

HELENA BRANDÃO VIANA

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
*ASKAS - AGING SEXUAL
KNOWLEDGE AND ATTITUDES
SCALE* EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Texto para defesa apresentado à Pós-graduação
da Faculdade de Educação Física da
Universidade Estadual de Campinas.

Orientador: Profa. Dra. Vera Aparecida Madruga

Campinas
2008

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

HELENA BRANDÃO VIANA

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA
*ASKAS – AGING SEXUAL
KNOWLEDGE AND ATTITUDES
SCALE* EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Campinas
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

V654a	<p>Viana, Helena Brandão. Adaptação e validação da escala ASKAS: Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros / Helena Brandão Viana, SP: [s.n.], 2008.</p> <p>Orientador: Vera Aparecida Madruga Forti. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.</p> <p>1. Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Sexualidade. 4. Tradução e interpretação. 5. Validação. 6. Análise fatorial. Forti, Vera Aparecida Madruga. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.</p> <p>(dilsa/fef)</p>
-------	---

Título em inglês: Cross-cultural adaptation of ASKAS scale: Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale in Brazilian elderly people.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Elderly, Ageing, Sexuality, Translation and interpretation, Validation, Factorial analysis.

Área de Concentração: Atividade Motora Adaptada.

Titulação: Doutorado em Educação Física.

Banca Examinadora: Bellkiss Wilma Romano, Dirceu da Silva, Edinêis de Brito Guirardello, Valdiney Veloso Gouveia.

Data da defesa: 26/06/2008

HELENA BRANDÃO VIANA

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA
ASKAS – AGING SEXUAL KNOWLEDGE
AND ATTITUDES SCALE EM IDOSOS
BRASILEIROS**

Este exemplar corresponde à redação parcial da Tese de doutorado apresentada por Helena Brandão Viana para defesa e foi aprovada pela Comissão julgadora em: 26/06/2008.



Dra. Vera Aparecida Madruga
Orientadora

Campinas
2008

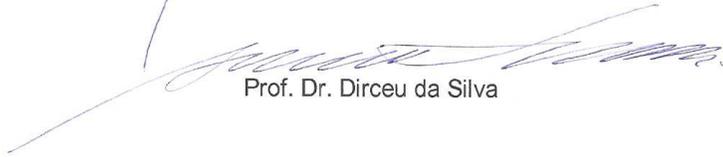
COMISSÃO JULGADORA



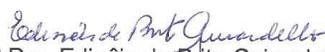
Profª Dra. Vera Aparecida Madruga



Profª Dra. Bellkiss Wilma Romano



Prof. Dr. Dirceu da Silva



Profª Dra. Edinéis de Brito Guirardello



Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, que me proporcionou sabedoria e saúde para iniciar e chegar ao final desta jornada acadêmica com serenidade e alegria. Deus é o meu refúgio e fortaleza.

Aos meus amados filhos, André e Felipe, jovens maravilhosos que sempre apoiaram e valorizaram este trabalho, e tiveram a enorme compreensão nas horas mais tensas. Vocês são a alegria da minha vida e a razão do meu viver. Eu amo muito vocês dois.

Aos meus pais, Sávio e Emiliana, que me acolheram todos estes anos, com carinho e ajudaram no cuidado com meus filhos. Sem vocês a jornada seria muito mais árdua. Pai, Mãe eu amo vocês.

Aos meus queridos irmãos, João, Cecília, Márcia e Sávio pelo amor concedido, apoio irrestrito e por eu saber que posso sempre contar com vocês. Amo todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus todas as oportunidades acadêmicas e pelas pessoas maravilhosas que Ele colocou no meu caminho nessa trajetória do doutorado.

Quero agradecer de coração minha querida orientadora Vera, pelo carinho com que me tratou todos esses anos, pelas oportunidades acadêmicas e profissionais, por abrir sua casa e seu coração para me receber de maneira tão carinhosa. Profissional competente, atarefada por demais, mas que nunca deixou de ter tempo para seus orientandos.

À Cecília, minha primeira luz no tocante ao tema tratado em meus estudos, validação de escalas psicométricas. Obrigada professora, por me aceitar em sua disciplina e me ajudar por todos esses anos a realizar este trabalho. Obrigada pelas reuniões e emails respondidos esclarecendo dúvidas do percurso. Suas orientações na banca de qualificação foram muito importantes.

Edinêis, muito obrigada, pela maneira carinhosa que sempre me tratou e pelas lições importantíssimas que aprendi com você. Obrigada por dividir seu conhecimento de forma tão generosa e contribuir grandemente para este trabalho. Obrigada pelo cuidado na leitura do trabalho e grande contribuição na qualificação.

Querida professora Belkiss, obrigada, por vir às reuniões do comitê, suas observações enriqueceram meu trabalho e sua presença na banca de qualificação me possibilitou pensar sobre fatos que ainda não tinha refletido.

Obrigada querida professora Carmem, por trazer uma nova visão aos trabalhos de adaptação cultural. Nada como ter uma lingüista com tamanha sensibilidade na banca de qualificação. Muito obrigada.

Agradeço a Deus por ter colocado em minha vida e trajetória acadêmica o professor Dirceu. Eu sempre dizia a ele que havia salvado meu dia, às vezes minha vida. Obrigada Dirceu por fazer da estatística um “esoterismo” mais acessível. Você é um professor fantástico e uma pessoa maravilhosa.

Meu agradecimento especial aos profissionais que participaram como juízes na análise deste trabalho. Profissionais da mais alta qualidade como Anita Liberalesso Neri, Carmem

Zink Bolognini, Linda Gentry El Dash, Maria Cecília Bueno Jayme Gallani, Edinêis Guirardelo, Belkiss Wilma Romano, Vera Forti, Magda Renoldi e Sebastião Buck Tocalino.

Quero agradecer também aos docentes e administradores que possibilitaram a coleta de dados com os grupos de idosos. De maneira muito significativa, quero agradecer à professora Dra. Maria de Lourdes Bacha, da Universidade Presbiteriana Mackenzie em SP, por ajudar na coleta de dados de forma tão importante. Sua contribuição é sem medida.

Agradeço ao professor Valdiney, pelos aconselhamentos nessa trajetória e por ter dialogado comigo virtualmente, sem preconceitos. À ele e ao seu pupilo Taciano, meu agradecimento sincero por me fornecer material bibliográfico ainda no prelo.

Agradeço também à Direção e aos funcionários do Asilo Municipal de Paulínia, que autorizou, participou da pesquisa e possibilitou que eu conversasse e entrevistasse alguns idosos. À Gláucia da Faculdade de Terceira Idade de São João da Boa Vista, seu grupo é maravilhoso e você uma grande profissional, muito obrigada. À Solange, assistente social da ESALQ em Piracicaba, por possibilitar a coleta de dados e nos receber tão carinhosamente, e à Fernanda, professora de inglês que nos ajudou a coletar dados com os idosos e pelo pão de queijo com café. Obrigada queridas. À direção da Faculdade da Terceira Idade da FAJ, à Jaqueline minha aluna e professora dos idosos que apoiou a coleta de dados com esse grupo. Muito Obrigada. Meu agradecimento à professora Maria Covolan, da UNIMEP de Santa Bárbara D'Oeste, por nos receber tão carinhosamente e participar da pesquisa.

À minha querida companheira de trabalho da FAJ, Professora Rita Fenalti, por abrir as portas da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara D'Oeste para coletar os dados e por ajudar posteriormente a atingir um maior número de idosos possível. Você fez uma diferença incrível para minha pesquisa. Aproveito para agradecer a Primeira Dama, por me receber tão carinhosamente, empenhar-se na pesquisa e ofertar-me um licor de jabuticaba tão deliciosa, produzido na cidade. Obrigada.

Agradeço especialmente minha amiga Maristela Marrano, na época coordenadora da Faculdade da Terceira Idade de Capivari – CNEC, por permitir que coletássemos os dados com seu grupo, por sinal, pessoas fantásticas, que não mencionarei nominalmente para não cometer injustiças. Aprendi a amar vocês meus queridos alunos, obrigada pelo carinho oferecido a mim nestes últimos meses.

Muito obrigada à professora Tereza Leitão, da ESEF – Jundiaí, por apoiar o trabalho e possibilitar a coleta de dados com seu grupo da maturidade.

Obrigada às coordenadoras do projeto Saúde Toda Vida da Unimed, que abriu a porta para a coleta de dados, inclusive divulgando posteriormente nosso trabalho, mostrando a valorização ao tema estudado.

Agradeço imensamente a todos idosos participantes que tão carinhosamente responderam a escala, deram sugestões e colaboraram para a construção desse conhecimento. Isso não seria possível sem a ajuda de vocês. De maneira especial, agradeço aos meus alunos do Grupo FELIZ IDADE, da Faculdade de Educação Física do UNASP, campus Hortolândia por terem carinhosamente respondido à escala. Não poderia deixar de mencionar minha gratidão ao meu monitor do projeto, Salviano, por ter assumido o grupo nas minhas ausências de maneira tão eficaz. Que bom perceber que você também se apaixonou pela temática do envelhecimento. Aos meus queridos alunos do IASP, que participaram da primeira fase da pesquisa e sempre me apoiaram na busca desse conhecimento.

Obrigada à minha amiga e “chefe” querida Patrícia Mano Trindade, por compreender o desgaste dessa fase e facilitar nossa vida o máximo que estava ao seu alcance. Agradeço também meus queridos colegas da Faculdade de Jaguariúna, por possibilitar que nosso ambiente de trabalho seja tão harmonioso e prazeroso. A convivência com vocês tem sido maravilhosa.

Aos meus queridos colegas do IASP, Telmo, Ad, Flavinha, Nilda, Riller, Ledimar, Wanderson, Márcia entre outros, meu muito obrigada.

Tenho alguns professores e funcionários da Unicamp, que quero agradecer pela convivência nesses últimos anos. Edison Duarte, Patrícia, Heloísa Reis, Consolação, Cesinha, Roberto Vilarta, Hermes Balbino, Gavião, Carminha, Elaine, Marcos Bettine, Rosane, Dulce, Geraldinho, Paulinho, Renata, Nilton entre tantos outros. Vocês fazem a diferença na vida de muita gente.

Amigos queridos tenho poucos, mas muito especiais. A vocês minha gratidão especial, por me apoiarem sempre, me suportarem nas horas difíceis e valorizarem meu trabalho. Roberta, a que nunca me abandona. Regina, a que sempre me anima. Telmo o que me entende. Marcos, o que me acolhe. Kênia, meu exemplo de vida. Evodite, mesmo longe, sempre amiga.

Ana Paula, sempre constante. Janete, a que sempre faz gargalhar. Ricardo, o maior ombro amigo que já conheci. Hermenérico, o que ensina sempre. Tânia, sempre meiga e sorrindo. Ellen, ainda vamos de moto para Serra Negra. Queridos amigos, amo todos vocês.

Finalmente meu agradecimento especial aos meus queridos pais. Mãe, obrigada por tudo que me ensinou ao longo de minha vida. Pai, obrigada por ser provedor, protetor, mesmo que às vezes em excesso. Aos meus queridos irmãos, cada um com sua maneira de ser. João, mesmo que nossa convivência seja rara, amo você e todas as suas meninas. Cecília, obrigada por acompanhar de perto, apoiar meus filhos e até fazer apontamentos na qualificação. Márcia, embora morando tão longe, sempre está presente em minha trajetória oferecendo apoio incondicional. Obrigada pelo carinho que tem oferecido aos meus filhos. Sávio, figura ímpar. Agradeço de coração o quase “pai” e às vezes mais que “pai” que tem sido do André e Felipe. Obrigada pela preocupação e pelas oportunidades que tem proporcionado a nós três. Agradeço também aos meus lindos filhos. Jovens cristãos e filhos maravilhosos. Tenho orgulho de vocês e oro a Deus para que continuem sendo exemplos de seres humanos a todos que convivem com vocês e principalmente para com as pessoas que amam vocês.

VIANA, Helena Brandão. **Adaptação e validação da ASKAS – *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* em idosos brasileiros**. 2008. 179f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

RESUMO

Nesta tese abordamos a temática da sexualidade no envelhecimento. Diante da escassez de material bibliográfico em nossa cultura e da ausência de uma escala para avaliação dessa temática no Brasil, nossa proposta foi realizar a adaptação cultural de uma escala norte-americana (ASKAS -Aging sexual knowledge and attitudes scale), que avalia o conhecimento e atitude das pessoas em relação à sexualidade do idoso. A adaptação cultural de uma medida de saúde, a fim de ser utilizada em um país diferente, para o qual ela foi criada, requer uma metodologia específica a fim de que essa escala ou medida seja válida em um país diferente do qual ela foi validada originalmente. Não basta realizar um trabalho de tradução, mas ela deve ser adaptada culturalmente para que mantenha sua confiabilidade e validade nessa nova língua e nova população. Para realizar a adaptação cultural da escala acima citada, foram utilizadas as “Recomendações para Adaptação Cultural de Medidas de Estados de Saúde”, da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos (AAOS – American Academy of Orthopaedic Surgeons) e Instituto para Trabalho e Saúde de Toronto. Será descrito nesse trabalho essas diretrizes e como elas foram aplicadas para esta adaptação cultural, sabendo que essas informações poderão ser úteis para futuras pesquisas nessa área. A primeira parte da pesquisa foi composta de 5 estágios. Fizemos duas traduções da escala, a síntese dessas traduções, duas retro traduções, reunião do comitê de especialistas para análise da síntese das traduções e o pré-teste, quando entrevistamos 43 sujeitos, entre idosos, parentes de idosos e funcionários de casas de repouso. A validade de conteúdo foi obtida pela análise do comitê de especialistas e fizemos uma análise qualitativa do pré-teste. Na segunda etapa foi feita a coleta de dados quantitativa, com 802 sujeitos. A confiabilidade da escala foi testada através do Alpha de Cronbach e da Confiabilidade Composta e a validade de construto através da análise fatorial confirmatória utilizando o método estatístico de modelagem de equações estruturais via Partial Least Squares (PLS) com o software Smart PLS software versão 2.0M3. Nossos resultados apontaram que a escala validada é confiável para ser usada no Brasil. No ajuste do modelo retiramos algumas questões que apresentaram baixa carga fatorial ao seu construto. Espera-se que essa pesquisa venha facilitar futuros estudos sobre sexualidade no envelhecimento, ampliando assim o conhecimento produzido no Brasil sobre essa temática.

Palavras-chave: Idosos, Envelhecimento, Sexualidade, Tradução e interpretação, Validação, Análise Fatorial.

VIANA, Helena Brandão. **Cross-cultural adaptation of ASKAS - *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* in Brazilian elderly people**. 2008. 179p. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

ABSTRACT

On this dissertation, we talk about the theme sexuality in the aging process. Due to the lack of bibliographic material in our culture and to the absence of a scale for evaluation of this theme in Brazil, our proposal was to do a cultural adaptation of a North-American scale (ASKAS - Aging sexual knowledge and attitudes scale), which evaluates people's knowledge and attitude regarding elderly sexuality. The cultural adaptation of a health measure needs to be validated through a specific methodology before it can be valid, and therefore utilized, in a country other than the one for which that was created. The scale translation is not enough; instead, it should be culturally adapted in order to keep its reability and validation in a different language and different population. In order to make the cultural adaptation of the scale mentioned above, we utilized the Recommendations for Cultural Adaptation of Health Condition Measures from the AAOS - Academy of Orthopaedic Surgeons – and the Institute for Work & Health of Toronto, Canada. In this work, those directions will be described, as well as how they were applied for that cultural adaptation, knowing that that information will be able to help future researches in that area. The first part of the research was composed of 5 stages: two translations of the scale; synthesis of those translations; two back-translations; a meeting with the specialists committee for the analysis of the summary of the translations; and a pre-test, where we interviewed 43 people, among elderly, relatives of elderly and employees of nursing homes. The validity of the content was obtained through the analysis done by the specialists committee. Additionally, we conducted a quantitative analysis of the pre-test. In the second stage, we made a quantitative collection of data among 802 people. The reability of the scale was tested through Cronbach's Alpha and Composite Reability. The validity of the content was tested through confirmatory factorial analysis utilizing the modeling statistic method of structural equations via Partial Least Squares (PLS) under the version 2.0M3 of the Smart PLS software. Our results showed that the validated scale is reliable to be utilized in Brazil. On the adjustment of the model, we excluded a few questions that presented low factorial load in their construct. We expect that this research to contribute to future studies about sexuality in the aging process, broadening the knowledge produced in Brazil on that thematic.

Key-terms: Elderly, Ageing, Sexuality, Translation and interpretation, Validation, Factorial Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma das etapas de análise dos dados de pesquisa	55
Figura 2	Modelo estrutural inicial – ASKAS	82
Figura 3	Modelo estrutural intermediário - ASKAS	84
Figura 4	Modelo estrutural final - ASKAS	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Processo de adaptação cultural sugerido pela AAOS.....	37
Quadro 2 - Resultado da análise do comitê de especialistas.....	59
Quadro 3 - Questões com carga fatorial < que 0.50 na modelagem inicial.....	83
Quadro 4 - Análise da pesquisadora quanto às questões com semântica inadequada.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Confiabilidade da ASKAS.....	46
Tabela 2	Análise de Fator da ASKAS.....	47
Tabela 3	Características sócio demográficas dos respondentes do pré-teste.....	63
Tabela 4	Variância total explicada	65
Tabela 5	Valor de KMO obtido na amostra total.....	66
Tabela 6	Frequência de idade na amostra I.....	67
Tabela 7	Frequência de idade na amostra II.....	67
Tabela 8	Grau de instrução da amostra I.....	68
Tabela 9	Grau de instrução da amostra II.....	68
Tabela 10	Situação conjugal amostra I.....	69
Tabela 11	Situação conjugal amostra II.....	69
Tabela 12	Tempo de casamento da amostra I.....	70
Tabela 13	Tempo de casamento da amostra II.....	70
Tabela 14	Idade quando casou pela primeira vez - amostra I.....	71
Tabela 15	Idade quando casou pela primeira vez - amostra II.....	71
Tabela 16	Idade quando casou pela última vez - amostra I.....	72
Tabela 17	Idade quando casou pela última vez - amostra II.....	72
Tabela 18	Conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa - amostra I.....	73
Tabela 19	Conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa - amostra II.....	73
Tabela 20	Atitude em relação à sexualidade da pessoa idosa - amostra I.....	74
Tabela 21	Atitude em relação à sexualidade da pessoa idosa - amostra II.....	74
Tabela 22	Estado civil- amostra I.....	75
Tabela 23	Estado civil- amostra II.....	75
Tabela 24	Quantidade de homens e mulheres - amostra I.....	76
Tabela 25	Quantidade de homens e mulheres - amostra II.....	76
Tabela 26	Atitude em relação à sexualidade do idoso.....	77
Tabela 27	Frequência das respostas da ASKAS.....	78
Tabela 28	Variáveis Associadas.....	86
Tabela 29	Análise Estrutural do Modelo Inicial.....	88
Tabela 30	Análise Estrutural do Modelo Final.....	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOS	American Academy of Orthopaedic Surgeons
AARP	American Association of Retired Persons
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ASKAS	Aging sexual knowledge and attitudes scale
AVE	Variância Média Extraída
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FEF	Faculdade de Educação Física
IWH	Institute for Work and Health
MEE	Modelo de Equação Estrutural
PLS	Partial Least Square
RT1	1ª retro tradução
RT2	2ª retro tradução
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SPSS	Statistical Package for the Social Science
T1	1ª tradução
T12	Síntese das duas traduções iniciais
T2	2ª tradução
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VL	Variável Latente
VM	Variável Manifesta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 SEXUALIDADE	18
1.2 SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO	20
1.2.1 A importância da pesquisa em sexualidade no envelhecimento.....	28
1.3 ADAPTAÇÃO CULTURAL DE ESCALAS E MEDIDAS.....	34
2. OBJETIVOS	41
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	43
3.1. DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS.....	43
3.2. MÉTODO	44
3.3 ASKAS	44
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	48
3.5. ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ASKAS	48
3.5.1. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ASKAS.....	49
3.5.2 Avaliação das propriedades psicométricas da ASKAS: Confiabilidade e Validade.....	51
3.5.2.1 Análise Fatorial Confirmatória.....	52
4. RESULTADOS.....	57
4.1 Resultados dos procedimentos de tradução e adaptação cultural da ASKAS.....	57
4.1.1 Discussão e produção do comitê de especialistas.....	57
4.1.2 Análise qualitativa do pré-teste.....	61
4.2 Avaliação das propriedades psicométricas da escala adaptada.....	66
4.2.1 Estatística descritiva dos dados.....	66
4.2.2 Análise Fatorial Confirmatória.....	80
5. DISCUSSÃO.....	91
6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	97

7. REFERÊNCIAS	99
8. PUBLICAÇÕES.....	111
APÊNDICE 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	113
APENDICE 2 - Ficha de dados pessoais usadas no pré-teste	116
APENDICE 3 - Ficha de dados pessoais versão aplicada na amostra final	117
APENDICE 4 - Documento enviado ao comitê de especialistas.....	120
APENDICE 5 - Versão original da escala.....	137
APENDICE 6 - T1 – Versão do Tradutor 1	140
APENDICE 7 - T2 - Versão do Tradutor 2	145
APENDICE 8 - T12 – Síntese das duas traduções.....	149
APENDICE 9 - RT1 - Versão 1 da retro-tradução.....	153
APENDICE 10 - RT2 – Versão 2 da retro-tradução.....	157
APENDICE 11 - Versão pré-final da Versão Brasileira da escala ASKAS produzida pelo Comitê de Especialistas.....	159
APENDICE 12 - Versão final da Versão Brasileira da Escala ASKAS após análise fatorial confirmatória	168
APENDICE 13 - Output SPSS 10.0 para Alpha de Cronbach do pré-teste – 1ª parte da escala – atributo CONHECIMENTO.....	171
APENDICE 14 - Output SPSS 10.0 para Alpha de Cronbach do pré-teste – 2ª parte da escala – atributo ATITUDES.....	173
ANEXO 1 - Autorização de Dr. Charles B. White para adaptação da escala no Brasil.....	175
ANEXO 2 - Email Prof. Dr. Charles B. White.....	176
ANEXO 3 - Parecer do Comitê de ética da Unicamp – nº 627/2006.....	178

1. INTRODUÇÃO

“PAIXÃO, AMOR, INTIMIDADE, ATRAÇÃO... receita infalível para tudo de bom que o SEXO PODE SER. Dizem os mais afeitos que, sem essa receita, apenas um arremedo, uma caricatura do SEXO PODE SER. Seja lá como for, arremedo ou obra-prima, o SEXO sempre surpreende os iniciantes, enleva os iniciados e deixa saudades nos desertores” (ABDO, 2006, p.37).

Sexualidade e afetividade constituem um fenômeno complexo que envolve as esferas biológica, psicológica e social, e embora não seja fácil compreender ou medir objetivamente, o amor e o sexo são aspectos fundamentais da vida humana adulta. As pessoas querem e precisam ser amadas e amar outras pessoas. Dentro de um contexto de relacionamento íntimo, a sexualidade faz parte do amor. A intimidade torna-se um fator importante no desenvolvimento e maturidade dos relacionamentos de casais. Segundo Parker (2007), nos últimos 25 anos houve uma real explosão de pesquisas em saúde pública sobre sexualidade. Nunca dificuldades sexuais e temas da sexualidade foram tão priorizados e valorizados pela ciência. Após um breve intervalo por parte da ciência ao assunto sexualidade nos meados do século 20, quando o controverso estudo do Dr. Kinsey, que trouxe a público a sexualidade de homens e mulheres dos Estados Unidos, com detalhes que escandalizaram a população na ocasião, pesquisas focadas em sexualidade diminuíram e quase não houve apoio financeiro para tais pesquisas. Particularmente quando a AIDS se tornou epidêmica nos anos 80, a conseqüência dessa longa negligência de pesquisar sobre a sexualidade e a saúde tornou-se aparente, assim como as limitações das estruturas conceituais existentes e as formas dos métodos de pesquisas. Parker (2007) afirma que há uma necessidade urgente por formas mais inovadoras para o estudo da vida sexual. Pesquisadores de saúde pública e trabalhadores da área de saúde têm se esforçado em discutir esses assuntos nas últimas décadas, uma nova onda de pesquisa, intervenção e promoção de saúde sexual começou a tomar forma, e continua crescendo em resposta às necessidades e demandas de comunidades locais que se esforçam em responder construtivamente para uma série de desafios da saúde sexual.

Na revisão de leituras sobre sexualidade e envelhecimento, visualizou-se a falta de estudos nessa área específica no Brasil. Os estudos existentes sobre sexualidade abordam em

poucas páginas a coorte do idoso, e os estudos sobre envelhecimento têm voltado seus olhos para a temática da sexualidade em poucos estudos (GOLDSTEIN, 1999; FREITAS et al., 2002). Em pesquisa realizada por Viana (2003) com pessoas acima de 60 anos, percebeu-se que muitas variáveis, tais como, aceitação da aparência física, sedentarismo, estado civil, nível de relacionamento social influenciam a satisfação das pessoas no tocante à sua sexualidade.

A partir dessa pesquisa, veio a proposta de avaliar a sexualidade no envelhecimento a fim de detectar como as pessoas percebem a sexualidade das pessoas idosas. Para fazer essa avaliação iniciou-se uma busca a fim de localizar uma escala ou um questionário que avaliasse o atributo da sexualidade. Neste trabalho estamos fazendo a adaptação cultural de uma escala (ASKAS) que mede conhecimento e atitudes em relação à sexualidade de pessoas idosas.

Trazemos nessa pesquisa alguns estudos sobre sexualidade no envelhecimento e informações detalhadas sobre o processo de adaptação cultural de uma escala criada e validada em outro país, de idioma e cultura diferentes da nossa. A adaptação cultural de uma medida de saúde, para ser utilizada em um país diferente daquele para o qual foi criada, requer uma metodologia específica para assegurar que essa escala ou medida seja válida em um país diferente do qual ela foi validada. O trabalho de tradução requer que ocorra uma adaptação cultural para que a escala mantenha sua validade de conteúdo em outra língua.

1.1. SEXUALIDADE

Para falar de sexualidade num contexto geral trazemos algumas idéias de Foucault (1988, 1985, 1984). Na primeira obra de Foucault sobre a História da sexualidade ele aborda a questão da repressão sexual, exercida pela sociedade, pelo estado e por outras entidades de poder. Ele analisa a transformação da repressão sexual e da sexualidade ao longo dos três últimos séculos e como foi definido pela sociedade detentora de poder, local e hora aonde era possível discutir sobre a sexualidade; em quais relações sociais, em que situações e entre quais interlocutores. Desta forma estabeleceu-se [...] regiões, senão de silêncio absoluto, pelo menos de tato e discrição: entre pais e filhos, por exemplo, ou educadores e alunos, patrões e serviçais” (FOUCAULT, 1988, p.22), e acrescento aqui o silêncio, o tato e a discrição que há entre

profissionais de saúde e pacientes que procuram esses profissionais para tratar possíveis distúrbios ou conflitos sexuais.

Com o processo civilizador, aos poucos, surge uma associação mais forte de sexualidade com vergonha e embaraço, e a correspondente restrição ao comportamento se distribui uniformemente por toda a sociedade. O impulso sexual, como tantos outros, está sujeito a controle e transformação cada vez mais rigorosos. O processo civilizador constitui uma mudança na conduta e sentimentos humanos rumo a uma direção muito específica. Esse processo aconteceu, de maneira geral, sem planejamento algum, mas nem por isso sem um tipo específico de ordem. O controle efetuado através de terceiras pessoas é convertido em autocontrole, quando as atividades humanas mais animais são progressivamente excluídas do palco da vida comum e investidas de sentimentos de vergonha. Toda essa reorganização dos relacionamentos humanos se fez acompanhar de correspondentes mudanças nas maneiras, na estrutura da personalidade do homem, cujo resultado provisório é nossa forma de conduta e de sentimentos “civilizados”. (ELIAS, 1990).

Ainda citando as idéias de Foucault (1988), o sexo é um assunto que deve ser falado publicamente, sem abordar a questão do lícito e ilícito, mas deve ser simplesmente abordado como algo que não se deve condenar ou tolerar, mas administrar para o bem das pessoas e da sociedade. Segundo o autor, já nas sociedades modernas, o sexo não é condenado a permanecer na obscuridade, fala-se muito do assunto, mas sempre como um segredo.

A história da sexualidade, se quisermos centrá-la nos mecanismos de repressão, supõe duas rupturas. Uma no decorrer do século XVII: nascimento das grandes proibições, valorização exclusiva da sexualidade adulta e matrimonial, imperativos da decência, esquivia obrigatória do corpo, contenção e pudores imperativos da linguagem; a outra, no século XX [...]: é o momento em que os mecanismos de repressão teriam começado a se afrouxar [...]. (FOUCAULT, 1988, p.109)

No segundo volume de sua obra, Foucault (1984) aborda a questão da dietética e da preocupação médica e científica a respeito da sexualidade humana. Cita a reflexão moral dos gregos sobre comportamento sexual. Os gregos “[...] jamais conceberam o prazer sexual como um mal em si mesmo ou podendo fazer parte dos estigmas naturais de um pecado [...]”, no entanto os médicos se preocupavam com as possíveis relações das atividades sexuais e a saúde e

começaram a refletir sobre os perigos das atividades sexuais. Mas a discussão médica sobre o comportamento sexual estava mais voltada à eliminação de riscos à saúde do que à integração da atividade sexual à vida e à saúde corporal.

Já na modernidade, a sexualidade adquiriu contornos cada vez mais abertos no que se refere ao debate público (HEILBORN, 1999). Nos últimos anos introduziram-se nesse debate temáticas significativas, como a AIDS, e falar de sexualidade passou a provocar menos constrangimento. A partir da “modernidade”, também surgem outros discursos sobre o sexo, falando sobre desejo sexual, heterossexualidade e homossexualidade. Heilborn (2006), considera que o sexo deve ser tratado como outras atividades naturais, como alimentação e higiene. O sexo é uma atividade natural e aprendida e que “os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual por meio da cultura, que orienta roteiros e comportamentos, considerados aceitáveis para cada grupo social” (HEILBORN, 2006, p.45).

1.2. SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO

Segundo Harris (2005), Hajjar & Kamel (2003) e Kamel & Hajjar (2003), um dos aspectos menos compreendidos da idade matura tem sido a sexualidade. Como resultado disso, existem crenças e estereótipos equivocados a respeito do comportamento sexual de idosos. Uma das crenças mais comuns é a de que pessoas mais velhas não estão interessadas em sexo e não tomam tempo pensando nisso. A velhice é freqüentemente vista como um período de ausência de sexualidade, no qual os idosos evitam o envolvimento em atividades sexuais. Reforçando esse ponto de vista, muitos idosos ficam envergonhados ao conversar sobre sua sexualidade por medo de serem mal interpretados em relação à sua moralidade.

A sexualidade é uma parte importante da existência humana, em qualquer etapa da vida. Segundo o NATIONAL INSTITUTE ON AGING (2005), conforme crescemos muitos de nós também continua com uma vida sexual ativa e satisfatória. Mas, o processo de envelhecimento pode causar algumas mudanças. O envelhecimento normal traz mudanças físicas em homens e mulheres. Estas mudanças algumas vezes afetam a habilidade de ter e usufruir prazerosamente do sexo com outra pessoa. Algumas mulheres usufruem mais de sexo ao envelhecer. Após a

menopausa ou uma histerectomia, elas perdem o medo de gravidez indesejada. Elas podem sentir-se livres para usufruir de sexo. Algumas mulheres não pensam que coisas como cabelos grisalhos ou rugas podem torná-las menos atrativas para o seu parceiro. Mas se uma mulher acredita que parece jovem ou que ao fazer aniversário torna-se mais feminina, ela pode começar a preocupar-se em quão desejável ela é independente de sua idade, porém, se a mulher fica preocupada a respeito de como sua aparência está mudando conforme ela envelhece e isso a leva a pensar que seu parceiro logo mais não a achará atrativa, isso pode afetar a qualidade de sua vida sexual. Este foco sobre a beleza física da juventude pode fazê-la perder o prazer pelo sexo. Sexualidade é um equilíbrio entre a parte física e emocional do indivíduo e casais idosos sofrem os mesmos estresses que casais de qualquer idade e, além disso, eles têm as preocupações da idade, como doenças, aposentadoria e outras mudanças no estilo de vida. Estas preocupações podem causar dificuldades sexuais.

De acordo com Anderson (1979), homens e mulheres que evitam ou ignoram oportunidades para amar e serem amados criam obstáculos para si mesmos. A autora cita que muitas doenças chamadas crônicas do envelhecimento, são essencialmente por ausência constante de contato amoroso. Pessoas de um modo geral deterioram quando vivem sem afeição humana. Segundo a autora, idosos que vivem hospitalizados ou em instituições de longa permanência, solicitam inúmeros favores aos enfermeiros ou cuidadores, como um travesseiro um pouco mais alto ou um pouco mais baixo, um medicamento, auxílio para o banho ou necessidades pessoais entre outros inúmeros pedidos, mas na verdade estão pedindo um pouco de afeto. Isso significa que idosos precisam de amor e não somente de atenção.

Embora existam muitas obras sobre envelhecimento, no tocante à temática da sexualidade há pouquíssima bibliografia e a maioria das pesquisas enfocam questões sobre disfunções e mudanças no funcionamento sexual do homem e da mulher e pouco refletem em como os idosos têm lidado emocionalmente com sua sexualidade (PAPAHARITOU et al., 2007). Mudanças que ocorrem na sexualidade no processo de envelhecimento, incluem fatores psicológicos e de comportamento, que resultam de causas psicológicas ou fisiológicas ou ambas. No entanto, embora o envelhecimento traga mudanças fisiológicas, ele não pode ser visto como a principal causa das mudanças na sexualidade (SILNY, 1980). A autora traz o resultado de uma de suas pesquisas, que mostrou que o interesse pela atividade sexual permanece nas pessoas idosas. Embora a incidência de atividade sexual diminua por fatores como perda do parceiro e alguma

patologia que debilite o idoso, o interesse em manter a vida sexual ativa é evidente tanto em homens como em mulheres o que corrobora o estudo de Carpenter, Nathanson, Kimc (2006).

Katz & Marshall (2003) discutiram em seu trabalho sobre a convergência da sociedade de consumo e a experiência profissional em reinventar noções de maturidade, envelhecimento e curso de vida. Ideais positivos de envelhecimento retratados em revistas de saúde trazem características como independência, bem-estar e mobilidade em contraposição a estereótipos negativos como declínio e dependência. O mercado e a indústria criaram uma cultura idealizada de consumidores do não envelhecimento e atividade. Os autores levantam o questionamento de como a população idosa pode lidar com o envelhecimento corporal, novos conceitos da função sexual e estilo de vida. Segundo Steinke (1997), a sexualidade na velhice é um tema comumente negligenciado pela medicina, pouco conhecido e entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde. De acordo com Bouman, Arcelus, Benbow (2006) atitudes referentes à sexualidade de idosos é uma área relativamente pouco pesquisada, a despeito das pessoas estarem vivendo mais, mantendo-se saudáveis e estarem sendo mais bem educadas e informadas.

Ao realizar levantamento bibliográfico sobre a sexualidade do idoso encontramos três obras direcionadas a esta temática no Brasil: os livros de Bacelar (2002), o de Santos (2003) e uma obra traduzida para o português de Butler & Lewis (1985). Em outros livros eventualmente, encontramos algumas páginas sobre a temática, como no tratado de geriatria e gerontologia (FREITAS et al., 2006), publicado recentemente, onde temos apenas três páginas sobre a sexualidade, escritas por Santos (2003), citada anteriormente. Vemos, portanto, a necessidade de discutirmos esta temática no Brasil, tão importante para todos nós, e também para a população idosa.

Segundo Umidi et al. (2007), a saúde de pessoas idosas depende de muitos fatores: comorbidades, autonomia funcional, condições sociais e relacionamentos. A esfera emocional-afetiva e a sexualidade desempenham um importante e subestimado papel na saúde delas. Esses pesquisadores realizaram uma pesquisa com 130 idosos. As respostas indicaram que idosos comunicam suas emoções através da esfera afetiva e sexual, com diferentes níveis de desejo por contato físico. As principais variáveis do estudo foram, sexo, estado civil, co-morbidade e uso múltiplo de medicamentos, a percepção do estado de saúde e de si mesmo, experiências passadas, condições culturais e fatores sociais. O estudo teve 7 perguntas, iremos nos ater nas duas

primeiras que indagaram aos indivíduos idosos sobre seus desejos por contato físico com um parceiro e sobre o tipo de contato desejado (relação sexual ou apenas ser tocado, abraçado, acariciado). Os indivíduos expressaram desejo de manter as relações físicas e emocional-afetivas, com algumas diferenças. Entre os casados o desejo por contato físico foi maior do que entre os viúvos. Homens desejam mais a relação sexual do que outros tipos de contato físico, enquanto as mulheres desejam a possibilidade da relação sexual quase tanto quanto de outros tipos de contato físico. O estudo também mostrou que os idosos associaram a sexualidade e afetividade que tiveram ao longo da vida como um fator que influencia na persistência do desejo atual. Os respondentes também disseram que é preciso dar-se mais atenção às questões ligadas à sexualidade.

