidade de atingir orgasmo durante as relações sexuais. A etiologia costuma ser multifatorial com problemas psicológicos como depressão ou transtorno de ansiedade, conflito no relacionamento, questões relativas a maus-tratos físicos ou abuso sexual prévio, uso de medicamentos com problemas físicos que tornam a atividade sexual desconfortável, como endometriose ou vaginite atrófica (BEREK, 2008).

O impacto do climatério na sexualidade feminina, contudo, não está totalmente esclarecido. Persistem controvérsias sobre a idade como fator mais

importante do que o próprio estado menopausal na sexualidade feminina. A queda dos níveis de estrogênio resulta na diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, causando dispareunia e dificuldade à atividade sexual. A menopausa passa, assim, a ser percebida pela mulher como a perda do objetivo primário de sexo e reprodução e acaba refletindo no exercício da sexualidade com sentimentos de culpa em relação aos impulsos (DE LORENZI ; SACILOTO,2006).

Brasil (2008) descreve estudos propostos sobre o efeito do tratamento hormonal, onde informa que maioria dos autores concorda que o ressecamento e a hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. em mulheres na menopausa. As queixas sexuais são verificadas e percebe-se a existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol.

Exercícios e atividades específicas, muitas vezes realizadas sob a orientação de um terapeuta sexual, ajudam muitas mulheres e casais com disfunção sexual. O tratamento específico da atrofia geniturinária com estrogênio terapia vaginal sistêmica ou local, ou ainda com lubrificantes vaginais, reduz a dispareunia e pode melhorar a excitação e a resposta sexual (BEREK, 2008).

Os aspectos psicossociais parecem, no entanto, exercer grande influência, em relação à sexualidade e ao envelhecimento. No que se refere especificamente à sexualidade feminina, são envolvidos diversos fatores que vão muito além de sua fisiologia, inseridos no conjunto de fenômenos (pessoais, conjugais, sociais, culturais e hormonais) que chamamos de climatério (CASTRO; REIS, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 27) completa:

O mito de que o fim da menstruação significa o fim da sexualidade é totalmente falso. Ao contrário, a visão e a prática da sexualidade podem se tornar mais amplas e livres, entre outros motivos, pela ausência da possibilidade de uma gravidez indesejada. A libido é influenciada pela presença de outros hormônios, como os androgênios, que estão presentes durante toda a vida e nesta fase encontram menor contraposição

estrogênica. Manter uma atividade sexual desejada e prazerosa é saudável e o orgasmo pode melhorar a irrigação pélvica e, conseqüentemente, colaborar para manter o trofismo da pélvis e da mucosa vaginal. O desejo sexual depende muito mais da natureza e da qualidade do relacionamento em si, do que das circunstâncias da idade.

3.4 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

O grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995), conforme citado em (FREITAS et al., 2006, p. 149) nos oferece a seguinte definição do termo qualidade de vida:

Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Martins, et al. (2009) define qualidade de vida como um parâmetro individual e determina o questionamento direto como o caminho apropriado para obter informações a respeito dos sintomas e sensações de quem é entrevistado sobre o tema.

Dentro da assistência básica à saúde, demonstrar que certas características e condições de vida afetam a saúde e que estas influenciam fortemente a qualidade de vida torna-se um desafio, que não é o único: ainda restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas, inclusive no que diz respeito às intervenções no setor saúde, para que este possa mais eficazmente, influenciar de forma favorável a qualidade de vida (BUSS, 2000).

Na velhice, esse desafio se torna ainda mais relevante, quando se percebe a necessidade de se encarar essa fase da vida como uma experiência inevitável, onde se faz necessário desenvolver a auto-estima, se preparar para as mudanças, sonhar novos sonhos e desenvolver a convicção de que somos capazes

de viver e enfrentar as novas situações impostas pela vida, com garra, confiança e otimismo (SALVADOR; MACEDO, 2009).

Para as mulheres, a qualidade de vida pode ser influenciada negativamente por sintomas da menopausa/climatérios como a diminuição da auto-estima, a irritabilidade, a redução da concentração, o desconforto e as alterações do sono, secundários às ondas de calor e aos suores noturnos. Torna-se claro que aspectos físicos da saúde geral e do bem-estar emocional declinam durante a transição da menopausa (MARTINS, et al., 2009).

Nesta articulação entre saúde e qualidade de vida, identificamos recentemente movimentos pioneiros da saúde pública e da medicina social. O desenvolvimento da promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão (BUSS, 2000).

Um bom exemplo são os trabalhos voltados para alterações hormonais que levam ao fim do período reprodutivo (além da adaptação fisiológica no quadro de saúde da mulher), que exigem adaptações físicas, psicológicas e emocionais. Os profissionais de saúde passaram a compreender os conflitos que podem emergir nesta fase e como o evento da menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital (BRASIL, 2008).

A idosa deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ela, pois o padrão de qualidade de cada vida é um fenômeno altamente pessoal. Nos trabalhos em grupos da terceira idade, surgem alternativas para esta participação nessa nova fase da vida, já que abertos são espaços onde as pessoas se encontram por interesses em comum, unem-se, espantam a tristeza, driblam a depressão, compartilham alegrias e encontram uma nova família unida por afinidades e semelhanças (SALVADOR; MACEDO, 2009).

Dessa forma, compreendemos que o desafio qualidade de vida possui dimensões físicas, psicológicas e sociais, que se comportam de várias formas e que o bem estar subjetivo, que indica satisfação, deve ser avaliado em todos os seus aspectos (FREITAS, et al., 2006).

3.5 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite conseqüentemente, elevar a auto-estima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006, p. 23).

O trabalho em grupo pode contribuir na promoção, proteção e controle dessas situações. Constata-se que, em consultas individuais, o oferecimento de orientações e o desenvolvimento do processo de educação em saúde são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulos sociais dos grupos que facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resistência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social (ODONI, et al, 2006).

A importância da convivência em grupos para as pessoas na terceira idade está na obtenção de uma melhor qualidade de vida, onde esta busca provocar mudanças positivas nas suas vidas e o desenvolvimento de novas amizades, mais conhecimento a respeito de problemas de saúde característicos de o seu envelhecer (SALVADOR; MACEDO, 2009).

Dentro dos grupos de convivência a educação em saúde pode-se tornar um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade. Os encontros podem propiciar-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional e os programas educacionais atender a essas necessidades quando se trabalhando com diversos procedimentos pedagógicos que despertam a consciência crítica para a busca de um envelhecer melhor (CARVALHO; FONSECA; PEDROSA, 2004).

O aumento adequado do indicador de qualidade de vida no idoso e o novo perfil epidemiológico observado na população brasileira estão sendo acompanhados pelo aumento das demandas por ações específicas destinada a esse segmento populacional. Nesse contexto estão inseridos diversos profissionais que se dedicam ao estudo e à atenção aos idosos, sendo a equipe interprofissional uma condição imprescindível na atenção gerontologia. O terapeuta ocupacional é um dos profissionais da saúde que compõem essa equipe (FREITAS, et al., 2006).

A assistência aos grupos idosos é um grande desafio também para os enfermeiros, que têm como missão, contribuir com a saúde e a dignidade dessa fatia da população, indo além da ação curativa e educativa, já comumente utilizados nas unidades de saúde (SALVADOR; MACEDO, 2009).

Dentro destes grupos, os enfermeiros, assim como outros profissionais, podem desenvolver práticas que facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, já que estes funcionam como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido pela vida. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social. Atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas são muito proveitosas, em especial entre idosos (ODONI, et al, 2006).

O trabalho em grupo com idosos é uma realidade no cotidiano das Equipes de Saúde da Família que desenvolvem grupos de hipertensão e diabetes. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupo considera que os idosos que estão incluídos nos grupos têm seu tratamento e envelhecimento natural reforçados, mas que o maior destaque é o papel fundamental da socialização, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo apresentou caráter exploratório de campo com abordagem quantitativa. Segundo Marconi e Lakatos, (2007, p.108), numa abordagem quantitativa:

Os métodos estatísticos permitem obter, de conjuntos complexos, representações simples e constatar se essas verificações simplificadas têm relações entre si. Assim, o método estatístico significa redução de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos etc. a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenômenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado.

A pesquisa partiu de uma análise sobre a sexualidade feminina na terceira idade e foi desenvolvida em mulheres participantes de um grupo de convivência para idosos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa realizou-se no Centro de Convivência do Idoso Maria Dalva da Rocha Barreto, instituição vinculada à Secretaria do Desenvolvimento Humano e Social que tem como mantenedora a Prefeitura Municipal de Mossoró.

O Centro de Convivência está localizado na Rua Sousa Leão, S/N, no Bairro Belo Horizonte, no município de Mossoró-RN. No seu quadro de profissionais estão incluídos membros de nível superior e técnico (em número de 06) que prestam serviços diariamente ao grupo, ou a uma parcela deste, de acordo com o cronograma estabelecido previamente.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para a realização do presente estudo foi escolhido como amostra mulheres que fazem parte da população do Grupo de Convivência para Idosos que funciona no Centro de Convivência do Idoso Maria Dalva da Rocha Barreto.

A amostra desta população foi composta por cinquenta e quatro (54) mulheres, que estavam participando dos trabalhos e atividades do grupo, no período da pesquisa. Aqui, ao descrevermos o perfil epidemiológico das mulheres idosas que participam do grupo de convivência pesquisado atingimos um dos objetivos da nossa investigação.

