

INTERFERÊNCIA DA SAÚDE BUCAL NA VIDA AFETIVA E SEXUAL DO IDOSO

Carlos Alberto Dias¹; Caroline Magalhães Alcântara²; Lorena Cristina Salgado Dias³; Lucas Napoli dos Santos⁴; Suely Maria Rodrigues⁵; Valquiria Gonçalves Pereira⁶

INTERFERENCE OF THE MOUTHPIECE HEALTH IN THE AFFECTIVE AND SEXUAL LIFE IN ELDERLY PEOPLE

Resumo: O crescimento da população idosa nos últimos anos impulsiona a produção de estudos voltados para essa faixa etária. O presente estudo teve por objetivo investigar a interferência da condição de saúde bucal na vida afetiva e sexual de idosos residentes na cidade de Governador Valadares. Para tanto, utilizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados a partir de um exame clínico da cavidade bucal, auto-avaliação de saúde bucal e entrevista psicológica. A condição de saúde bucal dos idosos participantes é insatisfatória. Tal situação gera impactos negativos referentes à qualidade de vida desses longevos. A maior parte dos idosos entrevistados possui vida sexual ativa. Entretanto, em seus depoimentos revelaram que a baixa condição de saúde bucal na qual se encontram, vem interferindo diretamente em momentos de trocas de carinhos com seus parceiros, afetando assim uma vivência saudável da sexualidade.

Palavras-chave: Idoso. Saúde bucal. Relações afetivas. Relações sexuais.

Abstract: The great growth of the elderly population in recent years have stimulated the production of studies according to the factors associated to this age. The present study had the objective to investigate the interference of the condition of mouthpiece health in the affective and sexual life of elderly residents in the city of Governador Valadares. The data were collected from a clinical examination of the mouthpiece socket, an auto-evaluation of mouthpiece health and psychological interview. We can observe that the condition of mouthpiece health of the aged ones are very unsatisfactory. Such situation generates negative impacts to the quality of life of these elderly people. It was showed in the speech of some elderly people, the low condition of the mouthpiece health in which they are found, interfere in the moments of exchanges affections with their partners, affecting their sexual livelihood.

Keywords: Elderly people. Mouthpiece health. Affective relations. Sexual relations.

Os dados utilizados na elaboração desse artigo fazem parte da pesquisa *Influência da condição de saúde bucal do idoso em sua atividade social*, aprovada e fomentada pela FAPEMIG, conforme Termo de Outorga relativo ao Processo Nº: EDT-3331-06.

¹ Doutor em Psicologia pela Université de Picardie Jules Verne/França, com experiência em Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais. Professor do Curso de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce. Atua nas seguintes linhas no campo da pesquisa: (1) Subjetividade, representações e território e (2) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde. e-mail: cdias@univale.br

² Universidade vale do Rio Doce

³ Universidade vale do Rio Doce

⁴ Universidade vale do Rio Doce

⁵ Universidade vale do Rio Doce

⁶ Universidade vale do Rio Doce

Introdução

Na história das civilizações que precederam a modernidade, envelhecer não era uma constância. O tempo médio de vida do homem era consideravelmente curto. Isso se dava pelo fato das precárias condições de vida em que as pessoas viviam, a baixa resistência às doenças e desconhecimentos das mesmas (DUARTE, 2002).

Diferentemente do passado, a partir do último século o envelhecimento populacional tornou-se um processo que atinge necessariamente todo o mundo. Com efeito, o Brasil vem passando pela mesma situação, já que indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos presentes na população brasileira têm sido cada vez mais freqüentes (CAMARANO, 2002).

A população atual vem se tornando cada vez mais idosa devido a três processos: elevadas taxas de natalidade em meados do século XX; queda das taxas de fecundidade na atualidade e aumento da longevidade. Em decorrência, a terceira idade deixou de ser privilégio de poucos ou até mesmo algo inesperado. Graças aos programas de saneamento e a melhoria de qualidade de vida das populações modernas, o tempo vivido por um indivíduo tornou-se cada vez mais elevado (CAMARANO, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1940 o indivíduo brasileiro nem sempre conseguia atingir os 50 anos de idade, já que sua expectativa era de 45,50 anos. As melhorias no campo da medicina e condições de vida fizeram com que a expectativa de vida ao nascer em 2008, 68 anos depois, elevasse 27,28 anos, atingindo os 72,78 anos. Seguindo essa projeção, o Brasil em 2050 terá uma expectativa de 81,29 anos, nivelando à países como Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20), e Japão (82,60). A esperança de vida ao nascer de indivíduos do sexo feminino é maior. Em 2008, o diferencial entre os sexos foi de 7,60, sendo que a esperança de vida ao nascer para indivíduos do sexo masculino era de 69,06, contrapondo as mulheres com 76,66 anos (IBGE, 2008).

O aumento da longevidade da população brasileira pode ser considerado uma importante aquisição para o País em termos de melhoria das condições de vida. Contudo, tal conquista indica desafios a serem vencidos. Segundo Benedetti; Mello; Gonçalves, (2007) junto a esse aumento da expectativa de vida, tem-se o aumento das demandas e necessidades do indivíduo longo.

Dentre elas, vale destacar a precária saúde bucal dessa população que revela a fragilidade dos sistemas e políticas de saúde que lhe dizem respeito anteriormente implantados.

A Política Nacional do Idoso, apesar do caráter recente de seus maiores avanços como o Estatuto do Idoso, é resultado de um processo que vem se desenvolvendo desde a década de 70. Um exemplo disso é o I Seminário Nacional de Estratégias de Políticas Social do Idoso, ocorrido em 1976. Os eventos posteriores foram se compondo gradativamente de profissionais de Geriatria e Gerontologia e técnicos de Saúde e Previdência Social (GÓES, 2007).

No dia 1º de Outubro de 2003 foi publicado o Estatuto do Idoso, que só passou a vigorar após 90 dias desta data. Góes (2007) afirma que o Estatuto descreve os direitos essenciais tais como a proteção ao direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, aos alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte.

Segundo Marziale (2003), têm ocorrido capacitações de recursos humanos na área da saúde com vistas a garantir a efetividade do atendimento ao idoso. Tais capacitações se destinam à atuação em unidades geriátricas já que profissionais que atuam nesta área necessitam especializar-se nas áreas de Geriatria e Gerontologia Social, conforme o artigo 18º do Estatuto do Idoso:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, p. 6).

Sendo a capacitação um fator indispensável à qualidade dos atendimentos, é importante que seja reavaliado o ensino desses profissionais desde a graduação, dando ênfase ao processo do envelhecimento (Gerontologia) e da saúde-doença dos idosos (Geriatria) (MARZIALE, 2003).

Tal capacitação deve estar aliada a políticas de assistência à saúde. Como vimos, a saúde bucal é um dos setores cuja demanda é de grande extensão. No Brasil, ainda não existe uma política de saúde bucal voltada exclusivamente para a terceira idade. No entanto, nos últimos anos, tem-se visto a criação de políticas de abrangência a todas as faixas etárias. A esse respeito Gilberto Alfredo Pucca Jr. (2006), Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em entrevista à Revista Ciência & Saúde Coletiva afirma:

O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde. É a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que fosse maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002. Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (p. 243).

A valorização da saúde bucal pelas pessoas não tem sido muito comum nas últimas décadas. A prevenção por parte dos cirurgiões dentistas só começou a ser efetiva no final da década de 70. Consequentemente, a terceira idade tem sofrido com isso por estar apresentando uma saúde bucal de baixa qualidade. Os serviços públicos que se destinam ao atendimento odontológico possuem uma restrita capacidade de atendimentos à crianças e adolescentes. Aos adultos e idosos, se restringem apenas à prática da exodontia, ou seja, a extração de dentes. No Brasil, a saúde bucal dos idosos muitas vezes tem sido deixada de lado, e o edentulismo, que é a perda dos dentes, tem sido aceita pela sociedade como algo natural do envelhecimento (ROSA; FERNANDEZ; PINTO; RAMOS, 1992).

Moreira; Nico; Tomita; Ruiz (2005) faz referência ao Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000 (Projeto SB BRASIL, 2003), em que ficou constatada a precariedade da saúde bucal do idoso brasileiro. O autor sintetiza os resultados desse levantamento nos seguintes termos:

O índice CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas consequências (obturação/extração). No caso dos idosos, ressaltou-se uma maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição porcentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% e 32,4% necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente, sendo a prótese total a que apresentava maior necessidade, entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo (MOREIRA et al., 2005, p. 1666).

Colussi; Freitas; Calvo (2004) verificaram em seus estudos que o número de idosos edêntulos tem tido uma importante redução. Entretanto, os dentes que restam na cavidade bucal fazem com que o risco de se desenvolver novas lesões de cárie seja elevado. Sendo assim, o índice de CPOD não apresenta redução, e sim uma mudança em que o componente "Cariado" e/ou "Obturado" possui uma maior participação do que o componente “Perdido”.

Silvia; Sousa; Wada (2005), entendem que vem aumentando o interesse em estudos que abordem a influência da condição da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Tratam-se de estudos que abrangem não apenas as conseqüências físicas, mas também as sociais e psicológicas (psicossociais). O presente estudo se insere nessa mesma via. Busca-se aqui refletir sobre a influência da condição da saúde bucal do indivíduo idoso sobre sua vida afetiva e sexual partindo-se do princípio de que esta última é fundamental para a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

O estudo racional e científico da sexualidade humana só se tornou possível a partir do advento do Iluminismo. Não obstante, até a década de 60, os mitos e tabus referentes ao domínio sexual ainda se faziam muito presentes na mente dos pesquisadores. Entre o final do século XIX e meados do século XX, Henry H. Ellis (1859-1939) e Sigmund Freud (1856-1936) ousaram abordar a sexualidade a partir de um viés empírico, mas tiveram seus achados repreendidos e censurados na época. Ainda assim, as teorias de Freud resistiram e foram incorporadas à cultura, constituindo-se em um forte referencial para a discussão sobre a sexualidade na contemporaneidade. Nos dias atuais pode-se observar um intenso crescimento de estudos científicos que abordam a temática da sexualidade seja por um prisma puramente epidemiológico seja buscando evidenciar fatores de ordem biopsicossocial relacionados (GIR; NOGUEIRA; PELA, 2000).

Partindo da idéia de que cada indivíduo vivencia sua velhice de forma particular, esboçada anteriormente, a experiência da sexualidade nesta etapa da vida não poderia ser diferente. Entretanto, existem alguns fatores que podem vir a interferir na vivência de uma sexualidade saudável por parte dos idosos. Apesar de toda a evolução que se tem verificado, a sexualidade e tudo que se relaciona a ela, ainda permanece associada a muitos preconceitos, mitos e tabus que impedem o real conhecimento do assunto (GIR et al., 2000).

Pellegrini Júnior (1999) cita em seus estudos alguns preconceitos comuns acerca da sexualidade na terceira idade: (1) possui como único objetivo a reprodução; (2) é algo a ser vivido apenas na juventude; e (3) os idosos são seres sábios, puros, santos e assexuados, e que qualquer demonstração de sexualidade é visto como imoralidade.

Antes dos estudos de Henry H. Ellis e Sigmund Freud acreditava-se que a função sexual era perdida por volta dos cinqüenta anos, e que esse processo era inevitável. Tal crença estava

associada às mudanças fisiológicas ocorridas no ser humano, como a menopausa feminina e as disfunções da ereção masculina. Assim, o sentido da vivência da sexualidade ficava restrito à eficiência e reprodução dando a entender que ao tornar-se idoso o indivíduo deveria conformar-se em abandonar a atividade sexual (VASCONCELLOS et al., 2004).

O desejo sexual, apesar do avançar da idade, dificilmente se acaba em sua totalidade. Embora a capacidade sexual tenda a diminuir, o desejo permanece, e por isso o mito de que o idoso não tem desejo é inválido. A cultura reforça tal mito quando rotula um idoso que manifesta seus desejos sexuais como indecente. A sociedade, então, ao recriminar tais manifestações, faz com que o idoso acabe por não vivenciar sua sexualidade (MADEIRA, 2007).

As alterações fisiológicas decorrentes da idade é outra variável que poder vir a prejudicar a vivência da sexualidade na terceira idade. Vono (2007) afirma que as alterações fisiológicas masculinas que estão diretamente ligadas à vivência de sua sexualidade são: flacidez na ereção; maior tempo para a obtenção do orgasmo e menor tempo de duração do mesmo; redução das ereções noturnas involuntárias; retardo e menor intensidade da ejaculação; aumento do período refratário.

Ribeiro Filho (2006) acredita que a sociedade tem uma idéia muito limitada da sexualidade, principalmente da masculina, acreditando que sua normalidade se restrinja a se ter uma ereção. A vivência da sexualidade tem muito a ver com a interação de fatores tanto culturais como sociais e psicológicos. Algumas doenças podem vir a prejudicar a vivência da sexualidade saudável por parte dos idosos, mas é importante que se enfatize que essas doenças que culminam na perda da qualidade na sexualidade não fazem parte do processo normal de envelhecimento.

No caso da mulher, é preciso considerar que ela atravessa uma fase caracterizada pelo fim da menstruação. Esta etapa é uma condição normal da mulher e marca o fim de seu período reprodutivo, conhecido como menopausa (FREITAS; PIMENTA, 2006). Junto com a menopausa a mulher vivencia algumas mudanças relativas a transformações em seu sistema familiar. Essa família agora vivencia o crescimento dos filhos, e para a idosa, a perda do papel de cuidadora imprescindível reduz sua auto-estima. Associado a esse fator tem-se algumas vezes o sentimento da perda da feminilidade e a perda da resposta sexual. No entanto, tais mudanças podem ser até benéficas para o idoso que permanece casado. A nova situação familiar pode vir a contribuir para

a vivência da sexualidade, visto que com a redução dos compromissos familiares, restará mais tempo para redescobrir os desejos e sensualidades do casal (SEIXAS, 1998).

A mulher na menopausa sofre algumas mudanças em sua fisiologia e anatomia genital e também em todo o organismo uma vez que os hormônios estrógenos e progestágenos diminuem consideravelmente gerando as seguintes alterações: diminuição dos ovários, regressão do útero ao tamanho pré-púbere, atrofia do endométrio e da mucosa do colo uterino, e a diminuição da capacidade de lubrificação vaginal. Segundo Vono (2007) a mulher idosa preocupa-se mais com a perda do seu aspecto jovial do que com a função sexual. Em outros termos a estética facial e bucal passam a ocupar um centro de interesse. Nesse sentido a percepção que o sujeito tem de sua Saúde Bucal torna-se um elemento importante no processo de promoção da saúde.

Poder-se-ia dizer que o alcance de uma saúde de qualidade na terceira idade implica na realização de um processo no qual o idoso seja orientado a estabelecer relações entre: sua real condição de saúde bucal, sua busca por uma melhor estética bucal e sua auto-percepção quanto a esse campo da saúde. Através desse processo o idoso passa a ser um agente pela busca de uma condição de saúde bucal capaz de atender suas expectativas, contribuindo, por conseguinte na elevação de sua auto-estima (HIRAMATSU, 2006).

O conceito de auto-estima possui diversas definições. Vargas; Dantas; Gois (2005) o define como um ato positivo ou negativo em relação ao self. Já Gobitta; Guzzo (2002) vêm afirmar que a auto-estima relaciona-se intimamente com saúde e bem estar emocional do sujeito sendo algo extremamente complexo. Desse modo, pode-se observar que a percepção que o idoso tem de sua saúde bucal muito contribui para sua qualidade de vida. Almeida (2007) ao retratar as teorias sexuais de Freud, relata que a boca é considerada uma zona erógena, ou seja, uma parte do corpo onde há muita satisfação e prazer.

Freud (1905/1996) em seus famosos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, postula a existência de duas fases de organização sexual anteriores a fase genital. São elas: a fase oral e a fase anal. Após a conquista da fase genital, essas fases não são abandonadas por completo. O que ocorre normalmente é que seus resquícios subsistam na vida do indivíduo na forma de comportamentos preliminares ao ato sexual em si. Vem daí o caráter erótico do beijo, por exemplo. Nesse sentido, o cuidado com a boca extrapola a simples manutenção sadia de um órgão do corpo e adquire uma significação erótica (FREUD, 1996).

Foi no intuito de investigar se a condição de saúde bucal de idosos residentes na cidade de Governador Valadares, interfere em sua vida afetiva e sexual, é que foram desenvolvidas as atividades nas quais coletou-se os dados que serão descritos e comentados nesse texto.

Metodologia

Este projeto envolveu uma pesquisa de caráter analítica e descritiva. A metodologia adotada utilizou uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Os dados quantitativos, coletados através de questões fechadas, produziram um banco de dados que permitiram análise estatística das variáveis pesquisadas e verificação de uma hipótese de forma dedutiva. Já os dados qualitativos, coletados através de questões abertas, permitiram conhecer o modo como os sujeitos da investigação experimentam e interpretam suas experiências individuais e o modo como se relacionam com o contexto social em que vivem.

Governador Valadares possui 259.405 habitantes (IBGE, 2008), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. A amostra dos idosos foi censitária, ou seja, constituída por todos os idosos atendidos na disciplina de Estágio Supervisionado em Odontogeriatrics, do curso de Odontologia da FACS/UNIVALE, no ano de 2007 e 2008.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, em qualquer estado funcional, residentes em Governador Valadares (MG), usuários da Clínica Odontogeriatrics da FACS/UNIVALE. Contudo, os idosos que não concordaram em participar da pesquisa foram excluídos do estudo.

Para a condição de saúde bucal, os pesquisadores foram submetidos a um processo de calibração (inter-examinador), de acordo com a metodologia recomendada para levantamentos básicos de saúde bucal. Para verificação da concordância o Índice Kappa foi empregado. Nesta etapa, os pesquisadores examinaram em dois momentos distintos com intervalo de sete dias, uma população similar a do estudo.

Buscando testar o método de trabalho e os processos técnicos envolvidos na execução do experimento, um estudo piloto foi realizado com 10 indivíduos, utilizando todos os critérios de inclusão e exclusão, porém esses indivíduos não foram considerados para o estudo principal. Segundo Marconi; Lakatos (1990), a importância do Estudo Piloto consiste na possibilidade de

verificar se os dados a serem levantados apresentam fidedignidade, validade e operacionalidade, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

Os dados foram coletados a partir de um exame clínico da cavidade bucal, uma auto-avaliação de saúde bucal (utilizando o GOHAI) e entrevista psicológica estruturada realizada antes do tratamento odontológico.

A condição de saúde bucal foi verificada através de dados subjetivos e normativos. Os dados subjetivos foram coletados por meio do Índice Geriátrico para Avaliação de Saúde Bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI). Este índice foi desenvolvido e empregado por Atchison (1990), e busca conhecer o grau do impacto psicossocial (preocupação ou insatisfação com aparência e os relacionamentos), associado às doenças bucais além de avaliar a eficácia do tratamento odontológico. É composto por 12 questões fechadas a respeito de problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. Os entrevistados responderam se já experimentaram quaisquer dos problemas relatados ao longo dos últimos três meses, em uma das seguintes condições: sempre, às vezes ou nunca, as quais receberam os respectivos escores 1, 3 e 5. Os escores correspondentes às respostas de cada indivíduo foram somados, observando-se que a contagem dos escores correspondente às questões 3, 5 e 7 foi feita inversamente. Desta maneira obteve-se o escore final de cada indivíduo. Foram considerados três níveis de saúde bucal relativo ao escore final obtido para cada sujeito: valores de 57 a 60 corresponderam a um alto escore (boa saúde bucal), valores de 51 a 56 corresponderam a um escore moderado (saúde bucal regular) e valores iguais ou menores que 50 corresponderam a um baixo escore (saúde bucal precária). Boa saúde bucal é definida como ausência de dor e infecção; uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel na sociedade (DOLAN, 1997).

Os dados normativos foram observados por meio de um Exame clínico, que teve por objetivo avaliar as condições de saúde bucal e detectar possíveis alterações. Este exame foi realizado por uma acadêmica bolsista de odontologia, devidamente paramentada, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção.

As condições bucais foram avaliadas utilizando-se os indicadores: CPO-D (que totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados), CPI (Índice Periodontal), alteração de mucosa, uso e

necessidade de prótese. Todos estes dados foram registrados em uma ficha clínica especialmente desenvolvida para este estudo.

A entrevista psicológica constituiu-se de questões abertas e fechadas de múltipla escolha. As variáveis incluídas nestas questões permitiram identificar o perfil dos indivíduos idosos e conhecer suas percepções e sentimentos em relação a sua vida pessoal, familiar e social associados à condição de saúde bucal.

A entrevista foi realizada em uma sala de espera (anexa à clínica de atendimento odontológico), antes do início do tratamento odontológico. Em todas as entrevistas manteve-se o caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para fazer seus relatos.

Inicialmente, foi realizada uma reunião com os indivíduos idosos, a fim de dar-lhes informações sobre os objetivos do trabalho, bem como os procedimentos aos quais seriam submetidos (preenchimento do GOHAI, exame clínico, entrevistas psicológicas) assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação, reforçando que a pesquisa possuía caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dado se deu em três momentos: aplicação do GOHAI; realização do exame clínico; e entrevista psicológica. Todos esses procedimentos foram executados antes de iniciar o atendimento odontológico (primeiro dia de consulta na Faculdade).

Os dados quantitativos foram processados utilizando-se os softwares SPHINX e SPSS, que organizaram os dados, fornecendo análise descritiva de percentuais e associações previstas entre as variáveis clínicas e subjetivas. Já os dados qualitativos foram apurados a partir da técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2009). As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias e as falas analisadas, dentro de cada tema.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade através do parecer CEP/UNIVALE 73/2006. Todos os idosos que aceitaram participar de tal estudo assinaram o TCLE.

Resultados e Discussão

Participaram do presente estudo 36 idosos de ambos os gêneros, com vida sexual ativa. A idade média dos indivíduos do sexo masculino foi de 68,5 ($\pm 6,3$) e do feminino 63,5 ($\pm 18,7$). Quanto ao gênero, a maioria é do sexo masculino (61,1%). De forma similar, quanto ao estado civil, prevalecem os casados (91,7%) (Quadro 1).

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Idade (anos)		
60-69	63,9%	23
70-79	30,6%	11
80 e mais	5,6%	2
Gênero		
Masculino	61,1%	22
Feminino	38,9%	14
Estado civil		
Casado (a)	91,7%	33
Viúvo (a)	5,6%	2
Separado/Divorciado	2,80%	1
Situação profissional		
Aposentado/Pensionista	80,6%	29
Trabalha por conta própria ou é assalariado	11,1%	4
Do lar	8,3%	3
Grau de instrução		
Sem escolaridade	19,4%	7
Ensino fundamental incompleto	63,9%	23
Ensino fundamental completo	2,8%	1
Ensino Médio completo	5,6%	2
Superior completo	8,3%	3

Quadro 1: Características sócio-demográficas da amostra de idosos (n=36).

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

Devido ao menor número de óbitos femininos tem ocorrido nos últimos anos um processo de feminização da população idosa (NEGREIROS, 2004). Contudo, os dados do presente estudo aparentemente constituem exceção a essa tendência. Essa ocorrência pode estar relacionada ao fato de que nessa investigação foram objetos de estudo apenas idosos com vida sexual ativa. Nesse aspecto em particular estudos tem demonstrado que, em média, os homens têm 1,7 relações sexuais a mais do que as mulheres (OLIVI; SANTANA; MATHIAS, 2008).

Para avaliar a condição de saúde bucal, foi utilizado o índice de CPO-D. Este índice, segundo Cypriano; Sousa; Wada (2005) tem sido muito utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, e é o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda. Ele tem por

finalidade identificar a média de dentes cariados, perdidos e obturados. Os dados coletados indicam que o índice CPO-D dos entrevistados foi de 26,8. Observou-se também que a maioria dos idosos possui mais de 20 dentes perdidos na cavidade bucal. Gaião; Almeida; Heukelbach (2005), em seus estudos, também verificaram que o índice de CPO-D dos idosos por eles estudados foi elevado, com valor de 29,73. O componente *dente perdido* apresentou o valor mais elevado (28,42), e entre os idosos de sua amostra, quase 90% dos dentes encontravam-se perdidos (Quadro 2).

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Dentes Perdidos		
20 e mais	61,1%	22
Menos de 20	38,9%	14
Edentulismo*		
Parcial	61,1%	44
Total	38,9%	28
Uso de prótese*		
Sem prótese	43,3%	29
Prótese total removível	32,8%	22
Prótese parcial removível	16,4%	11
Prótese fixa	6,0%	4
Prótese parcial provisória	1,5%	1
Necessidade de prótese*		
Prótese parcial	60,3%	35
Prótese total	31,0%	18
Sem necessidade	8,6%	5
Índice de Cariados, perdidos e obturados		
	Valor	
CPO-D	26,8	

Quadro 2: Condição de saúde bucal da amostra de idosos (n=36).

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

*Múltiplas resposta

Na presente pesquisa, observou-se que uma parcela significativa de idosos possui edentulismo parcial (38,9%). Em seus achados, Colussi et al. (2004) verificaram que os estudos epidemiológicos voltados para a população idosa no Brasil evidenciam que em média, 68% desses indivíduos são edêntulos. Narvai; Antunes (2003) verificaram em sua pesquisa, que 83,8% dos idosos entrevistados haviam perdido a metade ou mais dos dentes, e que apenas 0,6% da amostra responderam possuir todos os dentes (Quadro 2).

Um dos fatores que evidenciou a baixa condição de saúde bucal do grupo investigado é o nível de escolaridade dos participantes que em sua maioria (63,90%) possuem o ensino fundamental

· Indivíduos que em função de motivos diversos perderam parte ou a totalidade dos dentes.

incompleto. Esse resultado está de acordo com a literatura (BONAN et al., 2008), segundo a qual tanto o edentulismo parcial quanto o total tem sido comumente observados em indivíduos idosos com baixo nível socioeconômico-cultural (Quadro 1).

Observou-se que embora a maioria dos participantes (91,4%) apresente necessidade de alguma prótese removível, uma parcela significativa (43,3%) não fazia uso de nenhum desse tipo de prótese (Quadro 2). Deve-se atentar para o fato de que apesar do uso de prótese dentária removível solucionar aparentemente os incômodos do edentulismo, esse recurso não é um substituto perfeito para a dentição natural. Sobre este aspecto, Colussi; Freitas (2002) observam:

[...] a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e principalmente, a mastigação. Um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%, em pessoas que usam prótese total, essa capacidade é de 25% (p. 1317).

A autopercepção de saúde bucal medida pelo GOHAI demonstrou que a maior parte (69,4%) dos idosos considerou sua saúde bucal como precária. Dias et al. (2007) também encontraram em seus estudos resultados semelhantes, em que a maioria dos idosos entrevistados (69,6%) considerou sua saúde bucal como precária. Nota-se que a autopercepção dos idosos referente a sua saúde bucal não está distante da realidade. Segundo Silva; Sousa; Wada (2004), a saúde bucal da população longeva tem se encontrado realmente numa situação precária, com muitos idosos edêntulos, e necessitando de próteses. Colussi; Freitas (2002) acreditam que essa condição inadequada da saúde bucal do idoso se deve muitas vezes a falta de políticas preventivas e aos escassos estudos voltados para os problemas bucais de idosos (Quadro 3).

GOHAI	Porcentagem	Freqüência
Precária	69,4%	25
Regular	22,2%	8
Boa	8,3%	3

Quadro 3: Distribuição e porcentagem dos valores totais do Índice **GOHAI**

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

A demonstração de afeto e carinho (Quadro 4) entre participantes do estudo foi relatada como um comportamento rotineiro na vida do casal, revelando assim, um bom relacionamento afetivo. Fragmentos do discurso de dois participantes ilustram essa situação:

Conversamos muito sobre o relacionamento e sobre tudo, [...] nos damos muito bem, nos amamos muito [...]. (S. C. S., 77 anos, sexo masculino).

O meu relacionamento é muito bom. Família unida em função do casal é um servindo o outro, com muito carinho, conversa e amor, sem amor você não faz nada (L. L. S., 70 anos, sexo feminino).

Sabe-se que todas as manifestações de afeto como momentos de carinho se fazem muito importante para um bom relacionamento sexual. Catusso (2005, p. 3) vem nos dizer que “A sexualidade na terceira idade, assim como nas demais faixas etárias, não se refere somente ao ato sexual em si, mas à troca de afeto, carinho, companheirismo [...]”.

Analisando o relato a respeito da iniciativa na hora do sexo (Quadro 4), percebeu-se que tanto os homens quanto as mulheres tem tido a iniciativa para a realização do ato sexual. Tais resultados se mostram contrários ao senso comum de que na terceira idade as mulheres são passivas sexualmente e que apenas o homem toma a iniciativa para a relação sexual. O fragmento do discurso de uma participante exemplifica como ocorre o processo de aproximação do casal antes da realização do coito.

A vida íntima começa desde de manhã, a forma que é tratada. Tem a conversa e o carinho. Os dois têm que tomar a iniciativa, porque sexo são os dois, e não se faz sozinho (L. L. S. 70 anos, sexo feminino).

Conforme afirma Bento (2001), as revoluções ocorridas na história concernentes à vivência sexual, principalmente a partir da década de 60, fizeram com que o prazer sexual não fosse privilégio apenas dos homens, mas um direito legítimo também da mulher. A partir desse ponto de vista, a reciprocidade do prazer sexual no relacionamento do casal assumiu grande relevância, de modo que atualmente a realização do prazer sexual recíproco é um elemento-chave na manutenção ou dissolução do relacionamento.

Evidenciou-se que uma maior parcela (41,7%) dos entrevistados afirma que raramente possuem alguma dificuldade que possa interferir na relação sexual. Isso pode vir a justificar uma frequência elevada de relações sexuais entre os casais, que, como verificado, ocorrem em média uma vez por semana. Tais dados podem parecer implausíveis considerando as várias mudanças fisiológicas pelas quais passam os indivíduos na terceira idade. Sabe-se que tais mudanças podem vir a prejudicar a função sexual. Entretanto, é preciso atentar para a possibilidade de que tais mudanças possam ser dribladas por meio de adaptações. Dantas; Silva; Loures (2002) entendem que a atividade sexual é uma função fisiológica, como a digestão e a respiração. Apesar das alterações que ocorrem na fisiologia tanto da mulher quanto do homem longo, havendo uma

boa adaptação às mudanças, o interesse sexual pode permanecer por parte desses indivíduos até longas idades.

Variáveis	Porcentagem	Frequência
Existência de trocas de carinho		
Sim	86,1%	31
Não	13,9%	5
Iniciativa na hora do sexo		
Ambos	52,8%	19
Entrevistado	27,8%	10
Parceiro do entrevistado	19,4%	7
Dificuldade para realização do ato sexual		
Raramente	41,7%	15
Nunca	30,6%	11
Frequentemente	19,4%	7
Nunca	8,3%	3
Frequência de atividade sexual		
Uma vez por semana	50,0%	18
Uma vez a cada quinze dias	19,4%	7
Uma vez por mês	16,7%	6
Outro	8,3%	3
Raramente	5,6%	2
Inapetência		
Digo que não estou com vontade	58,3%	21
Outro	25,0%	9
Tenho relações atendendo às necessidades do meu parceiro	16,7%	6
Descompasso		
Respeito a recusa do meu parceiro e paro de insistir	66,7%	24
Outro	24,3%	9
Procuo pensar em outra coisa até que a vontade passe	5,4%	2
Insisto até conseguir o que desejo	2,7%	1

Quadro 4: Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à vida afetiva e sexual em idosos (n=36)

Fonte: Pesquisa de campo 2008

Casos válidos: 36

Quando perguntados sobre qual atitude do entrevistado quando este não sente vontade de realizar o ato sexual, mas seu parceiro sim, a maioria relata que simplesmente diz que não está com vontade (Quadro 4). Entretanto, quando é o próprio entrevistado que demonstra tal interesse, mas seu parceiro não compartilha com seu desejo, a maioria respeita a recusa e pára de insistir. Tal respeito entre os parceiros pode ser uma das variáveis que contribui para bom relacionamento que

os entrevistados demonstram em relação a seus parceiros, conforme relatado pela maioria. Bento (2001) evidencia a importância do diálogo em uma relação amorosa. No entanto, segundo o autor, quando se trata da sexualidade, muitas vezes esse diálogo não se concretiza. Frequentemente, a recusa na hora do sexo muitas vezes provoca no outro um grande sentimento de incompreensão, rejeição e angústia. Diante desses sentimentos o diálogo necessário em uma relação dá lugar ao silêncio.

Quanto à interferência da condição de saúde bucal na vida afetiva e sexual, observou-se que numa comparação entre os gêneros, os homens demonstram que há pouca ou nenhuma interferência. Entretanto, as mulheres parecem estar mais atentas aos impactos de uma saúde bucal insatisfatória sobre sua vida afetiva e sexual. Os fragmentos abaixo ilustram tal asserção.

O cartão de visita são os dentes (A. A. T. R., 63 anos, sexo feminino).

Não beijo mais porque sinto muita dor de dente (L. B. A., 66 anos, sexo feminino).

Porque é muito desagradável ficar com mau hálito, e quando não tem é melhor né? Dá para ficar mais a vontade (M. D. S., 67 anos, sexo feminino).

Catusso (2005) observou num estudo realizado com idosos, que o fator físico era um dos elementos que mais interferiam sobre a vida sexual dos casais. Muitas doenças que não são devidas ao envelhecimento, mas são tradicionalmente associadas a esse processo se revelaram como potencialmente prejudiciais à sexualidade.

Apesar do autor não fazer referência à saúde bucal pode-se estender suas conclusões também a esse tema. A condição de edentulismo, no entanto, confere uma aparência desagradável à boca e, por conseguinte, reduzem os atrativos pessoais que induzem à relação sexual. Como exemplo, tem-se duas falas de idosas entrevistadas:

A boca murcha é ruim para beijar (J. J. C., 61 anos, sexo feminino).

Sim, afeta muito. Eu me sinto envergonhada. Atrapalha na troca de carinho e de beijar (C. D. S. 72 anos, sexo feminino).

Com base nos fragmentos apresentados, pode-se afirmar que problemas bucais tendem a incidir diretamente sobre a auto-estima do idoso reduzindo-a e fazendo com que ele se sinta menos capacitado para uma relação sexual. Como afirma Catusso (2005), a auto-estima é um dos fatores que colabora na vivência da sexualidade.

Conclusões

Com este estudo, pode-se perceber que a condição de saúde bucal do idoso nos tempos atuais ainda se encontra bastante insatisfatória. Detectou-se grande número de edêntulos no grupo investigado, sendo que parte significativa necessita de algum tipo de prótese removível.

A baixa condição da saúde bucal dos idosos gera impactos negativos referentes à qualidade de vida desses longevos. Como verificado, o uso de próteses dentárias não substituiu a dentição natural com real precisão. Contudo, além de influir negativamente em diversos aspectos fisiológicos e orgânicos do indivíduo, as próteses má adaptadas e/ou fraturadas, como também o edentulismo exercem impactos negativos sobre a estética do indivíduo. No caso do idoso, que já vem passando por várias mudanças em sua estética, uma saúde bucal debilitada é um forte agravante na queda de sua auto-estima.

O resultado da autopercepção de saúde bucal (medido pelo GOHAI) foi compatível com os dados normativos obtidos entre os idosos entrevistados. Isso demonstra que os idosos conseguem perceber a condição insatisfatória de sua saúde bucal e seus reflexos nos seus relacionamentos afetivos e sexuais.

Os idosos possuem sim vida sexual ativa. Essa vivência tem se dado numa quantidade bem significativa. As mulheres, apesar de todo o preconceito, tem se mostrado ativas sexualmente tomando a iniciativa para o ato. Entretanto, como evidenciado nos fragmentos de alguns idosos, a baixa condição de saúde bucal na qual se encontram, vem interferindo diretamente em momentos de trocas de carinhos com seus parceiros, afetando a vivência saudável da sexualidade.

Para modificar essa situação, se faz necessário a criação e efetivação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade da saúde bucal. Entretanto, essas ações não devem ser somente curativas, mas também preventivas. Só assim os jovens de hoje poderão na terceira idade serem portadores de uma boa saúde bucal capaz de contribuir para que o idoso futuro tenha elevada auto-estima, viva sem constrangimento sua sexualidade e efetivamente goze de uma boa qualidade de vida.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, B. H. P. Pulsão de Morte: Convergências e Divergências entre Sigmund Freud e Wilhelm Reich. **Centro Reichiano**, Curitiba, 2007.

ATCHISON, K. A. The general oral health assessment index. *Community Dent. Oral Epidem*, v. 24, n. 4. p. 385-389, 1990.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora Setenta Limitada, 2009.

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 6. p. 1683-1690, 2007.

BENTO, B. A. M. Gênero, sexualidade e poder. **Revista Múltipla**, Brasília, v. 6, n.10. p. 79- 99, 2001.

BONAN, P. R. F.; BORGES, S. P.; HAIKAL, D. S.; SILVEIRA, M. F.; MARTELLI-JÚNIOR, H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 2. p. 115-119, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**, 2003. Brasília.

BRASIL. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**, 2008.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para discussão, nº. 858**, p. 1-31, 2002. , Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2002.

CATUSO, M. C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos Epidemiológicos da Saúde Bucal do Idoso no Brasil: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, v. 18, n. 5. p. 1313-1320, 2002.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Brasileira de Epidemiol**, v. 7, n. 1. p. 86-97, 2004.

CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos da cárie dentária. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2. p. 285-292, 2005.

DANTAS, J. M. R.; SILVA, E. M.; LOURES, M. C. Lazer e Sexualidade no Envelhecer Humano. **Estudos Goiânia** v.29, n. 5. p. 1395- 1142, 2002.

DIAS, L. C. S.; CORDEIRO, G. P.; OLIVEIRA, L. S.; PEREIRA, V. G.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A. Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva. In:

XIII Seminário Sobre a Economia Mineira, 2008, Diamantina. **Anais do XIII Seminário Sobre a Economia Mineira. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008.**

DOLAN, T. A. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to Dental Care. **J Dent Educ**, v. 61, n. 1. p. 37-46, 1997.

DUARTE L. T. Envelhecimento: Processo Biopsicossocial. **Biblioteca Virtual de Psicologia Médica**, 2002. Disponível em: < <http://www.psiconica.com/psimed/files/envelhecimento.pdf> >. Acesso em: dez. 2008.

FREITAS, E. V.; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org). Tratado de Gerontologia. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 766-775.

FREUD, S. Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. **Obras psicológicas completas**: Edição Standard Brasileira. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAIAO, L. R.; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. Epidemiol**, v.8, n.3. p. 316-323, 2005.

GIR, E.; NOGUEIRA, M. S.; PELA, N. T. R. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2. p. 33-40, 2000.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo Inventário de Auto-Estima (SEI)- Forma A. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1. p. 143-150, 2002.

GOES, T. K. S. O Conteúdo Sociojurídico do Direito de Inclusão Social do Idoso. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. 5/6. p. 371-382, 2007.

HIRAMATSU, D. A.; FRANCO, L. J.; TOMITA, N. E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11. p. 2441-2448, 2006.

MADEIRA, M. R. C. Sexualidade na terceira idade e a assistência de enfermagem ao idoso: um estudo bibliográfico. SOBRA-CE, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. **Atlas**, São Paulo, 1990.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6. p. 701-706, 2003.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6. p. 1665-1675, 2005.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. A. (Org.). **O Projeto Sabe no município de**

São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 121-140,

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, v. 5, n. 9. p. 77-86, 2004.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Rev. Latino am. enfermagem**, v.16, n. 4. p. 679-685, 2008.

PELEGRINI JÚNIOR, O. Alterações na sexualidade da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 10, n. 1. 1999. São Paulo

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1. p. 243-246, 2006.

RIBEIRA FILHO, S. T. Disfunção Erétil. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org). **Tratado de Gerontologia**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2006. p. 746-750.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3. p. 155-60, 1992.

SEIXAS A. M. R. **Sexualidade feminina**: história, cultura, família, personalidade e psicodrama. São Paulo: Senac, 1998.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R. S.; WADA, R. S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. p. 1251-1259, 2005.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. 2. p. 626-631, 2004.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1. p. 20-27, 2005.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. P.; GIAMI, P. C. A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3. p. 413-419, 2004.

VONO, Z. E. **Enfermagem gerontológica**: atenção à pessoa idosa. São Paulo: Senac, 2007.