Conversar e discutir a temática da sexualidade é uma necessidade apontada e percebida pelos idosos. Estudos que possam ir até essa população e inquirir dela suas opiniões, desejos, anseios e dúvidas é essencial, pois há muitos mitos em relação à sexualidade no envelhecimento. Muitos homens e mulheres não têm clareza sobre as mudanças sexuais ao longo da vida e ficam apreensivos quanto ao futuro de sua vida sexual como se fossem adolescentes. A pesquisa de Albuquerque (2005) traz relatos de idosos que mostram que a sexualidade é percebida por eles como uma necessidade e fator de qualidade de vida. Um dos relatos é de uma senhora de 78 anos que considera importante a vida sexual em todas as fases da vida. Esta tem um namorado de 90 anos e teve vários parceiros sexuais ao longo de sua vida. A senhora falou 10 vezes sobre sexo durante a entrevista e verbalizou o desejo de ter encontrado alguém que a satisfizesse sexualmente e diz acreditar que a faceta mais difícil de uma mulher conseguir se realizar na vida é na sexualidade. Embora a pesquisadora tenha obtido alguns relatos sobre a vida íntima de alguns idosos, nesta mesma pesquisa ela constatou a dificuldade dos idosos em falar sobre sexualidade. Albuquerque (2005) utilizou em sua pesquisa o WHOQOL-bref, que tem uma pergunta sobre satisfação sexual, e de 30 idosos, apenas 19 responderam essa questão, podendo indicar a dificuldade de se falar sobre o assunto segundo a pesquisadora. Na segunda parte de sua pesquisa, a autora relata que todos responderam a questão, acreditando que a confiança na pesquisadora possa ter levado os idosos a se sentirem à vontade de falar sobre a temática da sexualidade.

Ainda há falta de informação sobre a temática da sexualidade do idoso mesmo por parte dos profissionais de saúde, e isso ocorre mundialmente. Uma pesquisa de Gott, Hinchliff, Galena

(2004), realizada na Inglaterra, mostrou que pouco se sabe sobre como os profissionais de saúde percebem e administram problemas sexuais na velhice. Pouco se conhece a respeito das atitudes desses profissionais que são o primeiro ponto de contato para a maioria das pessoas idosas na Inglaterra que vivenciam problemas de saúde sexual. A pesquisa identificou que esses profissionais não conversam pró - ativamente sobre saúde sexual com as pessoas idosas e que, no primeiro atendimento, saúde sexual é tratada da mesma maneira tanto com idosos como com pacientes jovens e sexualidade não parece ser um assunto considerado adequado pelos profissionais de saúde, para ser discutido com idosos. A pesquisa apontou também que muitas crenças a respeito de atitudes e comportamento de pessoas mais velhas foram baseadas numa visão estereotipada da velhice e da sexualidade, ao invés de serem baseadas nas experiências pessoais dos pacientes.

Rienzo (1985, p. 67) categorizou alguns **estereótipos ou mitos** que existem no tocante à sexualidade do idoso (grifo meu):

- Idosos não têm desejo sexual;
- Idosos não conseguem fazer amor, mesmo que eles queiram;
- Idosos são tão frágeis que podem se ferir se tentarem ter relações sexuais;
- Idosos não são fisicamente atrativos. Conseqüentemente, não são sexualmente desejáveis;
- A visão de uma pessoa idosa envolvida numa atividade sexual é vergonhosa.

No tocante à preocupação do desconhecimento por parte dos profissionais de saúde quanto a esta temática, Johnson (1997) fez um estudo onde questionou aos idosos sobre o que eles poderiam sugerir aos profissionais de saúde no tocante ao atendimento de idosos em dúvidas e questões a respeito da sexualidade. A análise dessas respostas resultou num guia para profissionais de saúde. As sugestões foram que os profissionais da área de saúde deveriam gastar tempo quando no atendimento aos idosos, estando disponíveis para discutir o assunto 'sexualidade', dando aos idosos total atenção, permitindo que haja tempo para perguntas e mostrando que está à vontade para responder a essas perguntas. Sugeriram ainda que esses profissionais deveriam usar uma linguagem simples, explicando os termos médicos e dando respostas e informações num linguajar mais simples.

Os idosos gostariam de se sentirem confortáveis, podendo expressar emoções e necessidades e não ficando temerosos ou embaraçados ao discutir problemas a respeito da sexualidade idosa. Os profissionais de saúde devem ter a mente aberta e falar abertamente, responder questões diretamente, sem rodeios ou embaraços, mostrando que querem discutir a respeito do assunto, que há interesse por isso e mostrar provas científicas sobre alguns assuntos quando os idosos desejarem. Os profissionais de saúde, segundo os pesquisados, devem estar preparados para ouvir atentamente, mostrando interesse pelos que eles vão falar e enxergar o idoso como indivíduos que têm necessidades sexuais. Deveriam ainda providenciar privacidade; desenvolver grupos de suporte e de discussão para os que desejarem; providenciar informações; oferecer ajuda para encontrar soluções para problemas específicos; discutir velhos tabus e dar sugestões para possíveis resoluções de problemas.

Os trabalhadores da área de saúde que atendem idosos devem tentar eliminar a idéia que sexo e amor são só para pessoas jovens, devem mostrar que impulsos sexuais são saudáveis e não desaparecem com o envelhecimento. Tratar os idosos como seres normalmente sexuados e não assexuados e reconhecer que o sexo pode melhorar ainda mais quando envelhecemos, é uma atitude que deveria estar presente no dia a dia dos profissionais da área de saúde que atendem pessoas idosas. Transmitir às pessoas idosas que procuram ajuda profissional segurança para discutir a temática da vida sexual e possibilitar-lhes acesso às informações que possibilitem que esse público usufrua plenamente de sua sexualidade é muito importante e pode contribuir para a melhora da qualidade de vida dos mesmos. Muitos nessa fase da vida, ao se separarem ou ficarem viúvos, pensam que não mais devem ter um parceiro ou uma atividade sexual. Principalmente as mulheres quando na velhice separam-se ou ficam viúvas, deixam de vivenciar a sua sexualidade.

No entanto, muitas mulheres, segundo Anderson (1979), encontram no amor maduro, no 2º ou 3º casamento, satisfação pessoal e sexual às vezes pela primeira vez na vida. Muitas ao envolverem-se em relacionamento sexual na maturidade realizam-se por estarem livres de preconceitos e repressões impostos pela família e sociedade. Elas se encorajam, “[...] querem conhecer melhor a si mesmas, aceitam seus desejos por companhia, amor e sexo como sendo naturais e saudáveis e vão em busca disso” (p.115).

Um estudo de Nappi & Nijland (2006) sobre as mudanças na função sexual e comportamento da mulher diante da sexualidade trouxe os seguintes resultados: um terço (34%) das mulheres do estudo experimentaram uma redução da iniciativa na sexualidade enquanto

metade (53%) das mulheres relatou que elas tornaram-se menos interessada em sexo, mas a maioria da amostra (71%) afirmou ser importante manter uma vida sexual ativa. Quase metade da amostra do estudo reportou ter contacto sexual no mínimo quatro vezes ao mês e relacionou que bem-estar mental e sexual interfere com a auto-estima e prazer de viver.

Segundo Ballone (2001), a crença de que a idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente unidos, tem feito com que não se preste atenção suficiente à sexualidade, que é uma das atividades que mais contribuem para a qualidade de vida das pessoas, inclusive os idosos. Entretanto, os estudos médicos demonstram que a maioria das pessoas de idade avançada é capaz de ter relações e de sentir prazer em toda a gama de atividades a que se entregam as pessoas mais jovens. Em relação à sexualidade, ocorrem algumas modificações ao longo da vida. Há perdas, mas também há ganhos. A sexualidade, reação física e emocional ao estímulo sexual, está além do impulso e do ato sexual; para muitos idosos oferece a oportunidade não apenas de expressar paixão, mas afeto, estima e lealdade (BEAUVOIR, 1990).

A auto-imagem, segundo Denney & Quadagno (1992), influencia na sexualidade do idoso. Quando um idoso sente que não é mais atraente por alguma mudança em seu corpo, isso pode torná-lo menos ativo sexualmente, pois quem não se sente atraente, normalmente toma menos iniciativas em participar de atividades sexuais. Enquanto o idoso não superar a questão, de que mudanças corporais relativas à idade não o tornam uma pessoa não atraente, isso afetará o seu comportamento sexual. Segundo Beauvoir (1990), a sexualidade da mulher é menos atingida que a do homem, pois a mulher é menos sensível à aparência de seu parceiro, e o envelhecimento deste pouco interfere na vida sexual.

Freedman (1994) relata que a forma como o idoso se sente sobre sua imagem envelhecida, certamente influencia seu comportamento e sua auto-estima. A ansiedade com o processo de envelhecimento pode destruir os relacionamentos e inibir a expressão sexual. A autora ainda fala que o amor ao próprio corpo tem de crescer para sobreviver ao processo de envelhecimento.

Segundo Butler & Lewis (1985), afeto, calor e sensualidade não precisam se deteriorar com a idade, e na verdade, podem até aumentar. Os autores ainda relatam que o sexo na idade madura é o sexo por si mesmo: prazer, liberação de tensão, comunicação, intimidade compartilhada. O sexo na velhice é emocional, envolve tanto a parte física como a comunicação, é aprendido e menos instintivo, possibilita novas experiências criativas e exige sensibilidade. Abordam também que a sexualidade pode melhorar na velhice, porque as pessoas idosas têm

mais tempo para amar, são mais experientes em muitos aspectos e aprenderam muito sobre o corpo e as emoções do outro e talvez só com a idade, quando a personalidade alcança seus últimos estágios de desenvolvimento, o sexo e a forma de amar alcancem seu mais profundo crescimento.

Simões (1998) se expressa sobre como o idoso percebe seu corpo. No tocante às questões sexuais, a autora, em sua pesquisa realizada com idosos que freqüentavam a Universidade da Terceira Idade na Universidade Metodista de Piracicaba, detectou que os idosos sentem a necessidade de atrair o sexo oposto. No entanto, esta atração está mais ligada à necessidade de querer conviver com outra pessoa do que propriamente com o ato sexual.

As mudanças que ocorrem na vida sexual durante o amadurecimento e o envelhecimento são em muitos aspectos positivas. Isso não quer dizer que a vida sexual de uma pessoa idosa seja melhor do que de uma pessoa jovem, mas significa que a vida sexual deste idoso é melhor em muitos aspectos do que quando ele era jovem. Essa melhora ocorre principalmente com as mulheres, pois as idosas de hoje, que nasceram há mais de 60 anos, foram criadas numa cultura cheia de tabus e proibições no tocante aos assuntos da sexualidade.

De acordo com Fraiman (1994), muitas mulheres reprimidas sexualmente, com o passar dos anos, na medida em que ganham experiência sexual, mais confiança em si mesmas e no parceiro, podem usufruir maior prazer na relação sexual do que quando eram jovens.

Kingsberg (2002) afirma que o envelhecimento tem um forte impacto na qualidade do relacionamento e da função sexual. Os impactos psicológicos do envelhecimento após a meia-idade é um assunto importante e deve ser cuidadosamente estudado, pois este conhecimento aumenta a compreensão médica e psicológica da sexualidade de homens e mulheres e pode ajudar no tratamento de algumas disfunções que surgem não só com a idade como também com outras mudanças psicológicas que afetam o ser humano. Segundo a autora é hora de acabar com o estereótipo da mulher de meia-idade para analisar de maneira mais eficiente as questões emocionais e sexuais que aparecem em seus relacionamentos.

1.2.1 A Importância da Pesquisa em Sexualidade no Envelhecimento

Segundo Zeiss (2007), da Associação Americana de Psicologia, não se discute suficientemente sobre sexualidade no envelhecimento. Sabemos que o envelhecimento traz mudanças importantes e que a sexualidade não é um assunto sobre o qual os idosos tenham muito conhecimento. Entretanto, atualmente se ouve e vê na mídia propagandas de grandes laboratórios trazendo mudanças na área farmacológica e prometendo melhora na vida sexual dos idosos. Publicações recentes sobre a utilização do citrato de sildenafila¹ providenciaram um vívido exemplo desses eventos. De repente o mundo foi inundado com informações e evidências que idosos estão vitalmente interessados em sexualidade.

A interação de médicos e psicólogos com pacientes idosos que vão aos centros de saúde em busca de tratamento para mudanças e/ou distúrbios sexuais pode mudar os estereótipos negativos a respeito do envelhecimento nesses profissionais de saúde. Embora muitos idosos percebam que a sexualidade pode ser um importante fator para a qualidade de vida, é mais comum que pessoas mais velhas vivenciem problemas de disfunção erétil do que jovens e muitas vezes relacionam o envelhecimento com perda de virilidade sexual. Por isso o advento de novos fármacos e em particular o citrato de sildenafila, tem mudado esse quadro.

As companhias farmacêuticas têm investigado uma alternativa medicamentosa como o citrato de sildenafila para o público feminino. É mais difícil classificar a disfunção sexual em mulheres, mas 42% das mulheres estado-unidenses relatam problemas com a vida sexual e a incidência é maior em mulheres mais velhas. Há também um aumento da procura por ajuda profissional para tratamento dessas dificuldades sexuais que os idosos encontram e é importante que a área de saúde esteja preparada para orientar esses indivíduos (GOTT, 2005).

Segundo a Abdo (2004), médica psiquiatra, fundadora do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, “a saúde sexual é um dos aspectos mais importantes da vida. Por isso, toda iniciativa para esclarecer um grande número de pessoas acerca da sexualidade merece destaque” (p.10). Convicta da importância dessa temática, a autora conduziu uma pesquisa com 7.103 participantes de ambos os sexos, com representações

¹O nome comercial da substância citrato de sildenafila comercializado no Brasil pelos laboratórios Pfizer Ltda., é VIAGRA®.

das cinco regiões do Brasil, que responderam a 87 perguntas sobre sexualidade. Nessa pesquisa a autora levantou dados relevantes para o estudo da sexualidade no Brasil.

Na questão sobre a auto-avaliação do desempenho sexual, verificou-se que mulheres idosas se auto-avaliaram melhor do que os homens idosos, comparados às faixas etárias mais jovens, e que as pessoas com mais de 61 anos, não se auto-avaliaram muito pior que os mais jovens (ABDO, 2004, pp. 36-37). Outra informação revelada quanto à sexualidade de pessoas idosas, foi que homens idosos têm mais atividade sexual do que mulheres (o dobro), e também tem mais desejo por atividades sexuais que as mulheres (p. 49).

Ainda de acordo com a pesquisa da autora acima citada, mulheres acima de 61 anos tem mais dificuldade de ficarem excitadas e tem mais dor na relação sexual que mulheres mais jovens, mas são mudanças de um percentual pequeno (pp. 92-93). Comparando homens e mulheres idosos no tocante à prevalência de inibição de desejo sexual, temos o resultado que as mulheres têm uma inibição cinco vezes maior que os homens (p. 94) e que elas têm 3 vezes mais dificuldade de atingir o orgasmo que eles (p. 95).

Hillman (2000) relata em seu livro que a sexualidade de idosos tem sido tratada como um assunto não importante e desperdício de tempo de profissionais ligados à área gerontológica. Porém, nos últimos anos, com a mudança demográfica e o aumento da população idosa, estudar a sexualidade no envelhecimento tornou-se necessário.

Adams & Turner (1985) detectaram em sua pesquisa sobre mudanças na sexualidade da fase adulta para a idade madura, que as pessoas mais velhas sofrem mudanças na sexualidade, com um declínio da frequência de relações, diminuição do desejo e interesse pelo sexo, porém essas mudanças são em pequeno grau, e mostra que a pessoa idosa ainda tem necessidade e prazer na atividade sexual.

Ainda sobre as mudanças, temos aqui o relato de um indivíduo de 67 anos, citado por Denney & Quadagno (1992, p.381):

Tendo com sucesso fingido por décadas que nós somos não sexuais, minha geração está agora tendo outros pensamentos. Nós estamos compreendendo perfeitamente que negar nossa sexualidade significa negar um aspecto essencial de nossa humanidade.

Em outra pesquisa realizada por Bergström-Walan & Nielsen (1990), foi detectado em 61% de sua amostra de idosos entre 60 e 80 anos, que o desejo e as atividades sexuais continuavam presentes na vida das pessoas. Embora haja uma diminuição das atividades sexuais na velhice, e mais preponderante nas mulheres, ainda podem existir prazer e satisfação na vida sexual na velhice. Numa pesquisa de Ginsberg, Pomerantz e Kramer-Feeley (2005) a maioria dos idosos pesquisados mostrou desejo de manter um relacionamento sexual que incluísse tocar, beijar e eles gostariam de ter mais experiências sexuais do que lhes era acessível. Hillman (2002) cita em sua obra que a atividade sexual na velhice pode estar associada com desejos de receber intimidade emocional, experimentar e usufruir de prazer físico, satisfazer necessidades biológicas, sentir-se jovem, desafiar mitos e estereótipos sociais, restabelecer uma identidade sexual e melhorar sua consciência corporal.

Um estudo da Universidade de Chicago está sendo considerado o primeiro estudo compreensivo sobre a vida sexual de idosos nos Estados Unidos. Esse estudo revelou que o estereótipo de que pessoas idosas são assexuadas, não é verdadeiro. Os indivíduos pesquisados não desistem das atividades sexuais porque estão envelhecendo. Uma das autoras do estudo, Lindau, disse que a discussão sobre sexualidade no envelhecimento tem sido um tabu ainda nos dias atuais. A pesquisa coletou dados de 3.005 adultos, com idades entre 57 e 85 anos, durante uma entrevista de 2 horas, nos períodos de Julho de 2005 à Março de 2006, e mostrou que idosos são tão ativos sexualmente quanto são saudáveis. As razões mais comuns para a inatividade sexual foram problemas de saúde do parceiro (LINDAU et al., 2007)

Outra pesquisa, publicada no AARP THE MAGAZINE, em 2004, mostra algumas atitudes relativas à sexualidade reveladas por 1.682 respondentes, 54% mulheres e 46% homens. A média de idade dos respondentes foi de 61,2 anos. Os resultados apontaram que 60% dos respondentes afirmaram que a atividade sexual é importante para o relacionamento, embora 42% achem que isso se torne menos importante conforme se envelhece. Foi encontrado também que 70% não ficariam felizes se nunca mais fizessem sexo, 71% discordaram com a afirmativa sobre “não gostar de sexo” e 84% discordaram que sexo é uma atividade somente para jovens.

Outra pesquisa, de Papaharitou et al. (2007), investigou fatores associados com interesse e comportamento sexual em idosos casados. A amostra teve 454 participantes casados com idades variando de 60 a 90 anos. Mais da metade disse ainda ter desejo sexual e frequência de 4

relações sexuais por mês. Gênero, idade, salários, estar ainda apaixonado pelo parceiro foram significativamente associados com interesse e comportamento sexual. O estudo também apontou que parceiros que se casaram por amor e não por algum tipo de conveniência, tem relações sexuais com mais frequência. O estudo demonstrou que idosos mantêm atividades sexuais e que fatores pessoais, socioeconômicos e interpessoais estão associados com interesse sexual.

Pesquisas sobre sexualidade no envelhecimento têm acontecido há muitos anos ao redor do mundo, mas no Brasil ainda estamos iniciando esse processo (ABDO, 2004).

Kinsey, em 1948 (apud SCHAIE & BIRREN, 2005), na primeira pesquisa realizada sobre sexualidade no mundo, relatou que para termos evidências sobre comportamento sexual através de uma entrevista é necessária uma sistemática mais direta do que para obtermos evidências sobre hábitos alimentares, por exemplo. Pesquisar sobre sexualidade exige muitas vezes uma certa cumplicidade entre o pesquisador e o respondente, para que haja honestidade nas respostas. O *Survey* de Kinsey apontou que em homens a frequência de orgasmos diminui desde a adolescência quase que linearmente em relação à idade. No entanto, há evidências que alguns homens em seus 90 anos continuam a ter relações sexuais. A diminuição da frequência sexual em mulheres acontece também pela indisponibilidade do parceiro ou pela ausência desse. Há mais mulheres viúvas do que homens viúvos. Entre aquelas que ainda têm parceiro, existem aquelas cujo parceiro não consegue mais manter relações sexuais ou perdeu o interesse pelo sexo. Por isso a diminuição da frequência sexual em mulheres mais velhas não pode ser interpretada como uma diminuição do desejo sexual destas e o relatório de Kinsey sobre as mulheres publicado em 1953, apontou a vivacidade da sexualidade de mulheres mais velhas com a presença do ato da masturbação entre as mulheres sem parceiros ou com parceiros inativos.

Segundo Schaie & Birren (2005), isto pode ser uma indicação que a sexualidade muda muito devagar e somente em uma pequena extensão em mulheres, durante o processo de envelhecimento.

No Brasil temos a pesquisa de ABDO (2006) realizada com pessoas de 18 a 80 anos em 2003, que traçou um perfil sobre a vida sexual dos brasileiros na atualidade. Nesta pesquisa quase todos os brasileiros e mulheres pesquisados (mais de 96%) afirmaram que o sexo é importante ou importantíssimo para a harmonia do casal, e uma parcela bem pequena da população feminina (7,7%) e masculina (2,5%) não faz sexo no Brasil. Os brasileiros em geral têm duas a três relações sexuais por semana, mas gostaria de ter o dobro e a maioria (63,5% dos homens, 51,1%

das mulheres) sentem-se à vontade para falar de sexo, contra uma minoria que se diz constrangido ou envergonhado; 44% das mulheres e 48% dos homens afirmaram que a satisfação proporcionada pelo sexo é intensa. Quanto aos idosos, detectou-se que após os 60 anos de idade, o desejo sexual diminui para 20% em mulheres e 5% em homens, no entanto mulheres mais velhas têm menos dificuldade de atingir o orgasmo que as jovens. Outro dado importante foi que 43,6% das brasileiras e 34,9% dos brasileiros nunca usam preservativo e esse índice diminui para 13,6% em mulheres e 18,1 % em homens com 61 anos ou mais. Na pesquisa obteve-se a informação que para 80% dos brasileiros a dificuldade sexual afeta diversos aspectos da vida diária, tais como relacionamento com o parceiro, com os amigos e com os filhos, prejudica a auto-estima, o trabalho e o lazer.

Para Beauvoir (1990) a sexualidade não é somente um conjunto de reflexos que geram emoções e sensações. As atividades sexuais, segundo a autora, têm uma pluralidade de fins. As gratificações que um indivíduo tira de suas atividades sexuais são de grande diversidade e de grande riqueza. Muitas vezes, a pessoa idosa deseja a atividade sexual para remetê-la à juventude e a momentos de extrema felicidade que possuiu em seu passado. Pelo desejo, pode reavivar as cores de seus anos passados e viris. Porém esse desejo só se encontra em idosos que atribuíram ao longo da vida um valor positivo à atividade sexual. Pessoas que repugnavam as atividades sexuais utilizam a desculpa de estar velho para “poder” abandonar a vida sexual ativa. Enfim, para a autora, a vida sexual prolonga-se tanto mais, quanto mais rica e mais feliz tiver sido ao longo do curso de vida.

É comum, mulheres após a menopausa, livres da possibilidade de engravidar, renovarem seu interesse pelos maridos e descreverem que desejam ter, ou algumas já tiveram, uma segunda lua de mel em sua idade madura. Se o casal tem um bom relacionamento afetivo, pode renovar suas atividades sexuais com mais prazer e liberdade diante da não possibilidade de gravidez. E embora alguns estudos tragam que há uma diminuição na atividade sexual após a menopausa, têm-se observado que o desejo sexual nem sempre diminui. (MASTERS & JOHNSON apud NEUGARTEN, 1968; VASCONCELOS et al., 2004; LORENZI & SACIOTO, 2006; GRACIM, SOUZA, LOBO, 2007).

Segundo Butler & Lewis (1985), o sexo e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes que realçam os anos vindouros, proporcionando um maior bem-estar individual. Os autores ainda relatam que o ato sexual é complexo, abrangendo o corpo, a mente e as emoções. Também afirmam os autores que mulheres mais velhas, às vezes, se preocupam com a aparência física e temem a perda de seu aspecto atraente e jovem. Algumas pessoas idosas decidem que são feias e indesejáveis e começam a odiar suas aparências. Se o idoso se considera sem atrativos, acabará ficando assim e provavelmente deixará de aproveitar oportunidades, que poderiam trazer encontros sociais e afetivos prazerosos. Programas de exercícios, segundo os autores, podem melhorar a aparência física e a vida sexual.

Iwanowicz (1989) discorre sobre o papel da educação física no cuidado com o corpo. A autora relata que “cuidar do corpo em termos da nossa cultura significa tratar da nossa saúde e do nosso prazer”. Também questiona se estamos realmente buscando prazer com nossos corpos ou se estamos evitando viver esse prazer, nos envergonhando dele. Segundo a autora, uma pessoa que vive com uma imagem desfigurada do próprio corpo perde o contato objetivo com seu meio e cria focos de conflitos internos. Ela afirma que é importante descobrir o corpo, senti-lo, conhecê-lo em seu poder, sua força, para através desse corpo conhecido, do qual se tem consciência, ter um contato com a realidade, um contato verdadeiro.

Segundo Beauvoir (1990), para uma pessoa que está satisfeita consigo mesma e com sua condição, que tem boas relações com os que a cercam, a idade permanece abstrata.

Pesquisa realizada por Viana (2003) sobre a percepção da qualidade de vida de pessoas idosas (onde utilizou o instrumento da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL – *brief*, que contém 26 questões) detectou que idosos ativos fisicamente se avaliaram mais satisfeitos com sua vida sexual do que idosos inativos fisicamente. No trabalho de pesquisa acima, outras duas questões apresentaram diferença estatisticamente significativa. Uma delas perguntava sobre a aceitação da própria aparência e a outra perguntava sobre quão satisfeito o idoso se sentia consigo mesmo. Nas correlações feitas nesta pesquisa pôde-se detectar que os idosos que aceitavam melhor sua aparência física estavam mais satisfeitos consigo mesmos e se avaliaram mais satisfeitos com sua vida sexual. E os idosos que mais se mostraram satisfeitos com a aparência física, foram os ativos fisicamente, apontando a possível influência da atividade física sobre a imagem corporal, conseqüente satisfação consigo mesmo e com a vida sexual.

A partir dessa pesquisa, surgiu o interesse de avaliar a sexualidade no envelhecimento. Iniciou-se então uma busca a fim de localizar uma escala ou um questionário que avaliasse o atributo da sexualidade. Encontramos muitas escalas criadas com o propósito de mensurar a sexualidade humana, porém nenhuma delas ainda validada para ser utilizada no Brasil. Destas 151 escalas encontradas (SNELL, 2008; DAVID et al., 2004), 3 foram criadas para avaliar sexualidade da pessoa idosa. Dentre essas escalas, escolhemos a escala “ASKAS - Aging Sexual Attitudes and Knowledge Scale”, elaborada por Charles B. White (1998), da Universidade de Trinity, no Texas, em 1972, que nos autorizou formalmente a validar a escala no Brasil (ANEXO 1). No livro de David et al. (2004), os autores trazem escalas encontradas na literatura e disponibilizadas por seu autores para divulgação. Porém dessas 3 escalas encontradas para aplicação com a população idosa, somente a ASKAS, tem um caráter indireto, ou seja, não pergunta diretamente sobre o comportamento do respondente, mas sobre o que se conhece e o que se pensa sobre a sexualidade do idoso em geral. Por acreditarmos que seria mais viável trabalhar com uma escala com essa característica, que escolhemos a ASKAS.

1.3 ADAPTAÇÃO CULTURAL DE ESCALAS DE MEDIDAS

Bhawuk & Brislin (2000) fizeram uma revisão sobre a importância de adaptações culturais, em muitos campos do conhecimento. Os autores relataram como o comportamento de diferentes culturas precisa ser estudado a fim de compreendermos como situações semelhantes têm reações diferentes, dependendo do fator cultural onde a situação ocorre. O artigo também nos remete a importância da adequação de escalas, questionários e protocolos a cada cultura e que uma adaptação cultural é necessária a fim de produzir os efeitos originalmente desejados na construção do modelo.

A adaptação cultural de uma escala, a fim de ser utilizada em um país diferente, para o qual ela foi criada, requer uma metodologia específica para que essa escala ou medida seja válida nesse novo país. Essa metodologia é um processo complexo, pois não basta realizar um trabalho de tradução, mas a escala deve ser adaptada culturalmente para que mantenha sua validade de

conteúdo nessa nova língua e nova população (GUILLEMIN, 1995; ALEXANDRE & GUIRARDELLO, 2002)

Brislin (1970) já sugeria um modelo próximo ao que adotamos. O autor cita em seu artigo a utilização de dois tradutores bilíngües, um faria a tradução e o outro a retro-tradução. O pesquisador teria então duas versões da escala no idioma original, que se fossem idênticas, supostamente a versão traduzida para o idioma desejado estaria adequada. Porém, o autor ressalta que outras regras deveriam ser respeitadas nesse processo, pois algumas palavras, traduzidas ao pé da letra, nem sempre são equivalentes em significado nos dois idiomas. Uma versão traduzida literalmente, sem a preocupação de contextualização cultural, pode produzir uma retro-tradução idêntica, e isso não quer dizer que a versão traduzida será adequada para ser aplicada na população a fim de medir o que se propunha originalmente.

Citando Campbell et al. (1970), Brislin (1970) aponta que o pesquisador deve utilizar-se do comitê e do pré-teste para verificações de possíveis falhas no processo de tradução. Brislin (1970) recomenda enfim, a utilização de uma combinação de técnicas, como retro-tradução, apresentação das traduções a um comitê de especialistas e pré-teste, pois a retro-tradução pode produzir resultados insatisfatórios no tocante a adaptação cultural, e o comitê e o pré-teste estariam ajudando a solucionar essas falhas.

O modelo proposto por Beaton et al. (2007) e adotado nesse trabalho é uma técnica aprimorada de outros modelos, tem sido largamente utilizada para adaptação cultural de medidas de saúde e outros campos do conhecimento. Beaton et al. (2000) elaboraram orientações para a adaptação cultural de escalas e outras medidas, baseados em uma revisão bibliográfica da área médica, sociológica e psicológica. É mencionado que para utilização de uma medida, em um país com o mesmo idioma da medida criada, às vezes é necessário uma adaptação cultural, pois a cultura de países de mesma língua pode ser muito diferente. Os autores abordam ainda a importância de num processo de adaptação cultural se manter a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a medida original e a medida adaptada.

O processo de adaptação cultural inicia-se pela tradução da medida original. Segundo Arrojo (1992, p.68) “toda tradução, por mais simples que seja, trai sua procedência, revela as opções, as circunstâncias, o tempo e a história de seu realizador”. A tradução segundo a autora é produto de um sujeito interpretante e não somente uma compreensão neutra e desinteressada dos significados estáveis do texto de partida. Por isso é difícil sistematizar a interpretação ou a

compreensão tentando criar uma teoria da tradução, pois sistematizá-las é acreditar que poderíamos sistematizar e pré-determinar o que constitui o humano: o subjetivo, o temporal, o inconsciente e as manifestações sócio-culturais presentes e futuras.

Arrojo (1992) ainda cita que: “Nenhuma tradução será, portanto, "neutra" ou "literal"; será sempre e inescapavelmente, uma leitura” (p.78). A produção de uma tradução e a análise dessa, num processo de adaptação cultural, coloca o pesquisador como autor desse trabalho, idéia essa defendida por Coracini (1991, p. 85), onde a autora diz que o autor do texto científico é o próprio pesquisador:

Se partirmos do princípio de que o autor é aquele que 'cria pela primeira vez' e de que o texto científico permanece como o texto primeiro, objetivo, gerador de outros textos a partir de uma atividade metalingüística, teremos de aceitar como verdade dada a *priori* a unicidade do sentido ou a existência de um leitor a quem é dada autoridade suficiente, plena e transcendental, que o torna capaz de filtrar e fixar o sentido do texto primeiro na sua transposição para uma linguagem simplificada.

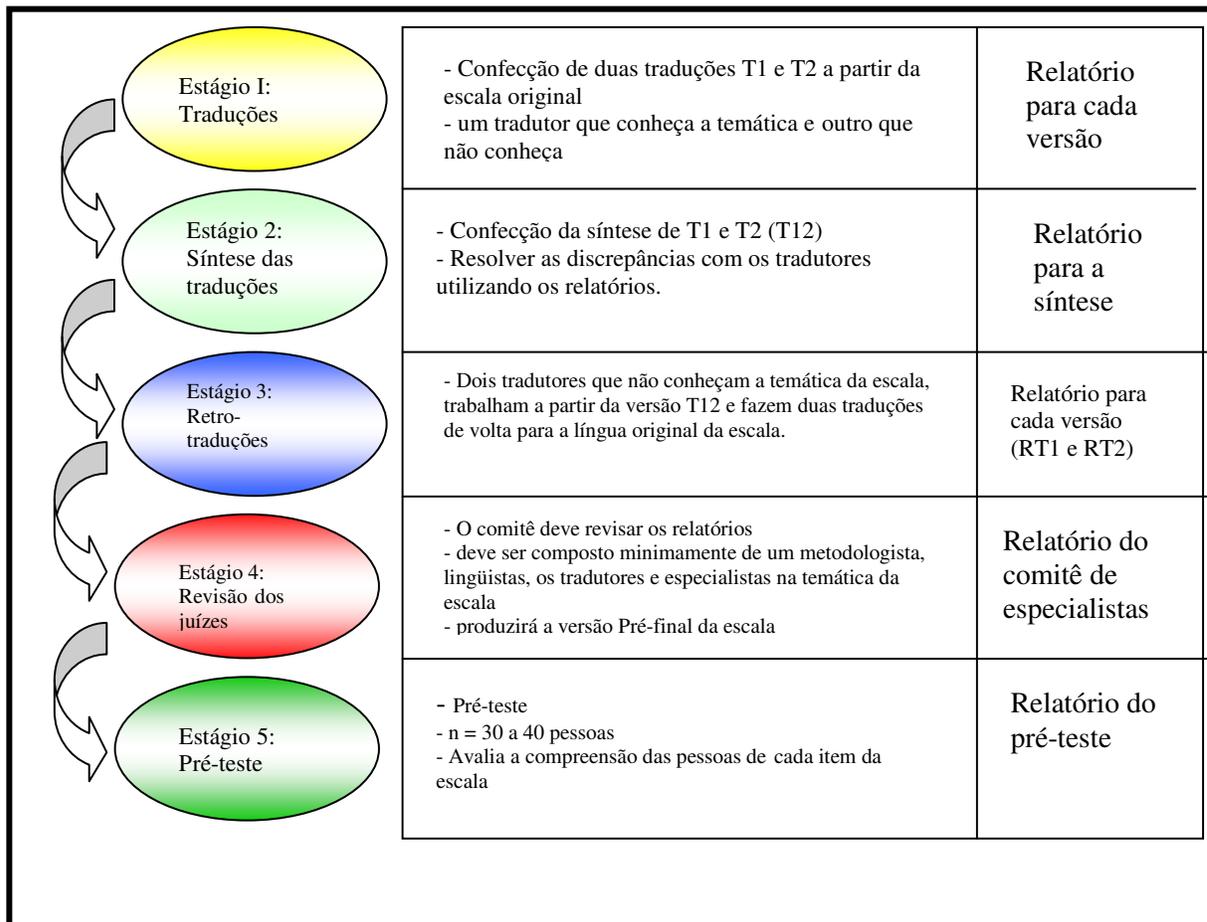
Estudos sobre a problemática transcultural apontam alguns problemas que podem ocorrer em traduções de textos de um idioma para outro. Pym (2004) afirma que uma comunicação transcultural envolve a percepção do ponto de encontro entre as culturas. Uma tradução pode produzir equívocos, caso o tradutor não conheça a cultura do país de origem do material a ser traduzido e a cultura do país para o qual o material deve ser traduzido. O autor defende a utilização de mais de um profissional para produzir o material, e quando houver divergências no material produzido, este deve ser revisto e novamente discutido. Ali (2006) defende a importância do sentido de conotação de um texto em sua tradução. O autor fala da falta de significado que existe em algumas equivalências literais, sem a preocupação com o sentido conceitual, cultural do texto traduzido. Segundo o autor, a conotação na linguagem envolve a semântica ou a estrutura profunda das palavras, expressões e textos e está fortemente relacionada à cultura.

Hayan (2006) e Mailhac (2007) falam da importância do tradutor dominar a estrutura da língua, conhecer a cultura daquela população para que seja um tradutor competente. As expressões e ênfases usadas por uma língua podem ser completamente diversas e antagônicas em outro idioma, causando falhas na utilização dos textos traduzidos. Já Shih (2006) aponta a complexidade de uma tradução, mostrando a importância de cuidar da forma de soletrar as palavras, erros de digitação, afirmações erradas, ambigüidades, omissões de expressões, consistência do estilo de linguagem.

Para esta pesquisa estamos seguindo as diretrizes do Instituto para Trabalho e Saúde de Toronto, no Canadá. Trabalhamos, portanto com as “Recomendações para Adaptação Cultural de Medidas de Estados de Saúde”, da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos (AAOS – American Academy of Orthopaedic Surgeons) e Instituto para Trabalho e Saúde de Toronto (revisada em 2007). A elaboração dessas diretrizes teve participação dos pesquisadores Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz, autores que publicaram vários artigos sobre validação e adaptação cultural e são frequentemente citados na literatura internacional. As diretrizes da AAOS também têm sido utilizadas em vários estudos no Brasil (HAHN et al., 2005; GUIRARDELLO, 2005; VIGATTO, ALEXANDRE, CORREA FILHO, 2007; CAMPANA, 2007; REICHENHEIM & MORAIS, 2007; PACAGNELLA et al., 2008; LINO et al., 2008).

Estas diretrizes preconizam os seguintes estágios:

QUADRO 1: Processo de adaptação cultural sugerido pela AAOS: Representação gráfica dos estágios da adaptação cultural, recomendados para aprovação da versão traduzida de uma medida pelo AAOS (2007).



Fonte: Beaton et al. (2007) Adaptado pela autora

Estágio 1: Tradução Inicial (produção de T1 e T2)

Duas traduções devem ser feitas por tradutores independentes, um que conheça a temática da escala e outro que não conheça. O tradutor que conhece a temática deverá produzir uma tradução numa perspectiva mais voltada ao conteúdo específico da área abordada. O outro tradutor, não sendo da área específica abordada, produzirá uma tradução mais próxima do uso cotidiano da língua pela população. Por isso é importante que o perfil dos tradutores seja diferenciado, assegurando que tanto o conteúdo específico quanto o a compreensão popular da escala será adequada. Os tradutores não devem trocar informações entre si.