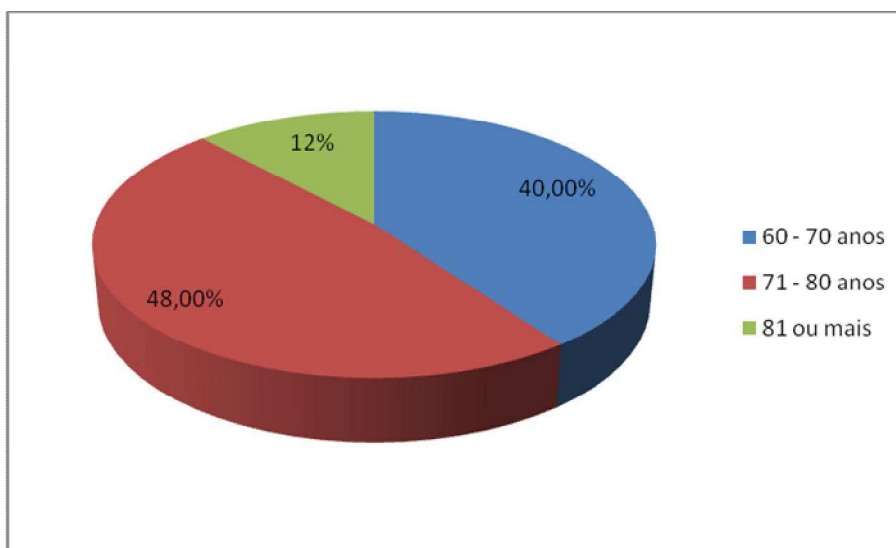


Gráfico 1: Caracterização da amostra segundo idade

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

De acordo com o gráfico 1, identificou-se durante a análise dos 54 (cinquenta e quatro) formulários preenchidos que 48% (26) das mulheres apresentaram idade a partir de 71 a 80 anos, 40% (22) delas tinham idade entre 60 e 70 anos, e 12% (6) tinham idade acima de 81 anos.

Uma das principais características da população mundial neste início de um novo século é a de que tem havido um aumento expressivo, de pessoas com 60 anos de idade e mais. Essa situação é decorrente de mudanças que vêm

acontecendo de maneiras muito rápidas nas três últimas décadas, e caracterizadas basicamente pela redução da mortalidade infantil e pelo declínio acentuado da fecundidade (LITVOC; BRITO, 2004)

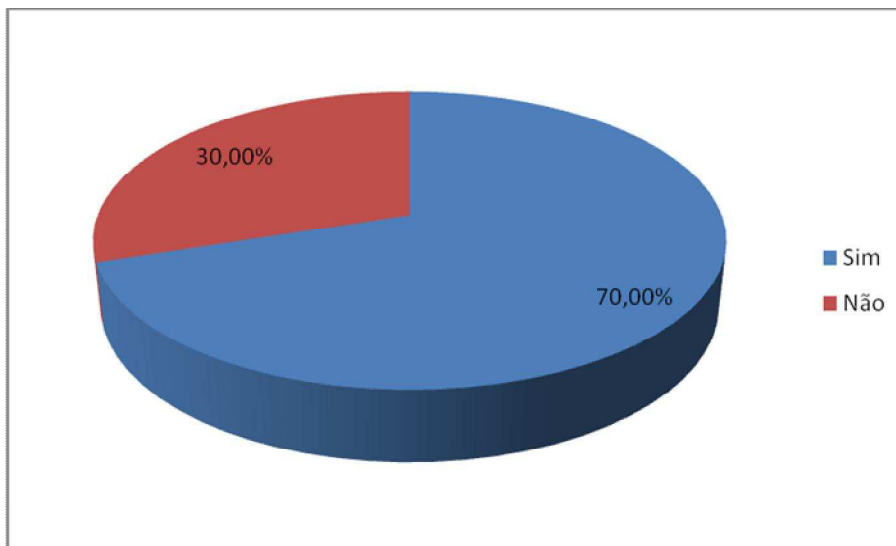


Gráfico 2: Caracterização da amostra aposentadoria

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 2, assinala-se que 70% (38) das mulheres eram aposentadas e 30% (16) não o eram.

A renda pessoal como indicador é um fator fundamental para buscar a compreensão a cerca da exclusão social dos idosos. O Brasil encontra-se hoje entre uma das economias mais fortes do mundo, no entanto, apesar das transformações econômicas que o país vem apresentando há algumas décadas, a distribuição de renda continua sendo uma das piores de todo o mundo. Em muitos países desenvolvidos há o temor de que futuramente a população economicamente ativa não terá condições de suprir as faixas etárias dependentes, em particular a dos idosos (PAMPEL E WILLIAMSON, 1989 apud PESSINI; BERTACHINI, 2006)

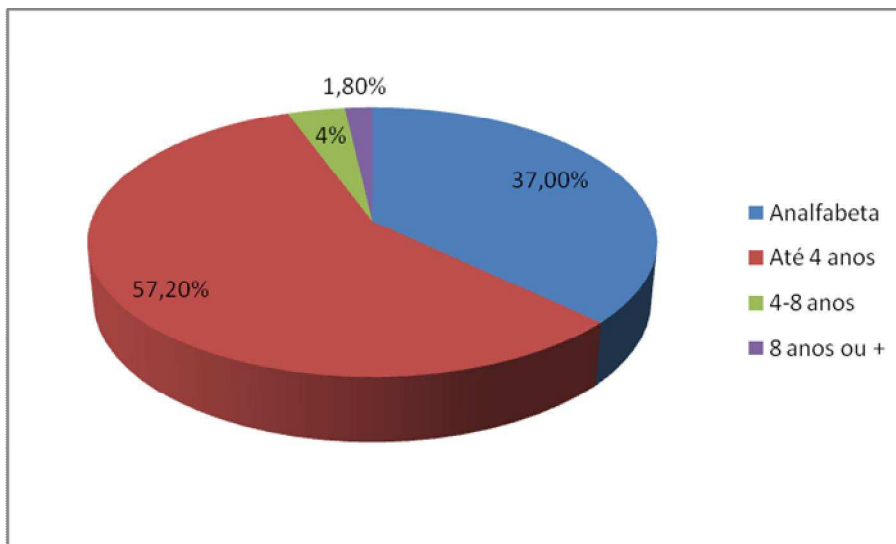


Gráfico 3: Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O Gráfico 3 mostra que 57,2% (31) tinham até 4 anos de estudo, 37% (20) eram analfabetas, 4% (2) diziam ter entre 4 e 8 anos de estudo e apenas 1,8% (uma) das mulheres tinham 8 anos ou mais de estudo.

Estudos que relacionam escolaridade com capacidade funcional constataam que grupos de idosos com três anos ou menos de escolaridade apresentam maior risco de incapacidades (LITVOC; BRITO 2004).

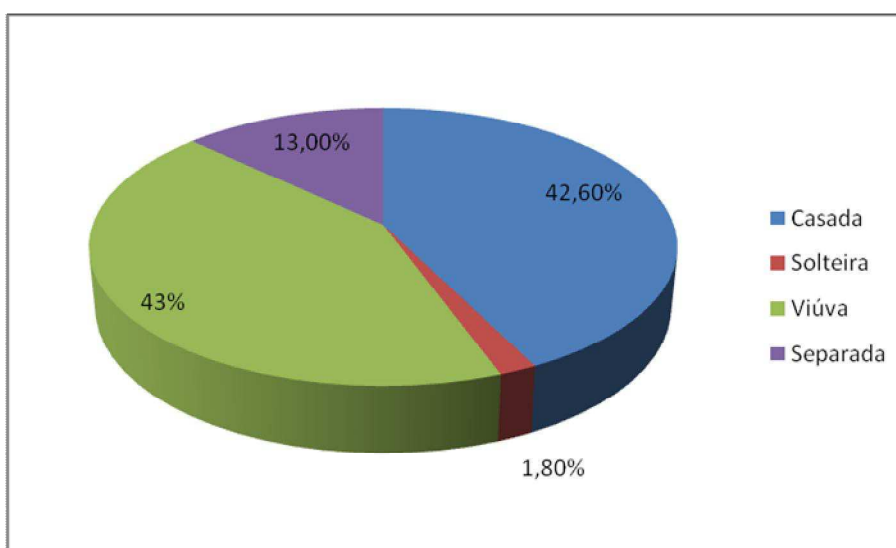


Gráfico 4: Caracterização da amostra segundo estado civil

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Constatou-se durante a análise dos dados a cerca do estado civil das mulheres inqueridas que 41,60% (25) são casadas, 40% (24) são viúvas, 16,70% (10) são separadas e apenas 1,70% (um) relatou ser solteira, conforme demonstrado no gráfico 4

Quando somamos o número de mulheres viúvas e separadas percebemos que 56,7% (34) não têm parceiro residindo no seu domicílio.

A condição de viuvez é um fato responsável pela solidão das mulheres, uma vez que estas vivem mais que os homens, outra causa é a perda do companheiro, em virtude do divórcio. Estudos mostram em inúmeras observações que enquanto o homem idoso freqüentemente se casa pela segunda vez, as mulheres raramente o fazem (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

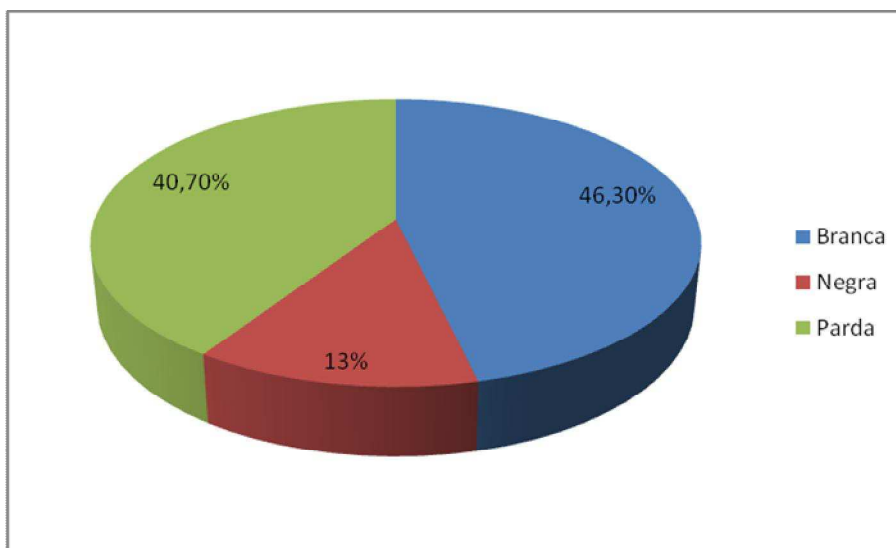


Gráfico 5: Caracterização da amostra segundo raça

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O Gráfico 5 mostra que 46,3% (25) das mulheres entrevistadas são brancas, 40,7% (22) são pardas e 13% (7) são negras.

. As mulheres idosas brancas na pós-menopausa apresentam maior encontro de fraturas e registra-se um menor número de fraturas nos indivíduos da

raça negra. No Brasil deve-se ainda considerar a grande miscigenação da população (PINTO NETO, et al., 2002).

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados utilizamos o formulário. Durante sua aplicação o entrevistador pessoalmente aplicou questões às idosas, tendo a oportunidade de fazer observações e orientações durante a execução do trabalho

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Antes da coleta de dados propriamente dita a pesquisadora participante realizou um encontro com a equipe de profissionais que coordenam os trabalhos para maiores esclarecimentos e agendamento da realização da coleta dos dados.

Em seguida realizou-se uma atividade educativa em saúde com o grupo de idosas, a cerca do tema proposto. Esta etapa serviu para esclarecer as participantes quanto aos objetivos da pesquisa e promoveu um maior vínculo entre pesquisador-participante.

A coleta dos dados propriamente dita deu-se em encontros semanais, às terças-feiras, no mês de setembro/ 2010, pois o grupo reúne-se em maior quantidade no dia da Assembléia Geral.

A pesquisadora teve ainda que considerar a necessidade de visitas em outros dias da semana para a aquisição do número de instrumentos preenchidos conforme a quantidade da amostra escolhida e acrescentar mais tempo que o previsto para os encontros, pois muitas entrevistas ultrapassaram o tempo limite, pois as idosas prolongavam as respostas, acrescentando histórias de vida e opiniões sobre a questão abordada.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Pela natureza da presente pesquisa, utilizamos a análise estatística descritiva, que nos permitiu resumir, organizar e interpretar os dados numéricos coletados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os dados quantitativos que foram apurados mediante uso de recursos de informática seguem-se apresentados pelo método estatístico sistemático de tabelas, onde utilizamos o Programa Microsoft Office Word 2007 e gráficos informativos realizados através do Programa Microsoft Office Excel 2007

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi norteada pela Resolução de 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que visa assegurar os direitos e deveres dos sujeitos, garantindo o sigilo das identidades e a veracidade dos resultados (BRASIL, 1996, apud FONTINELE JÚNIOR, 2003)

Considerando que a Enfermagem compreende um componente de conhecimentos científicos construído por um conjunto de práticas éticas que se processa além da assistência, também pelo ensino e pesquisa, fomos também guiados pela Resolução COFEN 311/2007, que versa no seu capítulo III sobre os direitos, deveres e responsabilidades, no ensino, na pesquisa e na produção técnico-científica do profissional de enfermagem (BRASIL, 2007).

Os participantes dessa pesquisa concordaram previamente com sua participação mediante assinatura do (TCLE) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. - Apêndice B Desta forma, os sujeitos autorizaram sua participação voluntária na pesquisa (APÊNDICE B).

4.8 FINANCIAMENTO

Os custos da pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante que se encarregou das despesas orçamentadas e mais algumas outras que ocorreram fora do programado.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados apresentados nos gráficos que se seguem foram alcançados por meio de coleta sistemática, considerando-se as respostas das mulheres inqueridas durante a pesquisa de campo, realizada no grupo de idosos escolhido para a investigação.

O tema sexualidade, abordado na maioria das questões foi aqui discutido de forma que nos permitiu compreender a influência do grupo de convivência de idosos na qualidade de vida sexual das mulheres, um dos objetivos da nossa pesquisa

De acordo com Lima e Ângelo (2001), as transformações biológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, acarretadas pelo climatério, assim como os fatores sociais, cultural e econômico exercem influência na maneira como ela irá vivenciar sua vida a partir desta nova fase, conforme discutimos a seguir em duas etapas.

A primeira etapa refere-se aos dados coletados a cerca da sexualidade destas mulheres e a segunda menciona informações sobre a influência do grupo de convivência de idosos para o envelhecimento sexual ativo dessas mesma mulheres.

5.1 SEXUALIDADE

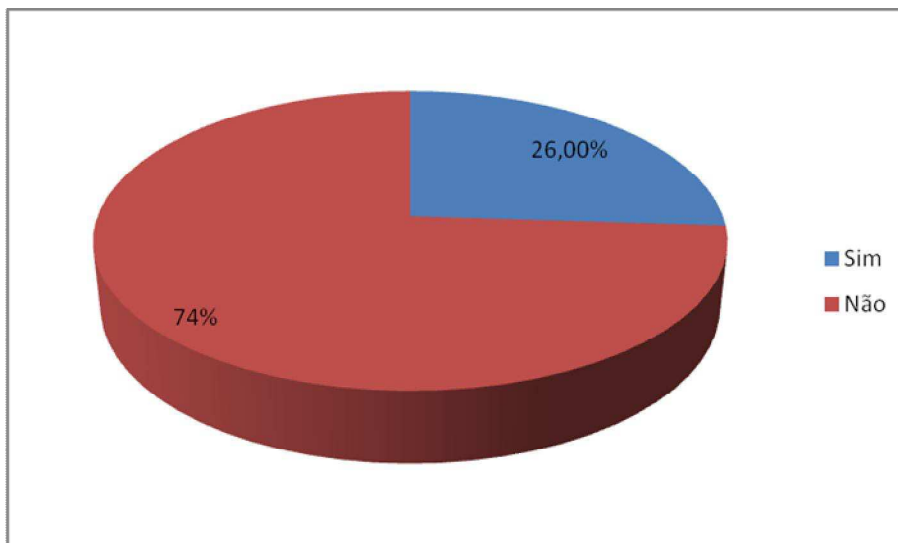


Gráfico 6.Distribuição da amostra segundo Vida Sexual

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Por meio do Gráfico 6 constatou-se que 74% (40) das mulheres não têm vida sexual ativa e 26% (14) têm vida sexual ativa.

As mudanças físicas que, embora normais e naturais, tendem a afetar o comportamento, a resposta sexual e os aspectos da sexualidade no envelhecimento. Especificamente sobre a sexualidade, as repercussões do processo de envelhecimento estabelecem um tema particularmente cheio de preconceitos. (GRANDIM; SOUSA; LOBO, 2007).

A diminuição da excitação ou da capacidade de atingir orgasmo durante as relações sexuais costuma ser multifatorial com problemas psicológicos como depressão ou transtorno de ansiedade, conflito no relacionamento, questões relativas a maus-tratos físicos ou abuso sexual prévio, uso de medicamentos com problemas físicos que tornam a atividade sexual desconfortável, como endometriose ou vaginite atrófica (BEREK, 2008).

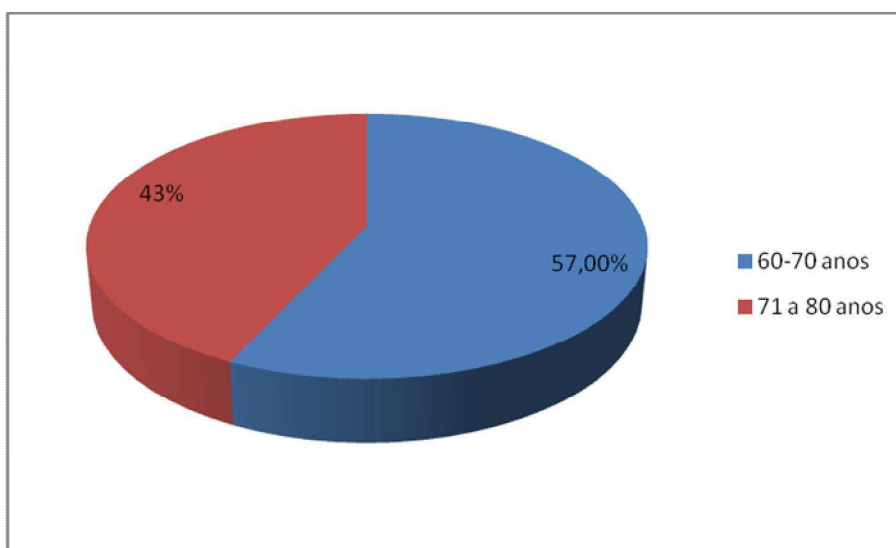
5.1.1 Vida Sexual Ativa

Gráfico 7 Distribuição da amostra segundo idade das mulheres que têm vida sexual ativa

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 7, constatou-se que 57% (08) das mulheres que apresentam vida sexual ativa estão numa faixa etária entre 60 a 70 anos e 43% (6) apresentam idade entre mais de 71 e 80 anos.

Sendo a terceira idade o período que corresponde de início, para a mulher, ao climatério, este representa basicamente uma queda hormonal e, em alguns casos, a queda do interesse sexual, onde vão ocorrendo também algumas modificações físicas e envelhecimento fisiológico trazendo em si certas limitação às idosa. (LOPES apud CASTRO; REIS, 2002).

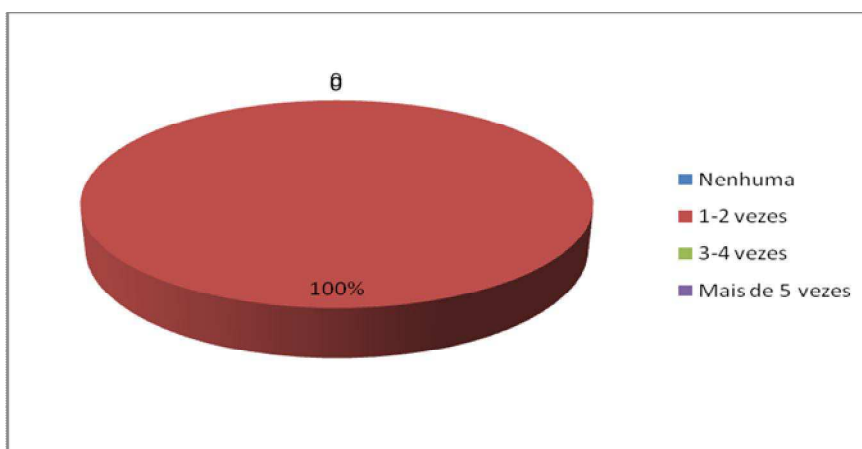


Gráfico.8.Distribuição da amostra segundo frequência das relações sexuais no último mês.

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O Gráfico 8 indica que dos 26% (14) das mulheres que apresentam vida sexual ativa, pode-se constatar a frequência das relações sexuais do último mês quando descobrimos que das referidas entrevistadas todas as 100% (14) praticam o ato de 1 a 2 vezes por mês.

Berek (2008) nos relata que com intensidade, muitas mulheres apresentam disfunção sexual, embora a incidência e as etiologias exatas sejam

desconhecidas. A disfunção sexual pode envolver menor interesse ou desejo pela atividade, conforme demonstrado na nossa pesquisa.

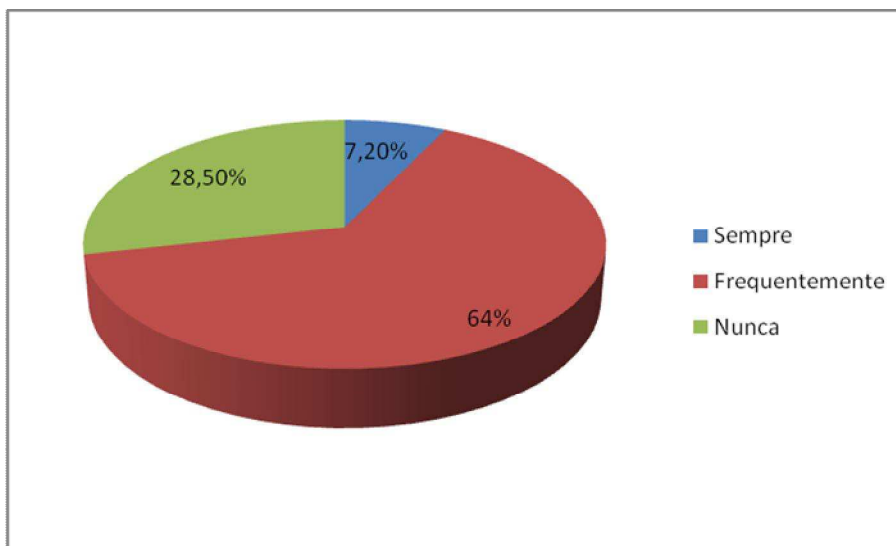


Gráfico 9 Distribuição da amostra segundo satisfação sexuais

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 9, constatou-se que dos 26%(14) das mulheres que apresentam vida sexual ativa, 64,3%(9) freqüentemente sentem prazer, 28,5% (quatro) nunca e 7,2% (um) sempre.

Exercícios e atividades específicas como as realizadas nos grupos de idosos, muitas vezes sob a orientação de um terapeuta sexual, ajudam muitas mulheres e casais com disfunção sexual (BEREK, 2008)

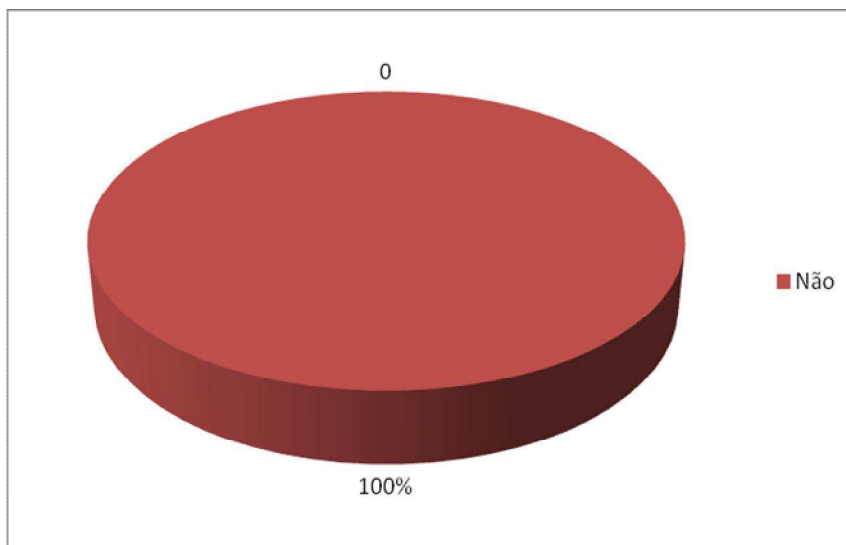


Gráfico 10: Distribuição da amostra segundo uso de métodos artificiais.

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O Gráfico 10 constatou-se que 100% (14) das mulheres que têm vida sexual ativa não fazem uso de nenhum método artificial.

Em nossa cultura, diversos mitos e atitudes sociais são atribuídos às pessoas com idade avançada, principalmente os relacionados à sexualidade, dificultando a manifestação desta área em suas vidas (GRANDIM; SOUSA; LOBO, 2007).

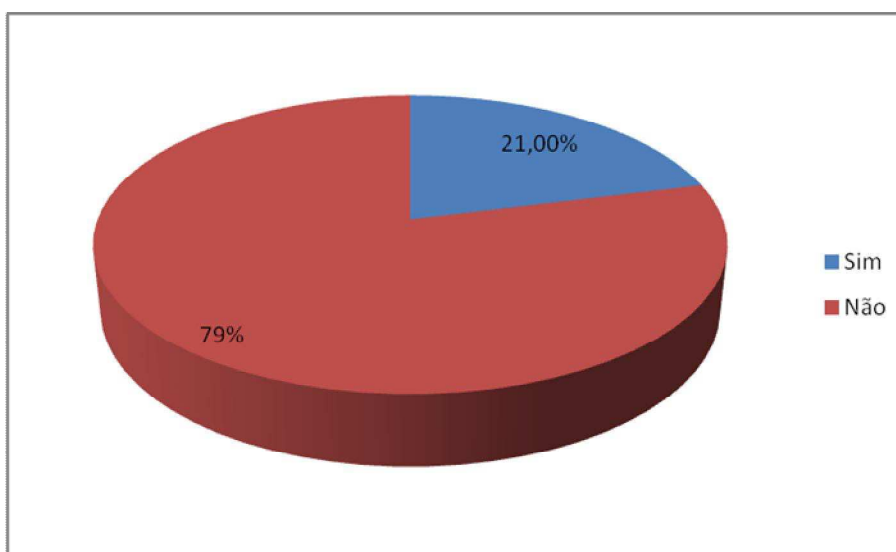


Gráfico 11: Distribuição da amostra segundo o uso de TRH

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 11, descreve que 79 % (13) das mulheres não fez uso de TRH e 21% (três) sim.

Compreendemos, a partir da consolidação dos nossos dados que a maioria das mulheres que têm vida sexual ativa NÃO fizeram uso de TRH. Como o declínio da função hormonal ovariana determina modificações significativas nos órgãos genitais internos e externos e podem influenciar a resposta sexual (BRASIL, 2008), consideramos que este fator não desestimulou nossas pesquisadas quanto à esta prática

5.1.2 Vida Sexual Inativa

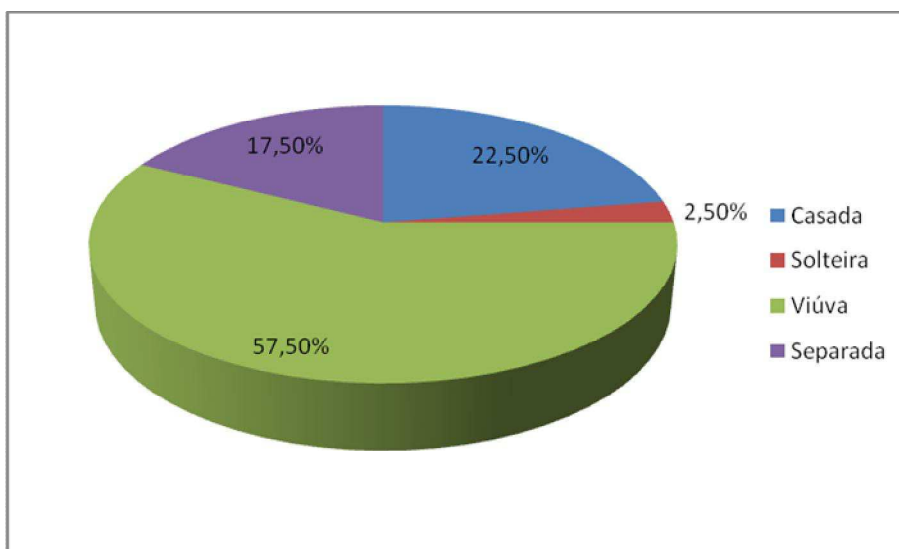


Gráfico 12: Distribuição da amostra segundo estado civil das mulheres que não tem vida sexual ativa

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No gráfico 12 identifica-se que dos 74% (40) das mulheres que NÃO apresentam vida sexual ativa, observa-se que 57,5% (23) são viúvas; 17,5% (07) são separadas; 22,5% (9) são casadas e 2,50% (um) são solteiras.

Os mitos, preconceitos e tabus envolvem a sexualidade da mulher, pois muitos deles reforçam a idéia de que, nesse período, a mulher fica assexuada. A identificação da função reprodutora com a função sexual e a idéia de que a atração erótica se faz à custa somente da beleza física associada à jovialidade. Diminuem o desejo sexual das mulheres (BRASIL, 2008)

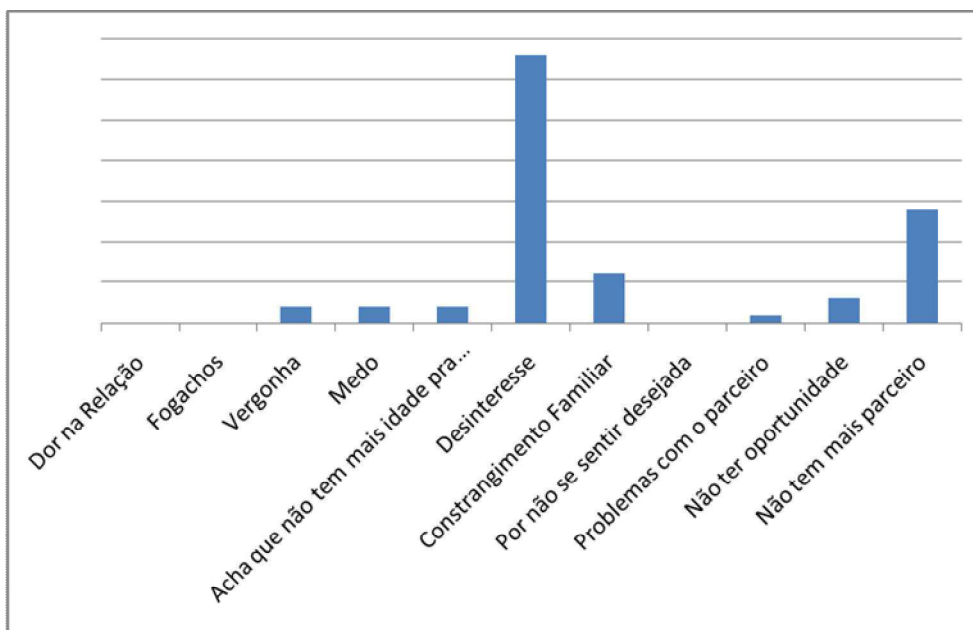


Gráfico 13 Distribuição da amostra segundo os motivos pelos quais não possuem vida sexual ativa

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 13 mostra que das 74% (40) das mulheres que NÃO apresentam vida sexual ativa, entre estas vários foram os motivos citados para esta opção de vida sexual, conforme descrevemos a seguir: desinteresse 61,1% (33), 25,9% (14) por não terem mais parceiros, constrangimento familiar 11,11% (06), não tem oportunidade 5,5% (três); vergonha 3,7% (dois), medo 3,7% (dois); acham que não têm mais idade pra isso 3,7% (dois) e problemas com parceiro 1,8% (um).

Para muitas mulheres, o envelhecimento é considerado um período de exclusão dos valores que anteriormente possibilitaram a construção de suas vidas adultas. A perda da juventude e dos atrativos sexuais parece ser motivo de

ansiedade, podendo representar a impossibilidade de desempenhar o seu papel social ou ainda a saída de um período de vida que é familiar para outro desconhecido (FREITAS, et al., 2006).

5.2 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

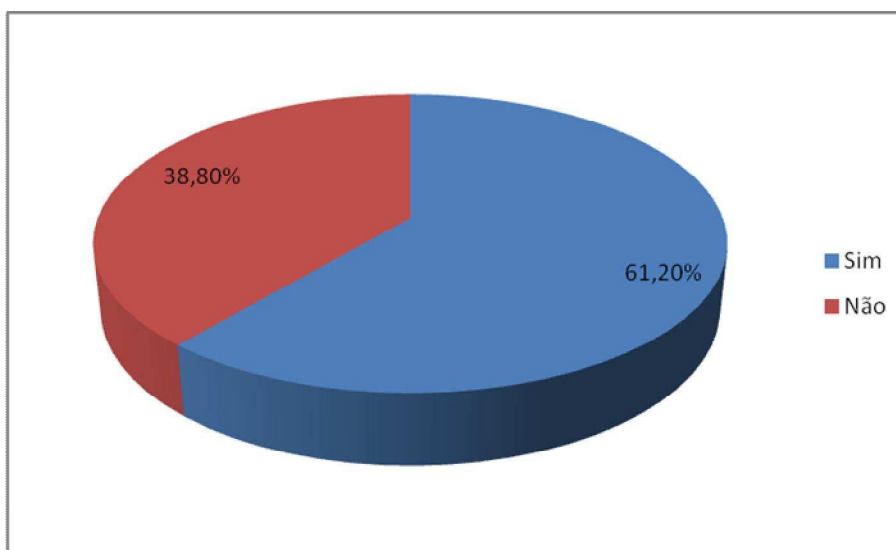


Gráfico 14 Distribuição da amostra segundo informações a respeito dos problemas de saúde característico do seu envelhecimento

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 14 construído acima apresenta que 61,2% (33) das mulheres receberam informações a respeito dos problemas de saúde característicos do seu envelhecimento e 38,8% (21) disseram não ter recebido informações a respeito do processo de envelhecimento.

De acordo com os dados obtidos, informações sobre o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas e bioquímicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e a perda da reserva funcional (FREITAS, et al., 2006), são oferecidas nas reuniões do grupo pesquisado.

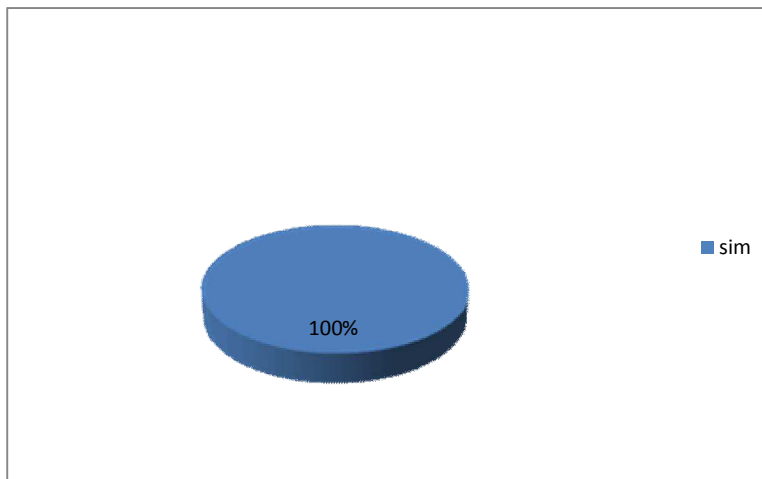


Gráfico 15 Distribuição da amostra segundo melhora no estado de saúde após sua participação no grupo.

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 15 constatou-se que 100% (54) das mulheres do grupo de idosas referiram que a participação no grupo influencia na melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.

A importância da convivência em grupos para as pessoas na terceira idade está na obtenção de uma melhor qualidade de vida (SALVADOR; MACEDO, 2009). Nossa pesquisa comprova que todos os envolvidos foram atingidos por mudanças que provocaram o desenvolvimento de novas amizades e mais conhecimento a respeito dos problemas de saúde característicos do seu envelhecer.

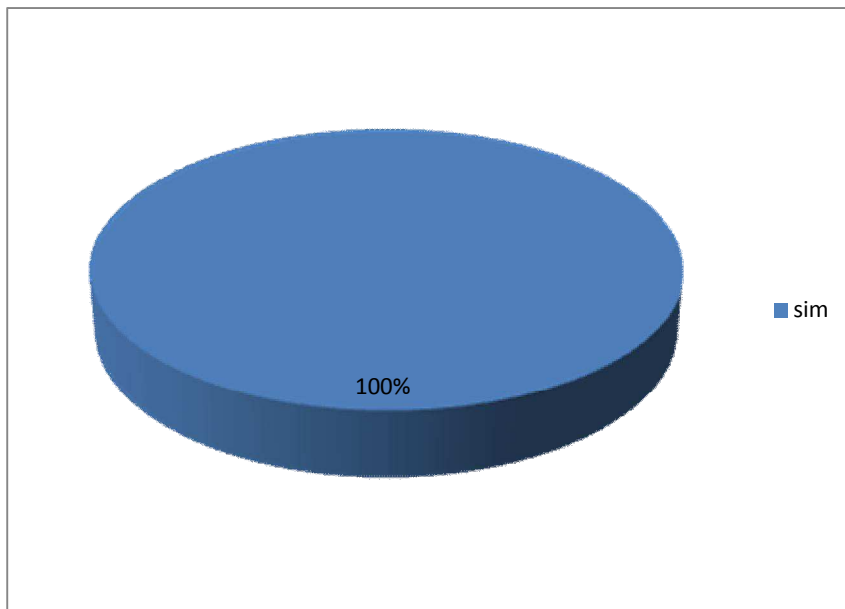


Gráfico 16 Distribuição da amostra segundo incentivo para participar das decisões na sua própria vida.

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

O gráfico 16 assinala que 100% (54) das mulheres receberam incentivos para participar das decisões na sua própria vida no grupo de convivência que participam.

Ao receberem este incentivo de forma tão significativa as idosas entrevistadas mostraram-se marcadas por práticas que facilitam o exercício da autodeterminação e da independência já que estes funcionam como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido pela vida. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social. Atividades lúdicas, laborais, culturais e/ou religiosas são muito proveitosas, em especial entre idosos (ODONI et al., 2006).

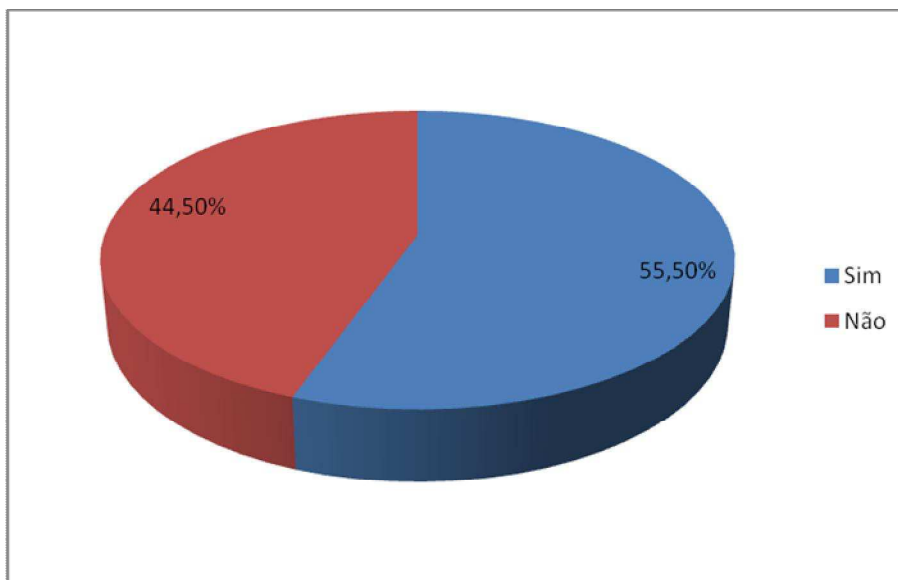


Gráfico 17: Distribuição da amostra segundo recebimento de informações sobre as práticas sexuais vindas dos profissionais de saúde

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 17 constatou-se que 55,5% (30) das idosas disseram que receberam informações sobre as práticas sexuais, enquanto que 44,5% (24) referiram não lembrar que receberam essa informação.

Ao receberem expressivamente informações sobre as práticas sexuais, dentro dos grupos de convivência, compreendemos que a educação em saúde torna-se um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade. Os encontros com os profissionais de saúde podem propiciar-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional (CARVALHO; FONSECA; PEDROSA, 2004).

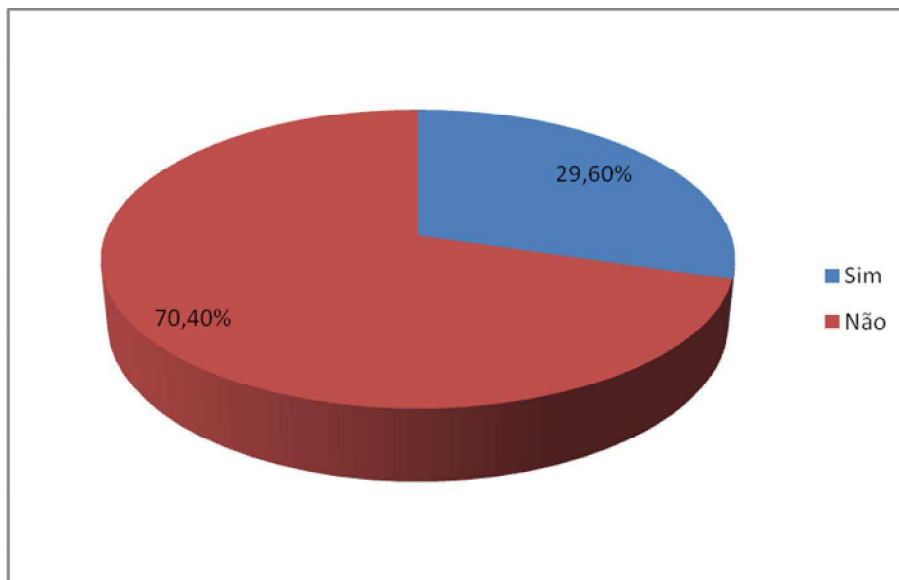


Gráfico 18 Distribuição da amostra segundo discussão aberta com profissionais de saúde sobre as práticas sexuais.

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 18 enumera-se que 70,4% (38) das idosas não discutiam as questões sexuais com os profissionais de saúde, enquanto que 29,6% (16) o faziam.

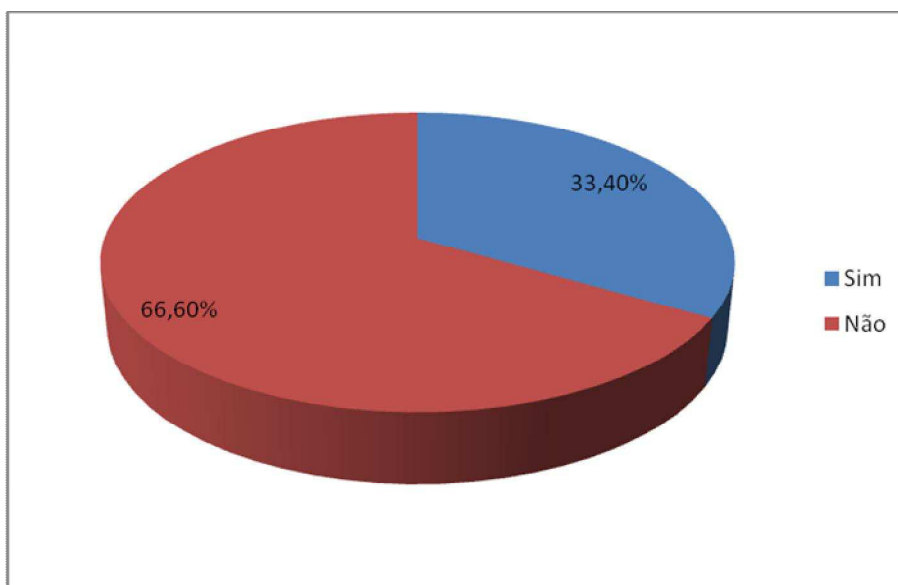


Gráfico 19 Distribuição da amostra segundo discussão aberta com os colegas de grupo sobre as práticas sexuais

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Indica-se de acordo com o gráfico 19 que do comportamento sexual das idosas e do seu interesse pela discussão do tema com os colegas de grupo 66,6% (36) não discutiam com os colegas as questões sexuais, enquanto que 33,4% (18) sim.

De acordo com Castro e Reis (2002) as idosas além de sofrerem as conseqüências de seu envelhecimento biológico também padecem com o comportamento preconceituoso sobre o relacionamento sexual emitido pela sociedade, que pode ser um estímulo discriminativo.

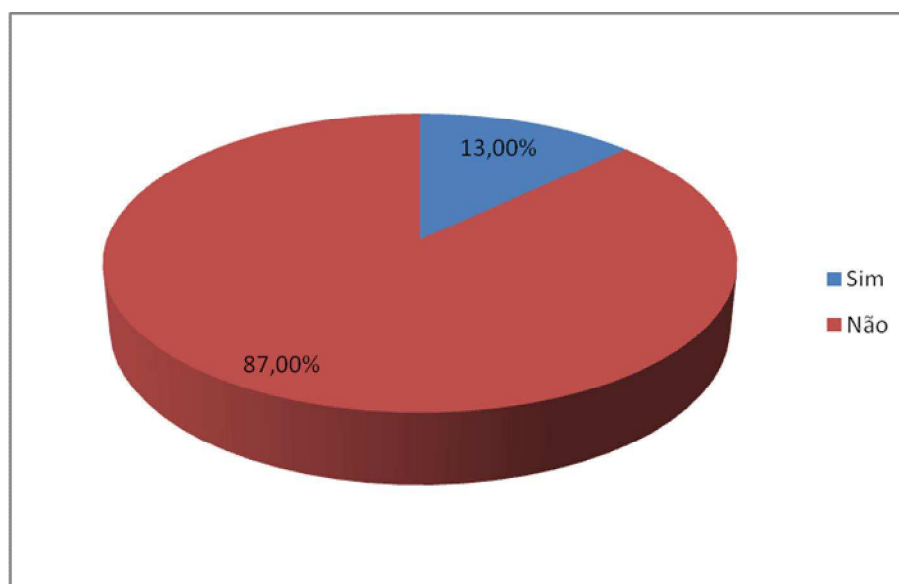


Gráfico 20 Distribuição da amostra segundo percepção de preconceito dos profissionais para abordagem do tema

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 20 percebemos que 87% (47) não perceberam preconceito dos profissionais para a abordagem do tema, enquanto que 13% (7) sim.

O trabalho em grupo com idosos é uma realidade no cotidiano das Equipes de Saúde da Família que desenvolvem grupos de hipertensão e diabetes, e dentro destes abordam outros temas como sexualidade sem demonstrar qualquer

tipo de preconceito. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupo considera que os idosos que estão incluídos nos grupos têm seu tratamento e envelhecimento natural reforçados, mas que o maior destaque é o papel fundamental da socialização, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

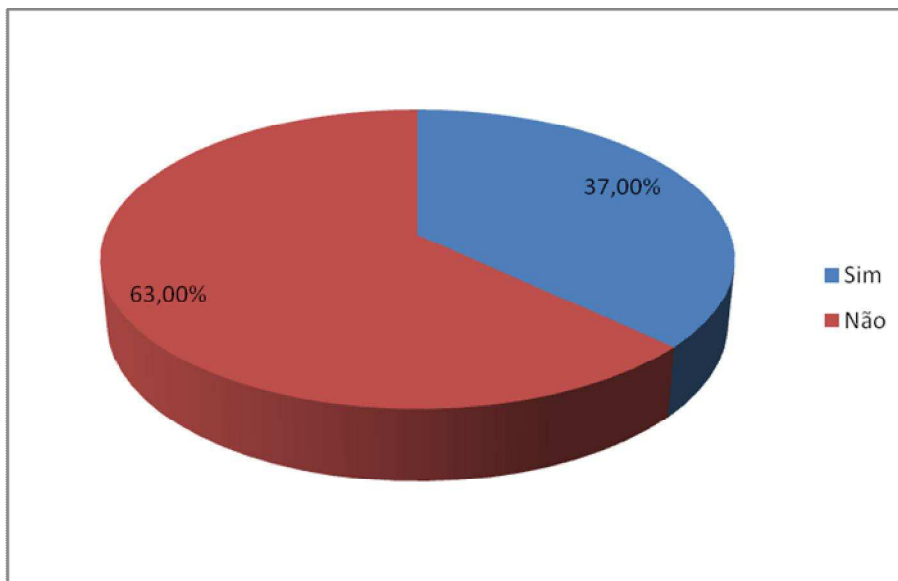


Gráfico 21 Distribuição da amostra segundo percepção de preconceito dos colegas do grupo para abordagem do tema

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

No Gráfico 21 observamos que 63% (34) não percebem preconceito dos colegas do grupo de idosos, enquanto que 37% (20) sim.

O trabalho em grupo pode contribuir na promoção, proteção e controle dessas discussões. As reuniões tornam-se um espaço complementar de troca de informações e estímulos sociais dos grupos o que facilita o exercício da autodeterminação e da independência e até mesmo, na melhora do senso de humor. Nesses encontros criam-se vínculos que possibilitam um convívio harmônico e livre de preconceitos entre eles mesmos. (ODONI, et al, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que do total das mulheres inquiridas (54) 60% destas têm idade acima de 70. É uma população significativamente idosa. Deste total, 74% têm vida sexual **INATIVA**. Muitas já mostram as mudanças graduais do avanço da idade, com redução da funcionalidade, abrandada pela sua participação do grupo, conforme expressam dados que se seguem mais adiante.

Analisando-se os 26% das mulheres que têm vida sexual **ativa** percebemos que: 48% têm idade entre 71 e 80 anos; 100% tem relações 1 a 2 vezes por mês e 64,3% referem sentir prazer frequentemente. Considera-se assim que estas mulheres que ainda referem sexualidade formam um grupo bem ativo e satisfeito com sua prática sexual.

Por meio da identificação dos resultados das respostas das mulheres com vida sexual **inativa**, percebe-se que estas não têm parceiro, pois 57,5% são viúvas e 17,5% são separadas. A inatividade sexual também é caracterizada além da ausência de parceiros pela renúncia por sexo, tendo em vista que das 40 (quarenta) destas idosas, 61,1% citaram desinteresse como motivo para a abstenção sexual. Compreendemos após este estudo, por meio de conversas informais, que para muitas mulheres esse é um período de exclusão dos valores onde a perda da jovialidade também é trazida em consideração.

Quanto à influência do Grupo de Convivência, na análise dos resultados conclui-se que este é considerado pelos entrevistados importante para a estimulação do pensar, do fazer, do dar, da troca de idéias, já que conforme as respostas obtidas nos formulários todas as idosas, (100%) referiram que o grupo influencia na melhoria do estado de saúde e na tomada de decisões de sua própria vida.

Da consolidação dos dados a respeito das informações sobre preconceito que envolve o lado sexual das vidas das mulheres idosas, nas discussões sobre o tema, 55,5% referem receber informações sobre sexo dos profissionais. No entanto, apesar de receberem essas informações 70,4% dizem não discutir abertamente essas questões com os profissionais de saúde e 66,6% com os colegas do grupo.

Dessa forma, sem idade definida para se iniciar, a velhice depende da disposição, atitude e interesse de cada pessoa em relação à sua qualidade de vida. Neste grupo, 87% não percebem preconceitos dos profissionais de saúde e 66,6% não percebem preconceitos dos colegas, mas mesmo assim não discutem sobre o tema em questão.

A sexualidade por ter ritmos diferentes, é muitas vezes imposta somente como uma sexualidade genitalizada, amplamente lançada em nossa cultura. Cabe a nós, profissionais de saúde, incentivar as discussões sobre o tema, revendo esse conceito de sexualidade, para que as pessoas possam envelhecer sabendo dos limites, mas também das potencialidades que essa etapa da vida possui.

Portanto, de acordo com o aumento da população idosa no Brasil, conseqüentemente, há uma elevação da responsabilidade por meio dos profissionais da área de saúde em promover informações que forneçam um quadro de práticas sexuais para a mulher, propiciando-a boa qualidade da saúde sexual e possibilitando à mesma discutir abertamente as questões sexuais sobre suas preocupações junto ao profissional de saúde capacitado.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. D. **Enfermagem Obstétrica e Ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BEREK, J. S. **Tratado de Ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Lei nº. 8. 842 de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. 1994. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos. **Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde**: Etapa Formativa I. João Pessoa: Centro Formador de Recursos Humanos, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Caderno de atenção básica:)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada., em Defesa do SUS e de Gestão. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida**. Brasília: 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série A: direitos sexuais e direitos reprodutivos: Normas e Manuais Técnicos)

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

CARVALHO, C. M. R. G; FONSECA, C.C. C; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L.; Sistema Único de Saúde: **Comentários à lei orgânica da saúde**: (Leis nº 8.080/90 e nº8.142/90). 4. ed. Unicamp Campinas (SP), 2006.

CASTRO, N. M. S; REIS, C. A. C. Sexualidade na Terceira Idade: não posso, não quero ou não devo. Omito da contextualização das idosas e a influência da estereotipia negativa às mesmas e suas conseqüência na vida afetiva e sexual. **Revista de Iniciação Científica Newton Paiva**. 2002. Disponível em: <www.nelydecastro.com.br/sexualidade_sexualidade_terceira_idade.pdf> Acesso em: 25 mar. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 311/2007 Revoga a Resolução COFEN nº. 240/2000 e aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/legislacoes/anexos/resolucao-cofen-311-2007-codigo-etica.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2010.

DE LORENZI, D. R. S; SACIOTO, B. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, jul./ago. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Climatério**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FONTINELE JUNIOR, k. **Pesquisa em Saúde: ética, bioética e legislação**. Goiânia: AB, 2003.

GRANDIM, C. V. C; SOUSA, A. M. M; LOBO, J. M. L; A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 2, abr./jun. 2007. Disponível em:<www.enfermagemSU.blogspot.com>. Acesso em: 30 Mar. 2010.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A Construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LIMA J. V.; ANGELO, M. Vivendo a Inexorabilidade do Tempo e as suas Mudanças com Perdas e Possibilidades:mulher na fase do climatérios.**Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n.4, p. 399-405, 2001.

LITVOC, J; BRITO F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, G. P. Sexualidade no Climatério. In: RODRIGUES, E. J. S.; DONDICI FILHO, J. (Org.). **Menopausa Seja Bem-Vinda & Bem Vivida**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 45-53.

MARTINS, et al. Qualidade de Vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4; abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 27 mar. 2010.

MACHADO L. M. **Endocrinologia Ginecológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos Metodológicos Científicos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ODONI, A. A. C., GARCIA, M. A. A., YAGI, G. H., FRIGÉRIO, R. M., MERLIN, S. S. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-**

americana de Enfermagem, v.14, n.2, p.175-82, mar./abr., 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 10 maio 2010.

OLIVEIRA, A. et al. Sexualidade das Mulheres no Climatério e na Menopausa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 39, mar. 2005.

OGUISSO, T; SCHMIDT, J. M. **O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PESSINI, L. BERTACHINI, L.(Orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.

PINTO NETO, A. M et al. Consenso Brasileiro de Osteoporose 2002. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 42, n. 6, nov./dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Brunner e Studartt: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SALVADOR, C. R; MACEDO, M, A. R. Grupo de Convivência e a Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: ABEN, 2009. Disponível em:<http://www.abeneventos.com.br/anais_61_cben/files/01341.pdf>. Acesso em:15 abr. 2010.

ZIMERMANN, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nº. _____

1) IDENTIFICAÇÃO

1. 1 Idade: _____ anos

1. 2 Aposentada: ()sim ()não

1. 3 Ocupação remunerada: ()sim ()não

Se sim especifique: _____

1. 4 Nível de Escolaridade () analfabeto () até 4 anos

() 4-8 anos () 8 anos ou +

1. 5 Estado civil: () casada () solteira () viúva () separada

1. 6 Raça: () branca () negra () parda () amarela

2) SEXUALIDADE (Transformações biológicas, psicológicas e sociais).

2.1 Vida sexual ativa: ()sim () não

SE SIM:

Frequência das relações sexuais no último mês:

() Nenhuma () 1-2

() 3-4 () Mais de 5

Satisfação Sexual: () Sempre () Frequentemente () Nunca

Utiliza métodos artificiais para satisfação sexual: ()sim () não

Melhorou a vida sexual após TRH (se fez uso): ()sim () não

SE NÃO

O que faz não ter mais vida sexual ativa: (assinale com um "x" tantos quantos forem referenciados):

() Dor na relação () Calor (fogachos) () Vergonha

- Acha que não tem mais idade pra isso Medo
- Desinteresse Constrangimento familiar
- Por não se sentir desejada Problemas com parceiro
- Não tem mais parceiro Não tem oportunidade

3) GRUPO DE CONVIVÊNCIA

3. 1 Recebe informações a respeito dos problemas de saúde característicos do seu envelhecimento (educação em saúde)

sim não

3. 2 Obteve melhora no estado de saúde após sua participação no grupo:

sim não

3. 3 Recebe incentivo para participar das decisões de sua própria vida

sim não

3. 4 Recebe dos profissionais da área de saúde informações sobre as práticas sexuais

sim não

3. 5 Discute abertamente as questões sexuais com profissional de saúde capacitado

sim não

3. 6 Discute abertamente as questões sexuais com os colegas do grupo

sim não

3. 7 Percebe preconceito dos profissionais para a abordagem do tema

sim não

3. 8 Percebe preconceito dos colegas do grupo para abordagem do tema

sim não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____, cidadã brasileira, em pleno exercício de meus direitos me disponho a participar da pesquisa “SEXUALIDADE FEMININA NA TERCEIRA IDADE: uma abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de idosos” sob a responsabilidade da pesquisadora participante Ana Laressa Leal Azevedo e da pesquisadora responsável Jussara Vilar Formiga.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora de que:

1. A pesquisa tem por objetivo compreender a influência do grupo de convivência de idosos na qualidade de vida sexual das mulheres, especialmente no pertinente ao envelhecimento sexual ativo, descrevendo o seu perfil epidemiológico.
2. Os dados serão coletados por meio de um formulário, com questões fechadas, previamente estruturado;
3. Tenho a liberdade de me recusar a participar ou retirar o meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo na minha participação no grupo de convivência
4. O direito de receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia a ser utilizada em todas as fases me será oferecido.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
6. A pesquisa apresenta riscos, especialmente quanto existência de constrangimentos durante a resposta dos questionamentos referentes à sexualidade, porém o pesquisador afirma que haverá preservação dos direitos e dignidades da pessoa humana.
7. Ao final dessa pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

Ana Laressa Leal Azevedo – Telefone: (84) 3316-1337

Jussara Vilar Formiga – Telefone: (84) 9627-3276

Mossoró-RN, _____ de _____ de 2010.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Participante



Participante da Pesquisa

Participante

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: sarah_vilar@hotmail.com; jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE C - LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo idade

IDADE	Nº ABSOLUTO	%
60-70 anos	22	40%
71-80 anos	26	48%
81 anos ou mais	06	12%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo renda pessoal

APOSENTADA	Nº ABSOLUTO	%
Sim	38	70%
Não	16	30%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 3 Caracterização da amostra segundo nível de escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nº ABSOLUTO	%
Analfabeta	20	37%
Até 4 anos de estudo	31	57,4%
4-8 anos de estudo	02	3,8%
8 anos ou mais de estudo	01	1,8%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 4 Caracterização da amostra segundo estado civil

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTO	%
Casada	23	42,6%
Solteira	01	1,8%
Viúva	23	42,6%
Separada	07	13%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 5 Caracterização da amostra segundo raça

RAÇA	Nº ABSOLUTO	%
Branca	25	46,3%
Negra	07	13%
Parda	22	40,7%
Amarela	00	00
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 6 Distribuição da amostra segundo vida sexual ativa

SEXUALIDADE	Nº ABSOLUTO	%
SIM	14	26%
NÃO	40	74%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 7 Distribuição da amostra segundo vida sexual ativa

VIDA SEXUAL ATIVA (Idade)	Nº ABSOLUTO	%
60-70 anos	08	57%
71 a 80 anos	06	43%
TOTAL	14	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 8 Distribuição da amostra segundo freqüência das relações sexuais no último mês.

VIDA SEXUAL ATIVA Freqüência no Último Mês	Nº ABSOLUTO	%
Nenhuma	00	00
1-2 vezes	14	100%
3-4 vezes	00	00
Mais de 5 vezes	00	00
TOTAL	14	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 9 Distribuição da amostra segundo satisfação sexual.

VIDA SEXUAL ATIVA Satisfação Sexual	Nº ABSOLUTO	%
Sempre	01	7,2%
Freqüentemente	09	64,3%
Nunca	04	28,5%
TOTAL	14	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 10 Distribuição da amostra segundo têm vida sexual ativa não faz uso de nenhum método artificial

VIDA SEXUAL ATIVA Uso de Métodos Artificiais para Satisfação Sexual	Nº ABSOLUTO	%
Sim	00	00
Não	54	100%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 11 Distribuição da amostra segundo o uso de TRH

VIDA SEXUAL ATIVA Uso de TRH	Nº ABSOLUTO	%
Sim	03	21%
Não	11	79%
TOTAL	14	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 12 Distribuição da amostra segundo estado civil mulheres que não tem vida sexual ativa

VIDA SEXUAL INATIVA (estado civil)	Nº ABSOLUTO	%
Casada	09	22,5%

Solteira	01	2,5%
Viúva	23	57,5%
Separada	07	17,5%
TOTAL	40	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 13 Distribuição da amostra segundo o que não faz não ter mais vida sexual ativa

VIDA SEXUAL INATIVA Motivo	Nº ABSOLUTO	%
Dor na Relação	00	00
Calor (fogachos)	00	00
Vergonha	02	3,7%
Medo	02	3,7%
Acha que não tem mais idade pra isso	02	3,7%
Desinteresse	33	61,1%
Constrangimento Familiar	06	11,1%
Por não se sentir desejada	00	00
Problemas com o parceiro	01	1,8%
Não tem oportunidade	03	5,5%
Não tem mais parceiro	14	25,9%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Tabela 14 Distribuição da amostra segundo informações a respeito dos problemas de saúde característico do seu envelhecimento.

Recebe informações a respeito dos problemas de saúde característicos do envelhecimento (Educação	Nº ABSOLUTO	%

em Saúde)		
SIM	33	61,2%
NÃO	21	38,8%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 15 Caracterização da amostra segundo melhora no estado de saúde após sua participação no grupo.

Obteve melhora no estado de saúde após sua participação no grupo	Nº ABSOLUTO	%
SIM	54	100%
NÃO	00	00
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 16. Caracterização da amostra segundo incentivo para participar das decisões na sua própria vida.

Recebe incentivo para participação das decisões de sua própria vida	Nº ABSOLUTO	%
SIM	54	100%
NÃO	00	00
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 17 Caracterização da amostra segundo recebimento de informações sobre as práticas sexuais vindas dos profissionais de saúde

Recebe dos profissionais da área de saúde informações sobre as práticas sexuais	Nº ABSOLUTO	%
SIM	30	55,5%
NÃO	24	44,5%

TOTAL	54	100%
-------	----	------

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 18 Caracterização da amostra segundo discussão aberta com profissionais de saúde de sobre as praticas sexuais.

Discute abertamente as questões sexuais com profissionais de saúde capacitados	Nº ABSOLUTO	%
SIM	16	29,6%
NÃO	38	70,4%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 19 Caracterização da amostra segundo discussão aberta com os colegas de grupo sobre as práticas sexuais

Discute abertamente as questões sexuais com os colegas do grupo	Nº ABSOLUTO	%
SIM	18	33,4%
NÃO	36	66,6%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 20 Caracterização da amostra segundo percebe preconceitos dos profissionais de saúde.

Percebe preconceito dos profissionais para a abordagem do tema	Nº ABSOLUTO	%
SIM	07	13%
NÃO	47	87%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

Tabela 21 Caracterização da amostra segundo percebe preconceito dos colegas do grupo.

Percebe preconceito dos colegas do grupo para a abordagem do tema	Nº ABSOLUTO	%
SIM	20	37%
NÃO	34	63%
TOTAL	54	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2010)

ANEXO

ANEXO A - CERTIDÃO


**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.


CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 12/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "**Sexualidade feminina na terceira idade: Uma abordagem da qualidade de vida num grupo de convivência de idosos**", protocolo número: 132/2010 e CAAE: 3525.0.000.351-10, da orientadora: **Jussara Vilar Formiga** e da aluna: **Ana Laressa Leal Azevedo**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa 20 de Setembro de 2010

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE