

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Saúde Pública

**SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: uma análise da
relação atividade e satisfação sexual**

Carlos Lima Rodrigues

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do Título de Doutor em Ciências.**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yeda A. O. Duarte

São Paulo

2013

**SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO: uma análise da
relação atividade e satisfação sexual**

Carlos Lima Rodrigues

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do Título de Doutor em Ciências.**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yeda A. O. Duarte

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

***Dedico este trabalho aos meus pais, Juarez e
Cidnéa, pelos primeiros e imprescindíveis
ensinamentos que tive em minha vida.***

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Yeda Aparecida Oliveira Duarte, pela paciência, compreensão e apoio nessa longa trajetória.

À Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Lebrão, por todo o incentivo e confiança.

À Prof^a. Dr^a. Luciana Correia Alves, pelo grande e imprescindível apoio na elaboração dos dados estatísticos.

À Prof^a. Dr^a. Carmita Abdo e à Pr^a. Dr^a. Maria Alves pela importante contribuição no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Sérgio Paschoal, pelo generoso apoio que me ofereceu em momento difícil que passei durante essa trajetória.

À Doralice Teixeira, pela imensa ajuda, companheirismo e apoio.

À Francine Leite, pelos momentos de ajuda, esclarecimentos e incentivo.

À Marília Berzins, pelo incessante apoio e incentivo.

Ao Alan Cardoso, pela grande ajuda e apoio em momentos onde achei que seria impossível continuar.

À minha querida e presente família, Juarez, Néa, Sérgio, Vânia, Lucas e Raphael.

*À Dr^a. Maria Eugenia Lemos Fernandes, pela confiança, apoio e
compreensão durante esse processo.*

*Às minhas equipes de trabalho nos Programas PAI, APD e Agentes Idosos
de Prevenção, pela compreensão e ajuda nos momentos onde precisei estar
ausente.*

*Aos meus grandes amigos de longa data, que souberam entender a minha
total ausência.*

*E por fim, aos idosos que participaram do Estudo SABE, pois sem eles este
trabalho não seria possível.*

RESUMO

O objetivo desta tese é analisar se há associação entre atividade sexual e satisfação sexual, e as condições demográficas, socioeconômicas e de saúde, e também a importância dada à vida sexual no passado e no presente, para a população idosa residente no município de São Paulo. Foram considerados os dados do Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, relativos à amostra de 2006, composta por 1.078 sujeitos, correspondendo após ponderação a uma população de 854.724 idosos do município de São Paulo. Homens e mulheres foram analisados separadamente, e os dados comparados posteriormente. Os resultados mostraram que frente ao aumento da idade e determinadas condições socioeconômicas e de saúde, a satisfação sexual é cada vez menos associada à atividade sexual, sendo isso mais verificado entre as mulheres do que os homens. Em relação às condições de saúde, a ocorrência de doenças entre as mulheres mostrou mais interferência negativa para a satisfação sexual do que entre os homens. Entre os casados verificou-se maior relação entre a atividade sexual e a satisfação sexual. Como conclusão observou-se que, com o avanço da idade, a satisfação sexual está menos associada à realização de atividade sexual, independente do sexo, porém, isso se verifica mais entre as mulheres, o que não justifica dizer que as pessoas idosas são assexuadas.

Palavras chave: Sexualidade; Pessoa idosa; Envelhecimento; Atividade sexual; Satisfação sexual.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to analyze whether there is an association between sexual activity and sexual satisfaction, and demographic, socioeconomic and health conditions, and the importance given to sexual life in the past and nowadays by the elderly population living in São Paulo. Data from the SABE Study - Health, Welfare and Aging were considered, relating to sample of 2006, consisting of 1078 individuals, corresponding to a population of 854.724 elderly, after weighting, in São Paulo. Men and women have been analyzed separately and then information has been compared. The results showed that against the increased age and specific socioeconomic and health conditions, sexual satisfaction is becoming less associated with sexual activity and it is more observed among women than men. Regarding health conditions, occurrences of diseases among women proved more negative interference for sexual satisfaction than men. Among those married there was a highest ratio between sexual activity and sexual satisfaction. As a conclusion, it was observed that, with increasing age, sexual satisfaction is less tied to the sexual activity, regardless of sex, but it occurs more among women, which is not right to say that older people are asexual.

Keywords: Sexuality; Elder; Aging; Sexual activity; Sexual satisfaction.

Sumário

RESUMO.....	1
Sumário.....	3
LISTA DE TABELAS.....	4
1 - INTRODUÇÃO.....	6
3 - OBJETIVO.....	24
4 – MÉTODO.....	24
4.1 - Contexto da Pesquisa	24
4.2 - Variável dependente.....	29
4.3 - Variáveis independentes.....	30
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
6 - CONCLUSÕES.....	89
7 – REFERÊNCIAS	91
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.....	100
Identificação.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média de idade e desvio padrão das pessoas idosas segundo sexo, município de São Paulo, 2006.....	35
Tabela 2 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e importância dada à atividade sexual no passado e no presente, município de São Paulo, 2006.....	37
Tabela 3 – Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características de saúde, município de São Paulo, 2006.....	39
Tabela 4 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo sexo e características demográficas, socioeconômicas e importância da atividade sexual no passado e no presente, município de São Paulo, 2006.....	44
Tabela 5 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo sexo e características de saúde, município de São Paulo, 2006.	47
Tabela 6 – Distribuição relativa (%) das pessoas idosas segundo referência da presença ou não de atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.	49
Tabela 7 - Distribuição relativa (%) das pessoas idosas segundo sexo, segundo a presença ou não de atividade sexual e satisfação referida, município de São Paulo, 2006.....	51
Tabela 8 – Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	54
Tabela 9 – Distribuição (%) dos idosos segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	56
Tabela 10 – Distribuição relativa (%) dos homens segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	59
Tabela 11 – Distribuição relativa (%) das mulheres segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	64
Tabela 12 – Distribuição relativa (%) dos homens segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	66
Tabela 13 - Distribuição relativa (%) das mulheres segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.....	71

Tabela 14 – Razões de chances (OR) da análise bivariada entre variáveis sociodemográficas e atividade + satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim. ...76

Tabela 15 - Razões de chances (OR) da análise bivariada entre variáveis de saúde e atividade + satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim.....79

Tabela 16 - Razões de chance do modelo de regressão logística multinomial múltiplo para atividade e satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim.....82

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações tornou-se um fenômeno mundial. As pessoas vivem mais, as famílias estão cada vez menores, o que traz mudanças significativas no perfil etário, fazendo com que seja necessária uma reflexão a respeito de como estruturar políticas para atender às demandas desse enorme contingente de pessoas envelhecidas. Observamos no século XX um aumento na expectativa de vida de cerca de 30 anos, associado à diminuição da taxa de natalidade. No Brasil, esse envelhecimento populacional aconteceu de forma muito rápida, com importantes consequências para a sociedade. Embora esse aumento da longevidade tenha sido uma das maiores conquistas da humanidade, transformou-se um grande desafio, à medida que será necessário garantir serviços de atenção específicos às demandas da população idosa permitindo sua integração na comunidade em que vive (Gorinchteyn, 2003).

A diminuição nas taxas de mortalidade e de fecundidade levou ao envelhecimento da população, fazendo com que o Brasil deixasse de ser um país jovem para ser um país de cabelos brancos (Veras, 1994). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011, foram contabilizados aproximadamente 23 milhões de idosos, que representam 12,1% da população total do país populacional (IBGE, 2012). Esse contingente é formado por pessoas com 60 anos e mais, idade a partir da

qual se definem os idosos no Brasil, segundo a Lei Nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), e que será considerada para este estudo para caracterizar pessoas idosas. Sob esse ponto de vista as discussões sobre aspectos econômicos, sociais, psicológicos e assistenciais são constantes quando se aborda o tema do envelhecimento. Porém, mesmo diante desse aumento significativo da população idosa, e de suas necessidades específicas, a velhice, que é um processo bio-psico-social, ainda é muito influenciada pela ideologia cultural, que faz com que seja uma fase da vida permeada de mitos e preconceitos, geralmente carregados de valores sociais negativos, quando não, pejorativos (Vasconcellos, 2004; Benbow e Beeston, 2012). É comum interpretá-la como sinônimo de doença, teimosia, peso social, e infantilização, por exemplo. Mas na verdade a velhice é apenas uma etapa a mais do ciclo vital, etapa essa que vem sendo progressivamente expandida devido ao aumento da expectativa de vida dos seres humanos.

Dentro de todo esse contexto de mitos que envolvem a velhice, se constroi esse cenário onde, de forma equivocada, se tem a ideia de que a atividade sexual é algo que não faz parte do repertório de interesse das pessoas mais velhas. Sendo assim, se não existe, não se investiga.

A vida sexual de pessoas idosas ainda é um tema polêmico e cercado de preconceitos (Büchele et al. 2006). Bohórquez Carvajal (2008) observa que apesar do marcante crescimento da população idosa, essas pessoas frequentemente se deparam com seus direitos desrespeitados, incluindo o de exercer sua atividade sexual porque, à medida que

manifestações eróticas dos mais velhos são muitas vezes consideradas imorais e até patológicas.

O ser humano, diferente das outras espécies animais, está livre de um mecanismo biológico que imponha ciclos para a sua atividade erótica (Abdo, 2004). Historicamente, no entanto, a sexualidade sempre foi muito vinculada à reprodução, como afirma Foucault (1977, p. 9): “*o casal, legítimo e procriador, dita a lei*”. Dessa forma, de acordo com Gozzo et al. (2000), até pouco tempo atrás, o ato sexual sem objetivo de procriação era considerado algo pecaminoso que deveria ser reprimido. Porém, o nível evolutivo dos seres humanos nos permite observar que há uma independência do comportamento sexual em relação aos hormônios, o que permite a atividade sexual sem o compromisso da função reprodutora, revelando certa autonomia da função erótica humana (Zampieri, 2004). Ainda, segundo Gozzo et al. (2000, p. 87), “*a relação sexual na espécie humana é uma necessidade básica, não instintiva, razão pela qual o indivíduo decide se quer ou não praticá-la*”.

Para Laplanche (1992), a definição de sexualidade vai para além de ser uma questão instintiva e apenas associada aos órgãos genitais, constituindo-se em algo mais abrangente e não, necessariamente, vinculada à relação sexual propriamente dita, como é comumente interpretada. Segundo o autor, “*na teoria psicanalítica, sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma espécie de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de*

uma necessidade fisiológica fundamental" (Laplanche, 1992, p. 476). Quando a função sexual é vista somente como um instinto característico da espécie, que faz com que o indivíduo se relacione com outro do sexo oposto apenas com o objetivo do coito, há uma interpretação imperfeita do assunto.

Nas culturas pré-modernas havia grande pressão para que se constituíssem famílias grandes (Giddens, 1993). Ter maior quantidade de filhos significava mais mão de obra disponível, o que se mostrava bastante positivo para o desenvolvimento capitalista do Ocidente e, dessa forma, podia induzir à repressão social da atividade sexual não reprodutiva (Zampieri, 2004). Dessa forma, a atividade sexual deixou de ser uma questão privada e passou a ser uma questão pública. Nesse período se vinculava a vida sexual à reprodução, e qualquer forma de atividade sexual que não fosse para esse fim era tratada com repulsa, tanto pela Igreja quanto pela medicina. Nossa civilização, impregnada por esses valores, ainda hoje tem dificuldade para entender o sexo como mero objeto de prazer e, por essa razão, ainda o trata, em muitas ocasiões, como um assunto vergonhoso (Abdo, 2004).

É possível que se construa nessa relação a ideia do interesse pelo ato sexual associado apenas ao período fértil do ciclo vital, ou seja, na fase mais jovem do desenvolvimento. Considerando-se que, depois de certa idade, não há mais a intenção ou a possibilidade de gerar filhos, o sexo interpretado como algo sujo ou inadequado, pode permitir a construção equivocada da ideia de que, com o envelhecimento, o impulso sexual deixa de fazer parte do repertório de vida do ser humano (Rodrigues, 2010). O

interesse pelo estudo da vida sexual de pessoas idosas é recente, possivelmente incentivado pela maior expectativa de vida e consequente envelhecimento da população (Nicolosi et al., 2006).

Segundo Abdo (2004), a atividade sexual é um fator determinante de satisfação perante a vida. Quando comprometido, pode abalar sensivelmente a qualidade de vida o que deve ser considerado para todos os indivíduos. Segundo a autora, *“toda atividade sexual que não contemple a procriação (como, por exemplo, a masturbação, as relações homossexuais, o erotismo puro) tem sido muitas vezes considerada anômala por diferentes civilizações”* (Abdo, 2004, p. 90). O sexo entre pessoas idosas poderia ser incluído nessa lista de relações “proibidas”, pois, conforme dito, em geral a atividade sexual nessa faixa etária não tem como objetivo a procriação, e sim o prazer, ainda que levando em consideração as diferenças de gênero.

Segundo Zucco e Minayo (2009) a categoria gênero faz parte de uma construção social, diferente da dimensão biológica, em que não se tem uma característica fixa e imutável, mas ao contrário, temporária, que leva à desnaturalização dos significados de masculino e feminino. Segundo as autoras, não são as diferenças sexuais que instituem a hierarquização entre homens e mulheres, mas sim a maneira como cada sociedade dá significados a essas diferenças. Acrescente-se a isso o fato de ser importante considerar em que período histórico se constroi essa interpretação, dentro de cada sociedade.

Os recortes raciais, geográficos, etários, culturais e de gênero são de grande importância ao se lidar com a velhice. As questões de gênero e idade são particularmente relevantes na discussão da atividade sexual entre pessoas idosas. Ser homem ou ser mulher, em dado período, vai ter grande influência no desenvolvimento da vida sexual. Num tempo recente da história do Brasil, entre o final do século XIX e início do século XX, em relação aos homens, as mulheres ainda viviam uma situação social inferior no que se referia aos seus direitos. No âmbito legal, eram comparadas a outros grupos que necessitavam ser tutelados, como loucos, menores e interditos (Engel, 2009). Incluem-se nessa desigualdade de gênero os direitos à vida sexual.

Os ensinamentos sobre o sexo e os valores culturais que a ele são dados apresentam diferenças entre as gerações, da mesma forma que determinados padrões de comportamento esperados, para homens e mulheres, são socialmente cobrados dos indivíduos. Sendo assim, para uma adequada abordagem da vida sexual das pessoas idosas é preciso antes compreender e contextualizar sua infância e juventude, de forma a entender a quais regras sociais e morais foram submetidas, e como apreenderam esses valores.

É fundamental procurar entender as diferenças de gênero que se constroem durante a vida para que se faça uma reflexão da função sexual na velhice. Feminino e masculino assumem suas posturas de acordo com cada cultura e a reflexão sobre gênero e suas diferenças leva a uma construção com base na perspectiva relacional entre um e outro. O que é

visto como masculino só faz sentido a partir do feminino e vice-versa (Gomes, 2008).

Como afirmam Villela e Barbosa (1996, p. 190), *"um dos aspectos mais instigantes do conceito de gênero é sua dimensão relacional, muitas vezes esquecida em diferentes análises, ou de difícil operacionalização. Embora parte desta limitação tenha suas raízes na emergência dos estudos de gênero a partir do feminismo - com uma produção voltada predominantemente para a mulher - temos que admitir que a utilização do conceito numa perspectiva unilateral introduz um viés que reduz de modo significativo sua força e originalidade"*.

Não é adequado se fazer uma análise de gênero partindo apenas do referencial de um ou de outro, sendo que algumas questões são mais pertinentes ao mundo dos homens e outras, ao das mulheres. Em nossa cultura, os atuais idosos tiveram influência de um período em que fazia parte do universo masculino a vida pública, através das relações de trabalho. Ao universo feminino era reservada a vida privada, as atividades domésticas e o cuidado à família. O homem era o provedor econômico e a mulher, a provedora de afeto (Rodrigues, 2006; Trindade e Bruns, 2007; Bruns, 2010). Esse universo heterogêneo era caracterizado por algumas particularidades que ainda se fazem presentes: ao nascer um menino, os pais referem-se a ele como "meu garotão", e a menina como "minha princesinha", embutindo aí um modelo de força masculina, e fragilidade feminina. A eles são destinadas roupas azuis, a elas, cor de rosa. Rampin e Freitas (2012) ressaltam que as mulheres passam por um processo de estigmatização

desde a infância, sendo submetidas a valores considerados femininos, como o modo de se vestir, as cores a serem escolhidas e posturas sociais esperadas, num processo inferiorizado em relação ao homem. Esses códigos sociais apontam para a diferença de papéis que irão se estruturar ao longo da vida (incluindo a velhice) para além das diferenças biológicas. Silva et al. (2012, p. 178) observa que “*o modelo de masculinidade é ser um homem jovem, produtivo, bom provedor financeiro, cujo locus de atuação e socialização é a rua e que, no mundo doméstico, detém o poder de decisão sobre os destinos dos seus dependentes e de quem mais habitar o espaço*”.

O corpo também sofre mudanças durante o desenvolvimento, com fenômenos distintos a cada sexo. A menopausa e, conseqüentemente a impossibilidade de procriar, representam marcos importantes para as mulheres, sinalizando de certa forma a chegada da velhice. Para os homens, que podem continuar procriando, surge o fantasma da impotência sexual (Paschoal, 2006). Para as mulheres essa época coincide com a saída dos filhos de casa, o que pode significar solidão e perda de sentido em suas atividades à medida que não terão mais de quem cuidar. Já para os homens, tal período tende a coincidir com a aposentadoria, que da mesma forma, retira o sentido de reconhecimento social do seu papel masculino. (Lorenzi et. al, 2006; Rodrigues, 2006).

Existem diferenças no padrão cultural já na infância, entre meninos e meninas, com evidências no funcionamento psicológico, que não são tão claras para a maioria das pessoas como as diferenças biológicas (Shafer, 2005). Essas diferenças poderão interferir na forma como esses dois grupos

irão envelhecer, levando a comportamentos distintos entre homens e mulheres diante de várias situações, inclusive no que diz respeito à própria vida sexual.

Deve-se ressaltar a diferença conceitual entre sexo e gênero, com o primeiro totalmente associado às diferenças determinadas pelo corpo e o segundo, aos significados atribuídos ao fato de ser homem ou mulher em cada cultura e em cada pessoa (Zampieri, 2004). São esses valores atribuídos aos papéis masculino ou feminino que vão interferir também na forma como cada um, em cada cultura e em cada período histórico, constrói a sua sexualidade. É por meio dessa construção social que em determinado momento se vinculou a atividade sexual à reprodução, e não ao prazer erótico. Segundo Paiva et al. (2008), grupos aos quais as pessoas pertencem, entre eles a família ou os espaços religiosos, são determinantes na forma como se criam diferentes valores e normas em relação à atividade sexual.

O estudo da sexologia teve um duplo nascimento, sendo o primeiro na segunda metade do século XIX, com enfoque nas questões das doenças venéreas, e o outro a partir da década de 1920, com ênfase nas questões da genitalidade e do orgasmo, levando-se em conta mais o prazer do que as doenças, tendo como marcos as obras de Reich e Kinsey (Rohden e Russo, 2011). Historicamente, porém, o sexo tem sido um tema reprimido pela sociedade e, mesmo atualmente, ainda não é discutido abertamente, o que pode comprometer o desenvolvimento e comportamento sexual, tendo-se

em vista maior repressão social da atividade sexual feminina (Gir et al., 2000; Lima e Cerqueira, 2008)

No século XX ocorreram mudanças sociais que, de certa forma, interferiram significativamente na vida sexual das pessoas. A saída do campo para as cidades, do trabalho rural para as indústrias, fez com que não houvesse mais a necessidade de famílias tão numerosas. Diferente das culturas pré-modernas, as sociedades atuais fizeram uma pressão para que houvesse uma redução da natalidade, limitando o tamanho das famílias. Segundo Giddens (1993), o que parecia uma estatística demográfica inocente, tem um impacto histórico no que se refere à função sexual, principalmente para as mulheres que veem romper um círculo crônico de gravidez e parto. No Brasil entre as décadas de 1960 e 1970, percebeu-se a migração do campo para as cidades e a redução da taxa de fecundidade (Berquó, 2006; Suzuki, 2007)

A chegada dos anticoncepcionais foi outro avanço na direção de separar a reprodução da atividade sexual. A concepção passou a ser prevenida de forma artificial, sendo possível que se tivesse uma vida sexual livre do medo de uma gravidez indesejada, e dessa forma, a mulher tomou como seu o prazer sexual, antes domínio exclusivo dos homens (Bruns, 2010). Mais tarde ocorreu o contrário, com o advento da fertilização *in vitro* foi possível que a concepção ocorresse de forma artificial. Dessa forma, tanto a contracepção quanto a reprodução passaram a não depender mais da atividade sexual, assegurando de vez ao indivíduo a propriedade da sua vida sexual (Giddens, 1993).

Com isso, as mulheres começam a ganhar espaço também na vida pública. O movimento feminista, que teve seu auge nos anos 1960, abriu espaço para que elas saíssem do ambiente doméstico e entrassem em um universo anteriormente restrito aos homens. Isso representou grandes transformações nas relações de gênero no século passado, possibilitando que as mulheres adquirissem direitos e uma relação de igualdade aos homens, embora continuassem a ser as cuidadoras, e eles os provedores da família. Negreiros (2004) ressalta que para as mulheres idosas de hoje, a juventude se deu em um tempo em que o mundo das profissões e das vocações universitárias faziam parte do universo exclusivamente masculino, fazendo com que a maioria delas, hoje, se dedique a cuidar da família, dando apoio doméstico a filhos e netos, ou ainda, cuidando de doentes ou pessoas idosas do núcleo familiar. Sendo assim, presume-se que a população mais jovem provavelmente apresentará um impacto maior das transformações que ocorreram no final do século passado em relação às diferenças de gênero (Büchele et al., 2006), porém a população atual de idosos viveu no meio de todas essas mudanças, e nem todos tiveram condições de se adequar a novos modelos.

Grande parte das mulheres e homens com idade igual ou superior a 60 anos hoje recebeu orientação sexual de amigos, médicos ou religiosos, e apenas uma pequena parcela deles recebeu essa mesma orientação de sua família ou de professores. Na população mais jovem entre 18 e 25 anos, os dados apontam o contrário. Cerca de 70% dos jovens foram orientados por pais ou professores mostrando uma mudança nos padrões de

comportamento e nos valores. Conversar sobre sexo saiu das ruas e ganhou espaço dentro das casas e no interior das salas de aula (Abdo, 2004).

É importante ressaltar que quando, no Brasil, aconteceram as grandes mudanças que afetaram a função sexual da população como, por exemplo, a chegada dos anticoncepcionais e o movimento feminista nos anos 1960 / 1970, as pessoas que são hoje idosas, tinham naquela época idade entre 30 e 40 anos, ou seja, em plena maturidade sexual.

Por questões políticas, no Brasil, o movimento feminista só ganhou força no final da década de 1970, surgindo inicialmente nas camadas médias e intelectualizadas da população (Sarti, 2004). Segundo a autora, “*o feminismo teve que se enfrentar, ainda, com o fato de ser uma ideologia que tem marcas sociais precisas, sensibilizando mulheres profissionais, com educação universitária, pertencendo a camadas sociais com alguma experiência de vida cosmopolita, associadas ao exílio político ou à formação educacional e profissional*” (Sarti, 2001, pp. 43-44). Sendo assim, o movimento inicialmente não atingiu a todas as mulheres, levando-se em conta as importantes desigualdades sociais do país.

A população idosa atual é uma geração que, embora tenha sido influenciada por essas mudanças, ainda traz impregnada em seus valores muito daquilo que teve como aprendizado sexual na sua juventude. Traz consigo toda a carga de valores sociais, morais e religiosos acerca da sua atividade sexual, no papel de homem ou mulher. Todas essas mudanças ocorridas em meados do século XX trouxeram grandes vantagens, em

especial às mulheres, que viram as novas tecnologias médicas liberando-as para o prazer sexual sem a necessidade da procriação, tendo no divórcio também um aliado e abrindo a possibilidade de escolha de um novo parceiro. Ainda com todas essas mudanças importantes, a literatura indica que as mulheres ainda continuam a dar mais importância à sua vida sexual no que se refere aos problemas relacionais do que à atividade sexual propriamente dita (Rohden e Russo, 2011).

Com o advento da AIDS nos anos 1980, outras mudanças afetaram a atividade sexual das pessoas no século XX. O prazer sexual passou a ser considerado um risco. O conceito de monogamia voltou a ter força, e o uso de preservativos como forma de sexo seguro ganhou notoriedade. A abstinência sexual, que nos períodos anteriores foi incentivada para a contracepção, passava agora a ser considerada por alguns setores religiosos como uma forma de prevenção das DST (Figueiredo, 1998; Paiva et al., 2002). De lá até os dias atuais, as pessoas idosas nunca foram o foco de atenção na prevenção da AIDS e outras DST, embora o Boletim Epidemiológico de 2008 tenha incluído em sua publicação um bloco temático para casos de AIDS em pessoas com 50 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2008). Analisando os dados mais recentes, e com recorte etário de pessoas com 60 anos e mais, o Boletim Epidemiológico 2011 mostra 13.414 casos de AIDS notificados de 1980 a junho de 2011, representando 2,6% da população total. Desse contingente, 34% dos casos se deram entre as mulheres e 66% entre os homens.

Isso aponta para a necessidade de se observar que o comportamento sexual da população idosa também vem se transformando. O conceito de sexo apenas para a procriação, e o mito do idoso assexuado, vão ficando para trás, e o que se percebe no cenário atual, principalmente após a chegada dos medicamentos para a disfunção erétil, são idosos com uma vida sexual cada vez mais ativa. Isso é preocupante na medida em que esse segmento da população não teve incorporado aos seus hábitos o uso de preservativos ou qualquer outro tipo de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (Gorinchteyn, 2010). A literatura mostra que o uso dessas medicações tem se mostrado um fator associado à transmissão do HIV em homens que apresentam disfunção erétil, mas ainda são poucos os estudos que investigam o impacto desse tipo de medicamento com a contaminação em homens mais velhos (Driemeier, 2012). Da mesma forma, embora no Brasil o Ministério da Saúde realize campanhas nacionais relacionadas à temática, a abordagem acerca da atividade sexual da pessoa idosa como vulnerável à contaminação pelo HIV ainda é feita de forma muito tímida, provavelmente por considerar a atividade sexual nessa idade como tabu e apontando para a dessexualização da velhice (Sousa, 2008). As campanhas de prevenção são geralmente veiculadas ao público mais jovem e em fase reprodutiva (Oliveira et al., 2008), não alcançando o resultado satisfatório, conforme afirma Vasconcelos (2001, pp. 16-17), *“a temática da AIDS é bastante disseminada no meio científico, sendo trabalhada em numerosos grupos de estudos na área da saúde coletiva. No entanto, no contexto da velhice esse número cai drasticamente, estando refletido na baixa*

quantidade de publicações sobre o mesmo. Uma consequência deste fato pode estar relacionada à falta de informação dos profissionais de saúde sobre o tema, por exemplo, por não terem difundida uma literatura especializada”.

O programa de promoção do envelhecimento saudável e ativo preconizado pelos Planos de Ação de Envelhecimento de Viena e Madri, não mencionam os cuidados e esclarecimentos necessários a uma boa saúde sexual da pessoa idosa. É responsabilidade do próprio Estado atuar nesse sentido pois, do contrário, estaria contribuindo para a manutenção do estereótipo da velhice assexuada, a partir do princípio de que idosos são pessoas de baixo risco para a contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis (Zornitta, 2008).

Esses fatos mostram que há pouca preocupação em relação à atividade sexual na velhice, na medida em que se acredita que com o passar dos anos, o interesse pela vida sexual desaparece. A sexualidade faz parte da vida humana durante toda a vida (Gir et al., 2000). Segundo Büchele et al. (2011) a sexualidade está no indivíduo desde a vida intrauterina até a morte. Sendo assim, uma pessoa teria condições de manter uma vida sexual ativa até o final da sua vida, mas não é isso o que acontece com boa parcela da população idosa, afinal, apesar de inata ao ser humano, a atividade sexual sofre interferências externas referentes a aspectos sociais, psicológicos e religiosos, entre outros (Fernandez et al., 2005).

Levando-se em conta as diferenças culturais que se constroem em relação à função sexual entre homens e mulheres, percebe-se que para o universo masculino é mais valorizada a questão biológica, ou seja, a capacidade de manter a atividade sexual, principalmente a penetração, e por isso a importância que se dá predominantemente à disfunção erétil quando se aborda a questão masculina (Rohden e Russo, 2011).

Büchele et al. (2006) cita que com base no mito da velhice assexuada, o homem idoso que exerce a atividade sexual é considerado “tarado”, enquanto que a mulher idosa que pratique o ato sexual é julgada “assanhada”. Sob o mesmo aspecto Negreiros (2004, p. 82, grifo do autor) afirma que *“com medo de ser tornar ridícula, para fugir do estigma de ‘velha assanhada’ a idosa adota, em geral, uma postura discreta”*. Ainda Gomes et al. (2008) observam o mesmo ao afirmarem que a vida sexual de pessoas idosas é um tema pouco abordado, e que a fala médico-psicológica sobre o assunto costuma ser de forma deserotizada e antierótica. Palacios-Ceña (2012) também observa que embora a atividade sexual contribua para o bem-estar geral, costuma ser negligenciada quando se trata de pessoas idosas. Rótulos negativos e pejorativos em relação às pessoas mais velhas que demonstram exercer livremente a sua vida sexual ainda são observados.

Mas um fato que não pode ser deixado de lado é a ocorrência de doenças crônicas na velhice. Muitos idosos são acometidos por mais de uma dessas doenças, o que pode implicar em alguma perda funcional e comprometimento das atividades da vida diária. Além disso, geralmente se

associam à necessidade do uso de uma ou mais medicações, sendo que algumas delas podem interferir diretamente na vida sexual, principalmente do homem, na medida em que podem levar à disfunção erétil (Abreu, 2000). Segundo Abdo et al. (2006), os fatores de risco mais conhecidos para a disfunção erétil são hipertensão arterial, depressão, diabetes mellitus, cardiopatias, tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade e doenças prostáticas. No caso da depressão, alguns medicamentos podem também ocasionar a diminuição da libido e a dificuldade ou retardo de ejaculação (Abreu, 2000). Assim, é importante ressaltar que as condições de saúde podem ter interferência direta na vida sexual de uma pessoa em qualquer idade, porém, nas pessoas idosas pode ser ainda mais importante.

2 – JUSTIFICATIVA

O século XX foi cenário do importante aumento da longevidade, que por um lado trouxe um ganho, e por outro um fenômeno paradoxal onde as pessoas não querem ficar velhas ou, pelo menos, não se identificam com o modelo convencional que define a velhice como uma fase apenas de perdas e sem função sexual, reforçando mitos e preconceitos em relação à velhice (Vasconcellos, 2004; Benbow e Beeston, 2012). Atualmente, a ideia da velhice assexuada divide espaço com a convicção de que é possível manter a vida sexual ativa e sentir prazer com isso, mesmo em idades mais avançadas (Almeida, 2009). Percebe-se assim a possibilidade de um caminho entre dois extremos, que vai da velhice assexuada à obrigatoriedade da atividade sexual como critério para obter qualidade de vida na velhice. Ainda assim, pouco são os estudos e pesquisas a respeito da vida sexual de pessoas idosas (Debert, 2012).

A literatura aponta para o fato de que as condições socioeconômicas e de saúde, além da influência cultural de valores e crenças, podem ser fatores de forte influência na vida sexual das pessoas mais velhas (Almeida, 2009; Debert, 2009). Diante dessas considerações, é imprescindível que se aborde o assunto dando-lhe a visibilidade necessária, tendo em vista a heterogeneidade da população envolvida e as diversas questões que o envolvem.

3 - OBJETIVO

Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de saúde na atividade e satisfação sexual referidas, segundo sexo, em idosos residentes no município de São Paulo em 2006.

4 – MÉTODO

4.1 - Contexto da Pesquisa

Esse estudo é parte do estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – e trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, exploratória e analítica sobre a vida sexual de pessoas idosas residentes no Município de São Paulo.

O Estudo SABE, estudo multicêntrico sobre as condições de vida e saúde dos idosos da América Latina e Caribe foi um dos pioneiros a coletar sistematicamente informações a esse respeito na região buscando dados que permitissem a comparação entre o envelhecimento de países desenvolvidos e os em desenvolvimento.

Inicialmente coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi desenvolvido em 2000, em sete centros urbanos da América Latina e Caribe. Fizeram parte países que traziam uma boa representação dos vários estágios de envelhecimento da região: Argentina, Barbados,

Chile, Cuba, México, Uruguai e Brasil, sendo realizado na capital de cada país (respectivamente Buenos Aires, Bridgetown, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideú), com exceção do Brasil, onde foi realizado no Município de São Paulo (Palloni e Peláez, 2003)

No Brasil, a população de estudo foi composta pelos idosos residentes, no ano de 2000, na zona urbana do Município de São Paulo, cujo cálculo teve por base a contagem populacional de 1996 da Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Para cálculo da amostra, foi utilizado o cadastro permanente de 72 setores censitários existentes na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, coordenadora do estudo em nosso país, selecionados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), de 1995. Posteriormente, foram sorteados sistematicamente os domicílios a serem visitados. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada pela localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. Para a análise dos resultados, foi atribuído a cada questionário um peso relativo à sua representatividade na população (Silva, 2003).

Após a seleção da amostra, os idosos foram entrevistados em seus domicílios, sendo a maior parte das entrevistas feita de forma direta e, em algumas ocasiões, utilizou-se um informante substituto (proxi-respondente), diante da impossibilidade da pessoa idosa responder as questões, por

problemas físicos ou cognitivos. A taxa de respostas foi de 84,6% representando 2.143 idosos. Este total correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, que é considerada satisfatória para este tipo de estudo. Os idosos foram entrevistados em domicílio por meio de instrumento padronizado composto por onze seções:

- Seção A. Dados Pessoais
- Seção B. Avaliação Cognitiva
- Seção C. Estado de Saúde
- Seção D. Estado Funcional
- Seção E. Medicamentos
- Seção F. Uso e acesso a serviços
- Seção G. Rede de apoio familiar e social
- Seção H. História laboral e fonte de renda
- Seção J. Característica de moradia
- Seção K. Dados Antropométricos
- Seção L. Testes de equilíbrio, flexibilidade e mobilidade.

Embora tendo feito parte das reuniões de planejamento, a temática sexual não foi abordada em 2000.

Em 2006, com o intuito de estudar o impacto do tempo nas condições de vida e saúde dos idosos e os determinantes e fatores de risco associados às alterações encontradas, o Estudo SABE transformou-se em um estudo longitudinal. Para tanto, os idosos entrevistados em 2000 foram localizados

e reentrevistados por meio de um instrumento, que manteve seu eixo original, tendo sido incluídas ou alteradas questões cujas respostas não foram satisfatórias em 2000. Além disso foram acrescentados:

- Avaliação da vida sexual (frequência, importância e satisfação com a atividade sexual),
- Medida de independência funcional (MIF),
- Avaliação da qualidade de vida através do SF-12,
- Avaliação da funcionalidade familiar através do APGAR de Família,
- Avaliação da sobrecarga de cuidadores familiares (Zarit),
- Avaliação dos óbitos através de “autópsia verbal” e
- Avaliação da institucionalização através do questionário específico.

Na segunda coleta de dados foram reentrevistadas 1.115 pessoas idosas, sendo a diferença composta por óbitos, institucionalizações, mudanças para outros municípios, não localização e recusas (coorte A06). Neste momento, também foi incluída uma nova amostra probabilística da população idosa do município de São Paulo de 60 a 64 anos (n=298, coorte B06), transformando o Estudo SABE em longitudinal de múltiplas coortes.

O Estudo SABE foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e

pelo CONEP, Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 315/99 para o ano 2000 e Protocolo número 1345 de 14/03/2006 para o ano de 2006.

Os sujeitos que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram assegurados o sigilo das informações, anonimato e o direito da desistência da participação do estudo a qualquer momento, conforme postulado pela resolução 196/96.

Nas duas fases, o Estudo SABE contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo – FAPESP e com auxílio do Ministério da Saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram utilizados somente os dados relacionados à amostra do Estudo SABE de 2006, unindo-se as coortes A06 e B06 e reponderando a amostra para que mantivesse sua representatividade da população idosa residente no Município de São Paulo (n=1.413).

Foram retirados da amostra os dados referentes aos questionários respondidos por informantes substitutos, levando-se em conta que as perguntas referentes à vida sexual devem ser respondidas pela própria pessoa. Desta forma, a amostra final deste estudo foi 1.078 pessoas idosas.

As questões referentes à vida sexual incluídas no estudo estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Questões analisadas sobre a vida sexual dos idosos residentes no Município de São Paulo. Estudo SABE, 2006.

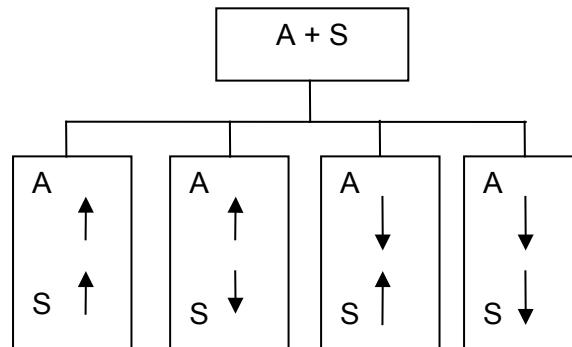
Variável	Resposta
Pensando em sua vida inteira, em geral, quanto foi importante para o(a) Sr(a) a sua vida sexual?	Importante Não muito importante Não teve vida sexual ativa
Pensando em como se sente agora, em geral, quanto tem sido importante para o(a) Sr(a) a sua vida sexual?	Importante Não muito importante Não tem vida sexual ativa
No último ano o(a) Sr(a) manteve algum tipo de atividade sexual?	Sim Não
Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com seu nível de atividade sexual?	Satisfeito(a) Nada satisfeito(a)

As respostas obtidas com essas variáveis, exceto as que se referem à frequência da atividade sexual, foram analisadas segundo as condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

4.2 - Variável dependente

A variável dependente deste estudo foi construída a partir de dados relativos à referência ou não de atividade sexual ($A \uparrow$ ou $A \downarrow$) confrontada com a referência de satisfação sexual ($S \uparrow$ ou $S \downarrow$), positiva ou negativa, observando a presença de atividade sexual (A) com e sem satisfação (S), e

ausência de atividade sexual com e sem satisfação, conforme diagrama a seguir:



Este modelo foi pensado a partir de uma construção social que se tem a respeito da vida sexual, onde comumente a satisfação sexual é vinculada à manutenção de algum tipo de atividade sexual.

4.3 - Variáveis independentes

As variáveis independentes foram divididas em dois grupos, sendo um com as características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual, e outro com as condições de saúde conforme os Quadros 2 e 3.

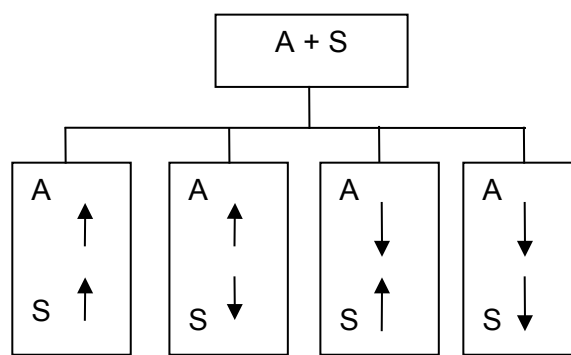
Quadro 2 - Variáveis demográficas, socioeconômicas e importância à vida sexual dos idosos residentes no Município de São Paulo. Estudo SABE, 2006.

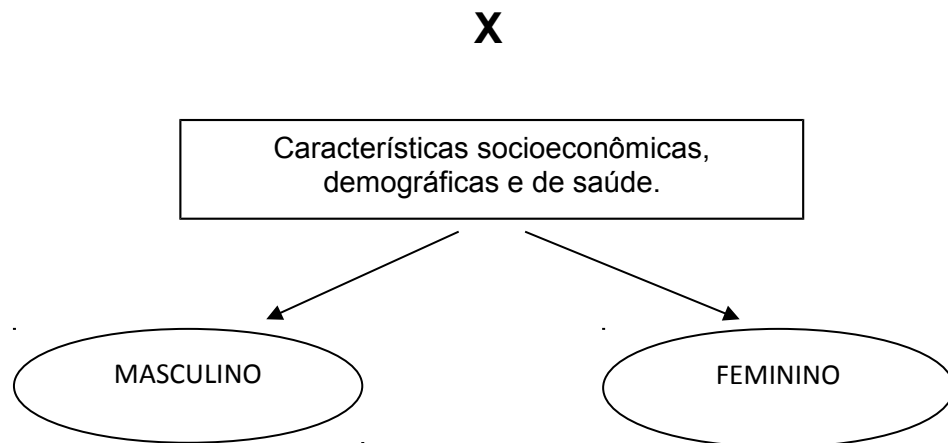
Sexo	Homem
	Mulher
Idade	60 – 74 anos
	75 anos e mais
Arranjo familiar	Solteiro
	Casado (a) / união consensual
	Separado(a) / divorciado(a)
	Viúvo(a)
Escolaridade	Sem escolaridade
	1 a 4 anos de estudo
	5 anos de estudo e mais
Importância à vida sexual no passado	Importante
	Não muito importante
	Não teve vida sexual
Importância à vida sexual no presente	Importante
	Não muito importante
	Não tem vida sexual

Quadro 3 - Variáveis de saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006.

Número de doenças crônicas referidas	0
	1
	2 a 3
	4 ou mais
Hipertensão referida	Não
	Sim
Diabetes Mellitus referida	Não
	Sim
Doença pulmonar obstrutiva crônica referida	Não
	Sim
Doença cardiovascular referida	Não
	Sim
Acidente vascular cerebral referido	Não
	Sim
Doença articular referida	Não
	Sim
Dificuldade no desempenho em pelo menos uma Atividade Básica da Vida Diária	Não
	Sim
Depressão referida	Não
	Sim
Dor crônica referida	Não
	Sim
Incontinência urinária referida	Não
	Sim

Cada categoria foi analisada segundo sexo e verificada a associação com a variável dependente, presença ou ausência de atividade sexual ($A \uparrow$ e $A \downarrow$) e a satisfação sexual, ($S \uparrow$ e $S \downarrow$), positiva ou negativa, conforme o modelo abaixo:





Homens e mulheres foram analisados separadamente considerando as importantes diferenças entre os sexos relativas ao tema, quer na formação pessoal de cada um, quer em seu comportamento. Após a análise, ambos foram comparados buscando verificar semelhanças e diferenças significativas quanto ao comportamento, importância e satisfação com a vida sexual.

Para garantir a representatividade da população total foram incorporados aos dados os pesos para expansão da amostra. E para a estimação das medidas foram considerados os aspectos que definem o plano amostral complexo.

A estatística descritiva foi obtida para todas as variáveis pertencentes ao estudo e apresentada em formato de tabelas e gráficos. Foram realizados testes de Rao-Scott, considerando um nível de significância de 5%, para verificar a existência de relações das características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde com a variável dependente.

Para estimar a associação entre a variável dependente com as variáveis demográficas, socioeconômicas, importância e de saúde realizou-se uma análise de regressão logística multinomial múltipla tendo em vista que a variável dependente possuía quatro categorias.

No modelo multinomial, o número de equações é igual ao número de categorias da variável dependente menos uma, ou seja, $K-1$. As categorias presença de atividade sexual sem satisfação, e ausência de atividade sexual com, e sem satisfação da variável-reposta foram comparadas em relação à categoria presença de atividade sexual com satisfação.

Inicialmente foi realizada uma análise de regressão logística multinomial univariada com todas as variáveis. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas ($p < 0,20$) na análise de regressão univariada foram selecionadas para a análise multivariada. Na análise multivariada, o nível de significância foi fixado em 5%. Os resultados do modelo foram apresentados como razões de chance (*odds ratio*) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises dos dados foram realizadas no *Software* SPSS versão 17 da International Business Machines (IBM).

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média observada foi de 68,6 anos (DP= 6,6), sendo 68,3 anos para os homens, e 68,9 anos para as mulheres. (Tabela 1)

Tabela 1 – Média de idade e desvio padrão das pessoas idosas segundo sexo, município de São Paulo, 2006.

Sexo	Média de idade	dp
Homem	68,3	6,6
Mulher	68,9	6,7
Total	68,6	6,6

Fonte: Estudo SABE, 2006.

A Tabela 2 apresenta resultados que apontam para um universo majoritariamente feminino, sendo 40,5% de homens e 59,5% de mulheres, o que confirma a feminização da velhice (Neri, 2007). A maior parte é composta por idosos mais jovens, 60 a 74 anos (80,3%), que vivem acompanhados (86,7%), são casados ou vivem em união consensual

(59,5%), tem apenas de um a 4 anos de escolaridade (55,4%). Do total, 15% referiram nunca ter ido à escola, o que representa uma população que teve pouco acesso à educação.

Quanto à vida sexual, 1,1% dos idosos referiram não ter tido no passado, sendo que essa proporção se eleva para 43% em 2006. Do total dos idosos, 77,8% referiram ter tido vida sexual e que essa foi importante no passado. Tal importância, em 2006, foi referida por 37,5% dos mesmos.

Dessa forma, entende-se que grande parte desses idosos, que tiveram atividade sexual em idades mais precoces a perderam, com o passar dos anos. Isso pode se dar pela presença de doenças, ou agravos incapacitantes, além das questões físicas que eventualmente podem ocorrer no processo de envelhecimento, como a disfunção erétil para os homens e a secura vaginal para as mulheres.

Percebe-se maior importância à vida sexual quando mais jovem, na medida em que 77,8% consideraram importante no passado, enquanto apenas 37,5% considera a vida sexual importante no presente. Esses resultados sugerem que a atividade sexual não é de grande importância para o repertório de vida de uma grande parte da população mais velha, mesmo que em idade mais jovem tenham tido vida sexual ativa.

Tabela 2 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e importância dada à atividade sexual no passado e no presente, município de São Paulo, 2006.

Variável	%
Sexo	
Homem	40,5
Mulher	59,5
Faixa etária	
60-74 anos	80,3
75 anos e mais	19,7
Arranjo familiar	
Sozinho(a)	13,1
Acompanhado(a)	86,7
Sem informação	0,2
Estado marital	
Solteiro(a)	3,7
Casado(a)/união consensual	59,5
Separado(a)/divorciado(a)	8,1
Viúvo(a)	28,5
Sem informação	0,2
Escolaridade (anos de estudo)	
Sem escolaridade	15,0
1 a 4 anos	55,3
5 anos e mais	29,7
Importância à vida sexual no passado	
Importante	77,8
Não muito importante	21,0
Não teve vida sexual	1,1
Sem informação	0,1
Importância à vida sexual atualmente	
Importante	37,5
Não muito importante	19,4
Não tem vida sexual	43,0
Sem informação	0,1

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Quanto ao perfil de saúde, observa-se que 45,0% dos idosos referiram apenas uma doença, e 36,1% referiram ter mais que duas. Entre essas, a mais prevalente foi a hipertensão arterial (61,5%), seguida de doença articular (32,7%), doença cardiovascular (20,4%) e diabetes mellitus (20,2%). Com relação aos agravos, 35,1% referiram dor crônica, 21,0% incontinência urinária, 19% relataram ter dificuldade em realizar pelo menos uma ABVD (Atividade Básica de Vida Diária) e 13,4% referiram depressão (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características de saúde, município de São Paulo, 2006.

Variáveis	%
Número de doenças crônicas referidas	
0	18,9
1	45,0
2 a 3	30,9
4 ou mais	5,2
Hipertensão arterial referida	
Não	38,4
Sim	61,5
Sem informação	0,1
Diabetes Mellitus referida	
Não	79,4
Sim	20,2
Sem informação	0,4
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida	
Não	87,6
Sim	12,0
Sem informação	0,4
Doença Cardiovascular referida	
Não	78,6
Sim	20,4
Sem informação	1,0
Acidente Vascular Cerebral referido	
Não	94,1
Sim	5,9
Doença Articular referida	
Não	65,9
Sim	32,7
Sem informação	1,4
Dificuldade no desempenho de pelo menos uma Atividade Básica da Vida Diária (ABVD) referida	
Não	80,7
Sim	19,0
Sem informação	0,3
Depressão referida	
Não	86,4
Sim	13,4
Sem informação	0,2
Dor Crônica referida	
Não	64,9
Sim	35,1
Incontinência Urinária referida	
Não	79,0
Sim	21,0

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na análise por sexo (Tabela 4) observa-se uma maior proporção de homens entre os mais jovens do que de mulheres (82,1% e 79,1% respectivamente). Já entre os mais longevos, observa-se maior proporção de mulheres do que de homens (20,9% e 17,9% respectivamente). Com relação ao arranjo domiciliar, verifica-se maior proporção de mulheres residindo sozinhas. As mulheres vivem mais, e vivem mais sozinhas, por dois motivos, os seus companheiros morrem mais cedo, e elas dificilmente se casam outra vez. É mais comum os homens se casarem novamente após ficarem viúvos (Goldani, 1999; Almeida, 2009).

Percebe-se com estes resultados uma visível predominância de mulheres sem companheiro e de homens casados. Uma possível explicação para isso são as questões culturais que envolvem os papéis de homens e mulheres em relação à atividade sexual, que são mais permissivas a um maior número de parceiras para os homens, possibilitando uma vida sexual que se inicia mais cedo (Abdo et al., 2002; Bozon, 2004), em idade ainda muito jovem, enquanto para as mulheres não é aceito socialmente que tenham mais de um parceiro, em geral esperando que iniciem a sua vida sexual somente após o casamento. Essa maior liberdade sexual que é concedida ao homem possivelmente facilita que ele tome a iniciativa de um novo relacionamento após ficar viúvo, diferente do que acontece às mulheres, com educação sexual mais rígida, o que dificulta a busca de um novo companheiro. Note-se que esta reflexão diz respeito a essa população hoje idosa, que teve a sua educação e iniciação sexual antes do advento do feminismo, que chegou ao Brasil no início dos anos 1970. Ainda assim, o

estudo realizado por Abdo et al. em 2002 sobre o comportamento sexual do brasileiro mostra que entre os homens solteiros, 42,7% tiveram três ou mais parceiras no período de um ano e, entre as mulheres, apenas 11,6%. A diferença foi ainda mais expressiva entre os homens casados (12,1%) do que entre as mulheres (1,0%). Paiva et al. (2008), baseada nos resultados de estudo realizado em 2005 com uma população entre 16 e 65 anos, chama a atenção para o fato de que, ainda nos dias atuais, a cobrança da virgindade até o casamento é maior para as mulheres do que para os homens, embora entre as gerações mais novas se perceba uma tolerância maior sobre o assunto. Percebe-se assim, que embora nos dias atuais tenham ocorrido mudanças em relação à vida sexual de homens e mulheres, as diferenças entre os sexos ainda são fortemente observadas quanto aos direitos à possibilidade de ter uma atividade sexual mais livre, na medida em que ainda se percebe maior liberdade para os homens do que para as mulheres (Almeida, 2009).

Em geral as pessoas idosas tiveram menos acesso à educação. Apenas 34,2% dos homens e 26,5% das mulheres referiram ter frequentado a escola por 5 anos ou mais. Metade da população masculina (55,2%) e feminina (55,5%) referiu 1 a 4 anos de estudo. Entre as mulheres, no entanto, a situação é mais desfavorável, pois 18,0% delas são analfabetas e, entre os homens essa proporção é de 10,5% (Tabela 4). Segundo Galvez (1999), essa condição coloca as mulheres em pior situação, por exemplo, no acesso ao mercado de trabalho e a profissões mais qualificadas. Segnini (2000) afirma que esta dificuldade não se deve apenas ao grau de

escolaridade, mas também às questões de classe, gênero, etnia e entre gerações, observando a condição desigual vivida pelas mulheres em relação aos homens.

Culturalmente na América Latina as mulheres têm menos acesso à educação e ao trabalho formal do que os homens (Zunzunegui et. al, 2009). Para muitas dessas mulheres economicamente dependentes, a única chance de melhoria de condições de vida foi pelo casamento. Assim, a união ocorria não por atração sexual, e sim por motivos relacionados à subsistência, o que pode levá-las a não sentirem falta de um companheiro ao ficarem viúvas ou se separarem. Isso reflete de forma importante na velhice, na medida em que viverão mais tempo, estarão mais sozinhas e com menos recursos financeiros, porém, para muitas dessas mulheres pode significar um momento de independência, uma forma de, pela primeira vez, viverem suas próprias vidas.

Quando se observa a importância dada à vida sexual, percebe-se que há uma diferença importante entre os dois sexos. Uma maior proporção dos homens (96,1%) deu importância à vida sexual no passado quando comparados às mulheres (65,3%). Apenas referiram não ter tido vida sexual, 0,2% dos homens e 1,7% das mulheres. Já quando esse item é avaliado nos dias atuais, observa-se uma diminuição de importância para ambos os sexos, sendo maior entre as mulheres. É expressiva a diferença na proporção dos idosos que disseram não ter vida sexual atualmente, 18,2% dos homens e 60,0% das mulheres (Tabela 4).

Cabe ressaltar que pode haver algum viés em relação às respostas masculinas. Influenciados pela questão cultural, os homens podem ter subestimado a informação de ausência de atividade sexual, da mesma forma que, entre as mulheres, o contrário também pode ter ocorrido. Segundo Petersen e Hyde (2010), em geral as mulheres temem relatar suas atitudes sexuais, e em contrapartida, entre os homens é mais frequente haver uma supervalorização da vida sexual. Estereótipos são criados em relação à essa temática, julgando como promíscuas as mulheres que mantêm atividade sexual com vários parceiros, e ao contrário, incentivando a maior atividade sexual masculina, fazendo com que os homens com baixa atividade sexual sintam-se inadequados (Petersen e Hyde, 2010). Nicolosi (2006) em um estudo sobre atitudes, comportamentos e disfunções sexuais, refere que foram evitadas as entrevistas face a face, na medida em que podem constranger os entrevistados e levá-los a dar respostas socialmente mais aceitas. Um estudo recente realizado com idosos do município de Porto Alegre, para avaliar a relação da importância atribuída a atividade sexual, mostrou que uma maior proporção de homens referiram considerar a vida sexual muito importante enquanto as mulheres, ao contrário, referiram considerá-la não muito importante (Bastos et al., 2012). A suspeita de possível dificuldade nas respostas em relação à vida sexual é compatível com a observação de Paiva et al. (2008, p.63), ao afirmarem que as pesquisas sobre comportamento sexual mostram que *“não existe associação direta e consistente entre o que as pessoas pensam, aprovam e o que de fato fazem”*.

Tabela 4 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo sexo e características demográficas, socioeconômicas e importância da atividade sexual no passado e no presente, município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Sexo	
	Homem %	Mulher %
Faixa etária		
60-74 anos	82,1	79,1
75 anos e mais	17,9	20,9
Arranjo familiar		
Sozinho	8,6	16,2
Acompanhado	91,4	83,8
Estado marital		
Solteiro	3,0	4,3
Casado(a)/união consensual	78,6	46,6
Separado(a)/divorciado(a)	7,1	8,9
Viúvo	11,1	40,3
Sem informação	0,3	0,0
Escolaridade (anos de estudo)		
Sem escolaridade	10,5	18,0
1 a 4 anos	55,2	55,5
5 anos e mais	34,2	26,5
Importância à vida sexual no passado		
Importante	96,1	65,3
Não muito importante	3,7	32,8
Não teve vida sexual	0,2	1,7
Sem informação	0,0	0,2
Importância à vida sexual atualmente		
Importante	66,8	17,5
Não muito importante	15,0	22,4
Não tem vida sexual	18,2	60,2
Sem informação	0,0	0,2

Fonte: Estudo SABE, 2006

Em relação às condições de saúde analisadas (Tabela 5), verifica-se que há uma maior proporção de homens do que mulheres que referem não ter nenhuma doença (21,8% e 17%, respectivamente). No entanto, esse quadro se inverte quando se observa o relato de duas ou mais doenças (30,9% e 39,6%, respectivamente)

Com o avançar da idade há uma probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas (Lebrão, 2009). Como as mulheres apresentam uma maior expectativa de vida quando comparada aos homens, observa-se maior prevalência de doenças no grupo feminino. Além disso, as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde, aumentando assim a possibilidade de diagnóstico mais precoce (Couto et al., 2010).

Hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença articular se mostraram mais prevalentes entre as mulheres, enquanto a doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e acidente vascular cerebral (AVC) se mostraram mais prevalentes entre os homens, resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos (Menezes, 1997; Pereira et al., 2009; Ferreira et al., 2010; Mendes et al., 2011). A prevalência de doenças como AVC e DPOC entre homens pode ter relação com o estilo de vida masculino, em especial o tabagismo, hábito mais frequente no universo masculino (Menezes, 1997; Pereira et al., 2008; Ferreira et al., 2010; Giatti, 2011; Zaitune et al. 2012).

Entre as mulheres há uma maior proporção de incapacidade referida, dor crônica e depressão. As mulheres que ficam mais longevas estão

sujeitas a apresentar mais doenças com sequelas incapacitantes, sendo compreensível sua maior dificuldade no desempenho das ABVD quando comparadas aos homens. Em geral vivem mais sozinhas, o que associado à maior vulnerabilidade à prevalência de doenças, pode vir a comprometer sua independência e culminar com o afastamento social, levando à depressão, posto que essa doença apresenta maior incidência entre pessoas com relações sociais enfraquecidas (Carneiro et al, 2007). Da mesma forma, o medo de envelhecer e a proximidade da morte, somados à sensação de inutilidade e carência afetiva, podem ser atribuídas à presença da depressão nesta fase da vida (Lorenzi e Saciloto, 2006).

Tabela 5 - Distribuição relativa (%) dos idosos segundo sexo e características de saúde, município de São Paulo, 2006.

Variável	Sexo	
	Homem(%)	Mulher(%)
Número de doenças crônicas referidas		
0	21,8	17,0
1	47,4	43,4
2 a 3	27,1	33,5
4 ou mais	3,8	6,1
Hipertensão arterial referida		
Não	43,5	35,0
Sim	56,5	65,0
Diabetes Mellitus referida		
Não	80,4	79,3
Sim	19,6	20,7
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida		
Não	86,5	88,9
Sim	13,5	11,1
Doença Cardiovascular referida		
Não	77,7	80,5
Sim	22,3	19,5
Acidente Vascular Cerebral referido		
Não	92,6	95,2
Sim	7,4	4,8
Doença Articular referida		
Não	81,0	57,3
Sim	19,0	42,7
Dificuldade no desempenho em pelo menos uma Atividade Básica da Vida Diária (ABVD)		
Não	90,0	74,8
Sim	10,0	25,2
Depressão referida		
Não	91,8	82,8
Sim	8,0	17,2
Sem informação	0,2	0,0
Dor Crônica referida		
Não	70,9	60,9
Sim	29,1	39,1
Incontinência Urinária referida		
Não	87,7	73,0
Sim	12,3	27,0

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Considerando a relação entre a referência de atividade sexual e satisfação ou não com essa (Tabela 6), observa-se maior proporção de idosos que referiram-se satisfeitos sem ter atividade sexual (42,7%), quando comparados aos que referiram manter atividade sexual (38,4%). Não há consenso na literatura sobre o conceito de satisfação sexual, que pode, por um lado, estar mais vinculada à realização de atividade sexual ou, por outro, valorizando a relação interpessoal, ou seja, priorizando o relacionamento com o parceiro que, não necessariamente, inclui a atividade sexual (Pechorro, et al., 2009).

Marques (2011) concorda que não existe grande consenso a respeito do conceito de satisfação sexual, mas ainda assim faz uma síntese de alguns fatores que podem ser fundamentais para que ela ocorra. As práticas e comportamentos sexuais em si, os aspectos sócio-emocionais da relação com o parceiro, os conhecimentos, atitudes e valores em relação à vida sexual, e por fim as condições de saúde e vitalidade podem influir na mesma. Algumas pessoas podem, assim, se mostrarem insatisfeitas com a vida sexual, embora sejam sexualmente ativas, da mesma forma que outras podem demonstrar satisfação sexual, mesmo não mantendo atividade sexual, talvez por darem maior importância a outros fatores das suas vidas.

Tabela 6 – Distribuição relativa (%) das pessoas idosas segundo referência da presença ou não de atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	%
atividade sim + satisfação sim	38,4
atividade sim + satisfação não	5,5
atividade não + satisfação sim	42,7
atividade não + satisfação não	13,4
Total	100,0

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Na análise por sexo (Tabela 7) observa-se maior referência de satisfação sexual entre os homens (58,2%) que mantêm atividade sexual, comparados às mulheres na mesma situação (24,9%). A relação inversa (atividade sexual não e satisfação sexual sim), no entanto, é muito maior entre as mulheres (15,9% e 61,0%, respectivamente)

Este resultado é compatível com os resultados anteriores (Tabela 4), em relação à importância que se dá à vida sexual, e a diferença entre homens e mulheres que se constrói socialmente nas relações de gênero. Pode-se perceber que a proporção de homens que referiram estar satisfeitos em manter atividade sexual é praticamente a mesma entre as mulheres que referiram estar satisfeitas, mesmo sem manter atividade sexual. Sobre esta questão, Pechorro et al. (2009) apontam para o fato de que em relação à vida sexual, as mulheres dão mais atenção a atitudes como carinho, amor e afeição, sendo mais importante para elas a relação de intimidade que se estabelece com o companheiro, enquanto que para os homens, maior

atenção é dada para a manutenção e variedade das atividades sexuais. Da mesma forma, Sassler et al. (2012) relatam que as mulheres que levam mais tempo para se tornarem íntimas de seus companheiros, são as que mais frequentemente referem os melhores níveis de satisfação sexual. Considerando que 53,5% das mulheres entrevistadas referiram não ter companheiro (solteiras, viúvas ou separadas) pode-se inferir ser esse um dos motivos para que grande parte delas tenha referido estar satisfeita não tendo atividade sexual, uma vez que para metade delas não existe a figura de um companheiro com quem possa estabelecer uma relação marital de afeto.

Chauí (1984) aponta para a ideia de que ilusões e valores são construídos acerca da questão sexual, sendo os papéis entre homens e mulheres distintos, da mesma forma que não são iguais em todas as culturas. É um equívoco considerar que as diferenças entre as características femininas e masculinas sejam naturais. Elas são culturalmente construídas, variam de uma sociedade para outra e, também, de um período histórico para outro. Assim, a análise da vida sexual da população idosa atual deve considerar conceitos por ela incorporados na primeira metade do século XX, anterior ao advento do feminismo e a outros movimentos voltados à liberação sexual. Se ainda hoje as mulheres mais jovens constroem valores a respeito da função sexual feminina com base em credices populares (Lima e Cerqueira, 2008), imagina-se que para a população mais envelhecida esses sejam fatores que influenciarão seu comportamento sexual. Um livro destinado à educação sexual, publicado em

1938, mostrava na capa a observação “leitura reservada”, indicando que se tratava de material destinado apenas aos rapazes. As moças eram excluídas por não necessitarem das mesmas informações, uma vez que não teriam atividade sexual antes do casamento (Chauí,1984). É exatamente este o período histórico em que a população aqui entrevistada viveu a sua infância e juventude e foi com base nesses conceitos, que se estabeleceu a sua educação.

É com este referencial que devem ser analisados os resultados relativos à atividade e satisfação sexual, considerando-se as diferenças entre os sexos, e levando-se em conta suas trajetórias no curso da vida.

Tabela 7 - Distribuição relativa (%) das pessoas idosas segundo sexo, segundo a presença ou não de atividade sexual e satisfação referida, município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Sexo	
	Homem %	Mulher %
atividade sim + satisfação sim	58,2	24,9
atividade sim + satisfação não	10,8	1,8
atividade não + satisfação sim	15,9	61,0
atividade não + satisfação não	15,1	12,3
Total	100,0	100,0

Fonte: Estudo SABE, 2006.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas considerando-se os grupos com e sem atividade sexual e presença ou não de satisfação em relação à sua vida sexual (Tabela 8). Em todas as variáveis sociodemográficas analisadas foi observada diferença significativa ($p < 0,05$).

De modo geral, para as mulheres dessa geração, a manutenção da atividade sexual na velhice parece não ser importante para que se sintam satisfeitas em relação à sua vida sexual.

No grupo de idosos mais jovens (60 e 74 anos) a maior proporção referiu estar satisfeita em ter atividade sexual (43,6%), do que os que referiram estar satisfeitos em não ter atividade sexual (37,3%). Já entre os mais idosos (75 anos e mais), apenas 17,1% referiram manter atividade sexual e estar satisfeitos, enquanto 64,9% referiram também estar satisfeitos, porém não mantendo atividade sexual. Esses resultados, à semelhança do que foi verificado em relação ao sexo, sugerem que quanto mais velhas, menor parece ser a necessidade das pessoas em manter a atividade sexual para sentirem-se satisfeitas sexualmente.

Percebe-se que entre os solteiros, divorciados / separados e os viúvos, a maior proporção refere estar satisfeita em não manter atividade sexual. No grupo de casados a maior proporção está entre os que mantêm atividade sexual e estão satisfeitos, o que sugere que para a maior parte da população a satisfação da vida sexual se dá pela manutenção de um companheiro fixo.

Pechorro et al. (2009) observam que homens e mulheres que estão satisfeitos em seu casamento, mostram-se mais satisfeitos também em seus relacionamentos sexuais. Da mesma forma, estudo recente realizado no Irã, país com diferenças culturais importantes em relação ao Brasil, também mostrou que ter um parceiro sexual foi a variável considerada mais

importante pelos entrevistados em relação à atividade sexual (Malakouti, 2012).

Percebe-se que a importância que se dá à vida sexual é relevante para a satisfação, na medida em que entre os que a consideram importante atualmente, 73,6% referiram ter atividade sexual e estarem satisfeitos com isso, enquanto apenas 9,4% referiram estar satisfeitos sem manter atividade sexual. Entre os que relataram que a vida sexual não foi muito importante no passado, 66,5% referiram não manter atividade sexual e estar satisfeitos, enquanto apenas 19,9% referiram estar satisfeitos mantendo atividade sexual (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição relativa (%) dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
		Satisfeito %	Não satisfeito %	Satisfeito %	Não Satisfeito %	
Sexo	Homem	58,2	10,8	15,9	15,1	0,000
	Mulher	24,9	1,8	61,0	12,3	
Idade	60-74 anos	43,6	5,9	37,3	13,2	0,000
	75 anos e mais	17,1	3,7	64,9	14,3	
Arranjo familiar	Sozinho	16,4	3,8	66,2	13,5	0,000
	Acompanhado	41,6	5,7	39,2	13,5	
Estado marital	Solteiro (a)	16,6	0,0	63,6	19,8	0,000
	Casado (a)	56,1	8,0	22,0	13,9	
	Divorciado(a)/ Separado(a)	25,2	5,1	51,2	18,4	
	Viúvo(a)	7,8	1,1	80,9	10,2	
Escolaridade (anos de estudo)	Sem escolaridade	29,4	3,3	57,2	10,2	0,010
	1 a 4 anos	38,9	4,3	42,7	14,1	
	5 anos e mais	42,0	8,7	35,3	14,0	
Importância no passado	Importante	44,0	6,4	35,5	14,1	0,000
	Não muito importante	19,9	2,2	66,5	11,3	
	Não teve vida sexual	0,0	0,0	89,8	10,2	
Importância no presente	Importante	73,6	8,3	9,4	0,1	0,000
	Não muito importante	51,6	11,3	32,1	0,1	
	Não tem vida sexual	0,0	0,0	78,2	21,8	

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

A mesma análise foi repetida para as variáveis relacionadas à saúde (Tabela 9), sendo que foram encontradas diferenças significativas ($p < 0,05$) em relação ao número de doenças, doença cardiovascular, doença articular, incapacidade, depressão e incontinência urinária. Percebe-se que na presença de quatro ou mais doenças a maior proporção está entre aqueles que referiram estar sexualmente satisfeitos sem manter atividade sexual (49,6%), sugerindo que essas doenças podem interferir na satisfação em relação à vida sexual de pessoas idosas.

Observa-se a maior proporção de satisfação sexual sem manter atividade sexual entre aqueles que referiram a presença de doença articular (50,0%). A literatura aponta que a doença articular é a maior responsável pela dor crônica em pessoas idosas, e que esta, por sua vez, é responsável por diminuir, entre outras coisas, o interesse pela vida sexual (Cunha, 2011; Dellaroza, 2012).

Entre aqueles onde se verificou a presença de incontinência urinária e incapacidade, também se observa maior proporção de satisfação sexual sem manter atividade sexual (53,0% e 58,2% respectivamente), sugerindo que essas condições interferem na função sexual.

Tabela 9 – Distribuição (%) dos idosos segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Categorias	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
		Satisfeito %	Não satisfeito %	Satisfeito %	Não satisfeito %	
Doenças crônicas referidas	0	41,8	4,6	41,8	11,8	0,000
	1	45,6	6,4	35,5	12,6	
	2 a 3	29,6	4,5	52,7	13,3	
	4 e +	16,2	6,7	49,6	27,5	
Hipertensão arterial referida	Não	39,7	5,1	40,1	15,2	0,465
	Sim	37,7	5,6	44,4	12,4	
Diabetes Mellitus referida	Não	39,5	4,7	43,0	12,8	0,178
	Sim	34,2	8,1	41,4	16,3	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida	Não	38,7	5,7	43,0	12,6	0,152
	Sim	34,3	3,8	41,8	20,0	
Doença cardiovascular referida	Não	39,3	5,4	43,6	11,7	0,021
	Sim	33,4	6,0	40,3	20,4	
Acidente Vascular Cerebral referido	Não	39,1	5,7	42,2	12,9	0,075
	Sim	26,8	1,4	50,3	21,5	
Doença articular referida	Não	42,5	6,5	39,3	11,7	0,000
	Sim	28,9	3,6	50,0	17,6	
Dificuldade no desempenho em pelo menos 1 ABVD referida	Não	43,2	6,3	39,0	11,5	0,000
	Sim	18,4	2,1	58,2	21,3	
Depressão referida	Não	40,8	5,5	42,4	11,3	0,000
	Sim	22,4	5,0	45,1	27,4	
Dor crônica referida	Não	40,0	5,8	41,5	12,6	0,449
	Sim	35,4	4,8	44,9	14,9	
Incontinência urinária referida	Não	42,0	5,4	39,9	12,6	0,000
	Sim	24,7	5,8	53,0	16,5	

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Quando essa mesma análise é estratificada por sexo (Tabela 10), verifica-se que, em relação às variáveis sociodemográficas, para os homens, houve diferença significativa ($p < 0,05$) em relação à idade, estado marital e importância atual à vida sexual.

Em relação ao estado marital, entre os casados 62,0% referiram satisfação junto à atividade sexual, enquanto apenas 11,9% referiram estar satisfeitos mesmo não mantendo atividade sexual. Este dado de maior satisfação sexual entre homens casados também foi observado por Silva et al. (2012), e por Beutel et al. (2002), que afirmam haver maior satisfação em relação à vida conjugal com o aumento da idade.

A maioria dos homens que considerou a vida sexual importante no passado referiu estar satisfeita em manter atividade sexual (59,1%), e apenas 15,4% deles referiram ter satisfação mesmo não tendo atividade sexual. Entre os que consideraram a vida sexual não muito importante no passado a diferença é menor, mas ainda assim 37,1% referiram estar satisfeitos com a atividade sexual, enquanto que 23,8% se mostraram satisfeitos sem atividade sexual, e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Percebe-se que houve diferença entre as proporções, tanto no grupo que a considera importante, quanto os que a consideram não muito importante, quando se compara a satisfação e atividade sexual com a importância que se dá à vida sexual no presente. Entre os que têm a vida sexual como algo importante no presente, 72,4% referiram estar satisfeitos

em ter atividade sexual, enquanto apenas 7,6% referiram ter satisfação mesmo sem atividade sexual. Na medida em que esses homens consideram importante a vida sexual, faz sentido que tenham mais satisfação em ter vida sexual ativa. Porém, entre o grupo que referiu considerar a vida sexual não muito importante, também a proporção foi maior entre os que referiram estar satisfeitos em ter atividade sexual (61,3%), do que entre os que referiram estar satisfeitos não mantendo atividade sexual (14,9%). Ou seja, esses resultados mostram que para os homens há mais satisfação em ter atividade sexual, considerando ou não a vida sexual como algo importante ($p < 0,05$).

Não houve diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) em relação à escolaridade e a variável dependente, diferentemente do mostrado na literatura (Ribeiro e Raimundo, 2005; Abdo, 2006). Os resultados do estudo de Abdo et al. (2002) apontam para o fato de que homens sem curso superior têm três vezes mais chance de desenvolver disfunção erétil do que quando comparados aos homens que recebem esse tipo de formação, mostrando uma provável relação entre grau de escolaridade e atividade sexual. Ainda segundo Abdo (2006), pessoas com menor grau de escolaridade são as mais influenciáveis por crenças e mitos a respeito da função sexual, visto que são também as que menos têm acesso aos serviços de saúde, o que pode comprometer o seu bom desempenho sexual.

Tabela 10 – Distribuição relativa (%) dos homens segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
	Satisfeito %	Não satisfeito %	Satisfeito %	Não satisfeito %	
Idade					
60–64 anos	63,4	11,2	12,1	13,3	0,000
75 anos e mais	34,0	9,3	33,4	23,2	
Arranjo familiar					
Sozinho	40,5	14,3	31,8	13,4	0,051
Acompanhado	59,6	10,6	14,5	15,4	
Estado marital					
Solteiro	44,4	0,0	28,8	26,8	0,007
Casado/união consensual	62,0	11,5	11,9	14,6	
Separado/divorciado	58,5	14,6	17,1	9,9	
Viúvo	33,4	7,0	40,5	19,1	
Escolaridade (anos de estudo)					
Sem escolaridade	49,2	11,5	29,3	10,0	0,149
1 a 4 anos	61,4	7,6	15,3	15,7	
5 anos e mais	55,7	15,9	12,6	15,8	
Importância no passado					
Importante	59,1	10,8	15,4	14,7	0,275
Não muito importante	37,1	11,4	23,8	27,7	
Não teve vida sexual	0,0	0,0	100,0	0,0	
Importância no presente					
Importante	72,4	11,1	7,6	8,8	0,000
Não muito importante	61,3	19,6	14,9	4,3	
Não tem vida sexual	0,0	0,0	50,5	49,5	

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Quando essa mesma análise é estratificada por sexo (Tabela 11), verifica-se que, em relação às variáveis sociodemográficas, para as mulheres, houve diferença significativa ($p < 0,05$) nas proporções entre as variáveis idade, arranjo familiar, estado marital, importância atual à vida sexual e a variável dependente.

Percebe-se que entre as idosas em qualquer faixa etária, a maior proporção está entre as que referiram estar satisfeitas em não manter atividade sexual.

Para as mulheres, tanto as que vivem sozinhas, como as que vivem acompanhadas, a maior proporção está entre as que referem ter satisfação não mantendo atividade sexual (78,6% e 57,5%, respectivamente).

No que se refere ao estado marital, entre as mulheres casadas houve maior proporção entre estar satisfeita mantendo atividade sexual (49,2%) do que entre estar satisfeita em não manter atividade sexual (33,7%). Entre as solteiras 80,2% referiram estar satisfeitas em não manter vida sexual, enquanto apenas 3,3% demonstraram o contrário, ter satisfação mantendo vida sexual ativa ($p < 0,05$). Estes resultados são compatíveis com o que observa Ratner et al. (2011), sobre o fato de que mulheres casadas são quase seis vezes mais sexualmente ativas do que as mulheres solteiras. Segundo os autores, o casamento é um bom preditor de atividade e satisfação sexual para as mulheres idosas. Dessa forma, percebe-se que para as mulheres, o fato de estarem casadas é determinante para que possam exercer a sua atividade sexual de forma mais prazerosa.

Segundo Abdo et al. (2002) as dificuldades sexuais masculinas são mais relacionadas às questões físicas, enquanto para as mulheres são mais associadas às questões de ordem psicológica e de relacionamento. Este é um dado importante para entender porque existe uma proporção tão acentuada de satisfação em não ter atividade sexual entre as mulheres que vivem sozinhas, e explica o fato de que em relação ao estado marital, apenas entre as mulheres casadas a proporção foi maior entre as que referiram estar satisfeitas em manter atividade sexual. Na medida em que as mulheres dão maior importância às questões associadas aos relacionamentos e afetividade, é compreensível que se sintam satisfeitas mesmo quando não mantêm atividade sexual, podendo a satisfação se dar por outros caminhos que não necessariamente o sexo pois, influenciadas por uma construção cultural, para elas foi assim durante as fases mais jovens da vida. Porém, observou-se que tanto entre os homens, quanto entre as mulheres, o casamento se mostrou fator importante para a satisfação sexual, provavelmente pela presença de um parceiro, conforme observado em outros estudos (Pechorro et al., 2009; Malakouti, 2012).

Apenas uma menor proporção das mulheres que considerou a vida sexual importante no passado referiu estar satisfeita em manter atividade sexual (28,8%), enquanto 55,7% delas referiram ter satisfação mesmo não tendo atividade sexual. Entre as que consideraram a vida sexual não muito importante no passado a diferença é ainda maior, apenas 18,6% referiram estar satisfeitas com a atividade sexual, enquanto que 69,8% se mostraram satisfeitas sem atividade sexual ($p < 0,05$). Esses resultados são compatíveis

com o que citam Fleury e Abdo (2011), sobre o fato de que as mulheres que valorizaram mais a sua vida sexual quando mais jovens, são aquelas que tendem a ter mais satisfação na atividade sexual quando mais velhas.

A comparação entre a importância que se dá à vida sexual no presente com satisfação e atividade sexual, mostra que as mulheres tiveram resultados semelhantes aos dos homens, na medida em que também se mostraram mais satisfeitas em manter vida sexual ativa. Entre as que têm a vida sexual como algo importante no presente, 76,8% delas referiram estar satisfeitas em ter atividade sexual, enquanto apenas 14,1% referiram ter satisfação mesmo sem atividade sexual ($p < 0,05$).

Comparando-se os resultados das Tabelas 10 e 11, percebe-se que tanto no universo masculino, quanto no feminino, houve diminuição na satisfação pela atividade sexual entre os grupos mais velhos, porém houve grande diferença entre homens e mulheres, na medida em que entre eles a maior satisfação está em ter atividade sexual, dado compatível com o estudo de Abdo et al. (2002) que apontou para o fato de que as pessoas em idades mais avançadas mostraram maior grau de insatisfação com a vida sexual, sendo isso mais forte entre as mulheres do que entre os homens.

Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa em relação à educação, os resultados mostram que as mulheres com qualquer grau de escolaridade, ao contrário dos homens, referiram estar mais satisfeitas não tendo vida sexual ativa.

Fahs (2011) chama a atenção para o fato de que mulheres com pouco conhecimento ou educação sobre comportamento sexual tendem a ser mais suscetíveis a papéis de gênero mais tradicionais e, conseqüentemente, menos satisfeitas sexualmente. Esta observação aponta para uma das possibilidades das mulheres entrevistadas terem referido majoritariamente satisfação na ausência de atividade sexual, na medida em que são mulheres idosas, que tiveram menos acesso à educação e ao mundo do trabalho, restringindo suas atividades e relacionamentos ao mundo doméstico, e ainda foram educadas com padrões sociais e morais mais rígidos em relação à função sexual feminina.

Tabela 11 – Distribuição relativa (%) das mulheres segundo características demográficas, socioeconômicas e importância da vida sexual no passado e no presente em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
	Satisfeito %	Não satisfeito %	Satisfeito %	Não satisfeito %	
Idade					
60–64 anos	29,6	2,2	55,0	13,2	0,000
75 anos e mais	7,2	0,4	83,4	9,0	
Arranjo familiar					
Sozinha	7,8	0,0	78,6	13,6	0,000
Acompanhada	28,2	2,2	57,5	12,1	
Estado marital					
Solteira	3,3	0,0	80,2	16,5	0,000
Casada/união consensual	49,2	3,9	33,7	13,1	
Separada/divorciada	7,2	0,0	69,8	23,0	
Viúva	3,0	0,0	88,4	8,5	
Escolaridade (anos de estudo)					
Sem escolaridade	21,5	0,0	68,2	10,2	0,383
1 a 4 anos	23,6	2,1	61,3	12,9	
5 anos e mais	30,0	2,3	55,3	12,4	
Importância no passado					
Importante	28,8	2,0	55,7	13,5	0,093
Não muito importante	18,6	1,5	69,8	10,1	
Não teve vida sexual	0,0	0,0	88,8	11,2	
Sem informação	0,0	0,0	100,0	0,0	
Importância no presente					
Importante	76,8	0,9	14,1	8,3	0,000
Não muito importante	47,1	7,4	40,0	5,4	
Não tem vida sexual	0,0	0,0	83,9	16,1	

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Quanto às variáveis de saúde para os homens (Tabela 12), observou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre número de doenças, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, incapacidade e incontinência urinária e a variável dependente. Entre os que não referiram a presença de diabetes mellitus, 61,1% mostraram estar satisfeitos em manter atividade sexual, enquanto entre os que referiram a doença essa proporção diminuiu para 46,3%. Segundo Yassumoto et al. (2004), o diabetes mellitus é um importante fator de risco para a disfunção erétil, podendo interferir negativamente na qualidade da relação sexual. Silva (2003), também aponta para o fato de que presença de complicações crônicas da diabetes mellitus pode ser considerada um fator que influencia negativamente a vida sexual masculina e conseqüentemente a qualidade de vida, na medida em que dificulta obter e manter a ereção que possibilite o desempenho sexual satisfatório. Isso poderia ser uma explicação para o fato de que entre os homens que referiram a doença, 15,9% mantinham atividade sexual, mas não estavam sexualmente satisfeitos.

Observa-se que em qualquer condição de saúde, a maior proporção dos homens referiu estar satisfeita em manter atividade sexual. Porém, dois resultados chamam a atenção, em relação à presença de duas a três doenças crônicas, quando se percebe um aumento importante na proporção dos que referem satisfação sem atividade sexual, e também na presença de quatro ou mais doenças crônicas, se percebe um aumento na proporção de homens que referiram manter atividade sexual, porém não satisfeitos com isso, podendo indicar a má qualidade de ereção devido a medicamentos.

Tabela 12 – Distribuição relativa (%) dos homens segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
	Satisfeito %	Não satisfeito %	Satisfeito %	Não satisfeito %	
Número de doenças crônicas referidas					
0	61,5	9,9	18,1	10,5	0,019
1	62,6	11,4	9,0	16,6	
2 a 3	51,6	9,0	25,8	13,5	
4 e mais	30,6	22,4	12,5	34,4	
Hipertensão arterial referida					
Não	58,1	10,3	14,5	17,2	0,758
Sim	58,6	10,9	16,9	13,6	
Diabetes Mellitus referida					
Não	61,1	9,4	16,9	12,6	0,007
Sim	46,3	15,9	12,1	25,7	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida					
Não	58,3	11,4	16,4	14,0	0,400
Sim	55,2	8,1	13,6	32,1	
Doença Cardiovascular referida					
Não	59,1	11,1	16,5	13,2	0,397
Sim	53,5	10,6	14,5	21,4	
Acidente Vascular Cerebral referido					
Não	59,5	11,6	14,6	14,2	0,025
Sim	40,9	1,2	32,0	26,0	
Doença articular referida					
Não	59,9	10,9	15,0	14,2	0,220
Sim	46,4	11,9	15,0	14,2	
Dificuldade no desempenho em pelo menos 1 ABVD referida					
Não	61,7	11,9	15,1	11,4	0,000
Sim	27,9	1,8	23,8	46,5	
Depressão referida					
Não	59,1	10,9	16,2	13,8	0,313
Sim	45,5	11,0	12,3	31,2	
Dor					
Não	56,5	11,4	17,2	14,9	0,711
Sim	62,3	9,5	12,7	15,5	
Incontinência urinária referida					
Não	61,1	9,8	14,9	14,2	0,030
Sim	37,2	18,6	22,9	21,4	

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Quanto às variáveis de saúde para as mulheres (Tabela 13), observou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre número de doenças, incapacidade e depressão e a variável dependente.

Entre as mulheres que apresentam sintomas de depressão, 55,5% se mostraram satisfeitas em não manter atividade sexual, enquanto apenas 15,1% referiram estar satisfeitas em manter atividade sexual ($p < 0,05$). Segundo Abdo et al. (2002), a prevalência de depressão é praticamente o dobro entre as mulheres do que entre os homens. Lorenzi e Saciloto (2006), Bohórquez Carvajal (2008), Borges e Medeiros (2009) também mostram que as mulheres na fase da velhice apresentam maior ocorrência de humor depressivo, ansiedade e irritabilidade, chamando a atenção para o fato de que essas condições físicas somadas a fatores psicossociais e culturais podem interferir na autoimagem e na vida sexual. Porém, os resultados da Tabela 13 mostram que mesmo entre as mulheres que não referiram sintomas da doença, a maior proporção estão entre as que referiram estar satisfeitas em não manter atividade sexual (62,1%), enquanto uma proporção bem menor relatou ter atividade sexual e estar satisfeita (27,0%). Não se pode afirmar, portanto, que a depressão sozinha interfere na vida sexual dessas mulheres, na medida em que na presença ou não dessa doença, a maior parte das mulheres definiu-se satisfeita por não manter atividade sexual, fato que pode ter interferência também pelos fatores culturais, associados à doença, citados pelos autores, ou ainda pela associação com outras doenças ou condições desfavoráveis de saúde, como a dificuldade em executar pelo menos uma ABVD.

Entre as variáveis onde não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) também se percebeu uma maior proporção entre as que referiram estar satisfeitas em não manter atividade sexual. Embora a relação com a incontinência urinária não tenha relação estatisticamente significativa, é importante ressaltar que a presença desta condição desfavorável de saúde pode afetar a vida sexual por conta do desconforto e constrangimento que pode causar. Nilsson et al. (2011) em seu estudo percebe que grande parte das mulheres pesquisadas revelou ter considerado a vida sexual bastante importante, mas que metade delas referiu ter a vida sexual prejudicada na presença de problemas urinários.

Observa-se que a relação entre todas as variáveis de saúde e a variável dependente, satisfação e atividade sexual, indica que as mulheres, na presença ou não de doenças, mostraram-se mais satisfeitas em não manter atividade sexual do que o contrário.

Ficou evidente o quanto as mulheres, ao contrário dos homens, referiram satisfação diante da ausência de atividade sexual. Diante de todas as diferenças já observadas que se constroem entre homens e mulheres no que diz respeito à vida sexual, outro fato que pode interferir nos resultados e deve ser ressaltado, é a dificuldade de homens em relatar que não têm mais atividade sexual, e das mulheres em afirmar o contrário, conforme foi apontado anteriormente na análise dos resultados sobre importância na Tabela 4. A literatura mostra uma construção cultural onde as mulheres têm mais dificuldade de expressar seus sentimentos em relação às suas necessidades sexuais, e mais ainda em relação às práticas realizadas (Vasconcellos et al., 2004). Abdo et al. (2002) citam que as mulheres

mostraram-se mais inibidas para falar sobre sexo do que os homens. Sob este ponto de vista, deve-se ressaltar possível dificuldade delas em relatar suas atividades sexuais atuais, diante do conceito equivocado de que mulheres idosas não deveriam ter vida sexual ativa, e dessa forma então terem relatado estar satisfeitas mesmo sem manter atividade sexual. Pechorro et al. (2009) também ressaltam que as mulheres relatam mais insatisfação sexual do que os homens, o que possivelmente se deve ao início tardio da atividade sexual para elas, além de atitudes mais conservadoras e menor importância à vida sexual, aspectos que as tornam mais inibidas. Segundo Abdo et al. (2002), os homens, em média, iniciam suas atividades sexuais quatro anos mais cedo do que as mulheres. Dessa forma, entre os homens pode ter havido um fenômeno inverso, na medida em que a construção cultural valoriza a atividade sexual masculina, e dessa forma eles podem ter se sentido inibidos para relatar a ausência de atividade sexual. Segundo Vasconcellos (2004), entre os idosos costuma haver uma elevada recusa para falar sobre práticas sexuais, como se houvesse um processo de autocensura baseado em conceitos estereotipados sobre a vida sexual de pessoas idosas.

Ressalta-se ainda que nas culturas ocidentais, que valorizam apenas a beleza da juventude, a mulher mais velha representa a infertilidade e ausência da atração física, e conseqüentemente o declínio da função sexual (Fernandez et al., 2005; Géonet, 2012). Negreiros (2004, p. 82) também afirma que *“numa sociedade que valoriza o jovem e o belo, o corpo feminino que envelhece já não oferece atrativos”*.

Em nossa cultura, a mulher tem como referência o seu corpo envelhecido como algo feio e desprovido da possibilidade de atrair o outro. Segundo Bruns (2007), é um grande desafio assumir o declínio corporal que ocorre com o envelhecimento. Para Gozzo et al. (2000), a mulher brasileira é criada para casar, ter filho e cuidar da casa, passando de filhas a mães, sem passar pelo estágio de mulher. Este ponto de vista remete à ideia da vida sexual apenas com a intenção de procriação, e não da possibilidade de atividade sexual pelo prazer, conceito muito semelhante ao encontrado no Irã, país com valores diferentes e mais rígidos em relação às questões sexuais e de gênero onde a atividade sexual feminina é vista como um “comportamento procriador” (Malakouti, 2012)

Segundo Laplanche (1992, p. 495), Freud designa o termo sublimação *“para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual... a pulsão sexual é sublimada na medida em que é derivada para um novo objetivo não sexual e em que visa objetos socialmente valorizados”*. Sendo assim, talvez seja mais confortável para a mulher não manter atividade sexual em idade mais avançada de forma a proteger-se, investindo a energia sexual em outros aspectos socialmente mais aceitos. Para Negreiros (2004), muitas das mulheres idosas hoje tiveram em sua educação valores sexuais muito rígidos, levando-as a desenvolverem a sua sexualidade investindo em atividades mais compatíveis com o universo tradicionalmente feminino, como atividades religiosas, tarefas domésticas relações afetivas e de cuidado, em substituição ao ato sexual.

Segundo Borges e Medeiros (2009), a vida sexual feminina após a menopausa pode apresentar uma diminuição, mas não desaparece completamente, o que em determinadas culturas pode até ser um fator que facilite a vida sexual, na medida em que a mulher está livre da possibilidade de engravidar, da mesma forma que está com mais tempo disponível, sem o compromisso de cuidar dos filhos. Porém, os resultados encontrados, ao contrário, mostram mulheres que referiram estar satisfeitas em não manter atividade sexual, independente das condições de saúde ou socioeconômicas. De acordo com a literatura que aponta a possibilidade de uma vida sexual ativa em qualquer idade, esses resultados provavelmente se devem ao impacto da cultura na vida dessas mulheres.

Tabela 13 - Distribuição relativa (%) das mulheres segundo características de saúde em relação à atividade e satisfação sexual. Município de São Paulo, 2006.

Variáveis	Com atividade sexual		Sem atividade sexual		p-valor*
	Satisfeito	Não satisfeito	Satisfeito	Não Satisfeito	

	%	%	%	%	
Número de doenças crônicas referidas					
0	24,6	0,0	62,5	12,9	
1	32,9	2,7	54,8	9,7	
2 a 3	17,5	2,0	67,4	13,1	0,007
4 e mais	10,2	0,0	65,2	24,6	
Hipertensão arterial referida					
Não	24,1	0,6	61,7	13,6	
Sim	25,4	2,4	60,6	11,6	0,472
Diabetes Mellitus referida					
Não	24,6	1,5	61,0	12,9	
Sim	26,4	3,0	60,3	10,3	0,645
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida					
Não	25,7	2,0	60,6	11,7	
Sim	17,0	0,3	65,1	17,5	0,105
Doença cardiovascular referida					
Não	26,3	1,7	61,3	10,7	
Sim	17,8	2,4	60,2	19,6	0,051
Acidente Vascular Cerebral referido					
Não	25,6	1,8	60,5	12,1	
Sim	12,0	1,6	69,5	16,9	0,451
Doença Articular referida					
Não	25,9	2,4	62,5	9,2	
Sim	23,6	1,1	58,6	16,7	0,062
Dificuldade no desempenho em pelo menos 1 ABVD referida					
Não	28,1	1,7	58,6	11,6	
Sim	15,9	2,2	67,5	14,5	0,048
Depressão referida					
Não	27	1,5	62,1	9,4	
Sim	15,1	3,2	55,5	26,2	0,001
Dor Crônica referida					
Não	27	1,5	60,8	10,8	
Sim	21,8	2,4	61,3	14,6	0,373
Incontinência urinária referida					
Não	26,4	1,8	60,4	11,3	
Sim	20,8	1,9	62,4	14,9	0,500

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Na Tabela 14 observam-se os resultados do modelo múltiplo em relação às variáveis sociodemográficas. Quanto à resposta atividade sim + satisfação não em relação à categoria de referência, observou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação a ser mulher ($OR = 0,39$) e não considerar muito importante a vida sexual no presente ($OR = 1,93$). Não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) idade, arranjo familiar, estado marital, educação e importância à vida sexual no passado, em relação à categoria de referência.

Dar pouca importância à vida sexual no presente aumenta em 93% a chance de ter atividade sexual e não estar satisfeito em comparação aos que consideram a vida sexual importante e em relação à categoria de referência ($p < 0,05$).

Quanto à resposta atividade não + satisfação sim em relação à categoria de referência, observou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação a ter 75 anos e mais ($OR = 4,44$), ser mulher ($OR = 8,95$), morar acompanhado ($OR = 0,23$), ser casado / união consensual ($OR = 0,10$), ser viúvo ($OR = 2,71$), ter 1 a 4 anos de escolaridade ($OR = 0,57$), ter 5 anos e mais de escolaridade ($OR = 0,43$), não ter considerado muito importante a vida sexual no passado ($OR = 4,14$) e no presente ($OR = 4,87$). Não apresentou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) ser separado / divorciado, em relação à categoria de referência.

Os resultados com associação estatisticamente significativa mostram que ser mulher representa 8,95 vezes mais chance de não ter atividade sexual e estar sexualmente satisfeita, em relação aos homens e à categoria de

referência ($p < 0,05$). Ressaltando o que foi citado anteriormente, este resultado confirma a diferença de gênero em relação à atividade sexual e o que aponta a literatura sobre as mulheres darem mais importância às atitudes relacionais do que à atividade sexual em si (Rohden e Russo, 2011).

Os resultados mostram que os idosos que não dão muita importância à vida sexual no presente têm 4,87 vezes mais chance de estarem satisfeitos sem manter atividade sexual, em relação aos que consideram a vida sexual importante e à categoria de referência. Quanto à idade, aqueles com 75 anos e mais têm 4,44 vezes mais chances de estarem satisfeitos não mantendo atividade sexual em relação aos idosos com idade entre 60 e 74 anos e à categoria de referência ($p < 0,05$).

Verificou-se que ter 5 anos ou mais de escolaridade reduz em 57% chance de não ter atividade sexual e estar satisfeito em relação aos que não têm escolaridade e à categoria de referência. A literatura aponta para a relação que existe entre o grau de instrução e a satisfação em relação à vida sexual (Ribeiro e Raimundo, 2005; Abdo, 2006).

Ser casado diminui em 90% a chance de não ter atividade sexual e estar satisfeito, em relação aos solteiros e à categoria de referência. Este resultado está de acordo com a literatura, conforme citado anteriormente, que aponta para o fato de que ter um parceiro sexual ou ser casado é um fator de facilitação à satisfação em relação à atividade sexual (Pechorro et al., 2009 ; Malakouti, 2012; Galinsky, 2012).

Quanto à resposta atividade não + satisfação não em relação à categoria de referência, observou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

em relação a ter 75 anos e mais (OR=2,74), ser mulher (OR=1,90), morar acompanhado (OR=0,39), ser casado / união consensual (OR=0,21), não ter considerado muito importante a vida sexual no passado (OR=1,78). Não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) ser separado / divorciado e viúvo, grau de escolaridade e não ter considerado muito importante a vida sexual no presente.

Tabela 14 – Razões de chances (OR) da análise bivariada entre variáveis sociodemográficas e atividade + satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim.

Variáveis	Atividade sim + Satisfação não		Atividade não + Satisfação sim		Atividade não + Satisfação não	
	OR	p-valor*	OR	p-valor*	OR	p-valor*
Idade						
60-74 anos	1,00		1,00		1,00	
75 anos e mais	1,59	0,176	4,44	0,000	2,74	0,000
Sexo						
Homem	1,00		1,00		1,00	
Mulher	0,39	0,014	8,95	0,000	1,90	0,005
Arranjo familiar						
Sozinho	1,00		1,00		1,00	
Acompanhado	0,60	0,282	0,23	0,000	0,39	0,009
Estado marital						
Solteiro	1,00		1,00		1,00	
Casado/união consensual	1,00	0,507	0,10	0,000	0,21	0,017
Separado/divorciado	1,00	0,499	0,53	0,263	0,61	0,492
Viúvo	1,00	0,507	2,71	0,050	1,10	0,895
Escolaridade (anos de estudo)						
sem escolaridade	1,00		1,00		1,00	
de 1 a 4 anos	0,99	0,996	0,57	0,012	1,05	0,901
5 anos e mais	1,85	0,438	0,43	0,002	0,96	0,923
Importância no passado						
Importante	1,00		1,00		1,00	
Não muito importante	0,77	0,632	4,14	0,000	1,78	0,076
Importância no presente						
Importante	1,00		1,00		1,00	
Não muito importante	1,93	0,039	4,87	0,000	0,83	0,664

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

No modelo múltiplo em relação às variáveis de saúde (Tabela 15), quanto à resposta atividade sim + satisfação não em relação à categoria de referência, observa-se que todas as variáveis de saúde não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Quanto à resposta atividade não + satisfação sim, observou-se associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) em relação à presença de duas a três doenças crônicas (OR=1,78), presença de quatro ou mais doenças crônicas (OR=3,05), dificuldade no desempenho de pelo menos uma ABVD (OR=3,50), presença de depressão (OR=1,94) e presença de incontinência urinária (OR=2,26). Não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) a presença de hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e presença de dor crônica.

Segundo estes resultados, ter dificuldade para executar pelo menos uma ABVD aumenta em 3,50 vezes a chance de não ter atividade sexual e estar satisfeito, em relação a quem não apresenta essa dificuldade e à categoria de referência. A presença de quatro ou mais doenças crônicas, incontinência urinária e depressão aumentam, respectivamente, em 3,05, 2,26 e 1,94 vezes a chance de não ter atividade sexual e estar sexualmente satisfeito em relação àqueles que não apresentam essas condições e à categoria de referência.

Quanto à resposta atividade não + satisfação não, observou-se significância estatística em relação a apresentar quatro ou mais doenças

crônicas (OR=6,01), presença de doença pulmonar obstrutiva crônica (OR=1,79), presença de doença cardiovascular (OR=2,05), dificuldade no desempenho de pelo menos uma ABVD (OR=4,34), presença de depressão (OR=4,41) e incontinência urinária (OR=2,22). Não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) a ausência de doença crônica ou a presença de apenas uma delas, hipertensão, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral e presença de dor crônica.

Tabela 15 - Razões de chances (OR) da análise bivariada entre variáveis de saúde e atividade + satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim.

Variáveis	Atividade sim +Satisfação não		Atividade não +Satisfação sim		Atividade não +Satisfação não	
	OR	p-valor*	OR	p-valor*	OR	p-valor*
Número de doenças crônicas referidas						
0	1,00		1,00		1,00	
1	1,27	0,614	0,78	0,213	0,98	0,954
2 a 3	1,37	0,560	1,78	0,017	1,59	0,186
4 e mais	3,71	0,092	3,05	0,011	6,01	0,001
Hipertensão arterial referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,16	0,699	1,17	0,223	0,85	0,417
Diabetes mellitus referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,97	0,063	1,11	0,598	1,48	0,161
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,75	0,623	1,10	0,679	1,79	0,030
Doença cardiovascular referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,30	0,492	1,09	0,649	2,05	0,008
Acidente Vascular Cerebral referido						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,35	0,132	1,74	0,146	2,43	0,092
Dificuldade no desempenho em pelo menos 1 ABVD referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,78	0,690	3,50	0,000	4,34	0,000
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,66	0,266	1,94	0,011	4,41	0,000
Dor crônica referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,92	0,820	1,22	0,245	1,33	0,222
Incontinência urinária referida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,84	0,117	2,26	0,000	2,22	0,003

Fonte: Estudo SABE, 2006. *Teste de Rao-Scott

Os resultados da Tabela 16 mostraram que ser casado / união consensual diminui em 88% a chance de não ter atividade sexual e estar sexualmente satisfeito em relação aos solteiros e à categoria de referência. Considerar a vida sexual no presente não muito importante significa ter 3,91 vezes mais chance de não ter atividade sexual e estar satisfeito em relação aos que consideram a vida sexual importante e à categoria de referência. A dificuldade em executar pelo menos uma ABVD aumenta em 3,45 vezes a chance de estar satisfeito sem ter atividade sexual em relação a quem não apresenta essa dificuldade e à categoria de referência. Ter 75 anos e mais aumenta em duas vezes a chance de não ter atividade sexual e estar satisfeito em relação aos mais jovens e à categoria de referência.

O modelo escolhido para a análise deste estudo levou em consideração a atividade sexual somada à satisfação, levando-se em conta que a sociedade em que vivemos supervaloriza a atividade sexual e os padrões de beleza associados à juventude (Büchtele et al., 2006), sendo comum a crença de que em qualquer idade, independente de outros fatores, a atividade sexual é determinante para a satisfação sexual. Porém, os resultados encontrados mostraram uma realidade diferente da comumente suposta, de que as pessoas em qualquer fase da vida demonstram interesse pela vida sexual da mesma forma. Mesmo havendo interesse, e sendo possível a pessoa manter a vida sexual ativa na velhice, esta é uma fase onde estão presentes muitas alterações corporais, associadas a uma construção cultural fundamentada em mitos e preconceitos em relação à pessoa idosa (Vasconcellos, 2004; Benbow e Beeston, 2012). Silva et al.

(2012) chamam a atenção para o fato de que, ao mesmo tempo que se valoriza e estimula a vida sexual ativa de homens como forma de garantia de qualidade de vida e saúde para pessoas idosas, existe uma construção cultural negativa que restringe, controla e normatiza as práticas sexuais. Da mesma forma em relação às mulheres, embora seja comum a afirmação de que a vida sexual ativa é possível em qualquer idade, independente das limitações impostas pelas alterações corporais, também há uma forte influência cultural que, de certa forma, dita o que é correto, ou não, diante de valores psicossociais, principalmente religiosos e vinculados a uma educação rígida (Anderson et al., 1998).

Tabela 16 - Razões de chance do modelo de regressão logística multinomial múltiplo para atividade e satisfação sexual, tendo como variável dependente: atividade sexual + satisfação em relação à categoria de referência = atividade sexual sim + satisfação sim.

Variáveis	Categorias	Atividade sim + Satisfação não		Atividade não + Satisfação sim		Atividade não + Satisfação não	
		OR	p-valor	OR	p-valor	OR	p-valor
Idade	60 a 74 anos	1,00		1,00		1,00	
	75 anos e mais	1,40	0,35	2,00	0,042	1,31	0,447
Sexo	Homem	1,00		1,00		1,00	
	Mulher	0,23	0,00	2,23	0,003	0,66	0,164
Estado marital	Solteiro	1,00		1,00		1,00	
	Casado/união consensual	2,10E+08	0,475	0,12	0,000	0,18	0,009
	Separado	2,06E+08	0,476	0,46	0,212	0,46	0,270
	Viúvo	2,05E+08	0,476	1,34	0,596	0,51	0,296
Arranjo familiar	Sozinho	1,00		1,00		1,00	
	Acompanhado	0,63	0,392	1,34	0,523	1,01	0,990
Educação	Sem escolaridade	1,00		1,00		1,00	
	1 a 4 anos	0,77	0,737	0,58	0,119	1,16	0,754
	5 anos e mais	1,57	0,582	0,59	0,177	1,15	0,780
Diabetes Mellitus referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	1,41	0,399	0,74	0,370	1,22	0,550
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,42	0,245	0,93	0,854	1,34	0,494
Doença cardiovascular referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,74	0,570	0,92	0,814	2,08	0,038
Acidente Vascular Cerebral referido	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,16	0,056	1,40	0,605	1,73	0,465
Doença articular referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,55	0,110	0,38	0,024	1,48	0,282
Dificuldade no desempenho de pelo menos 1 ABVD	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,89	0,890	3,45	0,001	3,96	0,001
Depressão referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	1,99	0,248	0,94	0,877	3,08	0,006
Importância no passado	Importante	1,00		1,00		1,00	
	Não muito importante	0,82	0,774	0,91	0,765	0,49	0,111
Importância no presente	Importante	1,00		1,00		1,00	
	Não muito importante	3,40	0,000	3,91	0,001	0,91	0,842
Incontinência urinária referida	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	3,38	0,014	0,79	0,478	0,95	0,902
Número de doenças crônicas referidas	0	1,00		1,00		1,00	
	1	2,08	0,132	0,90	0,782	0,65	0,346
	2 a 3	1,82	0,373	0,89	0,818	0,35	0,086
	4 e mais	18,75	0,023	1,74	0,582	0,52	0,561

Fonte: Estudo SABE, 2006.

Segundo Palacios-Ceña (2012), alguns estudos indicam que a atividade sexual e a satisfação diminuem entre as pessoas mais velhas, enquanto outros, contraditoriamente, apontam para uma velhice sexualmente ativa. Os resultados ora analisados demonstram que, para a população idosa do município de São Paulo, o interesse e a satisfação pela atividade sexual diminuem sob a influência do avanço da idade, das condições de saúde e dos fatores demográficos e socioeconômicos. Embora essa diminuição pela atividade sexual em pessoas mais velhas seja observada em ambos os sexos, é mais acentuada entre as mulheres do que entre os homens, o que está de acordo com resultados de outros estudos, tanto os que foram realizados em países com tradição cultural mais próxima à nossa, na América Latina, como em outros realizados na América do Norte, Europa, Ásia e Oriente Médio, com traços culturais mais distantes dos brasileiros (Lindau et al., 2007; Beckman et al., 2008; Arias-Castillo et al., 2009; Waite et al., 2009; Palacios-Ceña, 2012; Ford e Chamrathirong, 2012).

Torna-se necessário rever os padrões estabelecidos pela gerontologia que definem a função sexual como uma obrigatoriedade, mesmo durante as idades mais avançadas, como forma de se alcançar a qualidade de vida (Debert, 2012). Segundo Rohden (2011), a grande novidade do século XX foi passar do conceito que admitia o declínio da vida sexual na velhice, para a obrigatoriedade do desempenho sexual até o final da vida, sendo esta uma condição necessária para a qualidade de vida. Ou seja, isso representaria abandonar o preconceito do idoso assexuado, para assumir o mito do idoso que, necessariamente, manteria atividade sexual até o limite da vida. Ainda Debert (2012, p. 45) afirma que “*é impossível atualmente imaginar*

qualidade de vida sem a dimensão sexual plenamente realizada". Porém, a autora observa que os estudos sobre mulheres mais velhas mostram que muitas delas referem viver melhor suas vidas após se libertarem da obrigação da atividade sexual, provavelmente influenciadas por rígidos conceitos morais.

Observou-se nos resultados desta pesquisa que em relação às condições demográficas, socioeconômicas e de saúde, justamente a que mais fortemente mostrou ter influência na vida sexual das pessoas idosas foi a diferença entre os sexos. A análise, por exemplo, entre idade e grau de escolaridade, mostrou que entre as pessoas mais velhas e as que possuem menos anos de escolaridade, a maior proporção referiu estar satisfeita em não ter atividade sexual (Tabela 8). O mesmo pode ser observado em relação às condições de saúde. A presença de algumas doenças leva a respostas de maior satisfação sexual em não ter atividade sexual (Tabela 9). Porém, pelos resultados das Tabelas 10 e 11, que mostram a relação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas separadas por sexo, observou-se que, praticamente em relação a todas as variáveis, os homens mostraram-se mais satisfeitos em manter atividade sexual, enquanto entre as mulheres observou-se o contrário, em relação praticamente a todas as variáveis, a maior proporção está entre as que referiram estar satisfeitas sexualmente em não manter atividade sexual. O mesmo pode ser observado na análise da atividade e satisfação sexual em relação às condições de saúde, nas Tabelas 12 e 13, onde, mesmo na presença de doenças, a maior proporção de homens se deu entre os que referiram estar satisfeitos sexualmente em manter atividade sexual, enquanto entre as mulheres a maior proporção referiu estar sexualmente satisfeita sem manter atividade sexual.

Estas questões apontam para uma construção social que tem como base o patriarcado. Segundo Veiga (2011), uma sociedade patriarcal é aquela dominada pelos homens, centrada na opressão das mulheres, sendo a subordinação feminina considerada por muitos como natural, mas que de fato não é, configurando-se, entretanto, em uma construção social. Vieira (1997) observa que existe uma construção social de gênero, em que o papel da mulher vai aos poucos sendo despojado da sua sexualidade, em uma sociedade que se utiliza de vários mecanismos de forma a manter a função sexual vinculada à reprodução e, dessa forma, manter a mulher resignada aos papéis de gênero que a elas são impostos. A autora afirma ainda que *“a sociedade produz estereótipos que são consumidos como inatos. Sob o manto da naturalidade, a ideologia é veiculada e, na inconsistência de suas verdadeiras intenções, é perpetuada pela opinião pública, pelo consenso pequeno-burguês e pelos preconceitos”* (Vieira, 1997, p. 75). Esta observação é importante na análise dos dados em relação às respostas das mulheres que referiram estar sexualmente satisfeitas sem manter atividade sexual, no sentido de não interpretá-los como uma condição natural da mulher o fato de não associar a satisfação sexual ao ato sexual. É preciso um olhar atento para a construção social de gênero, observando a responsabilidade da família e da escola na perpetuação desses valores que associam o modelo feminino ao controle da sexualidade (Belotti, 1981). Esse controle da sexualidade feminina termina vinculado a outros valores importantes que são impostos às mulheres em seus papéis sociais de casamento, maternidade e fidelidade, e papéis sexuais mais permissivos aos homens (Beauvoir, 1980; Velho et al., 2010). Da mesma forma, Gradim (2007)

admite que diante da moralidade que favorecia as experiências sexuais masculinas enquanto procurava restringir a vida sexual feminina, “*não é de se surpreender que muitas mulheres não manifestem insatisfação perante a ausência do relacionamento sexual.*” (Gradim, 2007, p. 210)

Vieira (1997, p. 80) denuncia que “*às vésperas do século XXI, as mulheres que entrevistei ainda casam e têm filhos, cumprindo um destino imposto culturalmente, sem questioná-lo*”. Segundo a autora, a ignorância das mulheres, reforçada pelo patriarcado, dificulta a transgressão das ações que delas são esperadas. Este é um dado importante e coerente com os resultados encontrados na Tabela 11, onde se pode observar a maior proporção de mulheres com baixo nível de escolaridade, associada à maior proporção de respostas referindo satisfação sexual à falta de atividade sexual.

Ferreira (2010) aponta para a existência de barreiras que têm o objetivo de delimitar o que deve, e o que não deve ser acessível às mulheres. Segundo a autora, é possível abordar sobre vida sexual na rua, mas não em casa para a mulher e a filha, mostrando uma clara divisão de papéis sociais de gênero, com a consequente construção de estereótipos, estigmas e preconceitos, contaminados por práticas patriarcais. Nessa direção, Vieira (1997) ressalta uma espécie de contradição observada no fato de que, embora houvesse já àquela época um discurso aberto sobre a vida sexual, segundo a autora, esse seria na verdade um discurso aparentemente liberado, com o objetivo real de manter o padrão instituído. Da mesma forma, Veiga (2011) considera que os valores patriarcais ainda encontram-se impregnados em nossa sociedade atual, e não apenas em nossos antepassados. A autora refere que, embora tenhamos uma sociedade dinâmica

pautada por constantes mudanças, “*desconhecer que, ainda hoje, vivemos em uma sociedade dominada, centrada ou, ao menos, identificada na figura masculina... parece-me, de certa forma, ingênuo*” (Veiga, 2011, p. 23). Dessa forma, mostra que ainda hoje há uma espécie de herança de valores do patriarcado, que ainda persistem em nossos dias.

Segundo Debert (2012, p. 49 – grifo do autor), “*no que diz respeito às mulheres nos programas para a ‘terceira idade’, nos bailes e nos esportes de praia, as etnografias mostram que uma experiência de envelhecimento bem-sucedida é independente de uma vida sexual gratificante*”.

Estas constatações possivelmente expliquem o porquê dos resultados desta pesquisa tenham sido, entre as mulheres, tão fortemente associados à satisfação sexual pela não realização do ato sexual.

Porém, é importante ressaltar que estudos recentes, têm apontado para uma mudança no comportamento sexual entre a população mais jovem. Um exemplo disso são os resultados da pesquisa de Velho et al. (2010), que mostraram o início da iniciação sexual em idades mais próximas entre homens e mulheres, embora ainda tenha sido encontrada uma proporção quatro vezes maior de homens, em relação às mulheres, que referiram ter relações sexuais com diferentes pessoas ao mesmo tempo.

Vieira (1997) também observou um fato importante. As mulheres entrevistadas por ela referiram que, ao se aproximarem da maturidade, permitiram certo distanciamento dos valores e preconceitos aprendidos, podendo enxergar a possibilidade de novas perspectivas em relação à sua vida sexual. Essas mulheres, que naquela época estavam com idades entre 30 e 42 anos, atualmente ainda não

são idosas. Essas diferenças de comportamentos apontam para uma nova geração de pessoas idosas, classificada por Debert (2012, p. 51) como “os *babyboomers* que *estão envelhecendo*”. São mulheres que, possivelmente, apresentarão respostas diferentes das observadas no presente estudo.

6 - CONCLUSÕES

Os resultados analisados, referentes à vida sexual de pessoas idosas no município de São Paulo em 2006, confirmaram a feminização da velhice, com a presença de mais mulheres do que homens, e apontaram para a predominância de idosos em menor faixa etária. Verificou-se também que a maior parte dos idosos vive acompanhada, tem poucos anos de escolaridade.

Observou-se que para a população estudada as condições de saúde tais como a presença de doenças crônicas, dificuldade para o desempenho de pelo menos uma ABVD e a presença de depressão e incontinência urinária apresentaram associação estatisticamente significativa em relação à atividade e satisfação sexual. Esses resultados sugerem que algumas dessas doenças são mais comuns entre os homens devido aos hábitos como fumo e uso de álcool em maior quantidade do que as mulheres, enquanto outras possivelmente são mais prevalentes entre as mulheres, visto que elas procuram com mais frequência os serviços de saúde, e dessa forma têm suas doenças notificadas.

Cabe ressaltar o fato de que tanto o número de homens, quanto o de mulheres que referiram não ter atividade sexual no presente, aumentou em relação aos que referiram o mesmo no passado, sendo que a proporção dos idosos que deixaram de ter vida sexual no presente foi maior entre as mulheres do que entre os homens.

Como conclusão percebeu-se que para os homens, manter a atividade sexual demonstra ser fator importante para definir a satisfação em relação à vida sexual, enquanto para as mulheres não se observou o mesmo. Diante das mais diversas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde das pessoas idosas, notou-se que a cultura também exerce importante influência na vida sexual dessa população envelhecida, sendo consequência de uma construção que tem como base valores sexistas desiguais, que tratam homens e mulheres de maneira tão diferente em relação ao direito à prática do ato sexual nas fases anteriores da vida, e que conseqüentemente vão refletir em como essas pessoas desenvolvem a sua vida sexual na velhice.

Os resultados não confirmam o mito do idoso assexuado, porém, percebe-se haver influência de condições demográficas, socioeconômicas e de saúde que podem promover a diminuição, ou interrupção da atividade sexual. Sendo assim, também não se confirma o mito de que, para toda pessoa idosa, manter atividade sexual é condição para sentir-se sexualmente satisfeita.

7 – REFERÊNCIAS

Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS . Perfil sexual da população brasileira: resultados da Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. Rev Bras Med. 2002;59(4):250-257.

Abdo CHN. Descobrimento sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus, 2004.

Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Scanavino MT, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(6):424-429.

Abreu, LM. Impacto da terapia farmacológica na função sexual. Rev SOCERJ. 2000;13(3):120-126.

Almeida, LA, Patriota, LM. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades – Campina Grande/PB. Qualit@s Revista Eletrônica, v. 8, n.1, 2009.

Anderson MIP. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Textos Envelhecimento. 1998;1(1):23-43.

Arias-Castillo L, Ceballos-Osorio J, Ochoa JJ, Reyes-Ortiz CA. Correlates of sexuality in men and women aged 52–90 years attending a university medical health service in Colombia. J Sex Med. 2009;6(11):3008–3018.

Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, Gomes I, Schneider RH. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(1):87-95.

Beauvoir S. O segundo sexo: a experiência vivida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 years old: cross sectional survey of four populations, 1971–2001. BMJ. 2008;337:a279.

Belotti E. Educar para a submissão. Petrópolis: Vozes, 1981.

Benbow SM, Beeston D. Sexuality, aging, and dementia. Int Psychogeriatr. 2012;24(7):1026-33.

Berquó, E, Cavenaghi, S. Fecundidade em declínio. Novos Estudos, n. 74, pp. 11-15, março, 2006.

Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brähler E. Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men: results from a German representative community study. *Andrologia*. 2002;34(1):22-8.

Bohórquez Carvajal JD. Sexualidad y senectud. *Hacia Promoc Salud*. 2008;13:13-24.

Borges VLF, Medeiros SF. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina após menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31:293-299.

Bozon M. A nova normatividade das condutas sexuais ou a dificuldade de dar coerência às experiências íntimas. In: Heilborn ML, organizador. *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

Brasil. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

Bruns MAT. O desejo tem idade? In: Bruns MAT, Del-Masso MCS, organizadores. *Envelhecimento Humano: diferentes perspectivas*. Campinas: Alínea, 2007.

Bruns MAT. O olhar do cotidiano e a perda da sensibilidade. In: Bruns MAT, Almeida S. *Sexualidade: preconceito, tabus, mitos e curiosidades*. Campinas: Átomo, 2010.

Büchle F, Oliveira AS, Pereira, MD. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. *Interface*, 2006;3:131-43.

Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237, 2007.

Chauí M. *Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1984.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ*. 2010;14:257-70.

Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Ver, Dor*. São Paulo, 12 (2): 120-124, abr-jun, 2011.

Debert, GG, Brigeiro, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *RBCS*, vol. 27, n. 80, out / 2012.

Dellaroza MSG, Pimenta CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. *Cienc. Cuid. Saúde*, 11 (suplem.): 235-242, 2012.

Driemeier M, Andrade SM, Ponte ER, Paniago AM, Cunha RV. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics*. 2012;67:19-25.

Engel MG. Gênero e política em Lima Barreto. *Cadernos Pagu*. 2009;32:365-388.

Fahs B, Swank E. Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Arch Sex Behav*. 2011;40:903-14.

Fernandez MR, Gir E, Hayashida M. *Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher*. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39:129-35.

Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95:621-28.

Ferreira MFA. Relações de gênero e sexualidade: considerações históricas e sociais. *Estudos IAT*, Salvador, v.1, n.1, p. 122-145, jun, 2010.

Figueiredo RMMD. *Prevenção às DST/AIDS em ações de saúde e educação*. São Paulo: NEPAIDS; 1998.

Fleury HJ, Abdo CHN. Psicoterapia para a saúde sexual: resultados com um grupo de mulheres na transição menopáusicas. *Diagn Tratamento*. 2011;16:184-87.

Ford K, Chamrathirong A. Midlife Sexuality Among Thai adults: Adjustment to aging in the Thai family context. *Sex Cult*. 2012;16:158-71.

Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1977.

Galinsky AM. Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U.S. older adults. *Arch Sex Behav*. 2012;41:875-90.

Galvez, MEL. Escolaridade e inserção no mercado de trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, nº 107, p. 133-148, 1999.

Géonet M, Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexol*. In press 2012.

Giatti L, Barreto SM. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (6): 1132-1142, jun, 2011.

Giddens A. *A Transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

- Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8:33-40.
- Goldani, AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In Camarano, AA (org.). *Muito além dos sessenta – Os novos idosos brasileiros*. IPEA, Instituto de Pesquisa Aplicada. Rio de Janeiro, 1999.
- Gomes L, Cárdenas CJ, Alves VP, Lopes C. Reflexões sobre a imagem da velhice mostrada no filme “Elsa e Fred. Um amor de paixão”. *Acta Sci Human Soc Sci*. 2008;30:25-34.
- Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Gorinchteyn JC. Perfil Epidemiológico do paciente com AIDS em idade superior a 60 anos admitido no Instituto de Infectologia Emílio Ribas no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1998 [dissertação]. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa, 2003.
- Gorinchteyn JC. *Sexo e AIDS depois dos 50*. São Paulo: Ícone; 2010.
- Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roher WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;8:84-90.
- Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm.*, 2007, abr-jun, 12(2), p. 204-213.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2011*. Rio de Janeiro:IBGE, 2012.
- Laplanche J. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, n. 47, São Paulo, 2009.
- Lima MCP, Cerqueira ATAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32:49-55.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;23:762–74.
- Lopes A. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: Simson ORMV, Neri AL, Cachioni M, organizadores. *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas: Alínea; 2003.

Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:312-17.

Lorenzi DRS, Saciloto B. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52:256-60.

Malakouti SK, Salehi M, Nojomi M, Zandi T, Eftekhar M. Sexual Functioning Among the Elderly Population in Teheran, Iran. *J Sex Marital Ther.* 2012;38:365-77.

Marques NMHMM. O duplo padrão sexual no masculino: uma perspectiva transgeracional portuguesa. Lisboa. Dissertação (Mestrado em Sexualidade Humana) – Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2011.

Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27:1233-43.

Menezes AMB. Epidemiologia da bronquite crônica e do enfisema (DPOC): até onde sabemos? *J Pneumol.* 1997;23:153-157.

Ministério da Saúde(Brasil). *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*, 2008.

Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *ALCEU.* 2004;5:77-86.

Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Edições SESC SP; 2007.

Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C, GSSAB Investigators' Group. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol.* 2006;24:423–28.

Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Lalos A. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:621-628.

Oliveira JSC, Lima FL, Saldanha AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2008;20:179-84.

Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol USP.* 2002;13:55:78.

Paiva V, Aranha F, Bastos FI. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:54-64.

Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9:121-29.

Paschoal SMP. Envelhecimento na perspectiva de gênero. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG. *Masculin(idade) e velhice: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo: Vetor; 2006.

Pechorro P, Diniz A, Vieira R. Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Anál Psicol*. 2009;27:99-108.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91:1-10.

Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no município de vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:1929-1936.

Petersen JL, Hyde JS. A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychol Bull*. 2010;136:21–38.

Rampin TTD, Freitas JCG. Gênero e direito: uma análise do princípio constitucional da igualdade. In: Bruns MAT, Souza-Leite CRV. *Gênero, diversidades e direitos sexuais: nos laços da inclusão*. Curitiba: CRV; 2012.

Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: a special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*. 2011;70:210–15.

Ribeiro JP, Raimundo A. Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psic Saúde & Doenças*. 2005;6:191-202.

Rodrigues CL. O papel do trabalho na construção da masculinidade. In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG. *Masculin(idade) e velhice: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo: Vetor; 2006.

Rodrigues CL, Duarte YAO. Violência sexual contra pessoas idosas. In: Berzins M, Malagutti W. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari; 2010.

- Rohden, F. O homem é mesmo a sua testosterona: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, ano 17, n.35, pp. 161-196, Porto Alegre, jan-jun, 2011.
- Rohden F, Russo J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:722-29.
- Sarti CA. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*. 2001;16:31-48.
- Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Rev Estud Fem*. 2004;12:35-50.
- Sassler S, Addo FR, Lichter DT. The tempo of sexual activity and later relationship quality. *J Marriage Fam*. 2012;74:708–25.
- Segnini, LRP. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. *São Paulo em Perspectiva*, 14(2), 2000.
- Shafer DR. *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: Thomson Learning; 2005.
- Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Aná Psicológica*. 2003;2:185-94.
- Silva VXL, Marques, APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc*. 2012;21:171-80.
- Sousa, JL. Sexualidade na terceira idade: uma discussão de AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST – Jornal Bras. Doenças Sex. Transm.*, 20(1), 59-64, 2008.
- Suzuki, JC. Modernização, território e relação campo-cidade – uma outra leitura da modernização da agricultura. *Agrária*, n. 6, pp.83-95, São Paulo, 2007.
- Trindade E, Bruns, MAT. Meia-idade masculina: significados do envelhecimento. In Bruns, MAT, Del-Masso MCS, organizadores. *Envelhecimento Humano: diferentes perspectivas*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.
- Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, Colomby P, Giami A. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 2004;9(3):413-19.

Vasconcelos I, Saldanha A A W. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. In: Anais do IX Congresso Virtual HIV/AIDS: A Infecção VIH e o Direito, 2001.

Veiga MRM. Corpo e envelhecimento femininos: herança do patriarcado. *Sociais e Humanas de Santa Maria*, v.4, n.1, jan/jun, p. 18-30, 2011.

Velho MTAC, Moraes ABM, Tonial AF, Franchini FP, Neto NBF, Santos FG, Silva LC. Estudo sobre a sexualidade entre universitários moradores de casas do estudante do Sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 54 (4): 399-405, out-dez, 2010.

Veras R P. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

Vieira LHCN. Articulando gênero, sexualidade e subjetividade. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 15, n. 21, p. 71-90, 1997.

Villela WV, Barbosa RM. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

Waite LJ, Laumann EO, Das A, Schumm LP. Sexuality: measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Nov;64 Suppl 1:i56-66.

Yassumoto G, Bezerra C S, Facio Junior FN, Azoubel R. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2004; 11(2):67-9.

Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (3): 583-595, mar, 2012.

Zampieri AMF. Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Ágora, 2004.

Zornitta M. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética.[Dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

Zucco Luciana Patrícia, Minayo Maria Cecília de Souza. Sexualidade feminina em revista(s). *Interface (Botucatu)*.2009; 13:43-54.

Zunzunegui MV, Alvarado BE, Béland F, Vissandjee B. Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med*. 2009 Jan;68:235-42.

Carlos Lima Rodrigues

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2712665322544360>
Última atualização do currículo em 26/01/2013

Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000), dissertação com foco nos seguintes temas: aposentadoria, envelhecimento, masculinidade, gerontologia e velhice. Cursando Doutorado na Faculdade de Saúde Pública/USP - Universidade de São Paulo, com o tema: Sexualidade e Envelhecimento: uma análise da relação atividade e satisfação sexual. Tem experiência na área de Psicologia, gestão e elaboração de políticas públicas direcionadas a pessoas idosas. Atualmente é Gerente dos Programas Acompanhante de Idosos e Acompanhante da Pessoa com Deficiência, na Associação Saúde da Família, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde/SP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Carlos Lima Rodrigues
Nome em citações bibliográficas RODRIGUES, C. L.
Sexo Masculino

Endereço

Endereço Profissional

Associação Saúde da Família.
Pça. Mal. Cordeiro de Farias, 65 - Higienópolis
01244-050 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 3154-7050

Formação acadêmica/titulação

2008

Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Sexualidade no Estudo SABE,
Orientador: Yeda Aparecida Oliveira Duarte.
Palavras-chave: Sexualidade; Velhice; Gerontologia; Gênero/sexualidade; Envelhecimento.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.

1997 - 2000

Mestrado em Gerontologia (Conceito CAPES 3).
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: O Homem de Pijama: o imaginário masculino em relação à aposentadoria, Ano de Obtenção: 2000.
Orientador: Elisabeth Frohlich Mercadante.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
Palavras-chave: Aposentadoria; Envelhecimento; Gerontologia; Masculinidade; Velhice.
Grande área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia.

1993 - 1995

Especialização em Psicoterapia Reichiana. (Carga Horária: 360h).
Instituto Sedes Sapientiae, SEDES, Brasil.
Título: Não foi exigida monografia para conclusão do curso.

1981 - 1989

Graduação em Psicologia.
Universidade Metodista de São Paulo, UMESP, Brasil.

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4648711010185688>

Última atualização do currículo em 11/10/2012

Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP (1982), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Enfermagem pela Universidade de São Paulo - área: Gerontologia. Pós Doutorado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP com estágio no Sealy Center on Aging - University of Texas Medical Branch (2005). Atualmente é Professora Associada da Universidade de São Paulo. É pesquisadora do Estudo SABE - Saúde, Bem estar e Envelhecimento, estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo. Coordenou o Estudo longitudinal sobre os determinantes de fragilidade em pessoas idosas em velhice avançada. Foi responsável pela criação do primeiro Curso de Graduação em Gerontologia sediado na Universidade de São Paulo. É co-lider do Grupo de pesquisa "Saúde Pública e Envelhecimento". Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Geriatria e Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: idosos, assistência domiciliária, estudo sabe, envelhecimento e gerontologia. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
Nome em citações bibliográficas	DUARTE, Y. A. O.; de Oliveira Duarte, Y. A.; Duarte, Y.; Duarte, Yeda Aparecida Oliveira
Sexo	Feminino

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 3o. andar - Sala 318
Cerqueira Cesar
05403-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617544
Ramal: 7500
Fax: (11) 30617546
URL da Homepage: <http://www.ee.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

2005

Livre-docência.
Escola de Enfermagem da Usp.
Título: Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe, Ano de obtenção: 2005.

Palavras-chave: envelhecimento; funcionalidade; arranjos domiciliares; Estudo SABE.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Gerontologia / Especialidade: Gerontologia.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia / Especialidade: Gerontologia.

Setores de atividade: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde; Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

2004 - 2005

Pós-Doutorado.

Faculdade de Saúde Pública da Usp.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Gerontologia.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem de Saúde Pública / Especialidade: Epidemiologia.

1997 - 2001

Doutorado em Enfermagem (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Família: recurso terapêutico ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares"., Ano de obtenção: 2001.

Orientador: Tamara Iwanow Cianciarullo.

Palavras-chave: família; idosos; cuidadores; Avaliação de Famílias; Rede de suporte Social.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Médico-Cirúrgica /

Especialidade: Geriatria e Gerontologia.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Médico-Cirúrgica /

Especialidade: Assistência Domiciliária.

Setores de atividade: Saúde Humana.