Estágio 2: Síntese das duas traduções (produção da versão T12)

Trabalhando com o instrumento original e com as duas traduções, uma terceira pessoa, bilíngüe, que não tenha participado da tradução, deverá compor uma versão final (síntese) das duas traduções. Um relatório detalhado deve ser feito neste momento, descrevendo todas as discrepâncias ocorridas e como estas foram resolvidas. Os tradutores podem ser consultados nesse momento a fim de escolher a melhor versão traduzida quando houver diferenças. Nesse momento será produzida uma versão que será apresentada aos comitê de especialistas e a dois outros tradutores que deverão realizar a retro-tradução da escala ao idioma original (T12).

Estágio 3: Retro-tradução (produção das versões RT1 e RT2)

Neste estágio devemos trabalhar com a versão sintetizada (T12) das traduções. Os tradutores dessa fase deverão ser nascidos e alfabetizados em país de língua igual à da escala trabalhada, tendo domínio lingüístico e cultural do idioma original e deverão dominar a língua para qual o instrumento está sendo adaptado. Eles não deverão ter acesso ao instrumento original. A retro-tradução é apenas uma forma de checar a validade da escala para assegurar que a versão traduzida reflete o conteúdo da versão original. Porém, o fato de a retro-tradução ficar igual à escala original, isso não garante a qualidade da tradução, mas apenas a consistência dessa, e a mesma pode estar incorreta em algum dos aspectos semântico, conceitual, cultural ou idiomático, que deverá ser verificado pelo comitê de especialistas.

Estágio 4: Revisão do comitê de especialistas

Escolher a composição do comitê de especialistas é muito importante para alcançar a equivalência cultural do instrumento traduzido. Segundo as diretrizes que estamos seguindo, o comitê deverá ser formado por especialistas bilíngües e deve conter no mínimo:

1. Um metodologista
2. Um profissional de saúde
3. Um lingüista
4. Todos os tradutores (versão e retroversão)
5. O Pesquisador que fez a síntese da T1 e T2

Os demais colaboradores deverão participar desse processo para responder possíveis questões e providenciar soluções. Todos os membros do comitê deverão receber todas as versões da escala a ser adaptada (escala original, T1 e T2, T12, RT1, RT2). Deverão receber também as instruções de aplicação da escala, e de como calcular os escores. Neste estágio os juízes deverão avaliar as equivalências:

- a) semântica e idiomática, que corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões idiomáticas na língua original e no português;
- b) conceitual, que analisa se o conceito de algumas palavras ou questões tem o mesmo significado nas duas culturas;
- c) cultural, que analisa se as situações apresentadas na escala correspondem às vivenciadas no contexto da nossa cultura.

O comitê de especialistas toma decisões importantes analisando as equivalências acima citadas. Nesta fase, o comitê produz a versão Pré-final da escala para o Pré-teste e obtemos a validade de conteúdo e de face através da análise minuciosa dos especialistas.

Estágio 5: Teste da versão Pré-Final da escala

O último estágio do processo de adaptação é o Pré-teste, que tem como objetivo avaliar a compreensão da escala pela população alvo. As diretrizes sugerem que uma medida deve ser compreensível até para uma criança de aproximadamente 12 anos. Deve ser aplicado segundo Beaton et al. (2007), entre 30 e 40 pessoas do grupo alvo. Primeiramente os sujeitos respondem o questionário e depois são entrevistados para verificar se eles entenderam o significado das

questões e as responderam adequadamente. O pré-teste deve avaliar não somente o nível de compreensão dos itens, mas a apresentação da escala, as opções de resposta, o tempo de preenchimento da escala. Embora o pré-teste forneça informações importantes de como as pessoas estão compreendendo ou não os itens da escala, ele não valida ou produz a confiabilidade da escala.

Após análise qualitativa do pré-teste, verificando novamente com o comitê de especialistas as possíveis falhas da escala adaptada, produz-se então a versão final para aplicação numa amostra maior para posterior análise das propriedades psicométricas da escala, como a confiabilidade e a validade.

2 OBJETIVOS

Após realizar uma busca nas bases de dados e detectar a ausência de instrumento validado para a cultura brasileira para avaliar a sexualidade no envelhecimento, esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Realizar a tradução e adaptação da ASKAS – Aging Sexual Attitudes and Knowledge Scale (WHITE, 1982^a) para a cultura brasileira.

Objetivos específicos:

Especificamente, objetivamos comprovar as propriedades psicométricas da escala traduzida e adaptada, verificando:

- A Validade de Conteúdo através da análise do comitê de especialistas.
- A Consistência interna da escala analisando os valores da confiabilidade composta e Alpha de Cronbach
- A Validade de Construto através da Análise Fatorial Confirmatória.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A adaptação cultural, avaliando as propriedades psicométricas, validades e confiabilidade de uma escala de medida, é uma pesquisa metodológica (KERLINGER, 1986). Nesta metodologia, o pesquisador preocupa-se com a teoria e com a prática dos instrumentos de mensuração. Segundo Polit & Hunger (1995) a pesquisa metodológica tem como característica principal os métodos de obtenção, organização e análise de dados, com finalidade de, neste caso específico, validar instrumentos e técnicas de pesquisa.

3.2 DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS

Os critérios de inclusão utilizados para esta pesquisa foram os seguintes: no Pré-Teste foram selecionados três grupos diferentes de respondentes, adultos que convivessem com parentes idosos; cuidadores de idosos (funcionários de instituições de longa permanência) e pessoas com mais de 60 anos, caracterizando o grupo de idosos e na amostra final foram incluídos pessoas com mais de 60 anos participantes de projetos voltados ao público idoso.

Nossa amostra do pré-teste, seguindo as diretrizes de Beaton et al. (2007), que preconiza que a amostragem do pré-teste deve ter entre 30 e 40 pessoas do grupo alvo, ficou composta de 43 sujeitos sendo, 14 adultos de parentes idosos, 11 cuidadores de idosos e 18 idosos. No pré-teste utilizamos esses três grupos, pois foram esses os grupos utilizados pelo autor da escala na sua validação original, já que a ASKAS foi criada para avaliar o conhecimento e a atitude das pessoas em geral sobre a sexualidade do idoso.

Dos 18 idosos (as) entrevistados, 16 são participantes do Projeto “FELIZ IDADE”, da Faculdade Adventista de Educação Física, em Hortolândia – SP, cuja coordenação é feita pela pesquisadora deste projeto há 6 anos, e dois (1 homem e 1 mulher) são idosos que vivem no Asilo

Municipal de Paulínia. Os nove adultos, parentes de idosos são filhos (as) e/ou parentes dos idosos do Projeto “FELIZ IDADE”. Os 11 cuidadores de idosos, homens e mulheres, são funcionários de um asilo municipal da região de Campinas.

Para avaliação das propriedades psicométricas, no que se refere a validade e confiabilidade da escala ASKAS, trabalhamos somente com pessoas que freqüentavam projetos voltados ao público idoso, Faculdades de Terceira Idade, Grupos de Convivência da Melhor Idade promovidos por prefeituras municipais da região de Campinas e fora dos grupos de convivência, entrevistamos somente pessoas com mais de 60 anos.

Na amostra final, de acordo com Kerlinger (1986), devemos utilizar como regra geral para validação de instrumentos o uso da maior amostra possível. O autor sugere um número de dez sujeitos por item do instrumento, embora outras pesquisas tenham sido feitas com amostras menores, mas neste caso deve-se realizar algum teste que prove que o tamanho da amostra está adequado para a validação daquela escala. Kermarreck et al.(2006) citam que a literatura recomenda a aplicação da escala em 10 sujeitos por item da escala, no processo de validação. Para a análise fatorial exploratória Hair et al. (2005) afirma que 5 respondentes por item é suficiente, mas para análise fatorial confirmatória o autor recomenda um maior número de sujeitos, usualmente 10 para cada item da escala. Segundo o autor acima citado, o tamanho da amostra para a análise fatorial não deve ser menor do que 50 respondentes, e preferencialmente deve possuir amostras superiores a 100 sujeitos, mesmo para escalas com poucos itens.

Embora nossa amostra coletada tenha sido de 802 sujeitos, tivemos uma perda considerável, pois muitos respondentes que iniciaram a entrevista, deixaram algumas questões sem resposta o que invalida aquele sujeito para análise estatística.

Dessa forma a amostra final ficou composta por 488 sujeitos, homens e mulheres participantes de projetos voltados para o público idoso, cujas características sócio-demográficas descreveremos adiante a partir da Tabela 6.

3.3 ASKAS

A escala ASKAS que estamos utilizando nesta pesquisa foi elaborada pelo pesquisador Charles B. White (1982^a). Esta escala resultou de muitos estudos do pesquisador sobre o

funcionamento sexual no envelhecimento, incluindo pesquisas com pessoas idosas, familiares de pessoas idosas e pessoas que trabalham com pessoas idosas.

A ASKAS foi elaborada para ser utilizada com idosos, funcionários de casas de repouso, asilos e cuidadores de idosos e outros grupos de pessoas que se relacionam com eles (familiares, voluntários e professores de programas destinados a idosos). A escala foi desenvolvida com a finalidade de medir o conhecimento sobre a sexualidade de idosos e atitudes relativas à sexualidade do idoso (WHITE, 1982^a). Segundo o autor, a escala foi desenvolvida com a finalidade de verificar o impacto de programas educacionais ou informativos sobre funcionamento sexual. Além disso, a escala pode formar a base para discussões sobre atitudes sexuais e conhecimento sexual. Os itens foram desenvolvidos a partir de um *survey* de pesquisas fisiológicas sobre sexualidade de pessoas idosas e uma revisão de literatura sócio-psicológica sobre sexualidade no envelhecimento.

A escala consiste de 61 itens, 35 no formato “verdadeiro/falso/não sei” (verdadeiro = 1 ponto, falso = 2 pontos e não sei = 3 pontos) e 26 itens com respostas numa escala tipo Likert de 7 pontos, variando de “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. As 35 questões, falso/verdadeiro, acessam o conhecimento dos respondentes sobre as mudanças que ocorrem na sexualidade relacionadas à idade; as 26 questões, “discordo/concordo”, avaliam as atitudes dos respondentes em relação ao comportamento sexual de idosos.

Nas questões de 1 a 35 a pontuação segue o seguinte modelo: verdadeiro = 1, falso = 2 e não sei = 3. Os itens 1, 10, 14, 17, 20, 30 e 31, devem ter seus escores invertidos (só o verdadeiro e falso), ou seja, verdadeiro = 2, falso = 1 e não sei = 3. Segundo o autor, se o respondente tiver um escore baixo na parte de conhecimentos sobre a sexualidade do idoso, significa que ele tem um alto conhecimento sobre o assunto, porque o item “Não sei”, ganhou um escore de 3 pontos. Portanto, o respondente que assinalar menos vezes o item “Não sei”, terá uma pontuação mais baixa. Inversamente, alta pontuação, significará baixo conhecimento, pois ele terá provavelmente marcado mais questões “não sei”, ou terá errado mais nas questões “verdadeiro” ou “falso”. As questões que avaliam atitudes, da 36 até a 61, são pontuadas de acordo com o valor selecionado pelo respondente (1 a 7). Nos itens 44,47,48,50 a 56, e 59 os escores devem ser invertidos. Uma pontuação baixa nos itens de atitude indica uma postura mais liberal. Uma pontuação mais alta indica uma atitude mais conservadora ou menos favorável à sexualidade do idoso. Vários estudos norte-americanos têm utilizado a escala desde sua criação, apontando, assim, sua credibilidade no

meio científico (TURNER & ADAMS, 1988; WEBB, 1993; STEINKE, 1994; MEIROVITZ, 1994; GLASS & WEBB, 1995; LINDEKENS, 1997; WALKER et al., 1998; CARLSON, 2004; GOODFELLOW, 2004; HEINRICH & GINDIN, 2007), porém neste presente estudo é a primeira vez que a escala está sendo validada em outro país e para outro idioma.

A tabela 1, apresentada a seguir foi retirada do artigo de WHITE (1982^a, p.494), e apresenta a confiabilidade do instrumento testado em língua inglesa.

TABELA 1 – Confiabilidade da ASKAS

tipo de confiabilidade	coeficiente de confiabilidade	tamanho da amostra	tipo de amostra
CONHECIMENTO			
Split-half ^a	.91	163	Funcionários de casa de repouso
Split-half ^a	.90	279	Moradores de casa de repouso
Alpha	.93	163	Funcionários de casa de repouso
Alpha	.91	279	Moradores de casa de repouso
Alpha	.92	30	Comunidade idosa
Alpha	.90	30	Funcionários de casa de repouso
Alpha	.90	30	Familiares de idosos
Teste-reteste	.97	15	Comunidade idosa
Teste-reteste	.90	30	Funcionários de casa de repouso e Familiares de idosos
ATITUDES			
Split-half ^a	.86	163	Funcionários de casa de repouso
Split-half ^a	.83	279	Moradores de casa de repouso
Alpha	.85	163	Funcionários de casa de repouso
Alpha	.76	279	Moradores de casa de repouso
Alpha	.87	30	Comunidade idosa
Alpha	.87	30	Funcionários de casa de repouso
Alpha	.86	30	Familiares de idosos
Teste-reteste	.96	15	Comunidade idosa
Teste-reteste	.72	30	Funcionários de casa de repouso e familiares de idosos

Adaptada do artigo *A Scale for the Assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged* (WHITE, 1982^a).

O resultado da análise de fator da ASKAS (White, 1982^a) nos estudos mencionados, resultou em uma solução de dois fatores, com cada item mostrando-se mais fortemente associado à seção de atitudes ou conhecimento da medida (Tabela 2).

TABELA 2 – Análise de Fator da ASKAS. Adaptada do artigo A Scale for the Assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged (WHITE, 1982^a). Rotação Varimax dos principais componentes dos fatores (foram hipotetizados que os itens 1 a 35 são questões de conhecimento e os itens 36 a 61 são de atitude)

Rotação Varimax					
Questão	1(atitudes)	2 (conhecimento)	Questão	1(atitudes)	2 (conhecimento)
	Itens de	conhecimento		Itens de	atitude
1	-.047	.256	36	.294	.136
2	-.089	.420	37	.371	.107
3	-.107	.507	38	.480	.165
4	-.227	.419	39	.405	.077
5	.088	.543	40	.415	.099
6	.079	.590	41	.390	.148
7	.102	.528	42	.569	-.012
8	.079	.383	43	.554	-.034
9	-.201	.284	44	.394	.018
10	-.071	.372	45	.665	.029
11	.042	.511	46	.624	-.074
12	.119	.592	47	.232	-.188
13	.199	.561	48	.674	-.003
14	-.051	.416	49	.680	-.015
15	-.029	.457	50	.221	-.178
16	.148	.381	51	.242	-.140
17	-.035	.513	52	.668	.008
18	.071	.605	53	.655	.063
19	.052	.515	54	.667	.032
20	.024	.472	55	.683	.029
21	.102	.465	56	.782	.051
22	.029	.367	57	.670	.065
23	.196	.558	58	.674	-.006
24	-.066	.492	59	.763	.045
25	-.048	.492	60	.657	-.042
26	-.005	.296	61	.696	.010
27	.100	.619			
28	.053	.647			
29	.115	.566			
30	-.110	.453			
31	.027	.403			
32	.149	.542			
33	.147	.492			
34	.159	.501			
35	.139	.494			

A validade da ASKAS foi examinada em programas de educação sexual para idosos, por indivíduos que trabalham com idosos e por familiares adultos de pessoas idosas, em uma pesquisa na qual cada grupo recebeu uma intervenção psicológico-educacional em separado (WHITE & CATANIA, 1981). Cada grupo experimental foi comparado a um grupo-controle que não recebeu intervenção. Em todos os casos, o grupo que recebeu intervenção educacional apresentou como resultado um aumento importante em conhecimento e mudanças significativas na direção de uma atitude mais favorável à sexualidade do idoso, resultados relativos aos escores obtidos no pré-teste e comparados ao grupo controle, enquanto o escore do grupo controle não apresentou mudança significativa comparado ao escore de seu pré-teste. Houve um intervalo de 4 a 6 semanas entre o pré-teste e o pós-teste.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Parecer nº 627/2006. A pesquisa está inscrita no SISNEP sob o número 0503.0.146.000-06 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP.

Somente foram aceitos na amostra (pré-teste e amostra final) os respondentes que concordaram em realizar, voluntariamente, o preenchimento da escala (ASKAS) e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1).

3.5 ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ASKAS

Descreveremos a seguir as etapas seguidas para adaptação cultural da ASKAS em idosos brasileiros. A adaptação cultural da escala em questão foi composta de duas partes distintas que descreveremos a seguir.

3.5.1 Procedimento Metodológico para Adaptação Cultural da ASKAS

De acordo com as recomendações de Beaton et al. (2007), as etapas recomendadas para adaptação cultural são:

1: Tradução do instrumento para a língua portuguesa

Após obtermos o consentimento assinado pelo autor da escala ASKAS (ANEXO 1) iniciamos o processo de adaptação cultural. Duas traduções foram feitas por tradutores independentes, um que conhecia a temática da escala e outro que não conhecia. Eles não trocaram informações entre si. Tradutor 1: brasileiro, bilíngüe português/inglês, residiu por 4 anos nos Estados Unidos, atualmente professor de inglês e tradutor de textos técnicos. Não é da área de saúde e desconhecia tecnicamente o assunto tratado pela escala. Tradutor 2: brasileira, bilíngüe português/inglês, residiu por mais de 10 anos nos Estados Unidos, atuando como professora universitária, atualmente professora de inglês e tradutora de textos técnicos. Esta tradutora tem conhecimento técnico a respeito do assunto.

2: Síntese das duas traduções

Trabalhando com o instrumento original e com as duas traduções, um terceiro profissional (brasileiro, atual cidadão canadense) bilíngüe, que domina a cultura e a língua brasileira e a língua inglesa, compôs uma versão final (síntese) das duas traduções. As traduções foram comparadas e discrepâncias nas traduções foram resolvidas neste momento consultando os próprios tradutores. Um relatório detalhado foi feito neste momento, descrevendo todas as discrepâncias ocorridas e como foram resolvidas.

3: Tradução do instrumento de volta para o idioma de origem (Back Translation)

Neste estágio trabalhamos com a versão sintetizada (T12) das traduções. Os tradutores dessa fase eram nascidos e alfabetizados em país de língua igual à da escala trabalhada (inglês), tendo domínio lingüístico e cultural do idioma original e dominam a língua para qual o instrumento está sendo adaptado. Eles não tiveram acesso ao instrumento original. Tradutor 1: Nacionalidade: Dinamarquês. Professor de língua inglesa em tradicional escola de inglês no Brasil, com residência no Brasil há mais de 8 anos, sem conhecimento sobre a temática específica

da escala. Tradutor 2: Nacionalidade: Americana, professora de língua inglesa no Brasil, residindo há 4 anos no Brasil, sem conhecimento sobre a temática específica da escala. As retro-traduições foram comparadas à escala original pelo pesquisador e uma lingüista e como não houve nenhuma discrepância de significado nas retro-traduições, constatamos que a versão das traduções (T12) estava adequada para envio ao comitê de especialistas.

4: Avaliação por um grupo de Juízes

Nosso comitê foi composto por três tradutores, os mesmos que fizeram as traduções e um tradutor que fez a retro-tradução, duas lingüistas, sendo elas, professoras na Universidade Estadual de Campinas; duas metodologistas, professoras da Faculdade de Enfermagem da Unicamp; uma especialista em envelhecimento, coordenadora do programa de pós-graduação em gerontologia da Faculdade de Educação da Unicamp; uma especialista em sexualidade, psicóloga no Instituto do Coração em São Paulo, e uma especialista em qualidade de vida, professora na Faculdade de Educação Física da Unicamp. Foi enviado aos membros deste comitê, um documento explicando a finalidade e a função do especialista convidado (APÊNDICE 4), a escala (versão T12 – APÊNDICE 8) a ser analisada semântica, cultural e conceitualmente, e as outras versões da escala (original (APÊNDICE 5), duas traduções (T1 (APÊNDICE 6) e T2 (APÊNDICE 7)) e as duas retro traduções (RT1 (APÊNDICE 9) e RT2 (APÊNDICE 10))). Nesta fase, o comitê produziu a versão Pré-final da escala para o Pré-teste (APÊNDICE 11).

5: Pré-Teste

O pré-teste foi realizado com 43 pessoas, que responderam à escala e depois foram argüidas pela pesquisadora no tocante ao entendimento da mesma e, possíveis dúvidas que os respondentes tiveram ao preencher a escala. O documento que o respondente recebeu nessa fase foi composto pelo termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1), uma ficha de dados pessoais (APÊNDICE 2) e a escala em português (APÊNDICE 11). O objetivo principal do pré-teste é fazer uma análise qualitativa da escala que está sendo adaptada, a fim de verificar se está compreensível para a população alvo.

3.5.2 Avaliação das Propriedades Psicométricas da ASKAS: Confiabilidade e Validade

Embora originalmente alguns autores considerem validade de conteúdo, relativo a critério e de construto como 3 tipos separados de validade, há um consenso bem estabelecido que validade de construto é o principal e único processo, e que, validade de conteúdo e de critério são duas importantes fontes de informação para avaliar as interpretações dos escores da validade de construto. Validade de coeficientes baseados em análises multimétodos, é um modelo mais forte para a validade de construto do que aqueles baseados em um único método (HOYT, WARBASSE, CHU, 2006).

Para realizarmos a validade de construto da ASKAS, já que não temos padrão-ouro para nossa medida no Brasil, utilizamos a análise fatorial confirmatória, modelo matemático que tem sido utilizado em inúmeros estudos nacionais e internacionais, confirmando a força do mesmo para realizar a validade de construto em uma validação ou adaptação cultural (GRASSI-OLIVEIRA, STEIN, PEZZI, 2006; DAVIS, et al., 2007; GALINDO & CARVALHO, 2007; HERRERO & GRACIA, 2007; KLAGES et al., 2007; MAKDISSE et al., 2007; ROSEMANN & SZECSENYI, 2007; TAMMARU et al., 2007; ZHANG et al., 2007). A análise fatorial permite determinar o quanto a escala está relacionada aos conceitos teóricos que a fundamentam (LUFT et al., 2007).

A análise fatorial confirmatória, segundo Malhotra (2006, p. 548) é a classe de procedimentos utilizados essencialmente para redução e resumo de dados. A utilização da análise fatorial confirmatória serve para identificar fatores que expliquem as correlações entre um conjunto de variáveis, para identificar um novo conjunto, menor, de variáveis não-correlacionadas na análise discriminante e para identificar em um conjunto maior, um conjunto menor de variáveis que se destacam. As estatísticas-chaves associadas à análise fatorial são: **Teste de esfericidade de Bartlett:** examina a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população; **Matriz de correlação:** exhibe as correlações simples, entre todos os pares possíveis de variáveis incluídas na análise; **Comunalidade:** porção da variância que uma variável compartilha com todas as outras variáveis consideradas; **Autovalor (Eigen value):** variância total explicada por cada fator; **Cargas fatoriais:** variância total explicada por cada

fator; **Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO):** índice usado para avaliar a adequação da análise fatorial - valores altos (entre 0,5 e 1,0) indicam que a análise fatorial é apropriada e valores abaixo de 0,5 indicam que a análise fatorial pode ser inadequada; **Resíduos:** diferenças entre as correlações observadas (MALHOTRA, 2006, p. 549).

Para realização da análise fatorial confirmatória, aplicamos o questionário inicialmente em 801 sujeitos, 515 foram coletados por uma equipe de pesquisadores que estavam coletando dados com idosos em São Paulo e 286 pela própria pesquisadora em projetos direcionados à pessoas idosas.

3.5.2.1 Análise Fatorial Confirmatória

No primeiro momento da análise estatística da versão traduzida e adaptada da escala utilizando o programa SPSS 10.0, foi feita uma sondagem dos dados, através da análise de componentes principais. Os dados foram processados pelo método estatístico de modelagem de equações estruturais (MEE) via Partial Least Squares (PLS) com o software Smart PLS software versão 2.0M3, **para** análise das propriedades psicométricas da ASKAS. A metodologia PLS facilita a análise de dados obtidos, principalmente quando o número de informações é muito elevado. O PLS modela as inter-relações entre as variáveis latentes e seus indicadores. O método estatístico PLS ou de mínimos quadrados parciais foi desenvolvida pelo alemão Hermann Wold há três décadas. O PLS tem sido regularmente empregado para testes confirmatórios nas pesquisas porque ele converge os dados em parâmetros estimados quando a probabilidade máxima estimada não pode ser encontrada. A década passada foi marcada pelo grande aumento na utilização de métodos de equações estruturais (MEE – em inglês SEM - *Structural equations methods*) -, incluindo o PLS, aplicados na análise fatorial exploratória, confirmatória e preditiva (JOHNSTON et al., 2004; DWIVEDI, CHOUDRIE, BRINKMAN, 2006; WESTLAND, 2007; DIAMANTOPOULOS, RIEFLER, ROHT., 2008; GUDERGAN et al., 2008; LEE, HUYNH, HIRSCHHEIM, 2008; YOO, LEE, HOFFMANN, 2008). A técnica de MEE tem proliferado na ciência psicológica e áreas correlatas, e autores como Klem (2000), Thompson (2004) e Ullman (2006) entendem essa técnica “como uma mistura de análise fatorial e análise de regressão, que permite aos pesquisadores testar estruturas fatoriais de instrumentos de medida psicométrica, por

meio da análise fatorial confirmatória. A MEE não apenas permite o teste confirmatório da estrutura psicométrica de escalas de medida, mas também pode ser utilizada para analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis simultaneamente, sejam essas latentes ou observadas” (PILATI & LAROS, 2007, p.205-206).

Na análise deste trabalho as cargas fatoriais e as correlações entre os construtos e as variáveis foram obtidas utilizando o método PLS Algorithm, que executa uma série de reamostragens, de forma que os dados originais são amostrados repetidamente (MOORE et al., 2006) As iterações foram de 1000 em todas as estimações processadas. Segundo Hair et al. (2005, p. 466), a metodologia de análise por meio de modelagem das equações estruturais tem duas vantagens principais: trata de forma simultânea as múltiplas variáveis dependentes e independentes com eficiência estatística e possibilita construir uma ponte de transição da análise exploratória do modelo teórico desenhado, de forma que se possa confirmá-lo.

A avaliação das propriedades psicométricas (validade convergente, validade discriminante e confiabilidade) da escala empregada para a avaliação das variáveis latentes, seguiu as etapas estabelecidas pelo fluxograma das etapas mostrado na Figura 1.

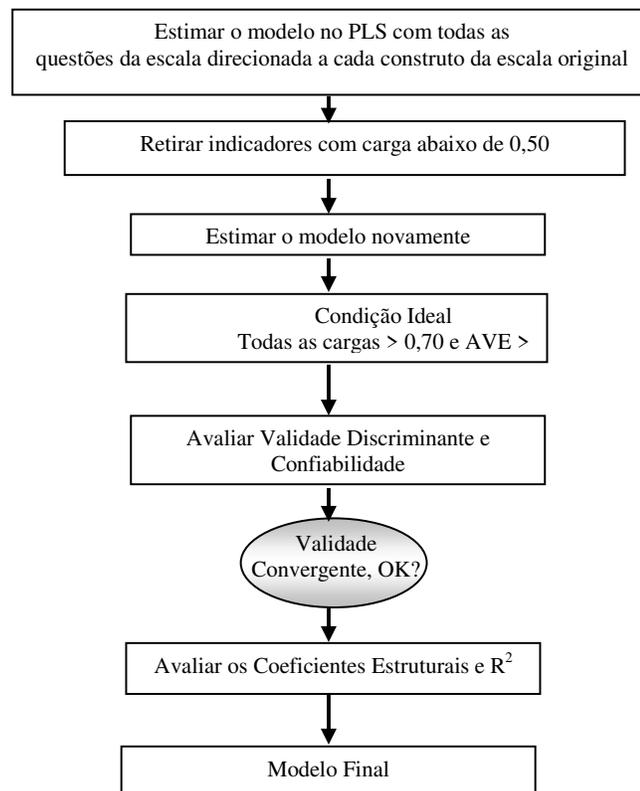


Figura 1 - Fluxograma das etapas de análise dos dados de pesquisa

4. RESULTADOS

Apresentaremos neste capítulo os resultados da parte I e II do processo de adaptação cultural da escala ASKAS.

4.1 Resultados dos Procedimentos de Tradução e Adaptação Cultural da ASKAS

4.1.1 Discussão e produção do comitê de especialistas

Após realizar as traduções, a síntese das traduções e as retro-traduições, etapas descritas no capítulo anterior, descreveremos a discussão do comitê de especialistas (Quadro 2). A primeira frase de cada item é a versão original da ASKAS, a segunda é a versão única das traduções (T12), e a terceira é a que foi usada no pré-teste (Versão Pré-final). Durante esse processo de análise do comitê, que ocorreu em dois momentos, intervalados por 15 dias, fizemos contato com o autor da escala para apresentarmos algumas sugestões do comitê (ANEXO 2). Ao final, apresentamos as soluções apresentadas pelo comitê nas questões que se mostraram divergentes entre os especialistas, analisando a versão T12 da escala:

QUADRO 2: Resultado da análise do comitê de especialistas

TÍTULO ESCALA
Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale - ORIGINAL Escala de Conhecimento e Atitudes Sexuais no Envelhecimento – T12 Escala de atitudes e conhecimento sobre sexualidade no envelhecimento (ASKAS) – PRÉ-TESTE <i>Houve uma inversão (colocando a palavra “atitudes” primeiro) entre a versão T12 e a final, pois o comitê analisou que seria mais compreensível desta forma em português.</i>
PARTE I
Questões de conhecimentos sobre a sexualidade do idoso
1. Sexual activity in aged persons is often dangerous to their health. 1. A atividade sexual entre pessoas idosas é quase sempre perigosa para a sua saúde.

1. A Atividade sexual em pessoas idosas é freqüentemente perigosa para sua saúde.

O comitê decidiu usar a conjunção “em” ao invés de “entre”, além de ser mais fiel ao sentido original da escala, a palavra “entre” dá a idéia de que os dois envolvidos na atividade sexual necessariamente sejam idosos. O comitê também achou por bem utilizar o termo “frequentemente” ao invés de “quase sempre”, mantendo-se mais fiel ao termo utilizado em inglês “often” que passa a idéia de continuidade e não de intervalos.

2. Males over the age of 65 typically take longer to attain an erection of their penis than do younger males.

2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo do que os mais jovens para conseguir uma ereção do pênis.

2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo para conseguir uma ereção do pênis do que os homens mais jovens.

Houve apenas a inversão do termo comparativo com homens mais jovens para o final da frase, já que a ênfase no inglês está na ação da ereção mais lenta. Nesta questão aparece pela primeira vez a questão da idade, e adotamos em todas as questões, o termo “acima de 65 anos” ou “com mais de 65 anos” para a escala brasileira. Embora nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, seja adotado a idade de 60 anos para a classificação de idoso, o comitê decidiu manter 65 anos, pois segundo a especialista em Gerontologia do comitê, o Brasil deverá adotar o critério de 65 anos para a categorizar o idoso, em breve. O autor utiliza diferentes termos nesta escala para caracterizar o idoso, porém na versão brasileira adotaremos sempre o termo “com mais de 65 anos”, após comunicação e concordância do autor.

4. The firmness of erection in aged males is often less than of younger persons.

4. A firmeza da ereção em homens idosos é normalmente menor do que em homens jovens.

4. A firmeza da ereção nos homens com mais de 65 anos geralmente é menor do que nos homens mais jovens.

Foi trocada a palavra normalmente, da T12, para geralmente. O comitê avaliou que a palavra normalmente caracterizaria um fato que ocorre sempre no envelhecimento, como característica normal e esperada nesta idade.

7. The older female may experience painful intercourse due to reduced elasticity of the vagina and reduced vaginal lubrication.

7. A mulher idosa pode sentir dores durante o ato sexual devido à redução na lubrificação e na elasticidade da vagina.

7. O ato sexual pode ser doloroso na mulher com mais de 65 anos devido à redução na lubrificação vaginal.

O comitê verificou que a questão original estava medindo o atributo “dor no ato sexual” e analisando duas variáveis, a lubrificação vaginal e a elasticidade da vagina. O comitê achou que seria melhor dividir a questão em duas, ou retirar o termo elasticidade da vagina. Um dos membros do comitê sugeriu que retirássemos o termo elasticidade da vagina e falássemos somente da lubrificação, pois em sua experiência numa pesquisa com mulheres na menopausa, ela verificou que o termo lubrificação vaginal é bem discutido entre as mulheres e relatado como fator de dor na relação sexual e que o termo elasticidade vaginal quase nunca é discutido entre elas. Conversamos com o autor sobre a idéia de retirarmos esse termo e utilizarmos somente a questão da lubrificação vaginal, que seria mais adequado à nossa cultura. O autor nos respondeu concordando com a modificação solicitada, e, portanto na versão pré-final, retiramos o termo elasticidade vaginal. A palavra “intercourse” ficou na versão final como “ato sexual”. Em outro estudo (FERRAZ e CICONELLI, 1998), os autores utilizaram a expressão “relação sexual”, porém neste caso, o comitê achou a expressão “ato sexual” mais adequada para este caso específico.

10. Most males over the age of 65 are unable to engage in sexual intercourse.

10. A maioria dos homens acima de 65 anos não consegue se envolver em relações sexuais.

10. A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.

<p><i>O comitê sugeriu trocar o termo “se envolver” por “ter”, fazendo uma adaptação cultural, já que segundo os tradutores, o termo “to engage” tem o significado de “manter uma relação sexual” ou “participar de uma relação sexual”.</i></p>
<p>14. Most older females are sexually unresponsive. 14. A maioria das mulheres idosas é sexualmente frígida. 14. A maioria das mulheres com mais de 65 anos é fria sexualmente. <i>Nesta questão o comitê decidiu utilizar o termo “fria sexualmente” e não “frígida”, concordando unanimemente que o termo “frígida” não é utilizado normalmente entre a população comum, sendo mais utilizado pela comunidade científica.</i></p>
<p>16. Prescription drugs may alter a person’s sex drive. 16. Medicamentos receitados por médicos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa. 16. Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa. <i>Não houve discordância entre os juízes, mas uma adequação lingüística. A pesquisadora mencionou ao comitê que essa questão da escala não é específica para o idoso, mas decidiu-se mantê-la na escala para decisão final após o pré-teste e discussão com o autor.</i></p>
<p>17. Females after menopause have a physiologically induced need for sexual activity. 17. Após a menopausa, as mulheres têm uma necessidade de atividade sexual fisiologicamente induzida. 17. Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual. <i>Para facilitar a compreensão desta questão pela população, o comitê decidiu não utilizar o termo “fisiologicamente induzida”.</i></p>
<p>20. Older males and females cannot act as sex partners as both need younger partners for stimulations. 20. Homens e mulheres mais velhos não podem atuar conjuntamente como parceiros sexuais, já que ambos precisam de parceiros mais jovens para que haja estímulo. 20. Mulheres e homens com mais de 65 anos não podem ser parceiros sexuais entre si, pois tanto um quanto o outro precisam de parceiros mais jovens para serem estimulados. <i>Foi feita nesta questão uma adaptação semântica, retirando a palavra “conjuntamente” que não estava no original e apareceu somente em uma das traduções, mas ficou na versão T12. As retro traduções, mesmo com a palavra conjuntamente presente na T12, ficaram fiéis ao original, que usa o termo “sex partners”.</i> BT1 = Elderly men and women cannot act as sexual partners during sexual intercourse as both need younger partners to feel sexually stimulated. BT2 = Older men and women cannot be sexual partners because both need to have younger partners in order to become stimulated.</p>
<p>22. Barbiturates, tranquilizers, and alcohol may lower the sexual arousal levels of aged persons and interfere with sexual responsiveness. 22. Barbitúricos, tranqüilizantes, e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas mais velhas e interferir na receptividade sexual. 22. Tranqüilizantes e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual em pessoas com mais de 65 anos e interferir na resposta sexual. <i>Nesta questão o comitê decidiu retirar a palavra barbitúricos que não é muito conhecida e utilizada entre a população comum, julgando que a questão não ficou prejudicada conceitualmente.</i></p>
<p>27. An important factor in the maintenance of sexual responsiveness in the aging male is the consistency of sexual activity throughout his life. 27. Um fator importante na manutenção da receptividade sexual do homem mais velho é a consistência das atividades sexuais ao longo de toda sua vida. 27. Um fator importante na manutenção da resposta sexual em homens com mais de 65 anos é a continuidade da atividade sexual ao longo de sua vida. <i>O comitê avaliou que o termo “receptividade” usado pelos tradutores não representava bem o sentido da palavra “responsiveness” da escala original e decidiu usar a palavra “resposta”, avaliando que é um</i></p>

<p>termo mais usado pela população quando o assunto é sexualidade. Trocou também a palavra “consistência” para “continuidade”, por acreditar que seria de mais fácil compreensão este termo.</p>
<p>32. Secondary impotence (nonphysiologically caused) increases in males over the age of 60 relative to younger males.</p> <p>32. A impotência secundária (de causas não fisiológicas) aumenta nos homens acima dos 60 anos, em comparação com homens mais jovens.</p> <p>32. A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens.</p> <p><i>O comitê achou por bem trocar o termo “de causas não fisiológicas” por “causa não orgânica”, entendendo que seria de mais fácil compreensão pela população. Como o comitê já havia decidido adotar a idade de 65 anos, referindo-se aos idosos na versão brasileira, nesta questão mantivemos também 65 anos, mesmo que no original seja mencionado, 60 anos nesta questão.</i></p>
<p>34. In the absence of severe physical disability, males and females may maintain sexual interest and activity well into their 80's and 90's.</p> <p>34. Na ausência de graves deficiências físicas, homens e mulheres podem manter o interesse e atividades sexuais até além de seus 80 e 90 anos de idade.</p> <p>34. Na ausência de problemas físicos graves, mulheres e homens podem manter o interesse e atividade sexuais até depois de 80 ou 90 anos de idade.</p> <p><i>Nesta questão foi trocado o termo “deficiências físicas” por “problemas físicos graves”, pois a palavra “disability” em inglês não tem exatamente a conotação que “deficiente” em português, e acreditou ser mais adequado não utilizar o termo “deficiência”. De acordo com o autor, o foco da questão é no idoso, e usou-se o termo “severe physical disability” porque alguns idosos que estão em instituições de longa permanência têm problemas físicos severos, e o autor concordou com nossa modificação.</i></p>
<p>ALTERNATIVAS DE RESPOSTA DAS QUESTÕES - PARTE II</p>
<p>Attitude questions (7-point Likert scale, disagree = 1, agree = 7)</p> <p>Questões atitudinais (escala Likert de 7 pontos, discordo = 1 ponto; concordo = 7 pontos)</p> <p>Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa.</p> <p>discordo fortemente = 1</p> <p>discordo parcialmente = 2</p> <p>não concordo nem discordo = 3</p> <p>concordo parcialmente = 4</p> <p>concordo fortemente = 5</p> <p><i>Após a reunião do comitê decidiu-se especificar o escalonamento. Solicitamos ao autor permissão para utilizarmos um escalonamento de 1 a 5, pois nossa população idosa em sua grande maioria não tem muitos anos de estudo e nem está habituada a este tipo de questionamento, e uma escala de 5 pontos seria de mais fácil compreensão. O autor também concordou com esta solicitação.</i></p>
<p>42. Complain to the management.</p> <p>42. Fazer queixa à administração.</p> <p>42. Faria uma reclamação à administração.</p> <p><i>Nos itens 41, 42 e 43 deixamos a forma do verbo no pretérito imperfeito nas questões e não na afirmativa, como é no original em inglês. O comitê julgou que isso facilitaria a compreensão das pessoas.</i></p>
<p>46. It is immoral for older persons to engage in recreational sex.</p> <p>46. É imoral que pessoas mais velhas se envolvam em atividades de sexo por diversão.</p> <p>46. É imoral que pessoas com mais de 65 anos façam sexo casual (sem compromisso).</p> <p><i>O comitê achou melhor utilizar o termo “sexo casual”, enfatizando que seria o sexo sem compromisso, do que usar o termo “sexo por diversão”, pois a população idosa poderia sentir-se constrangida se argumentada dessa forma.</i></p>
<p>55. Staff of nursing homes ought to be trained or educated with regard to sexuality in the aged and/or disabled.</p> <p>55. O pessoal encarregado de casas de repouso deve ser treinado ou educado no que diz respeito à</p>

sexualidade dos mais velhos e/ou inválidos.

55. Os funcionários de casas de repouso devem ser capacitados para lidar com a sexualidade de pessoas com mais de 65 anos com ou sem deficiência.

O comitê nesta questão solicitou que a pesquisadora fizesse contato com o autor, para que definíssemos a utilização do termo “inválido” ou mesmo “deficiente” separado ou junto do termo idoso, referindo-se à pessoas deficientes no geral ou somente à idosos deficientes. Sabemos que casas de repouso ou de longa permanência no Brasil e nos Estados Unidos (país de origem da escala), têm como residentes não somente idosos, mas pessoas com limitação funcional vivendo juntos, dividindo as mesmas alas e às vezes os mesmos quartos. Após contato com o autor, decidimos utilizar o termo deficiência referindo-se ao idoso, que tenha adquirido uma limitação funcional pela idade ou que já possuísse alguma limitação anterior ao envelhecimento..

60. If family members object to a widowed relative engaging in sexual relations with another resident of a nursing home, it is the obligation of the management and staff to make certain that such sexual activity is prevented.

60. Se membros da família tiverem objeção ao envolvimento de um viúvo ou uma viúva em relações sexuais com outras pessoas residentes em uma casa de repouso, é obrigação da casa de repouso, e de seu pessoal encarregado, certificar-se de que tais atividades sexuais sejam impedidas.

60. Caso a família deseje, é obrigação da casa de repouso e de seus funcionários impedir que o(a) morador(a) viúvo(a) tenha atividade sexual.

Houve uma simplificação da questão.

61. Sexual relations outside the context of marriage are always wrong.

61. As relações sexuais fora dos laços matrimoniais são sempre erradas.

61. As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.

Não houve discordância entre os juízes no tocante a parte semântica da questão, porém um dos juízes, a especialista em envelhecimento achou que este item estava metodologicamente prejudicado, porque não era específico para o idoso e estaria carregado de valor moral. O comitê decidiu manter o item até o pré-teste, usá-lo nas análises estatísticas para depois decidir se o usaremos na versão brasileira ou não. Ao conversar sobre essa questão com o autor, ele fez a seguinte declaração: “Item # 61: The assumption here is that if one views marriage as the only acceptable context for sexual behavior such would work against sexuality in the aged who are often missing marital partners due to death of a spouse.”

4.1.2 Análise qualitativa do pré-teste

Ressaltamos que durante as análises da aplicação da escala e entrevista com os respondentes, por diversas vezes trocamos informações com o autor da escala sobre algumas indagações que surgiram nesse processo. Esses questionamentos estão detalhados ao longo desta análise qualitativa.

Nesta fase, após entrevistarmos as pessoas que responderam a ASKAS, verificamos que:

1. Duas pessoas, não idosas, observaram que a questão 49 (Eu faria queixa à administração se soubesse de atividades sexuais entre quaisquer residentes de uma casa de repouso) tem o mesmo contexto da questão 42 (Se alguém de minha família, que estivesse vivendo numa casa de repouso, tivesse uma relação sexual com outra pessoa que lá residisse, eu ia: fazer uma reclamação à administração). Neste primeiro momento decidimos não alterar a escala até a análise fatorial confirmatória com a amostra total. Após essa fase, poderemos sugerir ou não a retirada da questão 49. A permanência desta poderia, naquele momento, nos apontar a coerência do respondente e atestar se estão realmente lendo e tentando compreender a escala ou simplesmente assinalando alguma resposta.

2. A maioria dos idosos participantes do pré-teste teve dificuldade na segunda parte da escala que pergunta sobre atitudes, pelo tipo de escalonamento (discordo fortemente = 1, discordo parcialmente = 2, não concordo nem discordo = 3, concordo parcialmente = 4, concordo fortemente = 5). A sugestão da pesquisadora, após consultar especialistas e outros trabalhos, foi alterar o lay-out da escala e mudar as alternativas para discordo totalmente = 1, discordo em parte = 2, não concordo nem discordo = 3, concordo em parte = 4, concordo totalmente = 5. A formulação sugerida é a seguinte:

PARTE II					
Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa NUMERE DE 1 A 5 CONFORME A PONTUAÇÃO ABAIXO: discordo totalmente = 1 discordo em parte = 2 não concordo nem discordo = 3 concordo em parte = 4 concordo totalmente = 5					
Questões	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
36. As pessoas com 65 anos ou mais têm pouco interesse na sexualidade.	1	2	3	4	5
37. É vergonhoso para uma pessoa com mais de 65 anos mostrar interesse por sexo.	1	2	3	4	5

3. Um respondente, jovem, do sexo masculino, graduado, questionou a semântica da questão 17. “Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual”. Ele entendeu que dessa forma, dá a impressão que antes da menopausa, mulheres não têm necessidade sexual. No original em inglês, a frase dá ênfase que a necessidade passa a ser induzida fisiologicamente: “*Females after menopause, have a physiologically induced need for sexual activity.*” Nenhum outro respondente fez observação quanto a esta questão.

4. Ao fazer a aplicação da escala em forma de entrevista, alguns respondentes pareceram um pouco confusos a respeito das questões 38 e 40. Tratam-se de questões com frases negativas, e as pessoas perguntavam se ao responderem concordo totalmente isso significaria que ela estava apoiando a atitude da casa de repouso ou indo contra a atitude da casa de repouso? Conversando com o autor (ANEXO 2), sobre a possibilidade da mudança destas questões para frases positivas, ele concordou, porém justificou que em inglês, mudaria sutilmente o sentido da frase e que encorajar atividades sexuais, não é oposto de não encorajar. Não encorajar pode ser não influenciar apenas (questão 38). Na questão 40, da mesma forma, o autor justificou que “não ter obrigação” não se opõe à “ter obrigação”, pois quem não tem obrigação, pode mesmo assim propiciar o fato, e quem tem obrigação está obrigada a fazê-lo. Decidimos manter as questões fiéis ao original até a aplicação na amostra total.

5. Para aplicar a ASKAS, na amostra do pré-teste, elaboramos uma ficha de dados pessoais, para averiguar algumas características sócio demográficas que julgamos úteis para análise da amostra (APÊNDICE 2). Na ficha de levantamento de dados pessoais, as duas últimas perguntas apresentaram uma falha na primeira versão, pois quando perguntamos sobre o quanto eles sabiam sobre sexualidade no envelhecimento, tínhamos as alternativas “pouco” e “muito” e muitos responderam mais ou menos, ou seja, nem pouco nem muito. Portanto, após estudarmos a técnica de diferencial semântico de PEREIRA (1986) apresentamos a seguinte proposta para essa questão:

10. Quanto você avalia que sabe sobre sexualidade no envelhecimento?

Nada :----:----:----:----:----:----:----: MUITO

11. Em relação à sexualidade, você se considera:

Conservador :----:----:----:----:----:----: Liberal

- 5 Após o pré-teste, dedicamos validar a ficha de dados pessoais, submetendo à mesma a avaliação dos juízes que participaram do comitê inicial. Após essa análise houve várias mudanças na ficha, e essa versão modificada que foi aplicada na amostra final (APÊNDICE 3).

O Alpha de Cronbach para a amostra do pré-teste tiveram os seguintes valores: questões 1 a 35, atributo **conhecimento**, $\alpha = 0.8167$; questões 36 a 61, atributo **atitudes**, $\alpha = 0.6735$ (APÊNDICES 14 e 15).

Apresentamos na **Tabela 3** as características sócio demográficas das pessoas que participaram do pré-teste. A maioria entrevistada eram mulheres (69,44% contra 32,55% de homens). A idade média do grupo foi de 52 anos com grande incidência de casados (41,86% da amostra). O mais novo tinha 21 anos e o mais velho 86 anos. A escolaridade variou bastante, sendo os respondentes que estudaram até o colegial (25,28% - ensino médio), que estudaram até o primário (4ª série do ensino fundamental) e faculdade (23,25% cada grupo). Dos entrevistados, 55,81% se declararam não aposentados, embora 62,79% não exerçam atividade remunerada atualmente. Isso se deve ao fato de que muitos não são aposentados por nunca terem exercido atividade de trabalho remunerado (donas de casa), e não por ainda estarem ativos no mercado de trabalho. Quanto à religião, a maioria (53,48%) é de católicos seguidos pelos evangélicos (41,86%). O tempo de casado ficou bem distribuído tendo como maiores grupos os casados de 10 a 20 anos (24,24%) e acima de 40 anos (24,24%).

TABELA 3: Características sócio demográficas dos sujeitos do pré-teste:

Variável	n	%	Média (±dp)*	Mediana	Varição observada
Sexo					
Masculino	14	32,55	-	-	-
Feminino	29	67,44	-	-	-
Idade	-	-	52 (±18,2)	58	21 - 86
Estado Civil					
Solteiro	10	23,25			
Casado	18	41,86			
Viúvo	12	27,90			
Separado	3	6,97			
Escolaridade					
Não estudou	3	6,97			
Primário	10	23,25			
Ginásio	8	18,60			
Colegial	11	25,58			
Faculdade	10	23,25			
Pós-graduação	1	2,32			
Aposentado					
Sim	19	44,18			
Não	24	55,81			
Atividade Remunerada					
Sim	16	37,20			
Não	27	62,79			
Religião					
Católico	23	53,48			
Protestante	1	2,32			
Evangélico	18	41,86			
Outros	1	2,32			
Há quanto tempo casado					
Menos de 5 anos	4	12,12			
De 5 a 10 anos	4	12,12			
De 10 a 20 anos	8	24,24			
De 20 a 30 anos	6	18,18			
De 30 a 40 anos	3	9,09			
Mais de 40 anos	8	24,24			

*dp = desvio padrão

4.2 Avaliação das propriedades psicométricas da escala adaptada

Na primeira análise no software SPSS 10.0, dos 515 respondentes de São Paulo, houve uma perda de 261 sujeitos que não responderam a segunda parte da escala, que mede atitudes em relação à sexualidade do idoso. Nos 287 sujeitos entrevistados pela pesquisadora também houve exclusão de casos com respostas em branco e tivemos uma perda proporcionalmente baixa de 53 sujeitos com respostas em branco, pois nessa fase a pesquisadora buscou conscientizar os respondentes da importância de não deixarem questões sem resposta para o sucesso da pesquisa. A amostra final ficou com 488 sujeitos.

Na análise preliminar dos dados, solicitou-se o valor de KMO, utilizando como fator de exclusão os casos *listwise*, fazendo rotação Varimax, suprimindo os valores menores que 0,40, obtivemos as seguintes informações: a variância total explicada foi de 60.365, com 13 componentes (Tabela 4) e o KMO = 0.872 (Tabela 5), o que segundo Malhotra (2006) indica que a análise fatorial é adequada neste caso. Analisando os dados, vemos que nos 3 primeiros construtos a variância percentual acumulada é de 36.172, e individualmente o primeiro construto explica percentualmente 16.358 da escala, o segundo 10.877 e o terceiro 8.937.

TABELA 4 – Variância total explicada**Variância Total Explicada**

Componente	Auto-valores Iniciais (<i>Eigen Values</i>)			Extração da soma dos quadrados			Rotação da soma dos quadrados		
	Total	% da Variância	Cumulativa %	Total	% da Variância	Cumulativa %	Total	% da Variância	Cumulativa %
1	9.978	16.358	16.358	9.978	16.358	16.358	5.733	9.399	9.399
2	6.635	10.877	27.235	6.635	10.877	27.235	4.721	7.739	17.138
3	5.452	8.937	36.172	5.452	8.937	36.172	4.386	7.191	24.328
4	2.541	4.165	40.337	2.541	4.165	40.337	3.831	6.281	30.609
5	1.864	3.055	43.393	1.864	3.055	43.393	3.757	6.160	36.769
6	1.741	2.854	46.247	1.741	2.854	46.247	2.198	3.603	40.371
7	1.505	2.467	48.714	1.505	2.467	48.714	2.151	3.526	43.897
8	1.425	2.336	51.050	1.425	2.336	51.050	2.058	3.373	47.271
9	1.253	2.054	53.104	1.253	2.054	53.104	2.006	3.288	50.559
10	1.182	1.938	55.042	1.182	1.938	55.042	1.803	2.955	53.514
11	1.157	1.897	56.939	1.157	1.897	56.939	1.477	2.421	55.935
12	1.063	1.742	58.682	1.063	1.742	58.682	1.398	2.292	58.228
13	1.027	1.683	60.365	1.027	1.683	60.365	1.304	2.137	60.365
14	.998	1.636	62.001						
15	.951	1.559	63.560						
16	.930	1.524	65.084						
17	.906	1.485	66.569						
18	.842	1.381	67.949						
19	.830	1.361	69.311						
20	.802	1.315	70.626						
21	.786	1.289	71.915						
22	.741	1.215	73.130						
23	.730	1.197	74.327						
24	.705	1.155	75.482						
25	.698	1.144	76.626						
26	.658	1.079	77.705						
27	.632	1.036	78.741						
28	.622	1.020	79.761						
29	.618	1.013	80.773						
30	.595	.976	81.750						
31	.578	.948	82.697						
32	.562	.922	83.620						
33	.540	.884	84.504						
34	.534	.876	85.380						
35	.500	.819	86.199						
36	.495	.811	87.010						
37	.486	.797	87.807						
38	.467	.765	88.571						
39	.447	.734	89.305						
40	.440	.721	90.026						
41	.433	.709	90.735						
42	.403	.660	91.396						
43	.402	.659	92.055						
44	.379	.621	92.675						
45	.372	.609	93.285						
46	.356	.583	93.868						
47	.341	.559	94.427						
48	.339	.556	94.983						
49	.313	.513	95.496						
50	.307	.504	95.999						
51	.289	.473	96.473						
52	.279	.457	96.930						
53	.268	.440	97.369						
54	.249	.408	97.778						
55	.240	.393	98.170						
56	.231	.378	98.549						
57	.215	.353	98.901						
58	.199	.326	99.227						
59	.186	.306	99.533						
60	.157	.258	99.791						
61	.128	.209	100.000						

Método de Extração: Análise dos componentes

TABELA 5 – Valor de KMO obtido na amostra total

KMO e Teste de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin		
Medida de adequação da amostra		.872
Teste de esfericidade de Bartlett	Chi-quadrado aproximado	13523.391
	df	1830
	Sig.	.000

4.2.1 Estatística descritiva dos dados

Para caracterização da amostra, foi feita análise estatística descritiva, usando o software SPSS 10.0 calculando a média, mediana e desvio padrão para as variáveis da ficha de informações pessoais. Descrevemos os dados pessoais separadamente para o grupo de 515 respondentes coletados pelo grupo de pesquisa do Mackenzie, que chamaremos de amostra I e os 287 coletados pela pesquisadora, que chamaremos de amostra II, pois as informações coletadas pela pesquisadora trazem alguns dados diferenciados da amostra do primeiro grupo. A amostra I, de 515 respondentes utilizou uma ficha de dados pessoais com poucos itens. Após essa fase, a ficha de dados pessoais foi submetida aos juízes para realização da validade de face e foi então utilizada na amostra II com os 287 respondentes.

Tabela 6 – Frequência de idade na amostra I

Faixa Etária				
	Freqüênci	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
60 a 65 anos	a 210	40.8	40.8	40.8
66 a 70 anos	143	27.8	27.8	68.5
71 a 75 anos	83	16.1	16.1	84.7
76 anos ou mais	79	15.3	15.3	100.0
Total	515	100.0	100.0	

Tabela 7 – Frequência de idade na amostra II

idade				
	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
menos que 60	73	25.4	25.5	25.5
60 a 65 anos	86	30.0	30.1	55.6
66 a 70 anos	54	18.8	18.9	74.5
71 a 75 anos	43	15.0	15.0	89.5
76 a 80 anos	19	6.6	6.6	96.2
81 a 85 anos	7	2.4	2.4	98.6
mais que 85 anos	4	1.4	1.4	100.0
Total	286	99.7	100.0	
Sem resposta	1	.3		
Total	287	100.0		

Na amostra I não tivemos respondentes com menos de 65 anos, o que ocorreu na amostra II, já que o critério de inclusão era que as pessoas fossem participantes de grupos de terceira idade e algumas dessas pessoas que tinham um pouco menos de 60 anos, foram mantidas na amostra, mas foram minoria.

Tabela 8 – Grau de instrução da amostra I

Grau de instrução

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Analfabeto/Primeiro Grau Incompleto	320	62.1	62.1	62.1
Primeiro Grau Completo/Ginasial Incompleto	137	26.6	26.6	88.7
Ginasial Completo/Colegial Incompleto	29	5.6	5.6	94.4
Colegial Completo/Superior Incompleto	26	5.0	5.0	99.4
Superior Completo	3	.6	.6	100.0
Total	515	100.0	100.0	

Tabela 9 – Grau de instrução da amostra II

escolaridade

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
não estudou	1	.3	.4	.4
1,2,3	17	5.9	6.0	6.3
4 fundamental	51	17.8	18.0	24.3
5 fundamental	18	6.3	6.3	30.6
6 fundamental	5	1.7	1.8	32.4
7 fundamental	4	1.4	1.4	33.8
8 fundamental	35	12.2	12.3	46.1
1 colegial	12	4.2	4.2	50.4
2 colegial	9	3.1	3.2	53.5
3 colegial	49	17.1	17.3	70.8
faculdade	67	23.3	23.6	94.4
pós-graduação	16	5.6	5.6	100.0
Total	284	99.0	100.0	
Sem resposta	3	1.0		
Total	287	100.0		

Na amostra I a maioria (62,1%) dos respondentes era analfabeta ou tinha o primeiro grau incompleto, já na amostra II 33,8% não completou a 8ª série fundamental, mas tivemos 17,3 % com colegial completo e 23,6% com faculdade e até alguns pós-graduandos (5,6%).

Tabela 10 – situação conjugal amostra I

Quantidade de vezes que se casou

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Nenhuma	39	7.6	7.6	7.6
1 vez	419	81.4	81.5	89.1
2 vezes	54	10.5	10.5	99.6
3 vezes ou mais	2	.4	.4	100.0
Total	514	99.8	100.0	
Sem resposta	1	.2		
Total	515	100.0		

Tabela 11 – situação conjugal amostra II

Casou mais de uma vez?

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
não	255	88.9	92.1	92.1
sim	22	7.7	7.9	100.0
Total	277	96.5	100.0	
Sem resposta	10	3.5		
Total	287	100.0		

No tocante à situação conjugal as amostras se assemelharam. Embora a forma de perguntar tenha sido diferentes, temos na amostra I 81,5% de pessoas que se casaram apenas uma vez, e na amostra II 92,1 % casou-se apenas 1 vez.

Tabela 12 – tempo de casamento da amostra I**Tempo em que está/foi casado(a)**

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Menos de 5 anos	20	3.9	4.3	4.3
De 6 a 10 anos	19	3.7	4.1	8.3
De 11 a 20 anos	58	11.3	12.4	20.7
De 21 a 30 anos	49	9.5	10.4	31.1
De 31 a 40 anos	129	25.0	27.5	58.6
De 41 a 50 anos	137	26.6	29.2	87.8
Mais de 50 anos	57	11.1	12.2	100.0
Total	469	91.1	100.0	
Sem resposta	46	8.9		
Total	515	100.0		

Tabela 13 – tempo de casamento da amostra II**tempo que está casado/viúvo/divorciado**

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
menos que 5	26	9.1	9.9	9.9
6 a 10	20	7.0	7.6	17.6
11 a 20	33	11.5	12.6	30.2
21 a 30	39	13.6	14.9	45.0
31 a 40	76	26.5	29.0	74.0
41 a 50	54	18.8	20.6	94.7
mais de 50	14	4.9	5.3	100.0
Total	262	91.3	100.0	
Sem resposta	25	8.7		
Total	287	100.0		

Nas duas amostras o maior número de pessoas estão casadas por mais de 30 anos e menos de 50 anos. Na amostra I temos 56,7% nessa faixa e na amostra II 49,6%.

Tabela 14 – Idade quando casou pela primeira vez - amostra I**Quantos anos tinha quando se casou pela 1ª vez**

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Menos de 19	145	28.2	35.7	35.7
De 19 a 25 anos	205	39.8	50.5	86.2
De 26 a 30 anos	40	7.8	9.9	96.1
De 31 a 40 anos	12	2.3	3.0	99.0
De 41 a 50 anos	2	.4	.5	99.5
Mais de 50 anos	2	.4	.5	100.0
Total	406	78.8	100.0	
Sem resposta	109	21.2		
Total	515	100.0		

Tabela 15 – Idade quando casou pela primeira vez - amostra II**Idade quando casou primeira vez**

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
menos que 19	36	12.5	13.7	13.7
19 a 25	163	56.8	62.2	76.0
26 a 30	50	17.4	19.1	95.0
31 a 40	10	3.5	3.8	98.9
41 a 50	3	1.0	1.1	100.0
Total	262	91.3	100.0	
Sem resposta	25	8.7		
Total	287	100.0		

Na amostra I 86,2% casou-se com menos de 25 anos e na amostra II 76 % casou-se nessa mesma faixa etária.

Tabela 16 – Idade quando casou pela última vez - amostra I**Quantos anos tinha quando se casou pela última vez**

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Menos de 26	16	3.1	15.8	15.8
De 26 a 30 anos	12	2.3	11.9	27.7
De 31 a 40 anos	33	6.4	32.7	60.4
De 41 a 50 anos	15	2.9	14.9	75.2
De 51 a 60 anos	10	1.9	9.9	85.1
Mais de 60 anos	15	2.9	14.9	100.0
Total	101	19.6	100.0	
Sem resposta	414	80.4		
Total	515	100.0		

Tabela 17 – Idade quando casou pela última vez - amostra II**Idade quando casou primeira vez**

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
menos que 26	36	12.5	13.7	13.7
26 a 30	163	56.8	62.2	76.0
31 a 40	50	17.4	19.1	95.0
41 a 50	10	3.5	3.8	98.9
51 a 60	3	1.0	1.1	100.0
Total	262	91.3	100.0	
Sem resposta	25	8.7		
Total	287	100.0		

Como já mostramos em tabela anterior, a maioria das pessoas não fez um segundo casamento. Dos que fizeram na amostra I 47,6% o fez na faixa de 31 a 50 anos, e na amostra II 81,3% tinha entre 26 e 40 anos quando se casou uma segunda vez.

Tabela 18 – Conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa - amostra I**Grau de Conhecimento sobre Sexualidade no Envelhecimento**

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Quase nada	122	23.7	27.4	27.4
Muito pouco	59	11.5	13.3	40.7
Pouco	109	21.2	24.5	65.2
Razoavelmente	134	26.0	30.1	95.3
Muito	21	4.1	4.7	100.0
Total	445	86.4	100.0	
Sem resposta	70	13.6		
Total	515	100.0		

Na amostra I os respondentes tiveram a opção de escolher entre as alternativas quase nada, muito pouco, pouco, razoavelmente e muito, o quanto eles sabiam sobre sexualidade no envelhecimento. Não houve uma predominância significativa de nenhum grupo de respostas.

Tabela 19 – Conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa - amostra II**conhecimento sobre a sexualidade do idoso**

	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
1.00	42	14.6	15.7	15.7
2.00	21	7.3	7.9	23.6
3.00	34	11.8	12.7	36.3
4.00	77	26.8	28.8	65.2
5.00	38	13.2	14.2	79.4
6.00	32	11.1	12.0	91.4
7.00	23	8.0	8.6	100.0
Total	267	93.0	100.0	
Sem resposta	20	7.0		
Total	287	100.0		

Na amostra II, a forma de perguntar o quanto eles sabiam sobre a sexualidade do idoso, foi com a técnica de diferencial semântico de Pereira (1986), onde trabalhando com duas palavras

antônimas separadas por 7 intervalos, o respondente escolhia em qual intervalo se encontrava o quanto ele sabia sobre a sexualidade do idoso (veja exemplo abaixo).

10. Quanto você avalia que sabe sobre sexualidade no envelhecimento?

Nada :----:----:----:----:----:----:----:----: Muito

Tabela 20 – Atitude em relação à sexualidade da pessoa idosa - amostra I

Como se considera em relação à sexualidade

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Mais conservador	342	66.4	83.8	83.8
Mais liberal	66	12.8	16.2	100.0
Total	408	79.2	100.0	
Sem resposta	107	20.8		
Total	515	100.0		

Na amostra I foi perguntado às pessoas se elas se consideravam mais conservadoras ou mais liberais no tocante à sexualidade do idoso. Dos que responderam essa questão 85,8% avaliaram-se mais conservadores.

Tabela 21 – Atitude em relação à sexualidade da pessoa idosa - amostra II

atitude em relação à sexualidade do idoso

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
1.00	69	24.0	25.5	25.5
2.00	27	9.4	10.0	35.4
3.00	23	8.0	8.5	43.9
4.00	57	19.9	21.0	64.9
5.00	24	8.4	8.9	73.8
6.00	33	11.5	12.2	86.0
7.00	38	13.2	14.0	100.0
Total	271	94.4	100.0	
Sem resposta	16	5.6		
Total	287	100.0		

Na amostra II, a forma de perguntar o como eles se avaliam atitudinalmente em relação à sexualidade do idoso, também foi com a técnica de diferencial semântico de Pereira (1986), onde eles escolheram em um intervalo de 7 pontos se eram conservadores ou liberais (veja exemplo abaixo).

11. Em relação à sexualidade, você se considera:
 Conservador :-----:-----:-----:-----:-----:-----: Liberal

Tabela 22 – Estado civil- amostra I

Estado Civil				
	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Casado	299	58.1	58.2	58.2
Solteiro	39	7.6	7.6	65.8
Viúvo	140	27.2	27.2	93.0
Separado/divorciad	36	7.0	7.0	100.0
Total	514	99.8	100.0	
Sem resposta	1	.2		
Total	515	100.0		

Tabela 23 – Estado civil- amostra II

estado civil				
	Freqüência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
solteiro	13	4.5	4.6	4.6
casado	152	53.0	53.7	58.3
viúvo	85	29.6	30.0	88.3
divorciado	17	5.9	6.0	94.3
separado	10	3.5	3.5	97.9
união	6	2.1	2.1	100.0
Total	283	98.6	100.0	
Sem resposta	4	1.4		
Total	287	100.0		

Na amostra I bem como na amostra II a predominância é de respondentes casados, seguidos pelos viúvos. Na amostra I temos no grupo de casados 58,2% da amostra seguidos por 27,2% de viúvos. Na amostra II temos 53,7 de casados e 30% de viúvos.

Tabela 24 – quantidade de homens e mulheres - amostra I

Sexo				
	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Masculino	208	40.4	40.4	40.4
Feminino	307	59.6	59.6	100.0
Total	515	100.0	100.0	

Tabela 25 – quantidade de homens e mulheres - amostra II

sexo				
	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
masculino	51	17.8	17.9	17.9
feminino	234	81.5	82.1	100.0
Total	285	99.3	100.0	
Sem resposta	2	.7		
Total	287	100.0		

Temos na amostra uma divisão mais homogênea de homens e mulheres, sendo 40,4% homens e 59,6% de mulheres, Já na amostra II, coletada em grupos de terceira idade, temos a predominância de mulheres, peculiaridade já descrita na literatura desses grupos. Temos na amostra II 17,9% de homens e 82,1% de mulheres que responderem à escala.

Tabela 26 – Atitude em relação à sexualidade do idoso

Estatística descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
útil/inútil	261	1.00	7.00	6.1456	1.5398
impura/pura	250	1.00	7.00	6.1080	1.4944
magnífica/horrível	243	1.00	7.00	5.8560	1.4516
ruim/gostosa	245	1.00	7.00	6.1592	1.3949
bonita/feia	247	1.00	7.00	6.2105	1.3481
errada/certa	246	1.00	7.00	6.3943	1.2532
perigosa/segura	246	1.00	7.00	5.5854	1.9206
necessária/desneces- sária	257	1.00	7.00	5.9689	1.7741
interessante/desintere- sante	248	1.00	7.00	6.0444	1.4929
destruidora/construtora	247	1.00	7.00	6.1134	1.4606
agradável/desagradáve- l	253	1.00	7.00	6.3360	1.3220
natural/artificial	259	1.00	7.00	6.5019	1.1526
N válidos	236				

Na tabela 26, temos o resultado da pergunta da ficha de dados pessoais (APÊNDICE 3), quando trabalhando com a técnica de diferencial semântico perguntamos aos respondentes da amostra II como eles consideram a atividade sexual. Utilizando antônimos (Útil/Inútil; Impura/Pura; Magnífica/Horrível; Ruim/Gostosa; Bonita/Feia; Errada/Certa; Perigosa/Segura; Necessária/Desnecessária; Interessante/Desinteressante; Destruidora/Construtora; Agradável/Desagradável; Natural/Artificial) que pudessem descrever a atividade sexual de maneira positiva e negativa e a maioria dos respondentes avaliou a atividade sexual de maneira positiva, como podemos visualizar na tabela acima. A tabela apresenta os resultados, já com a inversão da pontuação para os itens que iniciaram com palavras positivas e tinham um antônimo negativo, ou seja, pontuação próxima do valor 7,0 significa uma avaliação bastante positiva.

Na análise descritiva das respostas da escala ASKAS, observando a média e o desvio padrão, verificamos a tendência do grupo de idosos sobre o conhecimento que possuem sobre sexualidade no envelhecimento e sua atitude em relação à sexualidade do idoso. Quanto mais alto a pontuação na primeira parte da escala (questões de 1 a 35) maior o desconhecimento do assunto em questão. Nas questões sobre atitude (36 a 61) o escore mais alto, aponta um maior conservadorismo e escores mais baixos apontam uma atitude menos conservadora. Nas questões

de 1 a 35, 1 ponto significa resposta certa, 2 pontos, resposta errada e 3 pontos é quando o respondente afirmou não saber a resposta. Nas questões 36 a 61, os escores transformados da escala Likert de 5 pontos, 1 ponto significa atitude mais liberal, 2 pontos é uma atitude neutra, nem liberal nem conservadora, e 3 pontos uma atitude mais conservadora.

TABELA 27 – Frequência das respostas da ASKAS

	N		Mean	Std. Deviation
	Valid	Missing		
1.A atividade sexual em pessoas idosas é freqüentemente perigosa para sua saúde	509	0	1.9686	.7856
2.Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo para conseguir uma ereção do pênis do que os homens mais jovens	508	1	1.6555	.8505
3.Homens com mais de 65 anos normalmente têm uma redução do orgasmo, quando comparados à homens mais jovens	509	0	1.7250	.8552
4.A firmeza da ereção nos homens com mais de 65 anos geralmente é menor do que nos homens mais jovens	509	0	1.6660	.8617
5.A mulher com mais de 65 anos tem redução da lubrificação vaginal em comparação com as mulheres mais jovens	509	0	1.4165	.7150
6.A mulher com mais de 65 anos leva mais tempo para atingir uma lubrificação vaginal adequada do que as mulheres mais jovens.	509	0	1.4126	.7034
7.O ato sexual pode ser doloroso na mulher com mais de 65 anos devido à redução na lubrificação da vagina	508	1	1.6004	.7818
8.A sexualidade é geralmente uma necessidade que se faz presente durante a vida toda	508	1	1.6673	.7779
9.O comportamento sexual em pessoas com mais de 65 anos aumenta o risco de ataques cardíacos	509	0	1.8271	.7922
10.A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais	509	0	1.8310	.8102
11.Jovens com mais atividade sexual tendem a ser tornar pessoas mais velhas também com mais atividade sexual	508	1	1.9114	.7932
12.Há evidências de que a atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos traz benefícios físicos	508	1	1.6201	.8185
13.A atividade sexual pode trazer benefícios psicológicos para a pessoa com mais de 65 anos	508	1	1.7087	.8176
14.A maioria das mulheres com mais de 65 anos é fria sexualmente	508	1	2.0728	.8638
15.O desejo de fazer sexo geralmente aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos	509	0	2.0845	.7702
16.Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa	507	2	1.7633	.8639
17.Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual	508	1	1.8780	.8290
18.Em geral, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos, tem mais relação com respostas mais lentas do que com diminuição do interesse por sexo	506	3	1.9032	.9035
19.Homens com mais de 65 anos geralmente sentem menos necessidade de ejacular e, portanto, podem manter a ereção por mais tempo do que homens mais jovens	508	1	2.0295	.8977

20.Mulheres e homens com mais de 65 anos não podem ser parceiros sexuais entre si, pois tanto um quanto o outro precisam de parceiros mais jovens para serem estimulados	509	0	1.9902	.7697
21.O determinante mais comum da frequência das atividades sexuais em casais idosos é o interesse ou a falta de interesse por parte do marido, em se relacionar sexualmente com a esposa	509	0	1.9332	.8759
22.Tranqüilizantes e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual em pessoas com mais de 65 anos e interferir na resposta sexual	509	0	1.7760	.9562
23.A falta de interesse por sexo, em pessoas com mais de 65 anos, pode ser devido a um estado de depressão psicológica	507	2	1.7692	1.2621
24.Com o aumento da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais em homens	507	2	1.6193	.8796
25.Com o avançar da idade, ocorre maior redução na sexualidade masculina do que na feminina	508	1	1.8268	.8126
26.O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual	508	1	1.7500	.9308
27.Um fator importante na manutenção da resposta sexual em homens com mais de 65 anos é a continuidade da atividade sexual ao longo de sua vida	507	2	1.7219	.8955
28.O medo de não ser capaz de realizar o ato sexual pode acarretar incapacidade no desempenho sexual em homens com mais de 65 anos	509	0	1.8114	.9306
29.É provável que o término da atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos se deva mais a fatores sociais e psicológicos do que a fatores biológicos e físicos	509	0	1.8723	.8565
30.A masturbação em excesso pode causar o aparecimento de confusão mental e de demência em pessoas com mais de 65 anos	508	1	2.2697	.8566
31.Nas mulheres, a perda de satisfação sexual é inevitável após a menopausa	508	1	1.9685	.8326
32.A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens	509	0	2.0845	.8777
33.Em muitos casos, a impotência em homens com mais de 65 anos pode ser realmente tratada e curada efetivamente	508	1	1.8799	.9249
34.Na ausência de problemas físicos graves, mulheres e homens podem manter o interesse e atividades sexuais até depois de 80 ou 90 anos de idade	509	0	1.9764	.8781
35.A masturbação em homens e mulheres com mais de 65 anos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual	508	1	2.2283	.9725
36.As pessoas com 65 anos ou mais têm pouco interesse na sexualidade	505	4	2.0792	.9072
37.É vergonhoso para uma pessoa com mais de 65 anos mostrar interesse por sexo	505	4	1.8000	.9352
38.As instituições como casas de repouso não devem encorajar nem apoiar qualquer atividade sexual de seus moradores	505	4	2.0000	.9172
39.Homens e mulheres que moram em casa de repouso devem ser alojados em andares diferentes ou alas diferentes destas instituições	505	4	2.1010	.8907
40.Casas de repouso não têm obrigação de garantir privacidade para seus moradores que desejem ficar a sós com seus parceiros	504	5	1.8730	.8621
41.O interesse sexual de uma pessoa com 65 anos ou mais, inevitavelmente desaparece	504	5	1.8710	.9231
42.Se um parente meu, morando numa casa de repouso tivesse um relacionamento sexual com outro morador, eu: Faria uma reclamação à administração	502	7	2.0060	.9079
43.Se um parente meu, morando numa casa de repouso tivesse um relacionamento sexual com outro morador, eu: Mudaria meu parente para outra instituição	502	7	1.7689	.8723
44.Se um parente meu, morando numa casa de repouso tivesse um relacionamento sexual com outro morador, eu: Ficaria fora desse assunto, pois não me diz respeito	501	8	1.9481	.9150

45.Eu não colocaria um parente em uma casa de repouso que permitisse e apoiasse atividades sexuais dos moradores que queiram fazer sexo	503	6	2.0119	.8253
46.É imoral que pessoas com mais de 65 anos façam sexo casual (sem compromisso)	503	6	1.7177	.8722
47.Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças no funcionamento sexual das pessoas idosas	503	6	1.6064	.8398
48.Acho que já sei tudo que preciso saber sobre a sexualidade das pessoas idosas	502	7	1.7669	.8614
49.Eu faria uma reclamação à administração da casa de repouso se soubesse da existência de atividades sexuais entre os moradores	503	6	1.9682	.9228
50.Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para moradores de casa de repouso	504	5	1.7540	.8288
51.Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para os funcionários de casas de repouso	504	5	1.7837	.8616
52.A masturbação é uma atividade sexual aceitável para homens com mais de 65 anos	504	5	2.0317	.8191
53.A masturbação é uma atividade sexual aceitável para mulheres com mais de 65 anos	504	5	1.8968	.8767
54.Instituições, como casas de repouso, devem ter camas de casal para os casais que desejem dormir junto	504	5	1.9504	.8643
55.Os funcionários de casas de repouso devem ser capacitados para lidar com a sexualidade de pessoas com mais de 65 anos com ou sem deficiência	503	6	1.7873	.8772
56.Os moradores de casas de repouso deveriam envolver-se em atividade sexual	504	5	2.1448	.8765
57.As instituições como casas de repouso deveriam oferecer oportunidades para o entrosamento social entre homens e mulheres	504	5	1.6984	.8852
58.A masturbação é prejudicial e deveria ser evitada	502	7	1.7032	.8486
59.As instituições, como casas de repouso, deveriam garantir privacidade de modo a permitir que todos os moradores pudessem se envolver em comportamento sexual sem medo de serem observados ou de serem incomodados	503	6	1.7455	.8785
60.Caso a família deseje, é obrigação da casa de repouso e de seus funcionários impedir que o(a) morador(a) viúvo(a) tenha atividade sexual	503	6	1.7773	.8481
61.As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas	502	7	1.9064	.9141

4.2.2 Análise Fatorial Confirmatória

Após a análise dos componentes principais e verificação do grande número de construtos gerados pelo SPSS 10.0, foi feita a análise fatorial confirmatória a partir do modelo original da escala, dividida em dois construtos: questões 1 a 35, construto **conhecimento** sobre a sexualidade do idoso e questões 36 a 61, construto **atitudes** em relação à sexualidade do idoso.

A primeira etapa da análise dos dados indicada pela Figura 1 corresponde ao processamento dos dados através da metodologia do software Partial Least Square (PLS) na presença de todas as variáveis manifestas, conforme modelo proposto pela Figura 2 e seguindo o modelo da escala original, onde o autor após realizar análise fatorial exploratória, verificou a presença de dois construtos. Essa fase da análise determina a correlação entre as variáveis latentes (VL) e suas respectivas variáveis manifestas (VM), ou indicadores e ou fatores que são aqueles observáveis na prática, para que se determine a Variância Média Extraída (AVE) das distintas variáveis latentes de primeira ordem, que constituem o modelo.

Na Figura 2, temos portanto, o modelo estrutural inicial construído no software Smart PLS software versão 2.0M3, onde as esferas azuis representam os construtos da escala original e os retângulos amarelos as questões que compõe originalmente cada construto. A seta que liga o construto conhecimento é nossa hipótese inicial de que o conhecimento sobre a sexualidade da pessoa idosa influencia na atitude em relação à sexualidade no envelhecimento. As setas que partem do construto para as variáveis é a carga fatorial de cada item. Podemos visualizar que no modelo estrutural inicial, nossa hipótese de que o conhecimento influencia na atitude é confirmado pelo valor 0.507 na seta que liga as duas esferas. O valor de 0.257, dentro do círculo 'atitude', significa o quanto o atributo 'atitude' explica o atributo 'conhecimento'.

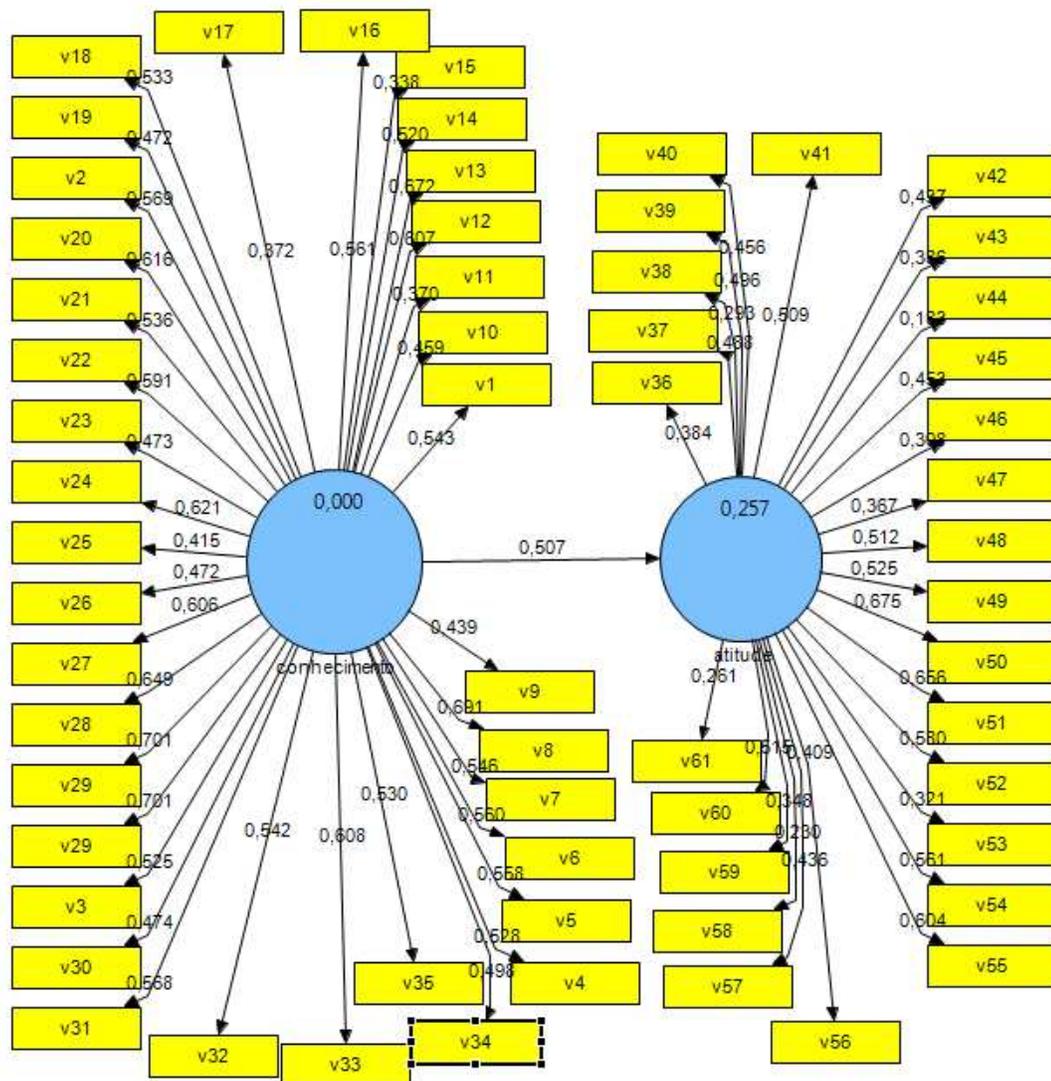


FIGURA 2 – Modelo estrutural inicial da ASKAS. Fonte: Smart PLS 2.0M3

Conforme etapas do fluxograma (Figura 1), após modelagem inicial, foram retirados os itens que tinham carga fatorial menor que 0,50 no PLS (Quadro 3):

QUADRO 3 – Questões com carga fatorial < que 0.50 na modelagem inicial retiradas do modelo estrutural

Questão	Carga fatorial
9. O comportamento sexual em pessoas com mais de 65 anos aumenta o risco de ataques cardíacos.	0.439
11. Jovens com mais atividade sexual tendem a ser tornar pessoas mais velhas também com mais atividade sexual.	0.370
15. O desejo de fazer sexo geralmente aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	0.338
17. Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	0.372
25. Com o avançar da idade, ocorre maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	0.415
36. As pessoas com 65 anos ou mais têm pouco interesse na sexualidade.	0.384
38. As instituições como casas de repouso não devem encorajar nem apoiar qualquer atividade sexual de seu moradores.	0.293
43. Mudaria meu parente para outra instituição.	0.326
44. Ficaria fora deste assunto, pois não me diz respeito.	0.183
46. É imoral que pessoas com mais de 65 anos façam sexo casual (sem compromisso).	0.308
47. Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças no funcionamento sexual das pessoas idosas.	0.367
53. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para mulheres com mais de 65 anos.	0.321
56. Os moradores de casas de repouso deveriam envolver-se em atividade sexual.	0.409
57. As instituições como casas de repouso deveriam oferecer oportunidades para o entrosamento social entre homens e mulheres.	0.436
58. A masturbação é prejudicial e deveria ser evitada.	0.230
59. As instituições, como casas de repouso, deveriam garantir privacidade de modo a permitir que todos os moradores pudessem se envolver em comportamento sexual sem medo de serem observados ou de serem incomodados.	0.348
61. As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.	0.261

Conforme fluxograma demonstrado na Figura 1, deveríamos retirar do modelo estrutural inicial os itens com carga fatorial menor que 0.50, porém decidimos num primeiro momento retirar os itens com carga abaixo de 0,45, para testar novamente a modelagem e verificar qual modelo ficaria mais adequado, tentando manter os itens considerados mais importantes para uma pesquisa sobre sexualidade no envelhecimento, já que no modelo reflexivo de mensuração, a mudança em um indicador está associada a mudança em outros indicadores. Retiramos no primeiro momento os itens 9, 11, 15, 17, 25 do atributo 'conhecimento' e 36, 38, 42, 43, 44, 46, 47, 53, 56, 57, 58, 59 e 61 do atributo 'atitude'. Após rodar novamente o programa, como alguns itens ainda se mantiveram com baixa carga fatorial (Figura 3), retiramos os itens com valores

abaixo de 0,50 e foram estes os itens 3, 4, 10, 19, 21, 23 e 26 do atributo 'conhecimento' e os itens 39, 45, 48, 49 do atributo 'atitude' e o modelo ficou como demonstrado na Figura 4.

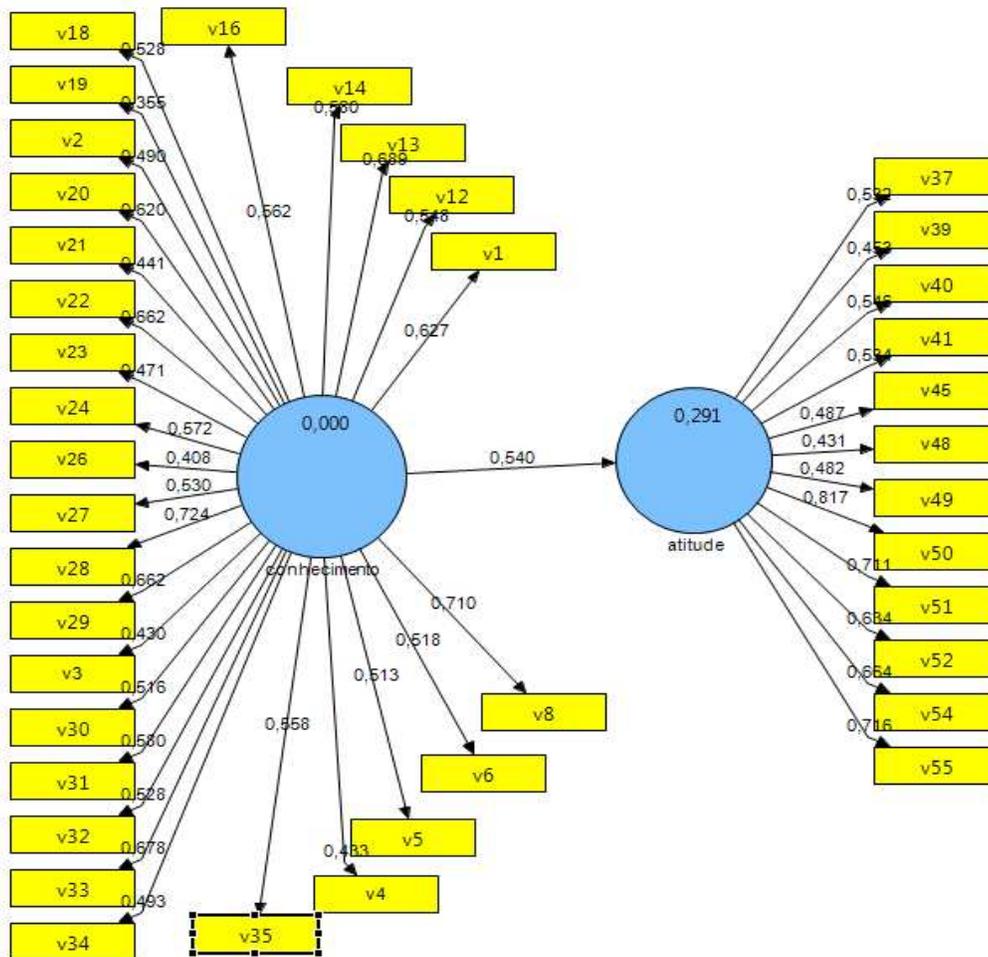


FIGURA 3 – Modelo intermediário da ASKAS. Fonte: Smart PLS 2.0M3

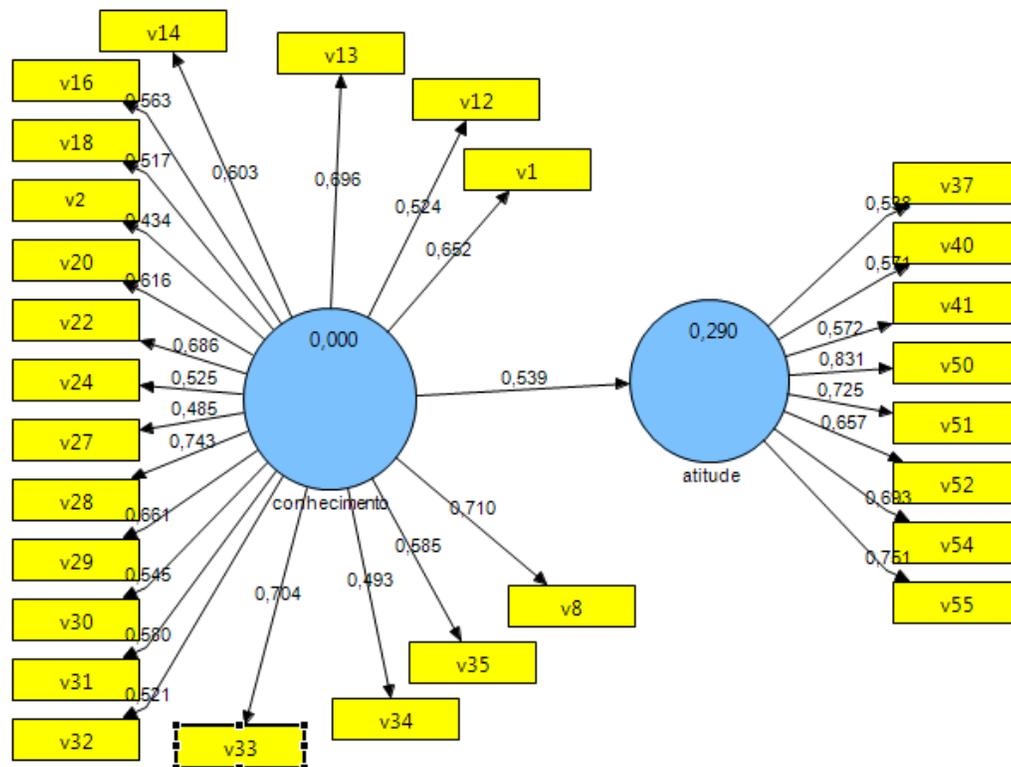


FIGURA 4 – Modelo estrutural final da ASKAS. Fonte: Smart PLS 2.0M3

A condição ideal é que todas as cargas fatoriais sejam maiores que 0,70, acima de 0,50 são aceitáveis. Decidimos manter o modelo dessa forma (Figura 4) com alguns itens com carga menor que 0,50 (2, 27 e 34) por concluir que estas questões são importantes para cada construto. O critério de exclusão que utilizamos para a retirada paulatina dos itens, foi baseado numa análise anterior que a pesquisadora realizou, agrupando itens que perguntavam coisas muito semelhantes (Tabela 28) e itens com a semântica inadequada (Quadro 4), cujo teor já havia sido questionado pelo comitê de juízes e cuja falha já havia aparecido no pré-teste.

Tabela 28 – Variáveis associadas

Variáveis associadas/perguntam a mesma coisa	Questões mantidas	Carga fatorial final
1 e 9	1	0,692
2, 4, 19, 3	2	0,434
5, 6, 7	Nenhuma	
11, 27	27	0,485
12, 13	12, 13	0,524 / 0,696
16, 22, 26	16, 22	0,563 / 0,686
17, 31	31	0,580
18, 21, 29	18, 29	0,517 / 0,561
38, 39, 40, 60	40	0,571
42, 43, 44, 49	Nenhuma	
47, 48	Nenhuma	
51, 55	51, 55	0,725 / 0,761
39, 54, 56, 57, 59	54	0,693

QUADRO 4 – Análise da pesquisadora quanto às questões com semântica inadequada (longas, confusas, dúbias)

Questões	R/ M	CJ	PT
PARTE I			
3. Homens com mais de 65 anos normalmente têm uma redução do orgasmo, quando comparados à homens mais jovens.	R	Sim	Não
4. A firmeza da ereção nos homens com mais de 65 anos geralmente é menor do que nos homens mais jovens.	R	Sim	Não
5. A mulher com mais de 65 anos tem redução da lubrificação vaginal em comparação com as mulheres mais jovens.	R	Sim	Não
17. Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	R	Sim	Sim
18. Em geral, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos, tem mais relação com respostas mais lentas do que com diminuição do interesse por sexo.	M	Não	Não
24. Com o aumento da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais em homens.	M	Não	Não
25. Com o avançar da idade, ocorre maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	R	Não	Não
32. A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens.	R	Sim	Não
PARTE II			
38. As instituições como casas de repouso não devem encorajar nem apoiar qualquer atividade sexual de seus moradores.	R	Não	Sim
40. Casas de repouso não têm obrigação de garantir privacidade para seus moradores que desejem ficar a sós com seus parceiros.	M	Não	Sim
45. Eu não colocaria um parente em uma casa de repouso que permitisse e apoiasse atividades sexuais dos moradores que queiram fazer sexo.	R	Não	Sim
56. Os moradores de casas de repouso deveriam envolver-se em atividade sexual.	R	Não	Não
57. As instituições como casas de repouso deveriam oferecer oportunidades para o entrosamento social entre homens e mulheres.	R	Não	Não
59. As instituições, como casas de repouso, deveriam garantir privacidade de modo a permitir que todos os moradores pudessem se envolver em comportamento sexual sem medo de serem observados ou de serem incomodados.	R	Não	Não
LONGA DEMAIS			
61. As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.	R	Sim	Não

R/M = retiradas ou mantidas após análise MEE

CJ = comitê de juízes apontou falha na Semântica

PT = pré-teste, apontou ou não observações dos respondentes.

A média da variância extraída (AVE) aponta a validade convergente da escala. A confiabilidade composta é uma medida de confiabilidade em adição ao Alpha de Cronbach que também mede a confiabilidade. Os valores da confiabilidade composta maiores ou iguais a 0,70 são aceitos, embora em pesquisas exploratórias, serem aceitos valores inferiores a este (HAIR et al., 2005). A validade discriminante é dada pelo valor das AVE em relação ao R^2 e é obtida pela comparação direta de todos os valores existentes nas respectivas linhas e colunas correspondentes ao valor da raiz quadrada da AVE. Para que a validade discriminante seja alcançada o valor da raiz da AVE na diagonal deve ser maior do que a dos valores das relações existentes no cruzamento das linhas e colunas correspondentes a cada valor da raiz da AVE. Os valores da AVE (cada uma individualmente) devem ser maiores que o R^2 (FARNELL, LARCKER, 1981). No caso da confiabilidade composta, os valores devem ser maiores que 0,50, enquanto o Alpha de Cronbach deve apresentar valores maiores que 0,70 para uma confiabilidade aceitável.

Tabela 29 – Análise estatística do modelo inicial

	AVE	Confiabilidade composta	R quadrado	Alpha de Cronbach	Comunalidade
atitude	0.118405	0.022945	0.371625	0.874577	0.118404
conhecimento	0.250057	0.914627		0.930682	0.250053

Fonte: Smart PLS 2.0M3

Podemos ver (tabela 29) que no modelo inicial, as AVE tem valores muito baixos e são menores que os R^2 . A confiabilidade composta do construto 'conhecimento' é alta (0,914), porém do construto 'atitude' tem valor menor que 0,50 (0,022), que é o valor aceito na literatura para medir a confiabilidade através da confiabilidade composta. O Alpha de Cronbach tem valor acima do proposto pela literatura, que é segundo Pasquali (2003), insuficiente abaixo de 0,70, moderado próximo de 0,80 e adequado próximo de 0,90. Outros autores discutem valores de Alpha um pouco diferentes, como Nunnally (1978, p.245-246) que traz valores acima de 0,70 para pesquisas preliminares, acima de 0,80 para pesquisa básica e entre 0,90 e 0,05 para pesquisa aplicada e Kaplan e Saccuzzo (1982, p.106) que traz os valores de 0,70 a 0,80 para pesquisa básica e 0,95 para pesquisa aplicada. No construto 'atitude' o valor de Alpha encontrado foi de 0,87 e para o construto 'conhecimento' o valor de Alpha foi de 0,93.

Tabela 30 – Análise estatística do modelo final

	AVE	Confiabilidade composta	R quadrado	Alpha de Cronbach	Comunalidade
atitude	0,454332	0,867157	0,290331	0,826358	0,454332
conhecimento	0,357932	0,916107		0,906143	0,357931

Fonte: Smart PLS 2.0M3

No modelo final (Tabela 30) as AVE ainda tem valor abaixo de 0,50. Para o construto 'atitude' 0,454 e para o atributo 'conhecimento' 0,357. Esses valores demonstram a validade convergente da escala. Obtivemos a validade discriminante, pois os valores da AVE são maiores que o R2 (0,29). A confiabilidade da escala pode ser comprovada pelos valores da confiabilidade composta maiores que 0,70, no construto 'atitude' 0,867 e no atributo 'conhecimento' 0,916, além dos valores do Alpha de Cronbach acima de 0,70, no construto 'atitude' 0,826 e no atributo 'conhecimento' 0,906.

5. DISCUSSÃO

De acordo com as recomendações do *guideline* proposto por Beaton et al. (2007), realizou-se a tradução, a síntese, a retro tradução da escala ASKAS, a análise pelo comitê de especialistas e o pré-teste da versão pré-final. A reunião do comitê de especialistas ocorreu em dois momentos distintos, pois devido ao grande número de itens da escala ASKAS, uma manhã de trabalhos não foi suficiente para esgotar todas as questões. Um segundo momento foi marcado, quando então se concluíram todas as observações pendentes. Na primeira reunião tivemos a presença de duas metodologistas, duas lingüistas, uma especialista em gerontologia, uma especialista em sexualidade e uma especialista em qualidade de vida, além da pesquisadora.

Os tradutores mandaram os apontamentos, por não poderem estar presentes na reunião, mas suas anotações foram relatadas pela pesquisadora que já havia se reunido antecipadamente com os mesmos. Trouxe à reunião um relatório detalhado de uma análise própria e de outra feita com os tradutores das possíveis divergências nas traduções, e trouxe a essa reunião sugestões feitas pelos tradutores. Após a primeira reunião, algumas dúvidas foram levadas ao autor da escala e aos tradutores para chegar-se a um consenso. A avaliação da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual realizada pelo comitê, realizou-se de forma satisfatória, e todos os membros analisaram e discutiram arduamente cada item da escala ASKAS.

Nessa reunião houve a preocupação em padronizar a nomenclatura utilizada em toda a escala e verificar a contextualização cultural brasileira da escala traduzida para que pudesse ser bem compreendida pelos respondentes. A possibilidade de discutir e tirar dúvidas com o autor da escala viabilizou manter o propósito original da mesma. Realizou-se nessa fase um relatório detalhado das opiniões dos especialistas do comitê. A análise do comitê de especialistas produz a validade de conteúdo (GUILLEMIN, 1995).

Após a segunda reunião do comitê, portanto, foi elaborada a versão Pré-final da escala ASKAS, para ser utilizada no pré-teste. O pré-teste aplicado nos 3 diferentes grupos (idosos, cuidadores e pessoas que convivem com idosos), possibilitou verificar o entendimento desses

diferentes grupos quanto à compreensão e clareza dos itens da escala, contribuindo inclusive com sugestões e apontando algumas dificuldades verificadas, já mencionadas no capítulo anterior.

Na fase do pré-teste desta pesquisa detectou-se que, não somente os idosos, mas os jovens têm muitas dúvidas sobre a sexualidade no envelhecimento e os idosos entrevistados afirmaram ter desejo de conhecer mais sobre o assunto. É comum encontrarmos idosos, mesmo entre os moradores em instituições de longa permanência, que queiram ter novos parceiros, mesmo que essa parceria não seja sexual. Muitos têm namoradas e visualizamos a importância do relacionamento afetivo entre os pares idosos. Embora algumas pessoas achem vergonhoso e absurdo o relacionamento sexual entre idosos, sabemos que o desejo e a necessidade de afeto permanecem durante toda a vida. Em festas realizadas em casas de repouso homens e mulheres se perfumam, se vestem e se enfeitam para encontrar-se uns com os outros. Em bailes de “terceira idade” essa estratégia de atração é comum e podemos ver a paquera entre seus frequentadores.

DISCUSSÃO.

Segundo Hoyer, Rybash, Roodin (1999, p. 451):

Atividades sexuais podem continuar entre muitos indivíduos na vida adulta. Entretanto, muitos idosos que têm fortes interesses sexuais nem sempre têm oportunidades de satisfazer suas necessidades nesta importante área da vida.

Denney & Quadagno (1992) relatam que há vários fatores que influenciam a sexualidade na velhice: o histórico sexual, a disponibilidade de ter um parceiro compatível, auto-imagem, as reações da família e amigos para com a sexualidade do idoso, entre outros fatores. Portanto, a partir dessas primeiras leituras, percebemos a importância do estudo sobre a sexualidade no envelhecimento.

Após aplicar a escala na amostra de 802 respondentes, com as modificações apontadas pelo pré-teste, e analisar qualitativamente os resultados da análise fatorial confirmatória, o construto “atitudes” - que ficou com muitas questões com baixa carga fatorial, que foram retiradas para melhorar o ajuste do modelo – teve perda de um grande número de questões. Esse fato pode ter ocorrido, pois muitas delas se referiam à pessoas institucionalizadas e sabemos que no Brasil, o perfil de instituições de longa permanência e de seus moradores é muito diferente do perfil Norte-Americano.

Nos Estados Unidos é comum pessoas idosas morarem em instituições de longa permanência por opção própria. Já no Brasil, a maioria dos idosos que vivem em asilos está lá por imposição de familiares, por terem sido abandonados e não terem onde morar ou por estarem muito doentes e sem condições de morarem sozinhos (PERLINI, LEITE, FURINI, 2007). As questões retiradas do construto “conhecimento” foram as que comparavam funcionamento sexual masculino com o feminino, ou funcionamento sexual do idoso em relação ao jovem.

A versão brasileira da escala será chamada de “**Escala de atitudes e conhecimento sobre sexualidade no envelhecimento (ASKAS)**”. Na versão brasileira adotamos um novo lay-out para a escala, além de adotar a escala Likert de 5 pontos ao invés de 7 pontos da escala original. Acredita-se que esse novo layout facilita a compreensão dos respondentes quanto a forma de mensuração. Essa escala originalmente (quando validada no país de origem pelo autor), foi submetida a análise fatorial exploratória e em nosso estudo no Brasil foi pela primeira vez submetida então a análise fatorial confirmatória.

A análise fatorial exploratória feita preliminarmente no SPSS 10.0, mostrou uma grande quantidade de construtos e por isso optamos em fazer a análise fatorial confirmatória, partindo do modelo original com dois construtos e suas respectivas variáveis. Essa análise foi feita no software Smart PLS, versão 2.0M3.

Nesta análise a escala original apresentou um ajuste inadequado com muitas variáveis apresentando baixa carga fatorial. Após sucessivas tentativas de ajuste do modelo, chegamos a um modelo final, com 28 questões, ao invés das 61 da escala original, sendo 20 questões do construto “conhecimentos” e 8 questões do construto “atitudes”. Acreditamos que a versão brasileira tenha tido esse ajuste inadequado quando analisado com todos os itens, pois a escala possui questões muito longas que dificultam a compreensão do respondente, e as questões da segunda parte da escala, que perdeu um maior número de itens no modelo ajustado, são mensurados com escala Likert de 5 pontos, que foi apontada no pré-teste como um fator de difícil compreensão pela população idosa. Outro fator que diferencia nosso estudo é que a versão final foi aplicada somente em pessoas que freqüentavam projetos voltados a idosos, e na sua grande maioria (74,5%) tinham mais que 60 anos e 62,2% da amostra I e 46,1% da amostra II não completaram o primeiro grau. Portanto, nossa população idosa, por enquanto, em muito se diferencia da população idosa americana em termos culturais, sociais, econômicos e de escolaridade também. Por exemplo, os dados do *U.S. Census Bureau* (2005), informam que 82%

da população americana acima de 55 anos completou o *High School*, equivalente ao nosso ensino médio.

Vivenciou-se também na coleta de dados, a heterogeneidade da amostra. Em alguns locais de coleta de dados, como Universidades Abertas à Terceira Idade, houve uma maior aceitação da temática sexualidade no envelhecimento, onde as pessoas reconheciam a importância do assunto tratado e se disponibilizavam a colaborar com a pesquisa, respondendo o mais fielmente possível às questões. Em outros grupos, porém, houve rejeição à temática e a consequente dificuldade de se falar sobre isso, e principalmente responder as questões.

Por mais que a pesquisadora falasse sobre o sigilo da divulgação dos dados, e mesmo que, a escala não pergunte sobre comportamentos individuais, mas sobre o que se sabe sobre a sexualidade do idoso em geral e como o respondente agiria numa situação hipotética em relação a uma pessoa idosa e a sexualidade, alguns se recusaram a responder algumas questões, o que gerou uma grande perda no número de sujeitos da amostra final. Houve casos em que a pesquisadora, chamada à parte para ouvir histórias individuais, se deparou com grandes conflitos internos sobre a própria sexualidade, dúvidas sobre funcionamento sexual no envelhecimento e posturas extremamente conservadoras de alguns entrevistados.

Na realidade, pesquisas recentes têm identificado que enquanto os idosos vivenciam experiências sexuais, eles gostariam de discutir isso com um profissional de saúde, mas a maioria não o faz porque eles se preocupam se isso seria um assunto apropriado para uma pessoa de “sua idade” falar (GOTT, HINCHLIFF, GALENA, 2003, 2004). Por outro lado, profissionais da área da saúde temem iniciar a conversa sobre sexualidade e de alguma forma ofender o idoso. Os autores acima citados acreditam que futuramente esse quadro poderá mudar e os idosos irão querer discutir mais sobre sexualidade com seus médicos e outros profissionais de saúde e isso provavelmente exigirá uma capacitação adicional desses profissionais.

Um estudo feito com médicos na Turquia identificou que os profissionais da área da saúde têm pouco conhecimento sobre sexualidade no envelhecimento, poucos costumam conversar com seus pacientes idosos sobre a temática da sexualidade e afirmaram que se sentiriam mais confortáveis se o idoso iniciasse a conversa. O estudo revelou que as mulheres médicas são mais conservadoras do que médicos homens em relação à sexualidade do idoso e têm menos conhecimento que eles (DOGAN, DEMIR, EKER, KARIM, 2008).

O estudo de Albuquerque (2005) e Gott & Hinchliff (2003), apontaram a dificuldade que a população idosa tem em falar ou ouvir sobre sexualidade. Nesta presente pesquisa, observou-se que as mulheres têm mais restrições em falar sobre o assunto, principalmente se estão na presença de seus pares ou de outros idosos do sexo masculino.

Fazio (1987) em suas pesquisas mostrou que mulheres têm mais dificuldade de identificar e exprimir suas necessidades sexuais. Vasconcellos et al. (2004) que realizaram uma pesquisa envolvendo portugueses e brasileiros, apontaram que o lugar da sexualidade no processo de envelhecimento constitui um assunto particularmente contaminado por preconceito e estereótipos do que seria adequado ou não no comportamento de uma pessoa idosa.

Na pesquisa de Vasconcelos et al. (2004) foi relatado a dificuldade de interpretação dos resultados de uma pesquisa sobre sexualidade, onde as pessoas podem dar respostas que julgam ser as certas e não necessariamente a verdade sobre seu comportamento sexual. Por este motivo, acredita-se que a escala produzida nesse trabalho possibilitará de alguma forma o aumento de estudos sobre sexualidade do idoso no Brasil contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população idosa brasileira, já que a própria OMS (WHOQOL, 1998) elenca a sexualidade como um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida. Outros pesquisadores que tem utilizado a escala ASKAS, concordam que trabalhar a temática da sexualidade com idosos e profissionais de saúde, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas (YON, HEE-YOUNG, MI, 2005; WANG, LU, CHEN, YU, 2007).

Um estudo realizado em Montreal, Canadá utilizando-se a escala ASKAS, com casais recentemente aposentados, ficou demonstrado que melhorar o conhecimento sobre a sexualidade possibilitou uma melhora no funcionamento sexual desses casais com conseqüente melhora da satisfação conjugal e pessoal (TRUDEL, BOYER, VILLENEUVE ANDERSON, PILON, BOUNADER, 2008).

No tocante a análise das propriedades psicométricas, comprovou-se a confiabilidade da escala, pois a consistência interna da versão brasileira da ASKAS apresentou um valor elevado do Alpha de Cronbach, Atitude: $\alpha = 0,826$ e Conhecimento: $\alpha = 0,906$, e no estudo original, quando aplicados em idosos o Alpha foi, Atitude: $\alpha = 0,87$ e Conhecimento: $\alpha = 0,90$. Verifica-se, portanto que os valores de Alpha da escala adaptada ficaram muito próximos dos valores da versão original. Mesmo no modelo inicial da versão brasileira, utilizando-se todas as questões, o Alpha teve valores muito próximos da escala original.

Segundo Pasquali (2003), o valor do Alpha de Cronbach é baseado nos escores atribuídos a cada item que compõe a escala, então um valor de Alpha alto revela uma maior consistência interna da escala. Sabemos também que o número de itens de uma escala interfere no valor de Alpha, então o construto “conhecimento” que ficou com 20 itens, teria realmente um valor esperado de Alpha maior que o construto “atitude”, com apenas 8 itens. Portanto, o fato do valor do Alpha de Cronbach do construto “atitude” ser menor que o do construto “conhecimento”, não significa que este tem menos consistência interna ou menor confiabilidade.

Para identificação de alguns dados pessoais dos respondentes foi criada uma ficha de dados sócio-demográficos. Utilizamos a ficha no pré-teste e após este, aconselhados pelas metodologistas que acompanhavam esse processo de validação e pela leitura de bibliografia da área, a ficha foi submetida à validade de face, sendo enviada a 5 juízes do comitê de peritos, que a devolveram com sugestões e sucessivamente essas sugestões foram novamente mostradas aos juízes, até que chegamos a um consenso na composição dessa ficha, que foi utilizada na amostra final, e é a que sugerimos que seja utilizado na coleta de dados juntamente com a escala ASKAS.

6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A coleta de dados demonstrou a dificuldade que existe em falar sobre essa temática. No processo de contato com coordenadores de grupos de terceira idade, muitos se mostraram dispostos e conscientes sobre a importância do tema, porém ao expor aos alunos do que trataria a pesquisa, alguns idosos afirmaram que isso não é importante e que falar sobre sexualidade é muito embaraçoso. A feição de alguns idosos ao responderem à escala, mostrou que eles sentem vergonha de falar sobre esse assunto. Porém isso não ocorreu com a maioria dos idosos que foram entrevistados, que se mostraram dispostos a falar sobre sexualidade, e a colaborar com a pesquisa.

Foi verificado que a população idosa atualmente se avalia mais conservadora no tocante à sexualidade no envelhecimento e não conhece muito sobre as mudanças que ocorrem nessa fase, o que de certa forma, acaba interferindo nas tomadas de decisão sobre sua sexualidade.

Uma idosa que participou da pesquisa reportou à pesquisadora que ela acha que as pessoas mentem quando perguntadas sobre comportamento sexual e que, na opinião dela, após a menopausa, como ocorre em outras espécies, a vida sexual não se faz mais “necessária”. Mas diante do grande número de idosos entrevistados, pouquíssimos se manifestaram pessoalmente para relatar ou perguntar algo à pesquisadora, apontando que, conversar sobre sexualidade com idosos ainda é uma barreira que precisa ser transposta para que se possa levar a essa coorte, informações relevantes para que possam vivenciar melhor sua sexualidade e conseqüentemente melhorar sua qualidade de vida.

A escala ASKAS, não pergunta diretamente sobre o comportamento sexual do idoso, mas sim sobre o que ele sabe sobre a sexualidade de uma pessoa idosa e sua atitude em relação à sexualidade na velhice. Por essa razão, temos uma chance de ter menos viés com esse tipo de escala do que com aquelas que acessam diretamente o comportamento sexual individual. Em pesquisas citadas anteriormente, visualizamos que pesquisar sobre comportamento baseado AM respostas dos pesquisados, pode produzir resultados enviesados.

A escala ASKAS, originalmente com 61 questões, despendeu em média, 45min para ser respondida. Acreditamos que a versão final, com 28 questões, deverá gastar no máximo 20min

para ser respondida. Isso facilitará a aplicação para grupos de idosos, que tem dificuldade ao responder questionários longos. De acordo com o autor da escala original, esta pode ser administrada na forma de entrevista ou ser auto preenchida pelo respondente.

Para grupos com menos escolaridade ou menor nível cognitivo, recomendamos que a escala seja utilizada na forma de entrevista para um melhor resultado. Pode ainda ser aplicada em grupos ou individualmente. Recomendamos que a escala seja aplicada em grupos diferenciados de idosos, cuidadores profissionais ou não de idosos e outros, e então verificada as propriedades psicométricas em cada grupo, para avaliar o comportamento da escala e sua reprodutibilidade.

A versão brasileira da ASKAS, ficou com 20 questões no construto ‘conhecimento’ e 8 questões no construto ‘atitudes’. O lay-out foi modificado, facilitando a leitura e compreensão dos itens, principalmente com a mudança da escala Likert para 5 pontos e repetição da explicação a cada nova página (APÊNDICE 12). Perguntas com teor semelhantes e semântica inadequada foram retirados no ajuste do modelo na análise fatorial confirmatória.

Uma das limitações do estudo foi a ausência da validação da escala ASKAS em outros países; isso impossibilitou a comparação desses resultados com outras pesquisas.

Nos Estados Unidos existem outras escalas sobre a temática sexualidade e envelhecimento, portanto as pesquisas se dividem na sua utilização e encontramos poucos artigos utilizando a ASKAS, e sua maior utilização encontrada foi em pesquisas de doutorado realizadas naquele país.

Portanto, dando continuidade a esse trabalho, a autora pretende desenvolver mais estudos com a ASKAS, em diferentes populações para testar a reprodutibilidade e avaliar novamente as propriedades psicométricas dessa escala.

7. REFERÊNCIAS

- AARP THE MAGAZINE.** Sexuality at Midlife and Beyond: 2004 Update of Attitudes and Behaviors. 2005.
- ABDO, C. **Descobrimento Sexual do Brasil:** para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus Editorial, 2004.
- ADAMS, C. G. & TURNER, B. F. Reported change in sexuality from young adulthood to old age. **Journal of Sex Research.** V.21, n.2, p. 126-41. 1985.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.** 246p. Tese de doutorado em Ciências, da Faculdade de Ciências Médicas da USP – Universidade de São Paulo. 2005.
- ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar 2008. doi: 10.1590/S1020-49892002000200007
- ALI, S. S. Connotation and Cross-cultural Semantics. **Translation Journal.** V. 10, n. 4, Oct, 2006. Disponível em < <http://accurapid.com/journal/38connot.htm>>, acessado em 04/04/2008.
- ANDERSON, B. G. **The aging game: success, sanity and sex after 60.** Toronto: McGraw-Hill Book Company, 1979.
- ARROJO, R. (org.) **O signo desconstruído:** implicações para a tradução, a leitura e o ensino. Campinas, SP: Pontes, 1992.
- BACELAR, R. **O desejo não tem idade:** a sexualidade da mulher idosa. Recife: FASA, 2002.
- BALLONE, G. J. Sexo nos Idosos – in: **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet, 2001 - disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>> .
- BHAWUK, D. P. S. & BRISLIN, R. W. Cross-cultural training: a review. **Applied Psychology: an international review.** V. 49, n. 1, 162-191. 2000.
- BEATON, D. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE.** V. 25, n. 24, pp 3186–3191. 2000.

BEATON, D. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revisada em junho de 2007. Disponível em <<http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>>

BEAVOUIR, S. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERGSTRÖM-WALAN, M. B. & NIELSEN, H. H. Sexual expression among 60–80-year-old men and women: a sample from Stockholm, Sweden. **Journal of Sex Research**. V. 27, n. 2, 289-295, May. 1990.

BIRREN, J. E. **The psychology of aging**. Toronto: Prentice-Hall of Canada, 1964.

BOUMAN, W. P.; ARCELUS, J.; BENBOW, S. M. Nottingham Study of Sexuality & Ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. **Sexual and Relationship Therapy**, V. 21, n. 2, p. 149-61, May. 2006.

BRECHER, E. M. **Love, Sex, and Aging**: a consumer union report. Toronto: Little, Brown and Company, 1983.

BRISLIN, R. Back-Translation for Cross-Cultural Research. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v.1, n.3, p.185-216, 1970.

BUTLER, R.N. & LEWIS, M. I. **Sexo e amor na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Summus editorial, 1985.

CAMPANA, A. N. N. B. Tradução, adaptação transcultural e validação do "Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)" e do "Body Checking Questionnaire (BCQ)" para língua portuguesa no Brasil . Dissertação de mestrado em Educação Física, pela Faculdade de Educação Física da Unicamp, SP, 2007. 198 p.

CARLSON, J. E. (2004). **The knowledge and attitudes of MSW students regarding aging and sexuality**. Thesis (M.S.W.) - California State University, Long Beach, 2004.

CARPENTER, L. M.; NATHANSON, C. A.; KIMC, Y. J. Sex after 40?: Gender, ageism, and sexual partnering in midlife. **Journal of Aging Studies**, v. 20, p. 93–106. 2006.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. V. 39, n. 3, 143-150. 1999.

CORACINI, M. J. R. F. **Um fazer persuasivo: o discurso subjetivo da ciência**. Campinas, SP: Pontes, 1991.

DAVID, C. M. et al. **Handbook of sexuality-related measures**. Sage: USA, 2004.

DAVIS, M. F. et al. Confirmatory Factor Analysis in Osteopathic Medicine: Fascial and Spinal Motion Restrictions as Correlates of Muscle Spasticity in Children With Cerebral Palsy. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 107, n. 6, p. 226-232, jun. 2007.

DENNEY, N. W. & QUADAGNO, D. **Human sexuality**. 2ª ed. Toronto: Mosby Year Book, 1992.

DIAMANTOPOULOS, A.; RIEFLER, P.; ROTH, K. P. Advancing formative measurement models. *Journal of Business Research*. 2008. In Press. doi:10.1016/j.jbusres.2008.01.009.

DOGAN, S.; DEMIR, B.; EKER, E.; KARIM, S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. **International Psychogeriatrics**, Apr. 2008. doi:10.1017/S1041610208007229.

DWIVEDI, Y. K.; CHOUDRIE, J.; BRINKMAN, W. Development of a survey instrument to examine consumer adoption of broadband. *Industrial Management & Data Systems*. V. 106, n. 5, p. 700-18. 2006.

ELIAS, N. **O processo civilizador: Uma História dos Costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FARNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating Structural Equation Models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**. V.18, n. 1, p.39-50, February. 1981

FAZIO, L. Sexuality and aging: a community wellness program. **Physical and Occupational Therapy in Geriatrics**. V.6, p. 59-69. 1987.

FERRAZ, M. B.; CICONELLI, R. M. Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. **Revista Brasileira Medicina. Rio de Janeiro**. Vol.55 (edição especial), p. 35-40, novembro, 1998.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: A vontade de saber**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal. 1988.

_____. **História da sexualidade: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal. 1985.

_____. **História da sexualidade: O uso dos saberes**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal. 1984.

FRAIMAN, A. P. **Sexo e afeto na terceira idade**. São Paulo: Editora Gente, 1994.

FREEDMAN, R. **Meu corpo... meu espelho**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

FREITAS, M. C. et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.221-8, Mar./Apr. 2002.

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

GALINDO, E. M. C. & CARVALHO, A. M. P. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do *Eating Behaviours and Body Image Test* para uso com crianças do sexo feminino. **Revista de Nutrição de Campinas**, V. 20, n. 1, p. 47-54. Jan. /fev. 2007.

GINSBERG, T. B.; POMERANTZ, S. C.; KRAMER-FEELEY, V. Sexuality in older adults: behaviors and preferences. **Age and Ageing**. V.34, p. 475-480. 2005.

GLASS, J. C. Jr. & WEBB, M. L. Health care educators knowledge and attitudes regarding sexuality in the aged. **Educational Gerontology**, vol. 21, n. 8, p. 713-730, dec. 1995.

GOLDSTEIN, L. L. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA NA ÁREA DA GERONTOLOGIA : (1975-1999). **Revista On-line Biblioteca Prof. Joel Martins**, vol. 1, n.1, out. 1999.

GOODFELLOW, S. (2004). "**The sexual hush**": representations of late-life sexuality in Western Europe and America, 1870-1930. Thesis (Ph.D.) - Pennsylvania State University, 2004.

GOTT, M. Sexual health and the new aging. **Age and ageing**. V.35, n. 2, p.106-7. 2006.

GOTT, M.; HINCHLIFF, S.; GALENA, E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. **Social Science & Medicine**. V. 58, p.2093-2103. 2004.

GOTT, M. & HINCHLIFF, S. How important is sex in later life? The views of older people. **Social Sciences & Medicine**. V.56, n. 8, p.1617-28. 2003.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enfermagem**. V.12, n. 2, p. 204-13, Abril/Junho. 2007.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 249-255. 2006.

GUDERGAN, S. P. et al. A Confirmatory tetrad analysis in PLS path modeling. *Journal of Business Research*. Article in Press, Corrected Proof . Received 1 May 2007, Available online 4 March 2008.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health measures. **Scand. Journal Rheumatology**. v. 8, p. 61-63. 1995.

GUIRARDELLO, E. B. Cultural adaptation and validation of the instrument requirement for directed attention. **Revista da Escola de enfermagem da USP** , São Paulo, v. 39, n. 1, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar 2008. doi: 10.1590/S0080-62342005000100010

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAJJAR, R. & KAMEL, H. Sexuality in the Nursing Home, Part 1: Managing abnormal behavior – legal and ethical issues. **Journal of the American Medical Directors Association**. V. 4, n. 3, p. 152-6. 2003.

HAMMOND, D. I. **An exploratory study of a workshop on sex and aging**. Doctoral dissertation, University of Georgia, Athens, 1979.

HANH, V. T. X. et al. Health related quality of life of adolescents in Vietnam: cross-cultural adaptation and validation of the Adolescent Duke Health Profile. IN: **Journal of Adolescence**. V. 28, p. 127–146. 2005.

HARRIS, D. Sexuality. In: PALMORE, E. B.; HARRIS, D. e BRANCH, L. **Encyclopaedia of Ageism**. England, Oxford: Routledge, 2005.

HAYAN, L. Cultivating Translator Competence: Teaching & Testing. **Translation Journal**. V. 10, n. 3, Jul. 2006. Disponível em <http://accurapid.com/journal/37testing.htm>, acessado em 04/04/2008.

HEILBORN, M. L. (org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 1999.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos Feministas**, Florianópolis. V. 14, n. 1, p. 43-59. janeiro-abril. 2006.

HEINRICH, I. & GINDIN, J. Qualitative Elderly Sexuality and Primary Care Utilization. **The Canadian Journal of Geriatrics**. V. 10, n. 1. 2007.

HERRERO, J. & GRACIA, E. Measuring perceived community support: Factorial structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (perceived community support questionnaire). **Journal of Community Psychology**. V.35, n. 2, p. 297-317. Fev. 2007.

HILLMAN, J. L. **Clinical perspectives on elderly sexuality**. USA: Kluwer Academic, 2000.

HOYER, W. J.; RYBASH, J. M.; ROODIN, P. A. **Adult Development and Aging**. 4ªed. Toronto: McGraw-Hill, 1999.

HOYT, W. T.; WARBASSE, R. E.; CHU, E. Y. Construct Validation in Counseling Psychology Research. **The Counseling Psychologist**. v.34, n. 6, p.769-805. 2006.

IWANOWICZ, J. B. O lazer do idoso e o desenvolvimento pró-social. In: BRUHNS, H. T. **Temas sobre lazer**. Campinas: Autores Associados, 2001.

JOHNSON, B. Older Adults' Suggestions for Health Care Providers Regarding Discussions of Sex Older adults answer a survey about sexuality and aging. **Geriatric Nursing**. V. 18, n. 2, p. 65-6. 1997.

JOHNSTON, D. A. et al. Effects of supplier trust on performance of cooperative supplier relationships. **Journal of operations management**. V. 22, n. 1, p. 23-38. 2004.

KAMEL, H. & HAJJAR, R. Sexuality in the Nursing Home, Part 2: Managing abnormal behavior – legal and ethical issues. **Journal of the American Medical Directors Association**. V. 4, n. 4, p. 203-6. 2003.

KATZ, S. & MARSHALL, B. New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. **Journal of Aging Studies**. V.17, n. 1, p. 3–16, Feb. 2003.

KERLINGER, F. N. **Foundations of behavioral research**. 3ª ed.: Holt, Rinehard and Winston, New York, pp. 415, 1986.

KERMARREC, S. et al. French Adaptation and Validation of the Helping Alliance Questionnaires for Child, Parents, and Therapist. **Canadian Journal of Psychiatry**, V. 51, n. 14, December. 2006.

KINGSBERG, S. A. The Impact of Aging on Sexual Function in Women and Their Partners. **Archives of sexual behavior**. V. 31, n. 5, p. 431-37. 2002.

KLAGES, U. et al. Development of a questionnaire measuring treatment concerns in regular dental patients. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** (Online Early Articles). doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00391.x 19 / Sep. 2007.

KLEM, L. Structural equation modeling. In: GRIMM, L. G. & YARNOLD, P. R. **Reading and understanding multivariate statistics**. Washington: American Psychological Association, 2000.

LEE, J.N.; HUYNH, M.Q.; HIRSCHHEIM, R. An integrative model of trust on IT outsourcing: examining a bilateral perspective. **Information Systems Frontiers**. V.10, n. 2, p. 145-63, abril, 2008.

LINDAU, S. T. et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. **The New England Journal of Medicine**. V. 357, n. 8, p. 762-774, Aug.23. 2007.

LINDEKENS, T. (1997). **Attitudes and knowledge of older adult sexuality**. Thesis (M.S.W.) - California State University, Long Beach, 1997.

LINO, V. T. S. et al. . Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010

LoBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. **Nursing Research: Methods, critical appraisal, and utilization**. 3ª ed. St. Louis: Mosby, 1994.

LORENZI, D. R. S. & SACIOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 52, n. 4, p. 256-60, 2006.

LUFT, C. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**. V. 41, n. 4, p. 606-615. 2007.

MAKDISSE, M. et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Edinburgh Claudication Questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. V. 88, n. 5, p. 441-445. 2007.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MAILHAC, J. P. Formulating Strategies for the Translator. *Translator Journal*. V. 11, n.2, apr. 2007. disponível em < <http://translationjournal.net/journal/40strategies.htm>>, acessado em 04/04/2008.

MEIROVITZ, R. A. (1994). **Elderly single women: their attitudes toward sexuality**. Thesis (M.S.W.) - California State University, Long Beach, 1994.

MOORE, D. S. et al. **A prática da estatística empresarial - como usar dados para tomar decisões**. Rio de Janeiro. LTC. 2006.

NAPPI, R. E. & NIJLAND, E. A. Women's perception of sexuality around the menopause: Outcomes of a European telephone survey. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology** (2007). Received 29 November 2005; received in revised form 6 August 2006; accepted 30 October 2006.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING – **Age Page: Sexuality in Later Life**. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, National Institutes of Health, August 2002, Reprint July 2005.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993.

NEUGARTEN, B. L. **Middle age and aging: a reader in social psychology**. Chicago: CHICAGO UNIVERSITY Press, 1968.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill. 1978.

PACAGNELLA, R. C. et al. . Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200021

PAPAHARITOU, S. et al. Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Received 18 April 2006; received in revised form 16 March 2007; accepted 28 March 2007.

PARKER, R. Sexuality, Health, and Human Rights. **American Journal of Public Health**, V. 97. N. 6. EDITORIAL. June. 2007.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PEREIRA, C. A. A. **O Diferencial Semântico: uma técnica de medidas nas ciências sociais**. São Paulo: Ática, 1986.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*. V. 41, n.2, p.229-36. 2007.

PILATI, R. & LAROS, J. A. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. **Psicologia: Teoria e pesquisa**. Vol. 23, n. 2, p. 205-216, abr-jun. 2007.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PYM, A. Propositions on cross-cultural communication and translation. **International Journal on Translation Studies**. V. 16, n. 1, p.1-28. 2004

REICHENHEIM, M. E. & MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar 2008. doi: 10.1590/S0034-89102006005000035

RIENZO, B. A. The impact of aging on human sexuality. **Journal School Health**, v.55, p.66-68. 1985.

ROSEMANN, T. & SZECSENYI, J. Cultural adaptation and validation of a German version of the arthritis impact measurement scales (AIMS2). **OsteoArthritis and Cartilage**. V. 15, p. 1128-1133. 2007.

SANTOS, S. S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SCHAE, K. W. & BIRREN, J. E. Handbook of the psychology of aging . New York: Academic Press, 2005.

SHIH, C. Y. Revision from translators' point of view: an interview study. **International Journal on Translation Studies**. V. 18, n.2, p. 295-312. 2006.

SILNY, A. J. Sexuality and Aging. In: W. B. B. & MONEY, J. **Handbook of human sexuality**. Capítulo 7, p. 124-146. New Jersey: Jason Aronson Inc., 1980.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade**: A marginalização do corpo do idoso. Piracicaba: Editora Unimep, 1998.

SKINNER, B. F. & VAUGHAN, M. E. **Viva bem a velhice**. 4 ed. São Paulo: Summus editorial, 1985.

SNELL, W. E., Jr. Department of Psychology – Missouri StateUniversity, disponível em <<http://www4.semo.edu/snell/TESTING.HTM>>, acessado em 21/03/2008.

STEINKE, E. E. Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing a comparison of two studies. **Journal of advanced nursing**., n. 19, p. 477-485. 1994.

STEINKE, E. E. Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. V. 28, n. 2, p. 59-63. 1997.

STREINER, D. L. & NORMAN. G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2^a ed. New York: Oxford University Press Inc., 1995.

TAMMARU, M. et al. The adaptation, reliability and validity testing of the Estonian version of the Health Assessment Questionnaire's Disability Index. **Rheumatology International Clinical and Experimental Investigations**, Springer-Verlag 2007, doi:10.1007/s00296-007-0407-5

THOMPSON, B. **Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications**. Washington: American Psychological Association. 2004.

TURNER, B. F. & ADAMS, C. G. Reported change in preferred sexual activity over the adults years. **The Journal of sex research**, vol. 25, n.2, p. 289-305, maio. 1988.

TRUDEL, G. et al. The marital life and aging well program: effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. **Sexual Relationship Therapy**. V. 23 n. 1, p. 5-23. Feb. 2008.

ULLMAN, J. B. Structural equation modeling. In: TABACHNICK, B. G. & FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 5 ed. Boston: Pearson Education, 2006.

UMIDI, S. et al. Affectivity and sexuality in the elderly: often neglected aspects. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Suppl. 1, p. 413-417. 2007.

U. S. CENSUS BUREAU POPULATION PROFILE OF THE UNITES STATES: Dynamic Version. Disponível em <<http://www.census.gov/population/pop-profile/dynamic/OLDER.pdf>>, acessado em 06/05/2008.

VASCONCELOS, D. et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: Novas perspectivas – comparação transcultural. **Estudos de psicologia**. V. 9, n. 3, p. 413-419. 2004.

VIANA, H. B. **A influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas**. 2003. Dissertação de mestrado em Educação Física, da Faculdade de Educação Física da Unicamp - SP.

VIGATTO, R; ALEXANDRE, N. M. C.; CORREA FILHO, H. R. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-cultural adaptation, reliability, and validity. **SPINE**. V. 32, n. 4, p. 481-486. 2007.

WALKER, N. J. et al. H. Staff and Elderly knowledge and attitudes toward elderly sexuality. **Educational gerontology**. V. 24 (5), p. 471-489. JUL-AUG. 1998.

WANG, T. Et al. Older people and long-term care: sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**. V.17, n. 4, p. 443-450. 2007.

WEBB, M. L. (1993). **Knowledge and attitudes of health care educators regarding sexuality in the aged**. Thesis (Ed. D.) - North Carolina State University.

WESTLAND, J. C. Confirmatory Analysis with Partial Least Squares. 2007. Disponível em <<http://www.rhsmith.umd.edu/dit/events/pdf/Westlandfullpaper.pdf>>, acessado em 01/05/2008.

WHITE, C. B. Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. In: YARBER, W. L.; BAUSERMAN, R. e SCHREER, G. **Sexuality-Related Measures**. California, USA: Sage Publications, 1998.

_____. A Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. In: **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.6, p.491- 502, 1982^a.

_____. Sexual Interest, Attitudes, Knowledge, and Sexual History in Relation to Sexual Behavior in the Institutionalized Aged. **Archives of Sexual Behavior**, v.11, n.1, pp. 11-21, 1982^b.

WHITE, C. B. & CATANIA, J. Sexual education for aged people, people who work with aged, and families of aged people. **International Journal Aging Human Development**. V.15, p. 121-138. 1981.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**. V. 46, n. 12, p. 1569-85. 1998.

YOO, J; LEE, J.; HOFFMANN, J. Trust in Online Shopping: The Korean Student Experience. Hawaii International Conference on System Sciences, Proceedings of the 41st Annual. Jan. 2008, P. 270.

YON, K. G.; HEE-YOUNG, S.; MI, P. S. A study of knowledge, attitudes, and importance of sexuality in the aged. **Korean Journal Women Health Nursing**. V. 11, n. 4, p. 327-332. Dec. 2005.

ZEISS. A. M. **Aging and Human Sexuality Resource Guide**. American Psychological Association. Disponível em <<http://www.apa.org/pi/aging/sexuality.html#I>> acessado em 12/07/2007.

ZHANG, Q. et al. Teacher Immediacy Scales: Testing for Validity across Cultures. **Communication Education**. V. 56, n. 2, p. 228-248, abril. 2007.

8 PUBLICAÇÕES

1. Artigo publicado na Revista Digital - Buenos Aires - Año 12 - N° 116 - Janeiro de 2008, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>

Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas

* Autora. Doutoranda na Faculdade de Educação Física da Unicamp - SP
 Professora do curso de Educação Física do Centro Universitário Adventista – campus 3
 **Co-autora. Professora Titular da Faculdade de Educação Física da Unicamp – SP
 (Brasil)

Helena
Brandão Viana*
Vera Ap.Madruga**
hbviana2@gmail.com

Resumo

Existe na literatura atualmente muitos estudos e diretrizes para validação de escalas de medida e de adaptação cultural de escalas criadas em países diferentes daquele que se pretende fazer o estudo. Sabemos que para utilizar uma escala de medida, ela deve passar por vários testes de confiabilidade e validade amplamente descritos na literatura. Para adaptar uma escala criada em um país de língua e cultura diferentes do qual pretendemos conduzir uma pesquisa, não basta apenas traduzir a escala, mas é necessário também uma avaliação das propriedades psicométricas dessa escala após ela ser traduzida para a outra língua. O processo adequado de tradução, adaptação cultural e validação de uma escala de avaliação é o tema desse artigo e descrevemos as "Recomendações para Adaptação Cultural de Medidas de Estados de Saúde", da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos (AAOS – American Academy of Orthopaedic Surgeons) e Instituto para Trabalho e Saúde de Toronto.

Unitermos: Adaptação cultural. Escalas psicométricas. Validação.

<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 12 - N° 116 - Enero de 2008

2. Artigo submetido à Revista de Saúde Pública. Publicação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Qualis Capes A, circulação internacional. Fator de impacto = 0.6918 . ISSN: 0034-8910

3. Artigo submetido ao International Psychogeriatrics. Qualis capes A, circulação internacional. Fator de impacto = 1.745. ISSN: 1041-6102.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento formal dos (as) voluntários (as) que participarão da pesquisa:
“Adaptação de escala de atitudes e conhecimento sobre sexualidade no envelhecimento (ASKAS)”

Responsável pelo Projeto: Prof^a Dr^a Vera Aparecida Madruga Forti

Pós-Graduanda: Helena Brandão Viana

Local de Desenvolvimento do Projeto: Departamento de Estudos da Atividade Física

Adaptada/Faculdade de Educação Física/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Projeto

Vinculado ao Programa de Pós-Graduação desta Instituição.

Eu, _____
 _____, _____ anos de idade, RG _____ residente
 à _____,

voluntariamente concordo em participar da pesquisa acima mencionada, que será detalhada a seguir, e sei que para a sua realização não haverá qualquer ônus financeiro ou de qualquer outro natureza para mim e não haverá nenhum tipo de reembolso financeiro ou outro tipo de compensação.

É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva verificar o conhecimento e as atitudes de diversas pessoas em relação à sexualidade do idoso. Isso será feito através da aplicação de

uma escala (questionário) específica para estudar atitude e conhecimento sobre a sexualidade de pessoas idosas (ASKAS, WHITE, CB, 1982).

Fui esclarecido (a) que estes questionários serão aplicados em apenas uma fase e que despenderá de aproximadamente 40 minutos para o seu preenchimento.

Estou ciente ainda, de que, as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem minha devida autorização. Esses dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja totalmente resguardada.

Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados. Sei também que posso decidir a qualquer momento não mais participar do estudo, por qualquer motivo e sem qualquer implicação para mim. Para garantir todos esses direitos esse documento está sendo analisado pelo comitê de ética em pesquisa da Unicamp, ao qual poderei recorrer a qualquer momento.

Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, responder aos questionários da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

CAMPINAS, 26 de agosto de 2007.

VOLUNTÁRIO(A)

Helena Brandão Viana
Aluna de doutorado

Prof^a. Dr^a. Vera Aparecida Madruga Forti.

ORIENTADORA / Fone: (0xx19)3521-6607 (DEAFA/UNICAMP)

Comitê de Ética/ Informações Fone: (0xx19)3521-8936

(Esses telefones da pesquisadora e do comitê de ética podem ser utilizados a qualquer momento pelo respondente para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa ou para qualquer outra comunicação necessária)

APÊNDICE 2: FICHA DE DADOS PESSOAIS USADAS NO PRÉ-TESTE

FICHA DE DADOS PESSOAIS

(baseado no estudo LOVE, SEX AND AGING de Edward M. Brecher)

Data: ___/___/___

Entrevista nº: ___

1. **Sexo:** Feminino () Masculino ()

2. **Idade:** _____ 3. **Data de nascimento:** ___/___/___

4. Estado civil:

solteiro ()

casado ()

viúvo ()

divorciado ()

separado ()

união consensual ()

5. Nível de educacional:

não estudei ()

primário ()

ginásio ()

Colegial ()

Faculdade ()

pós-graduação ()

6. **Aposentado(a):** sim() não() 7. **Exerce atividade remunerada:** sim() não()

8. **Religião:** católica () protestante () evangélica () outra: _____

9. Há quanto tempo está ou foi casado(a):

menos de 5 anos ()

de 5 a 10 anos ()

de 10 a 20 anos ()

de 20 a 30 anos ()

de 30 a 40 anos ()

mais de 40 anos ()

10. Quantas vezes se casou: uma vez() duas vezes() três vezes ou mais()

11. Quantos anos você tinha quando se casou? _____

12. Quanto você sabe sobre sexualidade no envelhecimento? pouco() muito()

13. Em relação à sexualidade, você se considera: conservador () liberal ()

APÊNDICE 3: FICHA DE DADOS PESSOAIS VERSÃO APLICADA NA AMOSTRA FINAL

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de início: _____

Nº da entrevista: _____

FICHA DE DADOS PESSOAIS

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Estado civil:

() Solteiro () casado () viúvo () divorciado () separado () união consensual

4. Há quantos anos está (ou foi):

Casado (a)	
Morando com um parceiro	
Morando sozinho (a)	

5. Quantos anos você tinha quando se casou pela primeira vez? _____

6. Casou mais de uma vez? () Sim () Não Se sim, que idade tinha quando se casou novamente? _____

7. Até que série estudou? (assinale no quadrado o número de anos que corresponde ao nível mais alto que você atingiu em seus estudos. Por exemplo: estudou até a 4ª série: assinale o número 4)

() Não estudou

() 5ª série

() 1º colegial

() 1ª série

() 6ª série

() 2º colegial

() 2ª série

() 7ª série

() 3º colegial

() 3ª série

() 8ª série

() Faculdade

() 4ª série

() Pós-graduação

8. Realiza algum tipo de leitura? () Sim () Não

9. Se respondeu sim, com que frequência você costuma ler?

	Diariamente	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	1 a 2 vezes por mês	Menos de 1 vez por mês
Jornais					
Revistas					
Livros					
Outros: O quê? _____					

Em relação às perguntas 10, 11 e 12 assinale um X em um dos 7 espaços (tracinhos) vazios, entre as palavras que se opõe em significado.

Exemplo: Bom :---:---:---:---:---:---:---:---: Mau

10. Quanto você avalia que sabe sobre sexualidade no envelhecimento?

Nada :---:---:---:---:---:---:---:---: Muito

11. Em relação à sexualidade, você se considera:

Conservador :---:---:---:---:---:---:---:---: Liberal

12. Você considera a atividade sexual:

Útil :---:---:---:---:---:---:---:---: Inútil

Impura :---:---:---:---:---:---:---:---: Pura

Magnífica :---:---:---:---:---:---:---:---: Horrível

Ruim :---:---:---:---:---:---:---:---: Gostosa

Bonita :---:---:---:---:---:---:---:---: Feia

Errada :---:---:---:---:---:---:---:---: Certa

Perigosa :---:---:---:---:---:---:---:---: Segura

Necessária :---:---:---:---:---:---:---:---: Desnecessária

Interessante :---:---:---:---:---:---:---:---: Desinteressante

Destrutiva :---:---:---:---:---:---:---:---: Construtiva

Agradável :---:---:---:---:---:---:---:---: Desagradável

Natural :---:---:---:---:---:---:---:---: Artificial

13. Apresenta alguma doença crônica?

() Não () Sim Se sim: qual (is)? _____

14. Tem alguma limitação física? Sim () Não ()**15. Se você respondeu sim, qual o tipo de limitação?**

() Auditiva especifique _____

() Visual especifique _____

() Motora especifique _____

() Outra(s) qual(is)? _____

APÊNDICE 4: DOCUMENTO ENVIADO AO COMITÊ DE ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DA ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

Cidade Universitária, _____ de _____ 2006

Prezado

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na adaptação cultural de uma escala de sexualidade no envelhecimento que tem como objetivo medir o conhecimento e atitudes das pessoas em relação à sexualidade do idoso. Desenvolvida pelo Prof. Dr. Charles B. White da Trinity University, Texas, que já autorizou formalmente a adaptação no Brasil, esta escala possui 61 questões, sendo que as 35 primeiras afirmativas são para avaliar o **conhecimento** sobre a sexualidade do idoso, onde o respondente tem 3 alternativas de resposta, “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não sei”. As questões de número 36 a 61 são para avaliar **atitudes** relativas à sexualidade de pessoas idosas, onde o respondente irá escolher um número de 1 a 7 (escala Likert), entre 1=discordo e 7=concordo, sobre o quanto ele concorda ou não com cada afirmativa.

Este estudo faz parte do projeto de tese de Doutorado, e está sendo realizado junto ao Programa de pós-graduação em Educação Física, no Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.

Uma das etapas para a adaptação cultural de instrumentos consiste na avaliação da versão original do instrumento, da versão final entre as duas traduções iniciais e as duas retro traduções, realizadas por tradutores com reconhecida competência em sua área. Dessa forma, sua participação será importante para avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento em anexo.

Após a coleta de dados, faremos análises estatísticas para verificação da confiabilidade e validade da escala em questão, recomendadas pela literatura internacional.

Desde já, agradecemos a sua participação.

Helena Brandão Viana
 Doutoranda em Educação Física
 Depto. de Est. da Ativ. Física Adaptada

Dra. Vera Ap. Madruga Forti
 Docente Pós-graduação/FEF/UNICAMP
 Depto. de Est. da Ativ. Fís. Adap.

Pesquisadora

Orientadora

**INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA
ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO**

ASKAS - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale

Ao fazer a avaliação da escala, leve em consideração que a escala será aplicada individualmente a cada sujeito, pela pesquisadora. Nas afirmativas de número 1 a 35 o **respondente** deverá escolher uma entre as 3 alternativas que são, “verdadeiro”, “falso” e “não sei” e nas afirmativas de número 36 a 61 o pesquisado deverá responder se discorda ou concorda, pontuando sua resposta em uma escala de 7 pontos (variando, portanto, desde *discordo* = 1 a *concordo* = 5). A primeira parte da escala (questões 1 a 35) mede o **conhecimento** sobre a sexualidade do idoso e a segunda parte (questões 36 a 61) mede as **atitudes** em relação à sexualidade da pessoa idosa.

Para avaliar as equivalências entre as versões original e traduzida do **ASKAS - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale**, você está recebendo a versão original acompanhada da proposta do instrumento em português, para que você possa avaliar a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural para cada item.

Equivalências semântica e idiomática: corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respectivos idiomas.

Equivalência conceitual: deve haver coerência dos itens aos seus respectivos grupos (questões de 1 a 35 – conhecimento sobre a sexualidade idosa e 36 a 61 – atitudes em relação à sexualidade idosa).

Equivalência cultural: as situações apresentadas no instrumento devem ser corresponder às vivenciadas no contexto da nossa cultura.

Para avaliar as equivalências descritas acima, preencha o campo disponível no impresso de **Avaliação das Equivalências** de acordo estas opções:

- -1 (Não equivalente ou não pertinente)
- 0 (Não é possível avaliar)
- +1 (Equivalente ou pertinente)

Caso assinale **-1** ou **0**, por favor, faça sugestões quanto às alterações que julgar pertinentes no espaço disponível na tabela a seguir.

Para realizar essas avaliações você poderá consultar os anexos com as versões: original, primeira tradução (T1), segunda tradução (T2), síntese das traduções para o português (T12 - que é a sugerida para uso no Brasil, após avaliação e sugestão dos juízes), a primeira retro tradução (BT1) e a segunda retro tradução (BT2) na ordem acima citada.

- **Anexo 1: ASKAS - Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale**, versão original
- **Anexo 2: Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2)** - A versão original do instrumento traduzida por dois tradutores profissionais com fluência na língua inglesa e portuguesa
- **Anexo 3: Síntese das Traduções (T12)** - Resultado da síntese obtida pelas traduções **T1** e **T2**
- **Anexo 4: Back Translation 1 (BT1) e Back Translation 2 (BT2)** - Consiste na tradução da **T12**, (síntese versões **T1** e **T2**) de volta para a língua original do instrumento (inglês). As retro traduções foram realizadas por duas pessoas que têm como língua nativa o inglês, mas que são também fluentes em português.

Para a conclusão desta etapa de trabalho solicitamos sua participação em uma reunião com todos as pessoas envolvidas nesse processo, no final do mês de Agosto/2006 (o dia e o horário serão comunicados no início do mês de Agosto), no Mini-auditório da Faculdade de Educação Física – Piso 1, do Prédio da Biblioteca da FEF - UNICAMP. A finalidade deste encontro é reunir todos os avaliadores do instrumento, os tradutores e os pesquisadores para discutir as sugestões de modificação e composição da versão final do instrumento, a ser utilizada nos sujeitos da pesquisa.

Avaliação das Equivalências do ASKAS
Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale

Avaliação das Equivalências	Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural
TÍTULO ESCALA			
Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale Escala de Conhecimento e Atitudes Sexuais no Envelhecimento			
Sugestões			
ALTERNATIVAS DE RESPOSTA DAS QUESTÕES - PARTE I			
1. True 2. False 3. Don't know 1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências	Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural
PARTE I			
Questões de conhecimentos sobre a sexualidade do idoso			
1. Sexual activity in aged persons is often dangerous to their health. 1. A atividade sexual entre pessoas idosas é quase sempre perigosa para a sua saúde.			
Sugestões			
2. Males over the age of 65 typically take longer to attain an erection of their penis than do younger males. 2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo do que os mais jovens para conseguir uma ereção do pênis			
Sugestões			
3. Males over the age of 65 usually experience a reduction in intensity of orgasm relative to younger males.			

3. Homens acima de 65 normalmente, comparados aos mais jovens, normalmente têm uma redução na intensidade do orgasmo.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			
Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural	
4. The firmness of erection in aged males is often less than of younger persons. 4. A firmeza da ereção em homens idosos é normalmente menor do que em homens jovens.			
Sugestões			
5. The older female (65 + years of age) has reduced vaginal lubrication secretion relative to younger females. 5. A mulher idosa (acima de 65 anos) tem sua lubrificação vaginal reduzida comparada às mulheres mais jovens.			
Sugestões			
6. The aged female takes longer to achieve adequate vaginal lubrication relative to younger females. 6. A mulher idosa leva mais tempo que as mais jovens para atingir uma lubrificação vaginal adequada.			
Sugestões			
7. The older female may experience painful intercourse due to reduced elasticity of the vagina and reduced vaginal lubrication. 7. A mulher idosa pode sentir dores durante o ato sexual devido à redução na lubrificação e na elasticidade da vagina.			
Sugestões			
8. Sexuality is typically a life-long need. 8. Normalmente a sexualidade é uma necessidade que se faz presente durante a vida toda.			

Sugestões			
9. Sexual behavior in older people (65 +) increases the risk of heart attack. 9. O comportamento sexual em pessoas mais velhas (acima de 65 anos) aumenta o risco de ataques cardíacos.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			Sem âni ca e Idio mát ica
Avaliação das Equivalências			Con ceit ual
Avaliação das Equivalências			Cult ural
10. Most males over the age of 65 are unable to engage in sexual intercourse. 10. A maioria dos homens acima de 65 anos não consegue se envolver em relações sexuais.			
Sugestões			
11. The relatively most sexually active younger people tend to become the relatively most sexually active older people. 11. Relativamente falando, as pessoas jovens com a maior atividade sexual tendem a se tornar também pessoas mais velhas de maior atividade sexual.			
Sugestões			
12. There is evidence that sexual activity in older persons has beneficial physical effects. 12. Há evidências que a atividade sexual em pessoas mais velhas tem efeitos físicos benéficos para quem as pratica.			
Sugestões			
13. Sexual activity may be psychologically beneficial to older person. 13. Atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para a pessoa idosa.			
Sugestões			

14. Most older females are sexually unresponsive. 14. A maioria das mulheres idosas é sexualmente frígida.			
Sugestões			
15. The sex urge typically increases with age in males over 65. 15. A necessidade de sexo tipicamente aumenta com a idade em homens acima de 65 anos.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			
16. Prescription drugs may alter a person's sex drive. 16. Medicamentos receitados por médicos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa	Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural
Sugestões			
17. Females after menopause, have a physiologically induced need for sexual activity. 17. Após a menopausa, as mulheres têm uma necessidade de atividade sexual fisiologicamente induzida.			
Sugestões			
18. Basically, changes with advanced age (65 +) in sexuality involve a slowing of response time rather than a reduction of interest in sex. 18. Basicamente, com a idade avançada (+65), as mudanças na sexualidade envolvem mais uma demora no tempo das reações do que uma redução no interesse sexual.			
Sugestões			
19. Older males typically experience a reduced need to ejaculate and hence may maintain an erection of the penis for a longer time than younger males. 19. Homens mais velhos geralmente sentem uma menor necessidade de ejacular e, portanto, podem manter uma ereção do pênis por mais tempo do			

que homens mais jovens.			
Sugestões			
20. Older males and females cannot act as sex partners as both need younger partners for stimulations. 20. Homens e mulheres mais velhos não podem atuar conjuntamente como parceiros sexuais, já que ambos precisam de parceiros mais jovens para que haja estímulo.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			
	Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural
21. The most common determinant of the frequency of sexual activity in older couples is the interest or lack of interest of the husband in a sexual relationship with his wife. 21. O que geralmente determina a frequência das atividades sexuais em casais idosos é o interesse, ou a falta de interesse, por parte do marido em se relacionar sexualmente com sua esposa.			
Sugestões			
22. Barbiturates, tranquilizers, and alcohol may lower the sexual arousal levels of aged persons and interfere with sexual responsiveness. 22. Barbitúricos, tranquilizantes, e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas mais velhas e interferir na receptividade sexual.			
Sugestões			
23. Sexual disinterest in aged persons may be a reflection of a psychological state of depression. 23. A falta de interesse pelo sexo, em pessoas idosas, pode ser um reflexo de um estado de depressão psicológica.			

Sugestões			
24. There is a decrease in frequency of sexual activity with older age in males. 24. Com o avançar da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais dos homens.			
Sugestões			
25. There is a greater decrease in male sexuality with age than there is in female sexuality. 25. Com o avançar da idade, há uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			Sem ânti ca e Idio mát ica
			Con ceit ual
			Cult ural
26. Heavy consumption of cigarettes may diminish sexual desire. 26. O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.			
Sugestões			
27. An important factor in the maintenance of sexual responsiveness in the aging male is the consistency of sexual activity throughout his life. 27. Um fator importante na manutenção da receptividade sexual do homem mais velho é a consistência das atividades sexuais ao longo de toda sua vida.			
Sugestões			
28. Fear of the inability to perform sexuality may bring about an inability to perform sexually in older males. 28. Nos homens mais velhos, o receio de ser incapaz de um bom desempenho sexual pode, por si mesmo, gerar a incapacidade de desempenho sexual.			

Sugestões			
29. The ending of sexual activity in old age is most likely and primarily due to social and psychological causes rather than biological and physical causes. 29. O término da atividade sexual em homens velhos é mais provável e basicamente devido às causas sociais e psicológicas do que à causas biológicas e físicas.			
Sugestões			
30. Excessive masturbation may bring about an early onset of mental confusion and dementia in the aged. 30. A masturbação excessiva pode acelerar o aparecimento da confusão mental e demência na velhice.			
Sugestões			
31. There is an inevitable loss of sexual satisfaction in postmenopausal women. 31. Nas mulheres, há uma inevitável perda de satisfação sexual após a menopausa.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			Sem ânti ca e Idio mát ica
			Con ceit ual
			Cult ural
32. Secondary impotence (nonphysiologically caused) increases in males over the age of 60 relative to younger males. 32. A impotência secundária (de causas não fisiológicas) aumenta nos homens acima dos 60 anos, em comparação com homens mais jovens.			
Sugestões			
33. Impotence in aged males may literally be effectively treated and cured in many instances.			

33. Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser eficientemente tratada e literalmente curada.			
Sugestões			
34. In the absence of severe physical disability, males and females may maintain sexual interest and activity well into their 80's and 90's. 34. Na ausência de graves deficiências físicas, homens e mulheres podem manter o interesse e atividades sexuais até além de seus 80 e 90 anos de idade.			
Sugestões			
35. Masturbation in older males and females has beneficial effects on the maintenance of sexual responsiveness. 35. Masturbação em homens e mulheres mais velhos tem efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual.			
Sugestões			
ALTERNATIVAS DE RESPOSTA DAS QUESTÕES - PARTE II			
Attitude questions (7-point Likert scale, disagree = 1, agree = 7) Questões atitudinais (escala Likert de 7 pontos, discordo = 1 ponto; concordo = 7 pontos)			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências		Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual
Cult ural			
PARTE II			
Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa			
36. Aged people have little interest in sexuality (aged = 65 + years of age). 36. As pessoas idosas (com 65 anos ou mais) têm pouco interesse na sexualidade.			
Sugestões			
37. An aged person who shows sexual interest brings disgrace to himself/herself.			

37. Uma pessoa idosa que demonstre interesse sexual causa vergonha a si mesma.			
Sugestões			
38. Institutions such as nursing homes ought not to encourage or support sexual activity of any sort in its residents. 38. Instituições tais como casas de repouso não devem encorajar ou apoiar atividade sexual de qualquer tipo entre seus residentes.			
Sugestões			
39. Male and female residents of nursing homes ought to live on separate floors or in separate wings o the nursing home. 39. Homens e mulheres residindo em casas de repouso devem ser alojados em andares diferentes ou alas diferentes destas instituições.			
Sugestões			
40. Nursing homes have no obligation to provide adequate privacy for residents who desire to be alone, either by themselves or as a couple. 40. Casas de repouso não têm qualquer obrigação de garantir a privacidade de seus residentes que desejem ficar a sós, sozinhos ou em casais.			
Sugestões			
41. As one becomes older (say past 65) interest in sexuality inevitably disappears. 41. Com o avançar da idade (digamos acima dos 65 anos) o interesse sexual de uma pessoa inevitavelmente desaparece.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências			Sem ânti ca e Idio mát ica
			Con ceit ual
			Cult ural
For items 42, 43, and 44: If a relative of mine, living in a nursing home, was to have a sexual relationship with another resident I would: Para os itens 42, 43 e 44: Se alguém de minha família, que estivesse vivendo			

numa casa de repouso, tivesse uma relação sexual com outra pessoa que lá residisse, eu ia:			
Sugestões			
42. Complain to the management. 42. Fazer queixa à administração.			
Sugestões			
43. Move my relative from this institution. 43. Mudar este parente (ele ou ela) para outra instituição.			
Sugestões			
44. Stay out of it as it is not my concern. 44. Manter-me fora deste assunto, já que não é da minha conta.			
Sugestões			
45. If I knew that a particular nursing home permitted and supported sexual activity in residents who desired such, I would not place a relative in that nursing home. 45. Se eu soubesse de uma determinada casa de repouso que permitisse e apoiasse as atividades sexuais entre aqueles residentes que assim desejassem, eu não ia colocar uma pessoa da minha família lá.			
Sugestões			
46. It is immoral for older persons to engage in recreational sex. 46. É imoral que pessoas mais velhas se envolvam em atividades de sexo por diversão.			
Sugestões			
Avaliação das Equivalências		Sem âni ca e Idio mát ica	Con ceit ual
47. I would like to know more about the changes in sexual functioning in older years.			

47. Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças nas funções sexuais durante a terceira idade.			
Sugestões			
48. I feel I know all I need know about sexuality in the aged. 48. Eu penso que já sei tudo aquilo que preciso saber sobre a sexualidade das pessoas mais velhas.			
Sugestões			
49. I would complain to the management if I knew of sexual activity between any residents of a nursing home. 49. Eu faria queixa à administração se soubesse de atividades sexuais entre quaisquer residentes de uma casa de repouso.			
Sugestões			
50. I would support sex education courses for aged residents of nursing homes. 50. Eu apoio programas de educação sexual, voltados para pessoas mais velhas residindo em casas de repouso			
Sugestões			
51. I would support sex education courses for the staff of nursing homes. 51. Eu apoio programas de educação sexual, voltados para empregados e encarregados de casas de repouso.			
Sugestões			
52. Masturbation is an acceptable sexual activity for older males. 52. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens mais velhos.			
Sugestões			
53. Masturbation is an acceptable sexual activity for older females. 53. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres mais velhas.			

Sugestões			
Avaliação das Equivalências	Sem âti ca e Idio mát ica	Con ceit ual	Cult ural
54. Institutions such as nursing homes ought to provide large enough beds for couples who desired such to sleep together. 54. Instituições, como casas de repouso, devem providenciar camas maiores para os casais que desejem dormir junto.			
Sugestões			
55. Staff of nursing homes ought to be trained or educated with regard to sexuality in the aged and/or disabled. 55. O pessoal encarregado de casas de repouso deve ser treinado ou educado no que diz respeito à sexualidade dos mais velhos e/ou inválidos.			
Sugestões			
56. Residents of nursing homes ought to engage in sexual activity of any sort. 56. Os residentes de casas de repouso devem participar de todo tipo de atividades sexuais.			
Sugestões			
57. Institutions such as nursing homes should provide opportunities for the social interaction of men and women. 57. Instituições, como casas de repouso, devem garantir oportunidades para o envolvimento social entre homens e mulheres			
Sugestões			
58. Masturbation is harmful and ought to be avoided. 58. A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.			
Sugestões			
59. Institutions such as nursing homes should provide privacy so as to			

<p>allow residents to engage in sexual behavior without fear of intrusion or observation. 59. Instituições, como casas de repouso, devem garantir a privacidade, permitindo que seus residentes tenham comportamentos sexuais sem receio de serem observados ou de sofrerem quaisquer intrusões.</p>			
<p>Sugestões</p>			
<p>Avaliação das Equivalências</p>			
<p>60. If family members object to a widowed relative engaging in sexual relations with another resident of a nursing home, it is the obligation of the management and staff to make certain that such sexual activity is prevented. 60. Se membros da família tiverem objeção ao envolvimento de um viúvo ou uma viúva em relações sexuais com outras pessoas residentes em uma casa de repouso, é obrigação da casa de repouso, e de seu pessoal encarregado, certificar-se de que tais atividades sexuais sejam impedidas.</p>	<p>Sem ânti ca e Idio mát ica</p>	<p>Con ceit ual</p>	<p>Cult ural</p>
<p>Sugestões</p>			
<p>61. Sexual relations outside the context of marriage are always wrong. 61. As relações sexuais fora dos laços matrimoniais são sempre erradas.</p>			
<p>Sugestões</p>			

Obs.:

1. Você poderá fazer as observações que achar necessárias abaixo de cada frase, ou fazê-las em papel separado, ficando a seu critério.

Mais uma vez, agradecemos sua inestimável colaboração!

APÊNDICE 5: VERSÃO ORIGINAL DA ESCALA

Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale

- a* 1. Sexual activity in aged persons is often dangerous to their health.
1. True 2. False 3. Don't know
2. Males over the age of 65 typically take longer to attain an erection of their penis than do younger males.
1. True 2. False 3. Don't know
3. Males over the age of 65 usually experience a reduction in intensity of orgasm relative to younger males.
1. True 2. False 3. Don't know
4. The firmness of erection in aged males is often less than of younger persons.
1. True 2. False 3. Don't know
5. The older female (65 + years of age) has reduced vaginal lubrication secretion relative to younger females.
1. True 2. False 3. Don't know
6. The aged female takes longer to achieve adequate vaginal lubrication relative to younger females.
1. True 2. False 3. Don't know
7. The older female may experience painful intercourse due to reduced elasticity of the vagina and reduced vaginal lubrication.
1. True 2. False 3. Don't know
8. Sexuality is a typically a long-life need.
1. True 2. False 3. Don't know
- a* 9. Sexual behavior in older people (65 +) increases the risk of heart attack.
1. True 2. False 3. Don't know
- a* 10. Most males over the age of 65 are unable to engage in sexual intercourse.
1. True 2. False 3. Don't know
11. The relatively most sexually active younger people tend to become the relatively most sexually active older people.
1. True 2. False 3. Don't know
12. There is evidence that sexual activity in older persons has beneficial physical effects on the participants.
1. True 2. False 3. Don't know
13. Sexual activity may be psychologically beneficial to older person.
1. True 2. False 3. Don't know
- a* 14. Most older females are sexually unresponsive.
1. True 2. False 3. Don't know
15. The sex urge typically increases with age in males over 65.
1. True 2. False 3. Don't know
16. Prescription drugs may alter a person's sex drive.
1. True 2. False 3. Don't know

- a* 17. Females after menopause, have a physiologically induced need for sexual activity.
 1. True 2. False 3. Don't know
18. Basically, changes with advanced age (65 +) in sexuality involve a slowing of response time rather than a reduction of interest in sex.
 1. True 2. False 3. Don't know
19. Older males typically experience a reduced need to ejaculate and hence may maintain an erection of the penis for a longer time than younger males.
 1. True 2. False 3. Don't know
- a* 20. Older males and females cannot act as sex partners as both need younger partners for stimulations.
 1. True 2. False 3. Don't know
21. The most common determinant of the frequency of sexual activity in older couples is the interest or lack of interest of the husband in a sexual relationship with his wife.
 1. True 2. False 3. Don't know
22. Barbiturates, tranquilizers, and alcohol may lower the sexual arousal levels of aged persons and interfere with sexual responsiveness.
 1. True 2. False 3. Don't know
23. Sexual disinterest in aged persons may be a reflection of a psychological state of depression.
 1. True 2. False 3. Don't know
24. There is a decrease in frequency of sexual activity with older age in males.
 1. True 2. False 3. Don't know
25. There is a greater decrease in male sexuality with age than there is in female sexuality.
 1. True 2. False 3. Don't know
26. Heavy consumption of cigarettes may diminish sexual desire.
 1. True 2. False 3. Don't know
27. An important factor in the maintenance of sexual responsiveness in the aging male is the consistency of sexual activity throughout his life.
 1. True 2. False 3. Don't know
28. Fear of the inability to perform sexuality may bring about an inability to perform sexually in older males.
 1. True 2. False 3. Don't know
29. The ending of sexual activity in old age is most likely and primarily due to social and psychological causes rather than biological and physical causes.
 1. True 2. False 3. Don't know
- a* 30. Excessive masturbation may bring about an early onset of mental confusion and dementia in the aged.
 1. True 2. False 3. Don't know
- a* 31. There is an inevitable loss of sexual satisfaction in postmenopausal women.
 1. True 2. False 3. Don't know
32. Secondary impotence (nonphysiologically caused) increases in males over the age of 60 relative to younger males.
 1. True 2. False 3. Don't know
33. Impotence in aged males may literally be effectively treated and cured in many instances.
34. In the absence of severe physical disability, males and females may maintain sexual interest and activity well into their 80's and 90's.
 1. True 2. False 3. Don't know

35. Masturbation in older males and females has beneficial effects on the maintenance of sexual responsiveness.

1. True 2. False 3. Don't know

Attitude questions (7-point Likert scale, disagree = 1, agree = 7)

36. Aged people have little interest in sexuality (aged = 65 + years of age). _____
37. An aged person who shows sexual interest brings disgrace to himself/herself. _____
38. Institutions such as nursing homes ought not to encourage or support sexual activity of any sort in its residents. _____
39. Male and female residents of nursing homes ought to live on separate floors or in separate wings of the nursing home. _____
40. Nursing homes have no obligation to provide adequate privacy for residents who desire to be alone, either by themselves or as a couple. _____
41. As one becomes older (say past 65) interest in sexuality inevitably disappears. _____

For items 42, 43, and 44: If a relative of mine, living in a nursing home, was to have a sexual relationship with another resident I would:

42. Complain to the management. _____
43. Move my relative from this institution. _____
- 6 44. Stay out of it as it is not my concern. _____
45. If I knew that a particular nursing home permitted and supported sexual activity in residents who desired such, I would not place a relative in that nursing home. _____
46. It is immoral for older persons to engage in recreational sex. _____
- 6 47. I would like to know more about the changes in sexual functioning in older years. _
48. I feel I know all I need know about sexuality in the aged. _____
49. I would complain to the management if I knew of sexual activity between any residents of a nursing home. _____
- 6 50. I would support sex education courses for aged residents of nursing homes. _____
- 6 51. I would support sex education courses for the staff of nursing homes. _____
- 6 52. Masturbation is an acceptable sexual activity for older males. _____
- 6 53. Masturbation is an acceptable sexual activity for older females. _____
- 6 54. Institutions such as nursing homes, ought to provide large enough beds for couples who desired such to sleep together. _____
- 6 55. Staff of nursing homes ought to be trained or educated with regard to sexuality in the aged and/or disabled. _____
56. Residents of nursing homes ought to engage in sexual activity of any sort. _____
- 6 57. Institutions such as nursing homes should provide opportunities for the social interaction of men and women. _____
58. Masturbation is harmful and ought to be avoided. _____
- 6 59. Institutions such as nursing homes should provide privacy so as to allow residents to engage in sexual behavior without fear of intrusion or observation. _____

60. If family members object to a widowed relative engaging in sexual relations with another resident of a nursing home, it is the obligation of the management and staff to make certain that such sexual activity is prevented. _____
61. Sexual relations outside the context of marriage are always wrong.

^a The Scoring in these items should be reversed; i.e., a low score indicates high knowledge.

^b The Scoring on these items is reversed, such that 1 = 7, 7 = 1; 6 = 2, 2 = 6; 3 = 5, 5 = 3; 4 unchanged; a low score indicates a permissive attitude.

APÊNDICE 6: T1 – VERSÃO DO TRADUTOR 1**Escala de Conhecimento e Atitudes Sexuais na Terceira Idade**
ASKAS

1. As atividades sexuais na terceira idade representam geralmente um perigo à saúde.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo do que os mais jovens para chegar a uma ereção do pênis.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
3. Homens com mais de 65 anos, se comparados aos mais jovens, normalmente tem uma redução na intensidade do seu orgasmo.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
4. A firmeza da ereção nos homens da terceira idade é geralmente menor que nos homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
5. A mulher idosa (acima de 65 anos) tem sua lubrificação vaginal diminuída em relação às mulheres mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
6. A mulher idosa leva mais tempo que as mais jovens para atingir uma lubrificação vaginal adequada.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
7. A mulher idosa pode sentir dores durante o coito devido à redução na lubrificação e na elasticidade da vagina.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
8. Normalmente a sexualidade é uma necessidade que se faz presente durante a vida toda.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
9. O comportamento sexual em pessoas mais velhas (acima de 65 anos) aumenta o risco de um ataque cardíaco.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
10. A maioria dos homens com mais de 65 anos são incapazes de ter relações sexuais.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei

11. Relativamente falando, as pessoas jovens com a maior atividade sexual tendem a se tornar também pessoas mais velhas de maior atividade sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
12. Existem evidências de que a atividade sexual na terceira idade tem efeitos físicos benéficos para quem a pratica.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
13. A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para a pessoa idosa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
14. A maioria das mulheres idosas são sexualmente frígidas.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
15. Com a idade, a necessidade de sexo geralmente aumenta nos homens acima de 65 anos.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
16. Medicamentos prescritos por médicos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
17. Após a menopausa, as mulheres têm uma necessidade de atividade sexual psicologicamente induzida.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
18. Basicamente, com a idade avançada (+65), as mudanças na sexualidade envolvem mais uma lentidão no tempo das reações do que uma redução no interesse sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
19. Homens mais velhos geralmente sentem uma menor necessidade de ejacular e, portanto, podem manter uma ereção do pênis por mais tempo do que homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
20. Homens e mulheres mais velhos não podem atuar conjuntamente como parceiros sexuais, já que ambos precisam de parceiros mais jovens para que haja estímulo.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
21. O que geralmente determina a frequência das atividades sexuais em casais idosos é o interesse, ou a falta de interesse, por parte do marido em se relacionar sexualmente com sua esposa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
22. Barbitúricos, tranqüilizantes e álcool podem abaixar os níveis de excitação sexual das pessoas mais velhas e interferir com a receptividade sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
23. O desinteresse sexual nas pessoas mais velhas pode ser um reflexo de um estado psicológico de depressão.

1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
24. Com o avançar da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais dos homens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
25. Com o avançar da idade, há uma maior queda na sexualidade masculina do que na feminina.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
26. O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
27. Um fator importante na manutenção da receptividade sexual do homem mais velho é a consistência das atividades sexuais ao longo de toda sua vida.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
28. Nos homens mais velhos, o receio de ser incapaz de um bom desempenho sexual pode, por si mesmo, gerar a incapacidade de desempenho sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
29. O término da atividade sexual na terceira idade ocorre geralmente e basicamente mais por razões sociais e psicológicas do que por razões físicas e biológicas.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
30. A masturbação excessiva pode acelerar o aparecimento da confusão mental e demência na velhice.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
31. Nas mulheres, há uma inevitável perda de satisfação sexual após a menopausa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
32. A impotência secundária (de causas não fisiológicas) aumenta nos homens acima dos 60 anos, em comparação com homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
33. Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser eficientemente tratada e literalmente curada.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
34. Na ausência de incapacidades físicas graves, homens e mulheres podem manter o interesse e a atividade sexual até os seus 80 - 90 anos.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
35. Em mulheres e homens mais velhos a masturbação tem efeitos benéficos para a manutenção da receptividade sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei

Questões de atitudes
(Escala de Likert de 7-pontos, discorda = 7, concorda = 1)

36. As pessoas idosas (com 65 anos ou mais) têm pouco interesse na sexualidade. _____
37. Uma pessoa de idade que demonstre interesse sexual causa vergonha a si mesma. _____
38. Instituições, tais como casas de repouso, não devem encorajar ou apoiar qualquer tipo de atividade sexual entre seus residentes. _____
39. Homens e mulheres residindo em casas de repouso devem ser alojados em andares diferentes ou alas diferentes destas instituições. _____
40. Casas de repouso não têm qualquer obrigação de garantir a privacidade de seus residentes que desejem ficar a sós, sozinhos ou em casais. _____
41. Com o avanço dos anos (digamos acima dos 65 anos) o interesse sexual de uma pessoa inevitavelmente desaparece. _____
- Para os itens 42, 43 e 44:
 Se alguém de minha família, que estivesse vivendo numa casa de repouso, tivesse uma relação sexual com outra pessoa que lá residisse, eu ia:
42. Fazer queixa à administração. _____
43. Mudar este parente (ele ou ela) para outra instituição. _____
44. Manter-me fora deste assunto, já que não é da minha conta. _____
45. Se eu soubesse de uma determinada casa de repouso que permitisse e apoiasse as atividades sexuais entre aqueles residentes que assim desejassem, eu não ia colocar uma pessoa da minha família lá. _____
46. É imoral o envolvimento de pessoas mais velhas em atividades de sexo recreativo. _____
47. Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças nas funções sexuais durante a terceira idade. _____
48. Eu penso que já sei tudo aquilo que preciso saber sobre a sexualidade das pessoas mais velhas. _____
49. Eu faria queixa à administração se soubesse de atividades sexuais entre quaisquer residentes de uma casa de repouso. _____
50. Eu apoio programas de educação sexual voltados para pessoas mais velhas residindo em casas de repouso. _____
51. Eu apoio programas de educação sexual voltados para empregados e encarregados de casas de repouso. _____
52. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens mais velhos. _____
53. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres mais velhas. _____
54. Instituições, como casas de repouso, devem garantir camas maiores para os casais que desejem dormir junto. _____
55. O pessoal encarregado de casas de repouso deve ser treinado ou educado no que diz respeito à sexualidade dos mais velhos e/ou inválidos. _____
56. Os residentes de casas de repouso devem participar de todo tipo de atividades sexuais. _____
57. Instituições, como casas de repouso, devem garantir oportunidades para o envolvimento social entre homens e mulheres. _____
58. A masturbação é prejudicial e deve ser evitada. _____

59. Instituições, como casas de repouso, devem garantir a privacidade, permitindo que seus residentes tenham comportamentos sexuais sem receio de serem observados ou de sofrerem quaisquer intrusões. _____
60. Se membros da família tiverem objeção ao envolvimento de um viúvo ou uma viúva em relações sexuais com outras pessoas residentes em uma casa de repouso, é obrigação da casa de repouso, e de seu pessoal encarregado, certificar-se de que tais atividades sexuais sejam impedidas. _____
61. As relações sexuais fora dos laços matrimoniais são sempre erradas. _____

^a A pontuação nestes itens deve ser invertida, ou seja, uma pontuação baixa indica alto conhecimento.

^b A pontuação nestes itens é invertida, de modo que 1 = 7, 7 = 1, 2 = 6, 6 = 2, 3 = 5, 5 = 3, e 4 permanece o mesmo; uma pontuação baixa indica atitude tolerante.

APÊNDICE 7: T2 - VERSÃO DO TRADUTOR 2

Atitudes Sexuais sobre a Terceira Idade e Escala de Conhecimentos ASKAS

1. ^a Atividade sexual em indivíduos idosos é quase sempre perigoso para a sua saúde.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
2. Homens acima de 65 anos de idade, tipicamente levam mais tempo do que os homens jovens para conseguir uma ereção do pênis.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
3. Homens acima de 65 anos de idade, normalmente experimentam uma redução na intensidade do orgasmo, quando comparados aos homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
4. A firmeza da ereção em homens idosos, geralmente é menor que a dos jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
5. A mulher mais idosa (de mais de 65 anos de idade) tem a secreção lubrificante vaginal reduzida, se comparada com as mulheres mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
6. A mulher idosa, para conseguir uma lubrificação adequada, leva mais tempo que as mulheres mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
7. A mulher mais idosa pode ter intercurso (ato sexual) doloroso, devido à redução da elasticidade da vagina e à reduzida lubrificação vaginal.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
8. A sexualidade é, tipicamente, uma necessidade que dura a vida toda.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
9. ^a O comportamento sexual em gente mais velha (mais de 65) aumenta o risco de ataque cardíaco.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
10. ^a A maioria dos homens acima de 65 anos, não conseguem envolver-se numa relação sexual / fazer sexo/ transar
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
11. As pessoas mais jovens relativamente mais ativos sexualmente, tendem a tornarem-se os idosos relativamente mais ativos sexualmente
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
12. Há evidência de que a atividade sexual em pessoas mais velhas traz efeitos físicos benéficos aos participantes.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
13. A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para a pessoa idosa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.

14. ^a A maioria das mulheres mais velhas são sexualmente desinteressadas, i.e., não se interessam em fazer sexo..
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
15. A necessidade de sexo tipicamente aumenta com a idade, em homens com mais de 65 anos
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
16. Remédios podem alterar o impulso sexual da pessoa
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
17. ^a As mulheres, após a menopausa, têm uma necessidade fisiológica de atividade sexual
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
18. Basicamente, com a idade avançada (mais de 65 anos), a mudança na sexualidade envolve uma resposta sexual mais demorada, e não uma diminuição do interesse em fazer sexo.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
19. Homens mais velhos tipicamente não têm tanta necessidade de ejacular, e, portanto, podem manter uma ereção do pênis por mais tempo que os homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
20. ^a Homens e mulheres mais idosos não podem agir como parceiros no ato sexual, pois, para se sentirem estimulados, ambos necessitam ter parceiros mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
21. O mais comum determinante da frequência da atividade sexual em casais mais velhos, é o interesse, ou a falta de interesse do marido, em ter uma relação sexual com a esposa dele.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
22. Barbitúricos, tranqüilizantes, e bebidas alcoólicas podem diminuir os níveis de excitação sexual de pessoas idosas e interferir no seu interesse sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
23. A falta de interesse pelo sexo, em pessoas idosas, pode ser um reflexo de um estado de depressão psicológica.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
24. Nos homens, com o avanço da idade, diminui a frequência da atividade sexual,
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
25. Com o avanço da idade, há maior redução na sexualidade do homem, do que na da mulher.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
26. O consumo excessivo de cigarros pode diminuir o desejo sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
27. Um fator importante para manter o interesse sexual no homem, ao envelhecer, é ter ele mantido, com consistência, a atividade sexual durante toda a sua vida.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
28. Em homens mais velhos, o medo de ser incapaz de desempenhar sua sexualidade pode trazer a inabilidade de atuar sexualmente.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.

29. O término da atividade sexual na terceira idade é, provavelmente e principalmente, mais devido a causas sociais e psicológicas, do que às causas biológicas ou físicas. ,
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
30. ^a Nos idosos, a masturbação excessiva pode causar o aparecimento precoce de confusão mental e demência.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
31. ^a Há uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres pós-menopausa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
32. A impotência secundária (de causas não-fisiológicas) aumenta nos homens de mais de 60 anos, se comparados aos homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
33. Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser eficientemente tratada e literalmente curada.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
34. Na ausência de graves deficiências físicas, homens e mulheres podem manter o interesse e a atividade sexuais até além dos seus 80 ou 90 anos de idade
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.
35. A masturbação em homens e mulheres mais velhos, tem efeitos benéficos na manutenção do interesse sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei.

Perguntas sobre atitude

(Escala de Likert de 7-pontos, não concordo = 1, concordo = 7)

36. Pessoas idosas têm pouco interesse na sexualidade (idoso= 65 anos ou mais) _____
37. Um(a) idoso(a) que mostra interesse sexual traz desgraça para si mesmo(a) _____
38. Instituições tais como *casas de repouso para idosos* não deverão encorajar ou apoiar atividade sexual de nenhum tipo entre os seus residentes. _____
39. Homens e mulheres vivendo em *lares de idosos* devem viver em andares separados ou em alas separadas do prédio residencial _____
40. As casas de repouso para idosos não têm nenhuma obrigação de providenciar privacidade adequada para os residentes que desejarem estar sozinhos, seja como indivíduo, seja como casal. _____
41. Quando a gente envelhece (digamos, além dos 65 anos), o interesse na sexualidade inevitavelmente desaparece. _____
- (Para as questões 42, 43 e 44) : Se um parente meu, vivendo numa casa de repouso, tivesse uma relação sexual com outro residente, ...
42. ... eu iria queixar-me com a diretoria. _____
43. ... mudaria meu parente, dessa instituição para outra. _____
44. ^b... ficaria fora disso, porque isso não é da minha conta _____

45. ^bSe soubesse que uma casa de repouso permitia ou apoiava atividade sexual dos residentes que desejassem, eu não poria meu parente nessa casa de repouso _____
46. É imoral que pessoas da mais idosas se envolvam em sexo como diversão _____
47. ^bEu gostaria de saber mais sobre as mudanças no funcionamento sexual na terceira idade _____
48. Eu acho que sei tudo que eu preciso sobre a sexualidade nos idosos _____
49. Eu me queixaria aos gerentes se soubesse de atividades sexuais entre os residentes de uma casa de repouso para idosos _____
50. ^bEu apoiaria que se oferecessem cursos de educação sexual para residentes idosos das casas de repouso. _____
51. Eu apoiaria que se oferecessem cursos de educação sexual para os funcionários das casas de repouso. _____
52. ^bA masturbação é uma atividade sexual aceitável para homens mais idosos _____
53. ^bA masturbação é uma atividade sexual aceitável para mulheres mais idosas _____
54. ^bInstituições tais como as cassas de repouso providenciar camas largas bastante para os casais que as desejassem para poderem dormir juntos. _____
55. ^bOs funcionários das casas de repouso devem ser treinados ou educados com relação à sexualidade no idoso e/ou deficiente. _____
56. Os residentes de Casas de Repouso para Idosos devem desempenhar algum tipo de atividade sexual. _____
57. ^bInstituições tais como os lares para idosos deveriam oferecer oportunidades para a interação social de homens e mulheres. _____
58. A masturbação causa danos e deve ser evitada. _____
59. ^bAs Instituições tais como as casas para idosos deveriam oferecer privacidade de tal modo que permitisse aos residentes envolverem-se em comportamentos sexuais sem medo de intrusão ou observação. _____
60. Se membros da família tiverem objeções quanto a um(a) parente(a) viúvo(a) ter envolvimento sexual com outra(o) residente da casa de repouso, é obrigação da gerência e dos funcionários evitar que tal atividade sexual se repita. _____
61. Ter relações sexuais fora do contexto do casamento é sempre errado. _____

^a. A pontuação nestas questões deve ser reversa, i.e., uma pontuação baixa indica alto conhecimento.

^b. A pontuação destas questões é reversa, tal como: 1= 7, 7 = 1, 6=2, 2 = 6, 3 = 5; 5 = 3; 4 = unchanged; uma pontuação muito baixa indica uma atitude permissiva.

APÊNDICE 8: T12 – SÍNTESE DAS DUAS TRADUÇÕES

ESCALA DE CONHECIMENTO E ATITUDES SEXUAIS NO ENVELHECIMENTO

1. A atividade sexual entre pessoas idosas é quase sempre perigosa para a sua saúde.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo do que os mais jovens para conseguir uma ereção do pênis
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
3. Homens acima de 65 normalmente, comparados aos mais jovens, normalmente têm uma redução na intensidade do orgasmo.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
4. A firmeza da ereção em homens idosos é normalmente menor do que em homens jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
5. A mulher idosa (acima de 65 anos) tem sua lubrificação vaginal reduzida comparada às mulheres mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
6. A mulher idosa leva mais tempo que as mais jovens para atingir uma lubrificação vaginal adequada.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
7. A mulher idosa pode sentir dores durante o ato sexual devido à redução na lubrificação e na elasticidade da vagina.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
8. Normalmente a sexualidade é uma necessidade que se faz presente durante a vida toda.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
9. O comportamento sexual em pessoas mais velhas (acima de 65 anos) aumenta o risco de ataques cardíacos.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
10. A maioria dos homens acima de 65 anos não consegue se envolver em relações sexuais.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
11. Relativamente falando, as pessoas jovens com a maior atividade sexual tendem a se tornar também pessoas mais velhas de maior atividade sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
12. Há evidências que a atividade sexual em pessoas mais velhas tem efeitos físicos benéficos para quem as pratica.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
13. Atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para a pessoa idosa..
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
14. A maioria das mulheres idosas são sexualmente frígidas.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
15. A necessidade de sexo tipicamente aumenta com a idade em homens acima de 65 anos.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei

16. Medicamentos prescritos por médicos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
17. Após a menopausa, as mulheres têm uma necessidade de atividade sexual fisiologicamente induzida.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
18. Basicamente, com a idade avançada (+65), as mudanças na sexualidade envolvem mais uma demora no tempo das reações do que uma redução no interesse sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
19. Homens mais velhos geralmente sentem uma menor necessidade de ejacular e, portanto, podem manter uma ereção do pênis por mais tempo do que homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
20. Homens e mulheres mais velhos não podem atuar conjuntamente como parceiros sexuais, já que ambos precisam de parceiros mais jovens para que haja estímulo.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
21. O que geralmente determina a frequência das atividades sexuais em casais idosos é o interesse, ou a falta de interesse, por parte do marido em se relacionar sexualmente com sua esposa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
22. Barbitúricos, tranqüilizantes, e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas mais velhas e interferir na receptividade sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
23. A falta de interesse pelo sexo, em pessoas idosas, pode ser um reflexo de um estado de depressão psicológica.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
24. Com o avançar da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais dos homens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
25. Com o avançar da idade, há uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
26. O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
27. Um fator importante na manutenção da receptividade sexual do homem mais velho é a consistência das atividades sexuais ao longo de toda sua vida.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
28. Nos homens mais velhos, o receio de ser incapaz de um bom desempenho sexual pode, por si mesmo, gerar a incapacidade de desempenho sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
29. O término da atividade sexual em homens velhos é mais provável e basicamente devido às causas sociais e psicológicas do que às causas biológicas e físicas.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
30. A masturbação excessiva pode acelerar o aparecimento da confusão mental e demência na velhice.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
31. Nas mulheres, há uma inevitável perda de satisfação sexual após a menopausa.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei

32. A impotência secundária (de causas não fisiológicas) aumenta nos homens acima dos 60 anos, em comparação com homens mais jovens.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
33. Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser eficientemente tratada e literalmente curada.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
34. Na ausência de graves deficiências físicas, homens e mulheres podem manter o interesse e atividade sexuais até além de seus 80 e 90 anos de idade.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei
35. Masturbação em homens e mulheres mais velhos tem efeitos benéficos na manutenção da resposta sexual.
1. Verdadeiro 2. Falso 3. Não sei

Questões atitudinais (escala Likert de 7 pontos, discordo = 1 ponto; concordo = 7 pontos)

36. As pessoas idosas (com 65 anos ou mais) têm pouco interesse na sexualidade. _____
37. Uma pessoa idosa que demonstre interesse sexual causa vergonha a si mesma. _____
38. Instituições tais como casas de repouso não devem encorajar ou apoiar atividade sexual de qualquer tipo entre seus residentes. _____
39. Homens e mulheres residindo em casas de repouso devem ser alojados em andares diferentes ou alas diferentes destas instituições. _____
40. Casas de repouso não têm qualquer obrigação de garantir a privacidade de seus residentes que desejem ficar a sós, sozinhos ou em casais. _____
41. Com o avançar da idade (digamos acima dos 65 anos) o interesse sexual de uma pessoa inevitavelmente desaparece. _____

Para os itens 42, 43 e 44: Se alguém de minha família, que estivesse vivendo numa casa de repouso, tivesse uma relação sexual com outra pessoa que lá residisse, eu ia:

42. Fazer queixa à administração. _____
43. Mudar este parente (ele ou ela) para outra instituição. _____
44. Manter-me fora deste assunto, já que não é da minha conta. _____
45. Se eu soubesse de uma determinada casa de repouso que permitisse e apoiasse as atividades sexuais entre aqueles residentes que assim desejassem, eu não ia colocar uma pessoa da minha família lá. _____
46. É imoral que pessoas mais velhas se envolvam em atividades de sexo por diversão.

47. Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças nas funções sexuais durante a terceira idade.

48. Eu penso que já sei tudo aquilo que preciso saber sobre a sexualidade das pessoas mais velhas. _____
49. Eu faria queixa à administração se soubesse de atividades sexuais entre quaisquer residentes de uma casa de repouso. _____
50. Eu apoio programas de educação sexual voltados para pessoas mais velhas residindo em casas de repouso. _____

51. Eu apoio programas de educação sexual voltados para empregados e encarregados de casas de repouso. _____
52. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens mais velhos. _____
53. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres mais velhas. _____
54. Instituições, como casas de repouso, devem providenciar camas maiores para os casais que desejem dormir junto. _____
55. O pessoal encarregado de casas de repouso deve ser treinado ou educado no que diz respeito à sexualidade dos mais velhos e/ou inválidos. _____
56. Os residentes de casas de repouso devem participar de todo tipo de atividades sexuais. _____
57. Instituições, como casas de repouso, devem garantir oportunidades para o envolvimento social entre homens e mulheres. _____
58. A masturbação é prejudicial e deve ser evitada. _____
59. Instituições, como casas de repouso, devem garantir a privacidade, permitindo que seus residentes tenham comportamentos sexuais sem receio de serem observados ou de sofrerem quaisquer intrusões. _____
60. Se membros da família tiverem objeção ao envolvimento de um viúvo ou uma viúva em relações sexuais com outras pessoas residentes em uma casa de repouso, é obrigação da casa de repouso, e de seu pessoal encarregado, certificar-se de que tais atividades sexuais sejam impedidas. _____
61. As relações sexuais fora dos laços matrimoniais são sempre erradas. _____

^a A pontuação nestes itens deve ser invertida, ou seja, uma pontuação baixa indica alto conhecimento.

^b A pontuação nestes itens é invertida, de modo que 1 = 7, 7 = 1, 2 = 6, 6 = 2, 3 = 5, 5 = 3, e 4 permanece o mesmo; uma pontuação baixa indica atitude tolerante.

APÊNDICE 9: RT1 - VERSÃO 1 DA RETRO-TRADUÇÃO

Aging Sexual Attitudes and Knowledge Scale – ASKAS

ASKAS

1. ^a Sexual activity among elderly individuals is almost always dangerous for your health.
1. True 2. False 3. Don't know.
2. Men aged 65 or above typically take longer than younger men to get an erection.
i. 1. True 2. False 3. Don't know.
3. Men aged 65 or above normally experience a reduction in the intensity of their orgasms compared to those of younger men.
1. True 2. False 3. Don't know.
4. The firmness of elderly men's erections are generally smaller than that of younger men.
1. True 2. False 3. Don't know.
5. An elderly woman (aged 65 or above) has reduced vaginal secretion compared to that of younger women.
1. True 2. False 3. Don't know.
6. An elderly woman takes longer than younger women to get adequate vaginal lubrication.
1. True 2. False 3. Don't know.
7. Elderly women can experience painful sexual intercourse due to reduction in lubrication and vaginal elasticity.
1. True 2. False 3. Don't know.
8. Sex is a typical necessity throughout life.
1. True 2. False 3. Don't know.
9. ^a Sexual behaviour among elderly people (above 65) increases the risks of cardiac arrest.
1. True 2. False 3. Don't know.
10. The majority of men aged 65 or above are incapable of maintaining sexual relationships.
a. 1. True 2. False 3. Don't know
11. Younger individuals, who are relatively sexually more active, tend to age relatively more active sexually.
1. True 2. False 3. Don't know.
12. There is evidence that sexual activity in elderly people brings about beneficial physical effects to the participants.
1. True 2. False 3. Don't know.
13. Sexual activity can be psychologically beneficial to the elderly.
1. True 2. False 3. Don't know.

14. ^a The majority of elderly women are sexually non-responsive.
i. 1. True 2. False 3. Don't know.
15. The need of sex typically increases in men aged 65 or above.
1. True 2. False 3. Don't know.
16. Prescribed medicines can alter the sexual impulse of the individual.
1. True 2. False 3. Don't know.
17. ^a After the menopause, women have a physiological induced need of sexual activity.
1. True 2. False 3. Don't know.
18. Basically, with advanced age (above 65), the change in sexuality involves longer sexual response but not a decrease in interest in practicing sex.
1. True 2. False 3. Don't know.
19. Elderly men don't typically have such necessity to ejaculate and therefore, are able to maintain an erection for longer periods than younger men.
1. True 2. False 3. Don't know.
20. ^a Elderly men and women cannot act as sexual partners during sexual intercourse as both need younger partners to feel sexually stimulated.
1. True 2. False 3. Don't know.
21. The most common factor, which influences the frequency of sexual activity with elderly couples, is interest, or the lack of interest on the part of the husband, in having a sexual relationship with his wife.
1. True 2. False 3. Don't know.
22. Barbiturates, tranquilizers and alcoholic drinks can diminish levels of sexual excitement in elderly people and interfere in their sexual interest.
1. True 2. False 3. Don't know.
23. Lack of sexual interest among elderly people can be a consequence of a state of psychological depression.
1. True 2. False 3. Don't know.
24. As men grow older their frequency of sexual activity diminishes.
1. True 2. False 3. Don't know.
25. With age, the reduction of sexuality is bigger in men than in women.
1. True 2. False 3. Don't know.
26. Excessive consumption of cigarettes can diminish sexual desire.
1. True 2. False 3. Don't know.
27. An important factor in maintaining the sexual interest among elderly men is the regularity of sexual activity during his lifetime.
1. True 2. False 3. Don't know.
28. Among elderly men, the fear of being unable to perform sexually can bring about real inability of performing sexually.
1. True 2. False 3. Don't know.

29. The end of sexual activity in advanced age is, probably and mainly, more related to social and psychological causes than to biological and physiological reasons.
1. True 2. False 3. Don't know.
30. Excessive masturbation can lead to premature mental confusion and dementia in advanced age.
i. 1. True 2. False 3. Don't know
31. ^a There is an unavoidable loss of sexual satisfaction among post-menopause women,
1. True 2. False 3. Don't know.
32. Secondary impotence (caused by non-physiological impacts) increases in men aged above 60, in comparison with younger men.
1. True 2. False 3. Don't know.
33. In many cases, impotence in elderly men can be efficiently treated and virtually cured.
i. 1. True 2. False 3. Don't know
34. In the absence of serious physical incapacity, men and women can maintain the interest in sexual activity until the age 80-90.
i. 1. True 2. False 3. Don't know
35. Masturbation among elderly men and women brings about benefits regarding sexual receptivity.
1. True 2. False 3. Don't know.

Questions about attitude

(Likert scale of 7-points, *do not agree* = 1, *agree* = 7)

36. Elderly people (aged 65 or above) have little interest in sexuality. _____
37. An elderly person who shows sexual interest puts him/herself in a bad light. _____
38. Institutions such as retirement homes for the elderly should not encourage or support any kind of sexual activity among the residents. _____
39. Men and women living in retirement homes should live on separate floors or in wings separated from the residential main building. _____
40. Retirement homes for the elderly do not have any obligation in providing adequate privacy for the residents who wish to be alone, whether it be alone or as a couple. _____
41. As we age (say beyond 65) the interest in sex unavoidably disappears. _____

(For questions 42, 43 and 44):

If a family member of mine living in a retirement home had a sexual relationship with another resident, I would:

42. Complain to management. _____
43. Move my family member from this institution to another. _____
44. ^bRemain impartial because it is none of my business. _____
45. If I knew of a retirement home, which gave incentives for sexual activity among those residents having interest in that I would not place a family member there. _____
46. It's immoral for elderly to be involved in sex for recreational purposes. _____
47. ^bI would like to know more about the changes in the functionality of sex in advanced age. _____
48. I think that I know all I need to know about sexuality among the elderly. _____
49. I would complain to the managers if I knew of any sexual activities among the residents of a retirement home. _____
50. ^bI would support sexual educational courses for residents in retirement homes. _____
51. I would support sexual educational courses for the employees of retirement homes. _____
52. ^b Masturbation is an acceptable activity among elderly men. _____
53. ^b Masturbation is a an acceptable sexual activity among elderly women. _____
54. ^b Institutions such as retirement homes should provide sufficiently large beds for married couples to sleep in. _____
55. ^b Employees in retirement homes should be trained or educated in relation to sexuality of the elderly and/or disabled. _____
56. Occupants in retirement homes should participate in every kind of sexual activity _____
57. ^b Institutions such as retirement homes for the elderly should offer opportunities for social interaction among men and women. _____
58. Masturbation is damaging and should be avoided. _____
59. ^b Institutions such as retirement homes should offer privacy in such a way that it allows of its residents to become involved in sexual behaviour without fear of intrusion of observation. _____
60. If family members were to have any objection regarding a widow's or widower's sexual relations with other residents of the retirement home, it is the obligation of the retirement home or the people in charge, to prevent such behaviour from taking place. _____
61. Having sexual relations outside marriage is always wrong. _____

^a. The score in the questions above is reverse i.e. a lower score shows higher knowledge.

^b. The score in these questions is reverse, such as: 1= 7, 7 = 1, 6=2, 2 = 6, 3 = 5; 5 = 3; 4 remains the same; a low score indicates a permissive attitude.

APÊNDICE 10: RT2 – VERSÃO 2 DA RETRO-TRADUÇÃO

Aging Sexual Attitudes and Knowledge Scale ASKAS

1. ^a Sexual activity in the elderly is almost always dangerous to the health.
1. True 2. False 3. Don't know
2. Men over 65 years old typically take longer than young men to achieve an erection of the penis. [to achieve a penile erection]
1. True 2. False 3. Don't know
3. Men over 65 years old normally experience a reduction in the intensity of the orgasm compared to younger men.
1. True 2. False 3. Don't know
4. The firmness of the erection in older men is usually less than that in young men.
1. True 2. False 3. Don't know
5. The older woman (over 65 years of age) has a reduction of lubricating vaginal secretions compared to younger women.
1. True 2. False 3. Don't know
6. The elderly woman takes more time to achieve sufficient lubrication than do younger women.
1. True 2. False 3. Don't know
7. The older woman can experience painful intercourse (the sexual act) owing to the vagina's reduced elasticity and reduced vaginal lubrication.
1. True 2. False 3. Don't know
8. Sexuality is a typical necessity throughout the life cycle.
1. True 2. False 3. Don't know
9. ^a Sexual behaviour in older people (over 65) increases the risk of heart attack.
1. True 2. False 3. Don't know
10. The majority of (or most) men over 65 years old are not able to have sexual relations.
1. True 2. False 3. Don't know
11. Younger people who are more sexually active tend to become elderly people who are relatively more sexually active.
1. True 2. False 3. Don't know
12. There is evidence that sexual activity in older people brings beneficial physical effects to participants.

1. True 2. False 3. Don't know
13. Sexual activity can be psychologically beneficial to the elderly person.
1. True 2. False 3. Don't know
14. ^a Most older women are not sexually responsive.
1. True 2. False 3. Don't know
15. The need for sex typically increases with age in men over 65 years old.
1. True 2. False 3. Don't know
16. Prescription medications can alter a person's sex drive.
1. True 2. False 3. Don't know
17. ^a After menopause, women have a physiologically-induced need for sexual activity.
1. True 2. False 3. Don't know
18. Basically, with increased age (over 65 years old), the change in sexuality involves a slower sexual response, not a decreased interest in having sex.
1. True 2. False 3. Don't know
19. Older men typically don't have such a need to ejaculate and therefore can maintain a penile erection for a longer time than younger men can.
1. True 2. False 3. Don't know
20. ^a Older men and women cannot be sexual partners because both need to have younger partners in order to become stimulated.
1. True 2. False 3. Don't know
21. The most common determinant of the frequency of sexual activity in older couples is the husband's interest, or lack of interest, in having sexual relations with his wife.
1. True 2. False 3. Don't know
22. Barbiturates, tranquilizers, and alcoholic beverages can lower the level of sexual arousal of the elderly and interfere with sexual interest.
1. True 2. False 3. Don't know
23. Sexual disinterest in the elderly may be a reflection of psychological depression.
1. True 2. False 3. Don't know
24. As men age, their sexual activity diminishes.
1. True 2. False 3. Don't know
25. With aging, there is a greater reduction in the sexuality of the man compared to that of the woman.
1. True 2. False 3. Don't know
26. The excessive consumption of cigarettes can diminish sexual desire.

1. True 2. False 3. Don't know
27. An important factor in the maintenance of the elderly man's sexual interest is the consistency of his sexual activity throughout his life.
1. True 2. False 3. Don't know
28. In older men, the fear of being unable to carry out his sexuality can cause him to be unable to perform sexually.
1. True 2. False 3. Don't know
29. The end of sexual activity in old age is probably and principally due more to social and psychological causes than to biological or physical causes.
1. True 2. False 3. Don't know
30. Excessive masturbation can cause the appearance of mental confusion and dementia in old age.
1. True 2. False 3. Don't know
31. ^a There is an inevitable loss of sexual satisfaction in post-menopausal women.
1. True 2. False 3. Don't know
32. Secondary impotence (from non-physiological causes) increases in men over 60 years old, compared to younger men.
1. True 2. False 3. Don't know
33. In many cases, impotence in elderly men can be efficiently treated and literally cured.
1. True 2. False 3. Don't know
34. In the absence of serious physical incapacities, men and women can maintain interest in, and performance of, sexual activity until their 80s and 90s.
1. True 2. False 3. Don't know
35. Masturbation in older men and women has beneficial effects in maintaining sexual receptivity.
1. True 2. False 3. Don't know

Questions about attitudes

(7-point Likert scale, *disagree* = 1, *agree* = 7)

36. Older people (65 years or older) have little interest in sexuality.
37. An elderly person who shows sexual interest brings disgrace to him- or her-self.
38. Institutions such as nursing homes for the elderly should not encourage or support sexual activity of any kind among its residents.
39. Men and women who live in nursing homes should live on separate floors or in different wings of the residential building.

40. Nursing homes for the elderly do not have any obligation to provide adequate privacy for those residents who wish to be alone, whether as an individual or as a couple.

41. When people age (say, beyond 65 years old), interest in sexuality inevitably disappears.

(For questions 42,43, and 44):

If a relative of mine who was living in a nursing home had a sexual relationship with another resident, I would:

42. complain to the management

43. move my relative from this nursing home to another

44. ^b stay out of it (not interfere) because it's none of my business

45. If I knew about a particular nursing home that permitted and supported the sexual activities among those residents who wanted them, I would not place a member of my family there.

46. It is immoral for older people to become involved in sex as recreation.

47. ^b I would like to know more about the changes in sexual functioning in old age.

48. I think I know everything I need to know about sexuality in the elderly.

49. I would complain to the management if I knew about sexual activities among the residents of a nursing home for the elderly.

50. ^b I would support courses on sex education for elderly residents of nursing homes.

51. I would support courses on sex education for the staff of nursing homes.

52. ^b Masturbation is an acceptable sexual activity for older men.

53. ^b Masturbation is an acceptable sexual activity for older women.

54. ^b Institutions such as nursing homes should provide beds that are large enough for couples who wish to sleep together.

55. ^b The staff of nursing homes should be trained or educated about the sexuality of the elderly and/or mentally challenged.

56. Residents of nursing homes should participate in all types of sexual activities.

57. ^b Institutions such as homes for the elderly should provide opportunities for social interaction between men and women.

58. Masturbation is prejudicial and should be avoided.
59. ^b Institutions such as homes for the elderly should offer privacy in such a way that it permits residents to become involved in sexual behaviour without fear of intrusion or interruption.
60. If family members object to the involvement of a widower or widow having sexual relations with other people living in a nursing home, it is the obligation of the nursing home and those responsible for the residents to ensure that such sexual activity be impeded.
61. To have sexual relations outside the context of marriage is always wrong.

^a. Scores for these questions should be reversed, i.e., a low score indicates a high level of knowledge.

^b. Scores for these questions are reversed, such as: 1 = 7, 6 = 2, 2 = 6, 3 = 5, 4 remains the same; a very low score indicates a permissive attitude.

**APÊNDICE 11: VERSÃO PRÉ-FINAL DA VERSÃO BRASILEIRA DA
ASKAS PRODUZIDA PELO COMITÊ DE ESPECIALISTAS**

ESCALA DE ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO (ASKAS)
PARTE I Questões de conhecimentos sobre a sexualidade do idoso. LEIA AS PERGUNTAS E ASSINALE A RESPOSTA QUE VOCÊ ACHA MAIS ADEQUADA.
1. A Atividade sexual em pessoas idosas é frequentemente perigosa para sua saúde. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo para conseguir uma ereção do pênis do que os homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
3. Homens com mais de 65 anos normalmente têm uma redução do orgasmo, quando comparados à homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
4. A firmeza da ereção nos homens com mais de 65 anos geralmente é menor do que nos homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
5. A mulher com mais de 65 anos tem redução da lubrificação vaginal em comparação com as mulheres mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
6. A mulher com mais de 65 anos leva mais tempo para atingir uma lubrificação vaginal adequada do que as mulheres mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
7. O ato sexual pode ser doloroso na mulher com mais de 65 anos devido à redução na lubrificação da vagina. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
8. A sexualidade é geralmente uma necessidade que se faz presente durante a vida toda. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
9. O comportamento sexual em pessoas com mais de 65 anos aumenta o risco de ataques cardíacos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()

10. A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
11. Jovens com mais atividade sexual tendem a ser tornar pessoas mais velhas também com mais atividade sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
12. Há evidências de que a atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos traz benefícios físicos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
13. A atividade sexual pode trazer benefícios psicológicos para a pessoa com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
14. A maioria das mulheres com mais de 65 anos é fria sexualmente. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
15. O desejo de fazer sexo geralmente aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
16. Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
17. Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
18. Em geral, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos, tem mais relação com respostas mais lentas do que com diminuição do interesse por sexo. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
19. Homens com mais de 65 anos geralmente sentem menos necessidade de ejacular e, portanto, podem manter a ereção por mais tempo do que homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
20. Mulheres e homens com mais de 65 anos não podem ser parceiros sexuais entre si, pois tanto um quanto o outro precisam de parceiros mais jovens para serem estimulados. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
21. O determinante mais comum da frequência das atividades sexuais em casais idosos é o interesse ou a falta de interesse por parte do marido, em se relacionar sexualmente com a esposa. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()

22. Tranqüilizantes e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual em pessoas com mais de 65 anos e interferir na resposta sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
23. A falta de interesse por sexo, em pessoas com mais de 65 anos, pode ser devido a um estado de depressão psicológica. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
24. Com o aumento da idade, há uma queda na freqüência das atividades sexuais em homens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
25. Com o avançar da idade, ocorre maior redução na sexualidade masculina do que na feminina. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
26. O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
27. Um fator importante na manutenção da resposta sexual em homens com mais de 65 anos é a continuidade da atividade sexual ao longo de sua vida. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
28. O medo de não ser capaz de realizar o ato sexual pode acarretar incapacidade no desempenho sexual em homens com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
29. É provável que o término da atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos se deva mais a fatores sociais e psicológicos do que a fatores biológicos e físicos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
30. A masturbação em excesso pode causar o aparecimento de confusão mental e de demência em pessoas com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
31. Nas mulheres, a perda de satisfação sexual é inevitável após a menopausa. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
32. A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
33. Em muitos casos, a impotência em homens com mais de 65 anos pode ser realmente tratada e curada efetivamente. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
34. Na ausência de problemas físicos graves, mulheres e homens podem manter o interesse e atividades sexuais até depois de 80 ou 90 anos de idade. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
35. A masturbação em homens e mulheres com mais de 65 anos traz benefícios

para a manutenção da resposta sexual.

1. Verdadeiro ()

2. Falso ()

3. Não sei ()

PARTE II

Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa

PARA AS PRÓXIMAS QUESTÕES, ESCOLHA UM NÚMERO DE 1 A 7 CONFORME A PONTUAÇÃO ABAIXO:

discordo totalmente = 1 / discordo em parte = 2 / não concordo nem discordo = 3

concordo em parte = 4 / concordo totalmente = 5

Questões	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
36. As pessoas com 65 anos ou mais têm pouco interesse na sexualidade.	1	2	3	4	5
37. É vergonhoso para uma pessoa com mais de 65 anos mostrar interesse por sexo.	1	2	3	4	5
38. As instituições como casas de repouso não devem encorajar nem apoiar qualquer atividade sexual de seus moradores.	1	2	3	4	5
39. Homens e mulheres que moram em casa de repouso devem ser alojados em andares diferentes ou alas diferentes destas instituições.	1	2	3	4	5
40. Casas de repouso não têm obrigação de garantir privacidade para seus moradores que desejem ficar a sós com seus parceiros.	1	2	3	4	5
41. O interesse sexual de uma pessoa com 65 anos ou mais, inevitavelmente desaparece.	1	2	3	4	5

Para os itens 42, 43 e 44:

Se um parente meu, morando numa casa de repouso tivesse um relacionamento sexual com outro morador, eu:

Questões	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

42. Faria uma reclamação à administração.	1	2	3	4	5
43. Mudaria meu parente para outra instituição.	1	2	3	4	5
44. Ficaria fora deste assunto, pois não me diz respeito.	1	2	3	4	5
Questões	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
45. Eu não colocaria um parente em uma casa de repouso que permitisse e apoiasse atividades sexuais dos moradores que queiram fazer sexo.	1	2	3	4	5
46. É imoral que pessoas com mais de 65 anos façam sexo casual (sem compromisso).	1	2	3	4	5
47. Eu gostaria de saber mais sobre as mudanças no funcionamento sexual das pessoas idosas.	1	2	3	4	5
48. Acho que já sei tudo que preciso saber sobre a sexualidade das pessoas idosas.	1	2	3	4	5
49. Eu faria uma reclamação à administração da casa de repouso se soubesse da existência de atividades sexuais entre os moradores.	1	2	3	4	5
50. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para moradores de casa de repouso.	1	2	3	4	5
51. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para os funcionários de casas de repouso.	1	2	3	4	5
52. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para homens com mais de 65 anos.	1	2	3	4	5
53. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para mulheres com mais de 65 anos.	1	2	3	4	5

54. Instituições, como casas de repouso, devem ter camas de casal para os casais que desejem dormir junto.	1	2	3	4	5
55. Os funcionários de casas de repouso devem ser capacitados para lidar com a sexualidade de pessoas com mais de 65 anos com ou sem deficiência.	1	2	3	4	5
Questões	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
56. Os moradores de casas de repouso deveriam envolver-se em atividade sexual.	1	2	3	4	5
57. As instituições como casas de repouso deveriam oferecer oportunidades para o entrosamento social entre homens e mulheres.	1	2	3	4	5
58. A masturbação é prejudicial e deveria ser evitada.	1	2	3	4	5
59. As instituições, como casas de repouso, deveriam garantir privacidade de modo a permitir que todos os moradores pudessem se envolver em comportamento sexual sem medo de serem observados ou de serem incomodados.	1	2	3	4	5
60. Caso a família deseje, é obrigação da casa de repouso e de seus funcionários impedir que o(a) morador(a) viúvo(a) tenha atividade sexual.	1	2	3	4	5
61. As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.	1	2	3	4	5

**APÊNDICE 12: VERSÃO FINAL DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA
ASKAS APÓS ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA**

ESCALA DE ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO (ASKAS)
PARTE I Questões de conhecimentos sobre a sexualidade do idoso. LEIA AS PERGUNTAS E ASSINALE A RESPOSTA QUE VOCÊ ACHA MAIS ADEQUADA.
1. A Atividade sexual em pessoas idosas é frequentemente perigosa para sua saúde. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
2. Homens com mais de 65 anos normalmente levam mais tempo para conseguir uma ereção do pênis do que os homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
8. A sexualidade é geralmente uma necessidade que se faz presente durante a vida toda. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
12. Há evidências de que a atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos traz benefícios físicos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
13. A atividade sexual pode trazer benefícios psicológicos para a pessoa com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
14. A maioria das mulheres com mais de 65 anos é fria sexualmente. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
16. Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
18. Em geral, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos, tem mais relação com respostas mais lentas do que com diminuição do interesse por sexo. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
20. Mulheres e homens com mais de 65 anos não podem ser parceiros sexuais entre si, pois tanto um quanto o outro precisam de parceiros mais jovens para serem estimulados. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()

22. Tranqüilizantes e álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual em pessoas com mais de 65 anos e interferir na resposta sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
24. Com o aumento da idade, há uma queda na frequência das atividades sexuais em homens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
27. Um fator importante na manutenção da resposta sexual em homens com mais de 65 anos é a continuidade da atividade sexual ao longo de sua vida. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
28. O medo de não ser capaz de realizar o ato sexual pode acarretar incapacidade no desempenho sexual em homens com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
29. É provável que o término da atividade sexual em pessoas com mais de 65 anos se deva mais a fatores sociais e psicológicos do que a fatores biológicos e físicos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
30. A masturbação em excesso pode causar o aparecimento de confusão mental e de demência em pessoas com mais de 65 anos. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
31. Nas mulheres, a perda de satisfação sexual é inevitável após a menopausa. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
32. A impotência de causa não orgânica aumenta em homens com mais de 65 anos em comparação com homens mais jovens. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
33. Em muitos casos, a impotência em homens com mais de 65 anos pode ser realmente tratada e curada efetivamente. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
34. Na ausência de problemas físicos graves, mulheres e homens podem manter o interesse e atividades sexuais até depois de 80 ou 90 anos de idade. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()
35. A masturbação em homens e mulheres com mais de 65 anos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual. 1. Verdadeiro () 2. Falso () 3. Não sei ()

PARTE II

Questões atitudinais em relação à sexualidade da pessoa idosa

PARA AS PRÓXIMAS QUESTÕES, ESCOLHA UM NÚMERO DE 1 A 7 CONFORME A PONTUAÇÃO ABAIXO:

discordo totalmente = 1 / discordo em parte = 2 / não concordo nem discordo = 3

concordo em parte = 4 / concordo totalmente = 5

Questões	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
37. É vergonhoso para uma pessoa com mais de 65 anos mostrar interesse por sexo.	1	2	3	4	5
40. Casas de repouso não têm obrigação de garantir privacidade para seus moradores que desejem ficar a sós com seus parceiros.	1	2	3	4	5
41. O interesse sexual de uma pessoa com 65 anos ou mais, inevitavelmente desaparece.	1	2	3	4	5
50. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para moradores de casa de repouso.	1	2	3	4	5
51. Eu apoiaria cursos sobre educação sexual para os funcionários de casas de repouso.	1	2	3	4	5
52. A masturbação é uma atividade sexual aceitável para homens com mais de 65 anos.	1	2	3	4	5
54. Instituições, como casas de repouso, devem ter camas de casal para os casais que desejem dormir junto.	1	2	3	4	5
55. Os funcionários de casas de repouso devem ser capacitados para lidar com a sexualidade de pessoas com mais de 65 anos com ou sem deficiência.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 13

Output SPSS 10.0 para Alpha de Cronbach do pré-teste – 1ª parte da escala – atributo CONHECIMENTO

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)				
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	61.0435	155.4980	12.4699	35
Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	59.0435	152.5889	.1474	.8164
VAR00002	59.5652	149.5296	.2539	.8138
VAR00003	59.2609	142.9289	.4196	.8078
VAR00004	59.2174	137.9960	.5341	.8024
VAR00005	59.3913	146.8854	.2385	.8155
VAR00006	59.5217	147.5336	.2889	.8128
VAR00007	59.5217	147.8972	.3347	.8115
VAR00016	59.5652	148.9842	.2143	.8156
VAR00017	59.1304	155.0277	-.0080	.8209
VAR00018	59.0870	148.3557	.2777	.8131
VAR00019	59.0000	146.3636	.3104	.8121
VAR00020	59.1739	153.9684	.0733	.8179
VAR00021	59.3478	150.5099	.2138	.8150
VAR00022	59.6957	147.2213	.4482	.8090
VAR00023	59.5217	148.4427	.2505	.8142
VAR00008	59.3043	147.8577	.2696	.8135
VAR00009	59.0435	147.4980	.2882	.8129
VAR00010	59.1304	143.4822	.4620	.8067
VAR00011	58.9130	145.6285	.3428	.8109
VAR00012	59.1304	145.3004	.2785	.8140
VAR00013	59.4783	140.5336	.5390	.8033
VAR00014	59.4783	151.2609	.2331	.8144
VAR00015	59.0000	147.9091	.2634	.8138

VAR00032	59.2174	148.9051	.1968	.8166
VAR00033	59.4348	154.9842	-.0159	.8226
VAR00034	59.0435	146.6798	.3917	.8097
VAR00035	59.0435	159.6798	-.2533	.8265
VAR00024	59.6957	146.1304	.5718	.8067
VAR00025	59.3043	146.0395	.4496	.8083
VAR00026	59.8261	149.3320	.3961	.8111
VAR00027	59.3043	144.4941	.4348	.8078
VAR00028	59.3043	141.5850	.4476	.8066
VAR00029	59.3913	144.6126	.4454	.8076
VAR00030	59.1739	138.2411	.5720	.8012
VAR00031	59.2174	149.1779	.2554	.8138

Intraclass Correlation Coefficient

Two-Way Mixed Effect Model (Consistency Definition):

People Effect Random, Measure Effect Fixed

Single Measure Intraclass Correlation = .1129*

95.00% C.I.: Lower = .0598 Upper = .2221

F = 5.4557 DF = (22, 748.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

Average Measure Intraclass Correlation = .8167**

95.00% C.I.: Lower = .6901 Upper = .9090

F = 5.4557 DF = (22, 748.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

*: Notice that the same estimator is used whether the interaction effect is present or not.

** : This estimate is computed if the interaction effect is absent, otherwise ICC is not estimable.

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 23.0

N of Items = 35

Alpha = .8167

APÊNDICE 14

Output SPSS 10.0 para Alpha de Cronbach do pré-teste – 2ª parte da escala – atributo ATITUDES

Reliability

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	53.6471	135.1444	11.6252	23

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00036	51.4412	121.6480	.3861	.6496
VAR00037	51.6765	133.8619	-.0270	.6886
VAR00038	51.3235	133.1952	.0299	.6788
VAR00039	51.3235	115.1346	.4970	.6342
VAR00040	51.0294	114.5749	.4904	.6340
VAR00041	51.7059	124.4563	.3098	.6571
VAR00042	51.5882	128.5526	.1519	.6710
VAR00051	51.0882	114.8102	.4890	.6344
VAR00052	51.0588	128.4207	.1600	.6703
VAR00053	51.4118	123.4011	.3165	.6559
VAR00054	51.3235	129.0134	.1119	.6757
VAR00055	51.3824	148.7888	-.4470	.7237
VAR00056	51.5294	134.0143	-.0304	.6887
VAR00057	51.9118	134.8708	-.0450	.6865
VAR00058	51.0588	126.3601	.1812	.6691
VAR00043	51.2941	129.9109	.1284	.6725
VAR00044	51.2353	124.3066	.2923	.6583
VAR00045	51.2941	121.6684	.3408	.6528
VAR00046	51.0294	111.8476	.6539	.6188
VAR00047	51.8235	127.2406	.2485	.6629
VAR00048	51.2353	124.3066	.2992	.6578
VAR00049	50.7647	124.9127	.2209	.6651
VAR00050	50.7059	110.8200	.5890	.6211

Intraclass Correlation Coefficient

Two-Way Mixed Effect Model (Consistency Definition):

People Effect Random, Measure Effect Fixed

Single Measure Intraclass Correlation = .0823*

95.00% C.I.: Lower = .0403 Upper = .1590

F = 3.0627 DF = (33, 726.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

Average Measure Intraclass Correlation = .6735**

95.00% C.I.: Lower = .4913 Upper = .8131

F = 3.0627 DF = (33, 726.0) Sig. = .0000 (Test Value = .0000)

*: Notice that the same estimator is used whether the interaction effect is present or not.

** : This estimate is computed if the interaction effect is absent, otherwise ICC is not estimable.

Reliability Coefficients

N of Cases = 34.0

N of Items = 23

Alpha = .6735

ANEXOS

ANEXO 1: Autorização de Dr. Charles B. White para adaptação da escala no Brasil



ONE TRINITY PLACE
SAN ANTONIO, TX 78212-7200
www.trinity.edu

(210) 999-7345 office
(210) 999-8845 fax

April 21, 2005

Helena Brandão Viana
and Vera Aparecida Madruga Forti
Rua Pr. Hugo Gegembauer, 35
Pq. Ortolandia
13184-010 – Hortolândia-SP

AUTHORIZATION

I, Charles B. White, Ph.D., professor at Trinity University, One Trinity Place, San Antonio, Texas 78212, authorize Brazilian researchers, Helen Brandão Viana and Vera Aparecida Madruga Forti, to do a cultural adaptation of ASKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale, of my authorship, published in an article named: *A SCALE FOR THE ASSESMENT OF ATTITUDES AND KNOWLEDGE REGARDING SEXUALITY IN THE AGED*, in the Archives of Sexual Behavior, Vol. 11, No. 6, 1982.

Dr. Charles B. White, Ph.D.
Vice President for Information Resources
And Administrative Affairs

ANEXO 2: Email Prof. Dr. Charles B. White

-----Original Message-----

From: hbviana [<mailto:hbviana@uol.com.br>]

Sent: Friday, November 10, 2006 3:31 PM

To: White, Charles B.

Subject: About ASKAS

Dear Dr. White

I have some questions about ASKAS. In our committee reunion, we talked about these specific questions, and we did not get unanimity, thus I need some information from you.

QUESTIONS ABOUT ASKAS

QUESTIONS:

Item number 7:

In Brazil usually we don't talk about "elasticity of the vagina", but just about "reduced vaginal lubrication" when we talk about sexual female problems. Could we remove the words "elasticity of the vagina" and stay just with the terms "reduced vaginal lubrication"? Apparently, the major attribute evaluated in this question is the "pain".

Item number 55:

The word "disabled" is specific for elderly disabled people, or anyone with some disability (I.E., blind people, paraplegic people)?

Item number 57:

In this question, "opportunities for social interaction" means an opportunity for the engagement in sexual activities, or not?

Item number 61:

The question number 61 is not specific for aged people. Is it very important to maintain this question? Which was your first objective with this question?

About Likert score:

Could we use the Likert Scale with 5 points,

Thanks for a while,
Regards

PhD Student Helena Brandão Viana

Ps.: I am sending 2 files. The first is the file which I sent to specialists in order to analyze before committee reunion and another one is The Pre-test version that I sent to Ethical Committee for analyze and now I am waiting for your answer in order to apply in 40 people. In my final test, I intend to apply in 610 people, among elderly, adults that live with aged people and staff of nursing homes.

Sorry to be so slow. Lost track of your email.

Item #7: I see no harm in making the change you suggest

Item #55: It refers to both the aged and any other age who are disabled

Item # 57: It does not mean necessarily sexual interaction but rather juts social interaction (which one presumes may lead to a relationship and that might include sexual activity)

Item # 61: The assumption here is that if one views marriage as the only acceptable context for sexual behaviour such would work against sexuality in the aged who are often missing marital partners due to death of a spouse.

I see no harm to a reduction in the scale to 5 points though it will narrow the range of scores and hence make relationships in the data a bit more difficult to discern.

Charles B. White, Ph.D.
Professor of Psychology

Trinity University
San Antonio, Texas 78212

email: cwhite@trinity.edu
telephone: 210-999-7345
cell phone: 210-488-2312
fax: 210-999-8845

ANEXO 3: Parecer do Comitê de ética da Unicamp – nº 627/2006



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/04/08.
(Grupo III)

2ª VIA

PARECER PROJETO: Nº 627/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0503.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ADAPTAÇÃO DE ESCALA DE ATITUDES E CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO (ASKAS)”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Helena Brandão Viana
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Educação Física/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/10/06
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/10/07 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar a influência da atividade física sobre a sexualidade da pessoa idosa e o reflexo sobre a qualidade de vida, através da escala ASKAS (conhecimento e atitude em relação à sexualidade do idoso).

III - SUMÁRIO

Trata-se de aplicação de questionário em idosos a respeito de seus conhecimentos e atitude em relação à sexualidade na velhice através de escala específica, adaptação transcultural por tradutores autorizados. Em pré-teste com 40 sujeitos para avaliação da equivalência das versões original e final e sua compreensão: 10 adultos que moram com parentes idosos; 10 cuidadores de idosos; 20 idosos (10 mulheres e 10 homens). São 660 idosos entre homens e mulheres com mais de 60 anos que parecem ser os sujeitos da pesquisa. A pesquisa pretende também oferecer a pesquisadores uma escala seguramente viável para nossa cultura além de demonstrar a necessidade de exercícios físicos para a qualidade de vida dos idosos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após resposta as pendências o protocolo encontra-se de acordo com as Resoluções CNS.

Recomendação: Envio da autorização das instituições citadas no recrutamento

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve **APROVAR**

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3788-8936
FAX (019) 3788-7187
cep@fcm.unicamp.br



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

COM RECOMENDAÇÃO o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de outubro de 2006.


Prof.ª Dr.ª Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP