

SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE UM ESTUDO COMPARATIVO

2011

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre Sexualidade na Terceira Idade no curso de Mestrado em Gerontologia Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Célia João Lopes Carreira

Mestre em Gerontologia Social pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Licenciada em Psicologia com especialização em Clínica e Criminal pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Possui uma Licenciatura em Segurança e Higiene no Trabalho, tendo realizado a presente investigação no Departamento de Higiene e Segurança no Trabalho da Câmara Municipal de Lisboa. Especialização em Sociologia, obtida na Dinamarca. Membro da Direcção da Associação Portuguesa de Arqueologia. Co-autora e investigação documental sobre cerâmica alcobacense para a publicação do livro A Faiança de Raúl da Bernarda & Filhos Lda. Publicação do artigo 'Psicopatologia e Personalidade em Clientes de Prostitutas: Um Estudo Comparativo'.

Orientação:

Professor Dr. Paulo Sargento

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Departamento de Serviço Social

Contacto:

sejo35@gmail.com

RESUMO

Consideramos como principais objectivos deste estudo conhecer como é a vivência da sexualidade/afetividade nos idosos e identificar os fatores que influenciam essa vivência.

O nosso estudo foi constituído por uma amostra, seleccionada por conveniência, que incluiu 24 idosos, 12 dos quais possuem cônjuge e os restantes não tem parceiro sexual. Respectivamente, os primeiros residem nas suas habitações, e os segundos na Residência Fundação Maria Oliveira, sita em Alcobaça

As entrevistas englobaram questões para caracterização da amostra e outras questões que facultaram informação sobre as experiência amorosa dos sujeitos sem conjugalidade, experiência amorosa dos sujeitos com conjugalidade, avaliação da qualidade de relação conjugal, atividade



sexual a partir dos 60 anos, atividade sexual na atualidade, desejo sexual e a importância atribuída às práticas sexuais.

As conclusões apontam para o entendimento de que o idoso não é um ser assexuado. Pelo contrário a expressão da sexualidade difere ao longo do tempo de pessoa para pessoa e o processo de envelhecimento não se constitui como um impedimento para a vivência da mesma. As grandes diferenças encontradas justificam-se, contudo, ao nível do género, no qual o contexto sócio-cultural tem uma forte influência. Esta diferenciação, quanto ao género, torna-se mais nítida na existência ou não de parceiro. Os homens sem parceira continuam, independentemente da idade, a vivenciar a sua sexualidade, enquanto que as mulheres sem parceiro sublimam ou simplesmente não a vivem.

Palavras-chave: Envelhecimento, velhice, sexualidade, viver e sentir

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo, estes ainda reservam prazeres.”

Senéca

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Sargento, agradeço a disponibilidade de tempo, apoio e sobretudo por acreditar na elaboração deste trabalho.

Às nossas Famílias, por tudo o que são, por tudo o que representam e por tudo o que fizeram por nós.

Agradecimentos aos indivíduos entrevistados, pela disponibilidade de tempo, que contribuiu de forma particular para o enriquecimento desta investigação, permitindo assim a realização deste estudo tão desejado.

Agradeço igualmente à Fundação Maria Oliveira, pela cooperação e pelo facto de ter facultado o espaço e a oportunidade de realizar as entrevistas necessárias à elaboração desta pesquisa.

Aos professores do Mestrado de Gerontologia Social, que de alguma forma nos marcaram ao longo do curso.

Abstract

The main goals of this study were considered the way old persons feel and live there sexuality and the factores that can be a influence in that fact.

Our study was composed of two samples, selected for convenience, which included 6 elderly and 30 caregivers and officials of the Home for the Elderly of the Residência Fundação Maria Oliveira.

Interviews include issues for characterization of the sample and others questions that have provided information about the representations the elderly have about marriage, sex life, love relationships outside and inside the institution, and what are the views of carers and family members in this regard, and the findings reviewed in the light of the method of qualitative analysis of content.

They also consider that the elderly are able to love and to relate emotionally, we still care about the sexuality. We conclude that in addition to the items listed is striking the percentage of respondents who did not pronounce (positive or negative) on certain issues, particularly those that relate more to sexuality of the elderly and, in some way, prove taboos and prejudices existing relatively the theme.

Keywords: Old; Aging; Sexuality; Affectivity;

Índice

Introdução.....	12
Capítulo I– A problemática do envelhecimento na sociedade actual.....	15
1.1 – Conceito de envelhecimento/velhice.....	16
1.1.1 – Envelhecimento individual	17
1.2 – Causas que influenciam o processo de envelhecimento	18
1.3 - Envelhecimento demográfico	19
1.4 - A velhice	22
1.4.1 – Autonomia, dependência e independência no idoso	26
1.5 – Representações sociais, mitos e estereótipos em relação aos idosos.....	27
1.6 – O idoso e a família na sociedade actual	33
1.7– Envelhecimento Activo	36
1.8 - O idoso e os seus direitos	39
Capítulo II - Saúde, doença e envelhecimento	42
2.1 - Aspectos biológicos do envelhecimento	43
2.2 – Aspectos psicossociais do envelhecimento.....	46
2.3 – Saúde/doença no idoso	51
Capítulo III – A sexualidade na terceira idade.....	54
3.1 - Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural	55
3.1.1 – Uma visão dos povos primitivos	56
3.1.2 – A Grécia	58
3.1.3 – Roma	61
3.1.4 – Cristianismo – uma grande mudança	63
3.1.5 – A Idade Média	64
3.1.6 – Séculos concentrados no reforço da assexualidade do idoso	65
3.1.7 – A sexualidade do idoso: a história do século XX	67

3.2 – Diferentes enfoques teóricos da sexualidade	68
3.3 – Definição do conceito da sexualidade.....	74
3.4 – Determinantes biológicos e condicionantes psico-sociais da vivência da sexualidade no processo de envelhecimento	75
3.4.1 – Determinantes biológicos	76
3.4.2 – Determinantes psico-sociais	79
3.5 – Direito à sexualidade	83
3.6 – A família perante a sexualidade do idoso	84
3.7 – A religião e a sexualidade do idoso	85
 Capítulo IV – Caracterização do local do estudo	 87
4.1 – Caracterização do concelho de Alcobaça.....	88
4.2 – Caracterização da Fundação Maria Oliveira.....	91
4.3 – Hipóteses de Investigação	92
 Capítulo V –Metodologia	 93
5.1 – Instrumentos de Recolha de dados	95
5.2 – Participantes.....	96
5.3 – Procedimentos.....	96
5.4 – Recolha de dados	97
 Capítulo VI - Resultados.....	 99
 Capítulo VII - Discussão	
 Conclusão	 177
 Bibliografia	 186
 Anexos	 197
Anexo I.....	198
Anexo II	200
Anexo III	203
Anexo IV	212

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960- 2001

Figura 2 – Pirâmide de idades, Portugal 1960 – 2000

Figura 3 – Distribuição da população idosa por concelhos, Portugal, 2001

Figura 4 – Mapa do Concelho de Alcobaça

Figura 5 - Densidade Populacional, 2001

Figura 6 - Taxa de Variação da população residente, 1991/2001

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico da velhice

Quadro 2 – Mudanças na resposta sexual

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução das famílias clássicas, segundo a sua composição, Portugal, 1991/2001

Tabela 2 – Estrutura da população idosa inativa segundo o sexo, Portugal 2001

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o género

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a idade

Tabela 5 - Distribuição dos valores segundo o estado civil

Tabela 6 - Distribuição dos valores segundo as habilitações literárias

Tabela 7 - Distribuição dos valores segundo o desejo sexual

Tabela 8 - Distribuição dos valores segundo as carícias, o toque e os beijos

Tabela 9 - Distribuição dos valores segundo o consumo de tabaco

Tabela 10 - Distribuição dos valores segundo a percepção da saúde

Tabela 11 – Funcionamento físico SF36

Tabela 10 - Distribuição dos valores da percepção da dor (grupo com parceiro)

Tabela 12 – Distribuição dos valores da percepção da dor (grupo sem parceiro)

Tabela 13 – Itens avaliados nas diversas categorias do questionário SF36

Tabela 14 – Saúde geral SF36

Introdução

O presente trabalho, tem por finalidade principal estudar a temática da sexualidade na terceira idade, visto considera-se, ser a sexualidade de particular relevância, para a compreensão da totalidade do sujeito. Nesta centralidade da acção deve ser integrada a dimensão sexual do Ser Humano.

Este estudo tem como objectivo atender à significação subjectiva que os idosos têm da sua própria sexualidade. Para tanto, apresentam-se como eixos fundamentais o Envelhecimento, a Velhice e a Sexualidade.

No estudo dos eixos acima citados, apresenta-se o envelhecimento como um processo natural da vida, sendo a velhice uma etapa definida socialmente, mas que não tem consenso no que respeita ao seu início. Quanto à sexualidade, optou-se por diferentes enfoques teóricos, bem como vários conceitos, tendo escolhido de entre estes, o conceito que orientador do tratamento dos dados empíricos.

O trabalho integra uma parte introdutória onde dá conta da pertinência e da fundamentação do tema, bem como das motivações que levaram à execução deste trabalho.

Esta investigação está dividida em vários capítulos onde serão abordados os seguintes temas, respectivamente: A problemática do envelhecimento na sociedade actual, situação de saúde, e por fim a sexualidade.

Estes temas servirão para nos contextualizar, inicialmente no envelhecimento global mundial, no envelhecimento que tem decorrido e está a decorrer no país, e especificamente no concelho de Alcobaça. Serão abordadas as explicações para o envelhecimento humano ao longo das teorias do envelhecimento, de forma a compreender as problemáticas e a complexidade desta etapa da vida. Por fim, será descrita a questão da sexualidade, em estudo neste trabalho.

Na parte empírica do trabalho será descrita a metodologia utilizada, fazendo referência aos instrumentos utilizados, os procedimentos efectuados, e para finalizar serão apresentados e discutidos os resultados obtidos nesta investigação.

As conclusões recuperam sinteticamente todo um conjunto de factos considerados essenciais nesta pesquisa, enunciando a problemática expõem-se a partir dos objectivos/hipóteses os resultados encontrados. Assim, pode ser constituído uma proposta

de pesquisa para o futuro, pois uma investigação é tão importante pelos resultados quanto pelas questões que esta levanta.

Pretende-se com esta investigação dar uma visão abrangente da sexualidade na velhice, desmistificando deste modo os mitos existentes e que prevalecem na sociedade actualmente.

A pertinência deste estudo justifica-se pelas actuais mudanças da estrutura etária da população da generalidade das sociedades modernas (alterações significativas no número de nascimentos, na Taxa de Natalidade, na população activa e, principalmente, no crescimento acentuado da população com 65 e mais anos de idade).

Por outro lado, os estudos sobre a sexualidade na terceira idade são escassos e quase sempre se limitam a uma abordagem médico-terapêutica que, invariavelmente, trata a questão da sexualidade na terceira idade a partir de concepções de patologia associada a distúrbios fisiológicos (Capodieci, 2000) e ignoram todo o complexo psico-sócio-cultural que participa, permeia e condiciona a realidade social e a vivência sexual dos idosos. Finalmente, as múltiplas concepções de sexualidade e de velhice existentes na maioria das sociedades industrializadas estão impregnadas de mitos, crenças, preconceitos e falsos estereótipos, sendo um dos mais prevalecentes e negativo, a ideia da velhice assexuada ou sexless old age.

Portanto, o contexto actual sugere-nos que a problemática do envelhecimento e da sexualidade na terceira idade, carece de um “novo olhar” e devem tornar-se prioritários para todas as pessoas da sociedade civil e para os responsáveis políticos. A evolução sociodemográfica faz do grupo dos indivíduos situados na “terceira idade” um grupo cada vez mais significativo, pelo que urge compreender melhor as suas necessidades psicossociológicas, dando-se especial relevância, neste estudo, às suas práticas e vivências sexuais.

Os objectivos gerais subjacentes ao presente estudo foram: primeiro, compreender sociologicamente as necessidades afectivas e sexuais dos mais idosos; segundo, questionar o pensamento comum das sociedades modernas que ignoram, desvalorizam e discriminam a sexualidade destas pessoas, considerando-as, geralmente, como seres assexuados; terceiro, identificar os factores socioculturais que mais influenciam a sexualidade na terceira idade e dar resposta à pergunta: “De que forma os homens e mulheres com mais de 60 anos de idade vivenciam a sua sexualidade?”

Para a prossecução destes objectivos formulou-se a seguinte hipótese de investigação: O processo de envelhecimento natural dos indivíduos não impede o desenvolvimento de uma vida sexual activa na velhice?

Capítulo I – A Problemática do Envelhecimento na Sociedade Actual

1.1 – Conceito de Envelhecimento/Velhice

O envelhecimento pode ser considerado como uma etapa do ciclo vital, que se desenvolve numa sucessão de etapas, a embrionária, a infantil, o crescimento, o decrescimento ou envelhecimento, em que cada etapa prepara a seguinte.

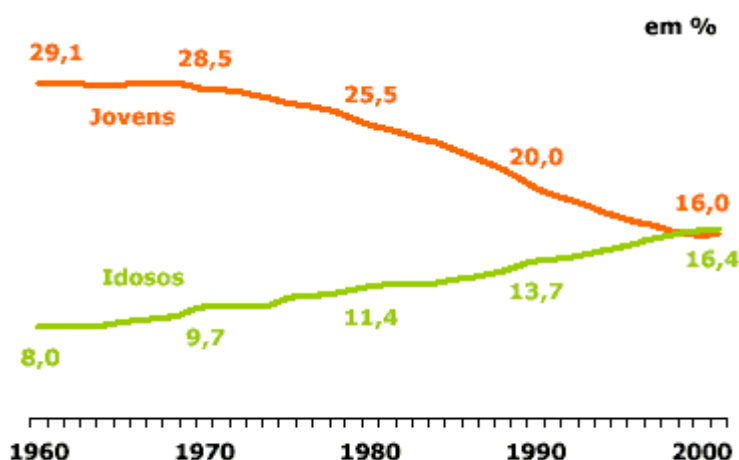
Para Maria João Valente Rosa, o envelhecimento humano deve ser entendido, por um lado, como um processo individual e, por outro lado, enquanto processo colectivo ou demográfico (1996).

O processo individual é visto como o resultado de alterações ao nível biológico e psicológico e também a outros níveis provocados pela idade. O processo colectivo/demográfico, diz respeito às estruturas etárias da população, que se traduzem num aumento da população idosa e diminuição da população jovem (Rosa, 1996).

A este propósito, Maria de Lourdes Quaresma acrescenta que o envelhecimento está intimamente associado ao desenvolvimento económico, social e cultural que, na verdade, influencia as condições de vida da população (1999).

Esta perspectiva de carácter mais abrangente tem a sua base no desenvolvimento da Gerontologia enquanto ciência no final do século XX. Esta ciência estuda o envelhecimento a partir duma visão pluridisciplinar, uma vez que este já é objecto de estudo de diversas ciências, desde a bioquímica à política passando pela medicina, economia, sociologia, direito entre outras. A Gerontologia procura estudar as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. (Fernández-Ballesteros cit. in Paul Constança, 2005:

Figura 1 - Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 - 2001



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

1.1.1. Envelhecimento Individual

“O envelhecimento individual é um processo natural e contínuo que se inicia muito cedo, ou seja, no momento da concepção, acompanhando o desenvolvimento do indivíduo até ao fim da sua vida. Precisa de ser entendido de uma forma abrangente, dado comportar aspectos individuais e colectivos, isto é, genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, bem como psicológicos, sociológicos e económicos” (Quaresma, 1999).

A Maria de Lourdes Quaresma acrescenta ainda que o envelhecimento é também um processo: diferencial, heterogéneo, contextual (1999).

Diferencial quanto ao género, – não é igual envelhecer no masculino ou no feminino –, quanto à história familiar e profissional, quanto ao nível de escolaridade e quanto ao contexto rural e urbano (Quaresma, 1999).

Heterogéneo, uma vez que duas pessoas com o mesmo sexo, a mesma profissão, o mesmo grupo de idade e o mesmo nível sócio-económico, não vivenciam o envelhecimento da mesma forma. Deste modo, não há um modelo de envelhecimento, ou seja, cada pessoa vivência o envelhecimento de uma forma singular (Quaresma, 1999).

Contextual, ou seja, mediante a influência dos contextos ambientais, sociais, familiares e profissionais que fazem parte do percurso de vida (Quaresma, 1999).

Entende-se, então, que o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo entre homens e mulheres, tendo em conta também o contexto histórico, ambiental, cultural, social, educacional.

Segundo Freitas no ciclo de vida a pessoa passa por três fases: a fase inicial, a vida adulta e vida em idade avançada (Freitas, 2004).

Lidz, indica, na etapa que corresponde à vida em idade avançada, que esta se divide em três fases sucessivas, podendo o idoso atravessá-las na sua totalidade, ou não, de forma linear ou em simultâneo (cit. in Fernandes, 2002).

Na primeira fase – Idoso – não ocorrem grandes alterações orgânicas. As alterações decorrentes estão associadas à saída do mercado de trabalho e à entrada num novo estatuto, o da idade de reforma, o qual comporta/ induz a outro modo de vida, contudo, o indivíduo considera-se ainda capaz de satisfazer as suas necessidades (cit. in Fernandes, 2002).

Na segunda fase – Senescência – começam a surgir alterações na sua condição física ou de outra natureza. Esta traduz-se numa velhice avançada em que o idoso é levado a ter de recorrer a outros (cit. in Fernandes, 2002).

Na terceira fase – Senilidade – O cérebro deixa de exercer a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos (cit. in Fernandes, 2002).

1.2 Causas que Influenciam o Processo de Envelhecimento

O processo de envelhecimento é influenciado por causas endógenas (inerentes ao próprio indivíduo) e por causas exógenas (associadas aos comportamentos dos indivíduos e ao meio ambiente).

As causas endógenas verificam-se, dado que o “envelhecimento é indissociável do factor de todos os organismos vivos serem mortais e que o fim natural do processo de Senescência é a morte” (Fontaine, 2000).

Desde o nascimento, os organismos encontram-se geneticamente programados para o processo de envelhecimento (Fernandes, 2002).

Maria Lourdes Quaresma defende que existem alterações estruturais ao nível das células e dos tecidos (1999). No seguimento da mesma ideia Santos acrescenta que na

“cadeia dos acontecimentos biológicos do envelhecimento celular e que conduzem à própria morte da célula tem importância assinalável o processo de oxidação das proteínas, o qual altera a sua actividade biológica, pondo em risco a formação e a reparação do próprio ADN, com a consequente debilidade orgânica e a eclosão de doenças próprias do envelhecimento” (2001).

Acrescenta ainda, Maria de Lourdes Quaresma que as alterações estruturais são também acompanhadas de alterações funcionais, ao nível de vários sistemas, nomeadamente, cardiovasculares; respiratório; renal e urinário; gastrointestinal; endócrino e metabólico; reprodutor; imunitário; biológicos e sono. Estas alterações ocorrem essencialmente a partir dos 75 anos e mais nitidamente depois dos 80 anos (1999).

Na verdade, o declínio das várias funções “que caracterizam o envelhecimento faz com que a capacidade de resposta do organismo esteja alterada o que torna o idoso mais susceptível às doenças” (Rendas, 2001). Contudo, estas alterações por si só não constituem uma doença, podendo o idoso, na maioria dos casos, manter a sua autonomia (Quaresma, 1999).

Segundo Brody e Schneider as doenças dos idosos dividem-se em dois grupos: as dependentes da idade e as relacionadas com a idade. Pelas primeiras entende-se que são aquelas cuja patogenia contribuíram os mecanismos do envelhecimento, como nos casos das doenças isquémica e cerebrovascular, da diabetes, da osteoporose, da doença de Alzheimer e da doença de Parkinson. Pela segunda entendem as doenças “cujos mecanismo patogénicos não parecem envolver o processo de envelhecimento, como a gota, a úlcera péptica e a grande maioria das neoplasias” (cit. in Rendas, 2001).

Os comportamentos dos indivíduos podem acentuar ou minimizar o efeito da predisposição genética para o envelhecimento, sendo o consumo de tabaco e a alimentação os que têm uma maior influência (2000).

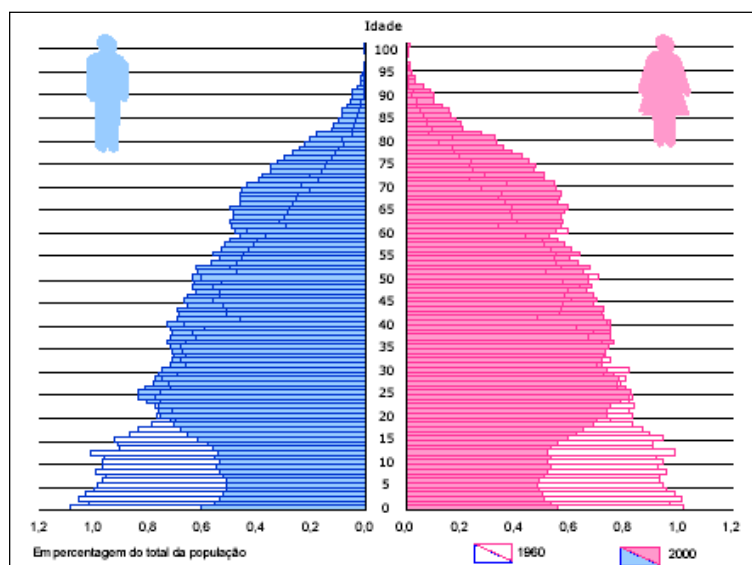
1.3 Envelhecimento Demográfico

Durante quase dois mil anos houve praticamente um equilíbrio entre a mortalidade e a natalidade, com um ligeiro ganho para a natalidade (Fontaine, 2000).

O envelhecimento demográfico, caracteriza-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, nomeadamente em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa (INE, 2002:7).

“O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos” (INE, 2002:7).

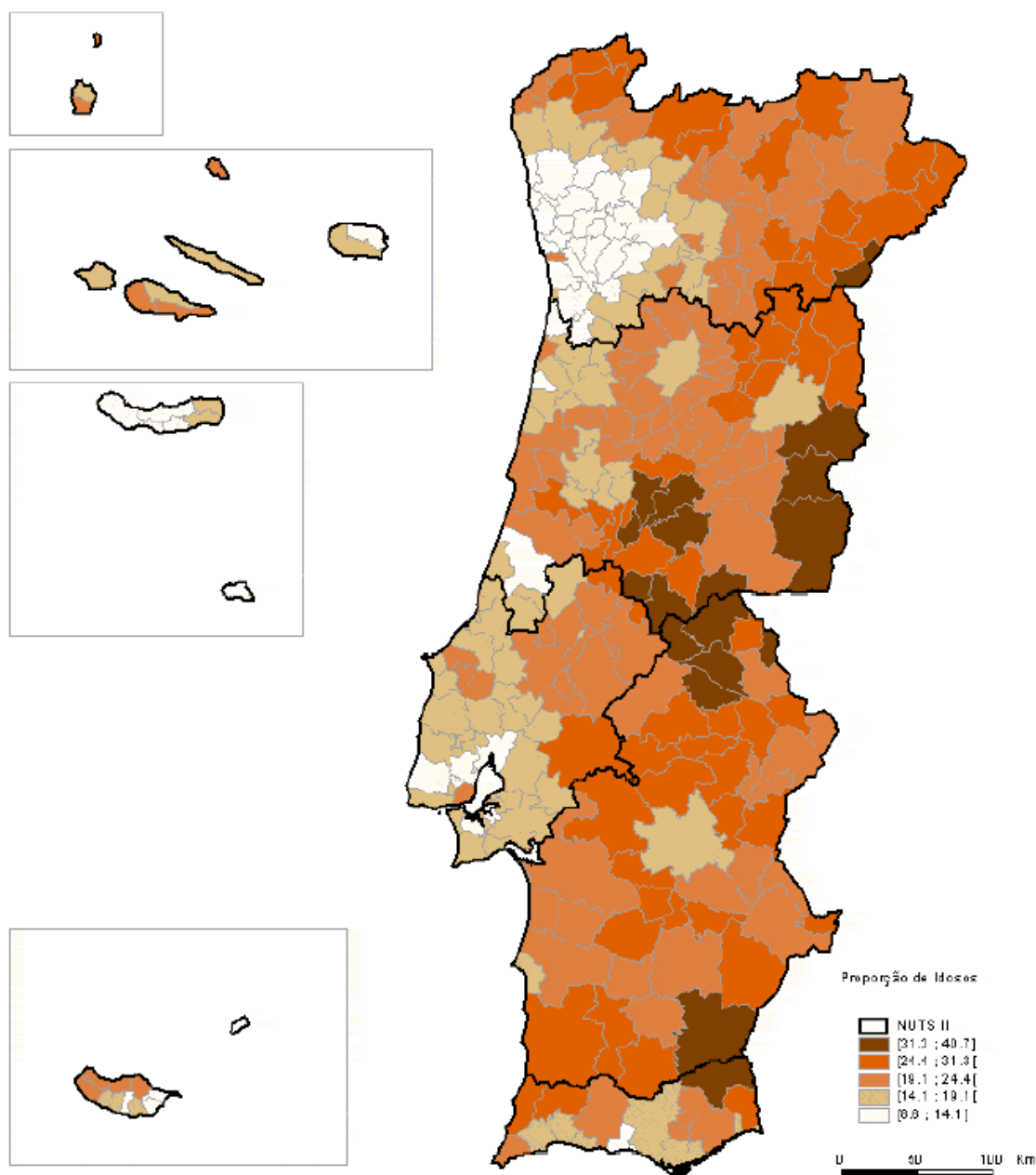
Figura 2 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000



Fonte: INE / DECP, Estimativas e Recenseamento Gerais da População

Em Portugal, o perfil etário da população portuguesa, tem cada vez mais indivíduos nas idades superiores e cada vez menos indivíduos nas idades mais baixas. A idade é mais que uma variável cronológica, estas modificações da estrutura etária vão reflectir-se nos múltiplos domínios da sociedade portuguesa (Rosa, 1996:1183).

Figura 3 - Distribuição da População idosa por concelhos, Portugal 2001



Na verdade, todos os níveis da nossa sociedade são afectados pelo fenómeno do envelhecimento demográfico, quer no plano económico, social, cultural, médico, biológico, e psicológico. Tal pode ser visível pelo contínuo aumento do número de reformados, pela necessidade de reestruturar o sistema de protecção social, pelo aumento do tempo do lazer, pela necessidade de estudar e compreender melhor o envelhecimento e

seus mecanismos, tornando-se fundamental que as pessoas não só morram o mais idosas possível, mas que vivam uma velhice bem sucedida (Fontaine, 2000:21).

O envelhecimento populacional começou por ser encarado nas sociedades industrializadas como uma catástrofe colectiva. Esta ideia pejorativa levou a que durante algum tempo se tivesse tentado, em alguns países industrializados, travar o seu processo. Nomeadamente através de políticas de incentivo à fecundidade. Posteriormente, vieram estas políticas a mostrar-se ineficazes, já que os casais continuavam a não querer mais descendentes. Sendo uma etapa normal da evolução humana, o envelhecimento demográfico pode ocorrer mesmo nos países em vias de desenvolvimento, os quais podem estar actualmente em plena transição demográfica, iniciando assim o seu processo de envelhecimento (Rosa, 1996:1184).

Este fenómeno pode ser observado tanto em países ricos como em países pobres (Fontaine, 2000:21).

Contudo, as alterações que ocorrem na evolução da estrutura etária têm que ter em conta as outras estruturas societais, nomeadamente, tecnológicas, económicas, familiares, culturais, sociais, na medida em que elas também sofrem mutações importantes (Rosa, 1996:1185).

No caso concreto de Portugal, Maria João Rosa acrescenta ainda que “o fosso cada vez maior entre o curso da estrutura etária e a organização da própria sociedade representa, assim, uma herança bastante pesada da trajectória da população portuguesa durante os últimos trinta anos; configurando-se, progressivamente, como um dos principais desafios que Portugal, a bem ou a mal, terá enfrentar” (Rosa, 1996:52).

“Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do Século XXI e obriga a reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente” (INE, 2002:10).

1.4. A velhice

A ideia de velhice surge no fim do Século XVII e é reforçada no Século XVIII pelo aumento da importância do grupo das pessoas idosas e da sua representatividade no seio das sociedades ocidentais (J. Pierre Bois cit. in Moraes, 1993:90).

Contudo, até ao século XX, segundo a perspectiva de Anne-Marie Guillemard, a velhice estava associada a dois factores importantes: ao envelhecimento biológico e ao património familiar. O envelhecimento biológico estava vinculado à invalidez ou enfermidade e o património familiar com a indigência ou com a mendicidade, isto é, “caso o património familiar não for suficiente para garantir a sobrevivência do indivíduo incapaz de exercer qualquer capacidade produtiva” (cit. in Barreto, 1996:46).

Para Barreto existem dois elementos para a definição de velhice a saber: a idade e o estatuto, “afirmando-se como uma fase autónoma e demarcada do ciclo de vida em função de critérios rígidos, apresentando uma identidade própria, com contornos nítidos, e independentes do próprio indivíduo” (cit. in Barreto, 1996:47).

Contudo, Frutuoso afirma que não é fácil definir velhice com exactidão, havendo que ter em conta três conceitos: a idade cronológica, a idade biológica, e o estado psicológico. O primeiro respeita apenas à idade oficial dada pelo Bilhete de Identidade, o segundo conceito corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos observados em cada grupo etário, o terceiro pode, entende o autor não depender da idade cronológica ou do estado orgânico. Muito embora não se possa definir velhice com exactidão, pode-se, porém, afirmar que a mesma não é uma doença, “mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir” (cit. in Fernandes, 2002:24-25).

Segundo o mesmo autor “a velhice situa-se predominantemente no campo psicológico e manifesta-se, na prática, através da viragem para o passado, que se recorda com nostalgia, sem que o idoso consiga encarar o seu futuro e o futuro do mundo em que está inserido com esperança, confiança e algum optimismo” (cit. in Fernandes, 2002:25).

Sánchez e Ulácia acrescentam que a velhice é uma construção social que se tem alterado historicamente e que difere de sociedade para sociedade. Trata-se de um conceito social que tem como referência essencial a idade cronológica, constituindo um dos critérios fundamentais para a organização da vida social (1998:13).

Segundo a OMS estipula-se actualmente a idade de 65 anos como limite caracterizador da velhice. (Oliveira, 2005:10)

Na verdade, muitos consideram “a passagem à reforma como porta de entrada para a velhice” (Paúl, 2005:16) não obstante “nos países em vias de desenvolvimento ou

subdesenvolvidos poderia bem ser os 60 ou ainda menos, devido à média de vida ser mais baixa” e nos países mais desenvolvidos poder, graças ao apoio da medicina, da higiene entre outros factores, considerar-se não os 65 anos, mas os 70 ou 75 anos como passagem à velhice, em relação à media de esperança de vida (Oliveira, 2005:10).

Deste modo podemos considerar que “os 65 anos há muito que deixaram de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice” (Paúl, 2005:16).

“Abrangendo-se um leque de vida bastante amplo geralmente aceita-se a divisão considerada no recenseamento dos Estados Unidos distinguindo três faixas etárias: 1) idosos jovens (*elderly*) 2) entre os 65 e os 74 anos (idosos sem adjectivação) (*aged*) (dos 75 aos 84;) 3) muitos idosos (*very old*) (a partir dos 85 ou 90)” (Oliveira, 2005:10).

A divisão etária da velhice não tem, no entanto, sido consensual, posto que há autores que as distinguem “por décadas, quatro espécies de velhice: os velhos jovens (dos 60 aos 69), velhos de meia-idade (70 aos 79), velhos (80 aos 89), e velhos muito velhos (a partir dos 90 anos)” (Oliveira, 2005:10).

Note-se que estas marcações cronológicas não podem contudo ser absolutizadas, (Oliveira, 2005:11) nem a própria velhice deve ser, com base em critérios rígidos, perspectivada duma forma estanque.

Na verdade, corrobora-se com Stuart-Hamilton quando afirma que “dados os múltiplos parâmetros ou complexidade de interpretação, poderíamos interrogar-nos o que é ser velho, em que consiste a velhice, sobretudo na sociedade tecnológica do futuro, não se afigurando fácil a resposta” (cit. in Oliveira, 2005:12)

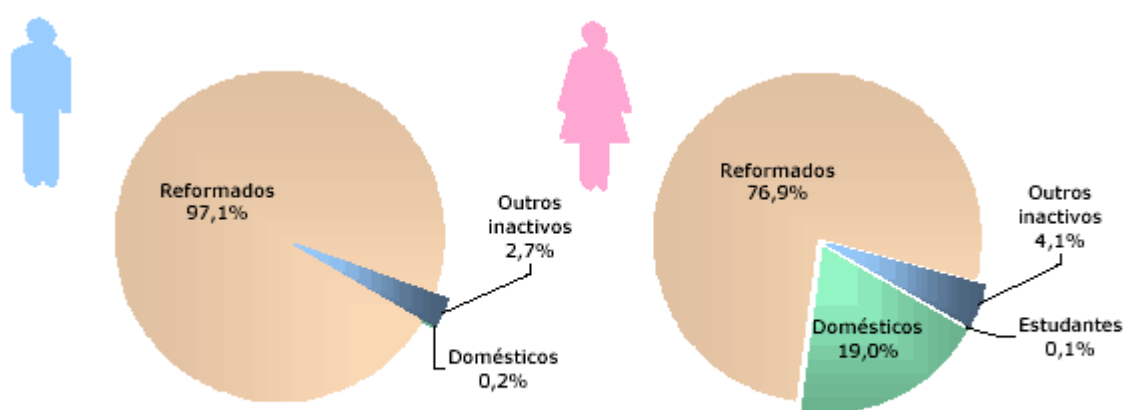
Segundo Teixeira, a imagem que temos hoje da velhice é uma imagem negativa associada às perdas fisiológicas, psicológicas e sociais (cit. in Scharfstein, 2004:323). Scharfstein acrescenta que a velhice passa a partir do final séc. XIX e do séc. XX a ocupar um lugar marginalizado no processo social, decorrente do primado da juventude, visto que este assenta na capacidade de reprodução da espécie e na produção de trabalho. “Velhos são aqueles que já realizaram o seu processo de vida e para os quais a morte se apresenta como o único destino possível” (2004:323). Nesta linha de raciocínio, Frutuoso acrescenta que nas “sociedades que é dada primazia à juventude em desfavor dos idosos, estes vêm-se desfavorecidos relativamente aos seus valores, dignidade, afectividade” (cit. in Fernandes, 2002:25).

Neste contexto, Berger acrescenta que “os “velhos” de hoje, os “gastos” e os “enrugados” cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que deifica a juventude, embora o envelhecimento tenha de ser entendido como um processo normal que faz parte da evolução de qualquer ser humano. O desconhecimento deste processo leva a falsas percepções (...) chegando muitas vezes a acelerar o processo de envelhecimento” (cit. in Fernandes, 2002:33, aspas no autor).

Segundo Briman, esta é a “lógica perversa da sociedade contemporânea, que retira do sujeito a sua possibilidade de viver o presente e o futuro no contexto social em que está inserido, ou seja, em face dessa falta de lugar social que provoca a desnarcização do sujeito idoso” (cit. in Scharfstein, 2004:323).

Na verdade, Frutuoso destaca que o “sentimento de importância, utilidade e auto-estima, são muitas vezes retirados quando o indivíduo se reforma, independentemente da sua vontade. Chegada esta fase, não é raro a sociedade prescindir deste grupo de indivíduos, independentemente da sua aparência e competência para o trabalho” (cit. in Fernandes, 2002:25). Frutuoso acrescenta ainda que este facto explica-se devido à necessidade de criação de postos de trabalho para os jovens. No entanto, não devem ser descuradas novas fontes de produtividade e contribuição para os idosos (cit. in Fernandes, 2002: 26) nomeadamente os exercícios da actividade profissional em regime de *part time*, onde estes possam ter maior flexibilidade de horário, bem como o sentimento de pertença e utilidade na sociedade.

Tabela 2- Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego

Sustenta o mesmo autor, ser frequente as pessoas adoecerem logo após a reforma porque não estão preparadas financeira e emocionalmente para o corte abrupto do seu ritmo diário, dos seus hábitos, do seu estilo de vida. Tal leva-as a que frequentemente tenham de ficar dependentes dos filhos, da Segurança Social ou de outro tipo de subsídios da Previdência Social, os quais são, em regra precários e insuficientes para assegurar as necessidades básicas da sobrevivência (cit. in Fernandes, 2002:26). Deste modo, “associada à fase da velhice parece estar a inversão de papéis. O indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação, quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido” (Fernandes, 2002:26).

A velhice está, também, associada à mudança de papéis, não apenas ao nível profissional, mas também ao nível familiar. Sánchez e Ulácia, precisam este último referindo a mudança de papéis familiares como o papel de mãe de adulto e avó de neto (1998:53). Nesta fase da vida, segundo Sánchez e Ulácia, ocorre uma tomada de consciência da vulnerabilidade/temporalidade da vida associada à perda (1998:54), que muito embora não seja específica da velhice existe uma maior tendência para o seu surgimento.

Assim, para Fernandes “há uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma separação, uma privação afectando o seu *status*, os seus papéis, os seus objectivos ou os seus sonhos e ilusões” (2002:36). O autor adianta ainda, que às perdas palpáveis (desaparecimento de uma pessoa, morte...) está associada uma rede de perdas simbólicas de natureza abstracta, psicossocial, como a perda de auto-estima (2002:36). Na verdade, segundo Foucault, as perdas simbólicas podem afectar, igual ou com maior peso que as perdas objectivas, o sentimento de segurança e os valores da pessoa (cit. in Fernandes, 2002:37).

Fernandes toma como exemplo o caso dum internamento, afirmando que este, pode implicar um certo número de perdas: perda de intimidade, privacidade, etc. Adianta que as perdas podem ser graduais (doença degenerativa, cancro) ou súbitas (acidente, roubo) e que, previstas ou imprevistas, as perdas “são em geral múltiplas: é a perda de vigor, saúde, capacidades funcionais, da esposa ou marido, filhos, amigos, é a perda dos elos sociais, de emprego, de papel na família, do lar, entre outras (2002:37).

Na verdade, para os vários autores, a velhice não é de facto uma doença, mas uma fase do percurso de vida com características próprias, onde a mudança dos papéis, as perdas, têm repercussões ao nível da qualidade do processo de envelhecimento.

1.4.1. Autonomia, Dependência e Independência no Idoso

Segundo Fernandes a autonomia “é o comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adoptado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes” (2002:49).

Lobo entende que a independência é a capacidade “de alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outras pessoas” (cit. in Fernandes, 2002:49), por outro lado, Phaneuf considera que a dependência é a “incapacidade do indivíduo para adoptar comportamentos, ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável da satisfação das suas necessidades” (cit. in Fernandes, 2002:49-50).

Para Fernandes a dependência nos idosos surge com “mais frequência face a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades como: falta de apoio e afecto familiar; isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos (com afecto significativo); a inactividade proveniente da reforma, ou perda de forças, originando diminuição de rendimentos económicos; alteração de estatuto e perda de prestígio; a passividade, porque não tem compromissos” (2002:50).

Fernandes cruza os conceitos de independência e autonomia, afirmando que o indivíduo pode:

- Ser autónomo e independente.
- Ser dependente e autónomo, isto é, pode ter necessidade de ajuda para realizar actividades da vida, o que lhe provoca dependência, mas manter autonomia, porque decide o seu modo de vida.
- Ser dependente e não autónomo. Esta perda de autonomia surge quando é interdito ao idoso a escolha de regras do seu comportamento.
- Ser independente e não autónomo” (2002:51).

Para o mesmo autor, a liberdade é a condição de vida em sociedade, sem a qual não há autonomia e que os meios para a desenvolver ou restabelecer são: por um lado, a organização social global (acesso à cultura, educação, organização do trabalho...), por outro lado, desenvolver estratégias que evitem a dependência e promovam a qualidade de vida (Fernandes, 2002:51).

Concebe-se qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, cit. in Pinheiro e Freitas, 2004:270).

Não podemos escamotear que é um facto que o envelhecimento pode acarretar situações de fragilidade e dependência (Ribeirinho, 2006), no entanto, estas não são específicas do envelhecimento, podendo surgir também, nas camadas mais jovens da sociedade. Assim, não será o factor determinante para se considerar o envelhecimento como um problema social. Com efeito, ressalta-se que “um indivíduo mesmo portador de doença poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções e actividades, capaz de alcançar expectativas e desejos, ter projectos, enfim, de se manter activo no seu meio, ou seja, ter alguma função social que lhe proporcione uma boa qualidade de vida” (Ribeirinho, 2006).

Pensa-se ser aqui que reside o problema social, ou seja, a qualidade de vida. Esta, não é própria da velhice, mas de toda a sociedade em geral. Com efeito, os idosos estão mais propensos a esta visão redutora, uma vez que “estamos habituados a encarar o envelhecimento sob uma perspectiva de inactividade, de inutilidade social, de dependência, que temos dificuldade em pensá-lo com base em outros referenciais que não aqueles ligados a *perdas* ou a *deficits*” (Ribeirinho, 2006, itálico no autor). Mas tal olhar não poderá reduzir a intervenção, antes estimulá-la a uma nova concepção.

Pensar o idoso como um ser de Direito e encarar o envelhecimento como uma etapa natural da vida, aliás como qualquer outra, deverá ser um compromisso societal. Quando se pensar na inserção do idoso, sob uma perspectiva activa na sociedade, quando se assumir que velhice e doença não são, efectivamente, sinónimos, no fundo quando se assumir o papel de idoso igual ao do jovem, aí será certamente o passo de desenvolvimento e progresso da nossa sociedade, tornando-a, assim, mais democrática.

1.5 – Representações Sociais, Mitos e Estereótipos em Relação aos Idosos

O termo representação social surge inicialmente com Durkheim no campo da sociologia. Hoje em dia, é um conceito que aparece ligado a todos os domínios das ciências humanas. Segundo Abdelmalek e Gérard (1999:210), as representações sociais, “são o produto das acções e das relações humanas e têm uma existência real, como a linguagem ou os estados de bem-estar ou de sofrimento”.

Na sociedade actual, o poder económico é sinónimo de aumento da qualidade de vida, uma vez que, as sociedades ditas modernas, têm uma forte identificação com o lucro e o poder de compra. A diminuição da capacidade produtiva e o aumento da dependência e das necessidades, contrariam o que é considerado desejável ao “bom funcionamento social”. Nesta perspectiva, a terceira idade torna-se um objecto de fracasso e de inutilidade, pelo que é frequentemente marginalizada, como grupo social, e vítima de preconceitos e imagens pré-concebidas.

Castro (2007), complementa esta ideia ao afirmar que: “a modernização da sociedade transformou o modo e o meio em que vivemos, conferindo à maioria dos idosos a impossibilidade de partilha e progresso”.

Para Berger (1995:64), os estereótipos traduzem “uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, segundo um padrão bem determinado e pode ser positivo ou negativo” e são vários os que estão associados aos idosos e ao envelhecimento. De acordo com a mesma autora, os mitos são construções do espírito que não assentam na realidade. São representações simbólicas que, principalmente, pela falta de conhecimento em relação ao fenómeno do envelhecimento, são marcadamente manifestadas pela sociedade em geral. A maioria dos sinónimos do termo “velho”, estão associados a uma vertente negativa e paternalista e limitam substancialmente a compreensão do processo de envelhecimento, contribuindo simultaneamente para edificar e manter as representações, os estereótipos e os mitos face aos idosos.

Mauritti (2004), aponta dois grandes grupos de representações sobre a velhice e o envelhecimento. Por um lado, uma abordagem da velhice negativa, fundamentada nas situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência, restringindo o indivíduo, nesta fase do ciclo vital a uma existência, desprovida de interesses, integração

social e oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento relacionado com uma vertente mais positiva, onde imperam factores como a liberdade, maior estabilidade económica, mais disponibilidade e tempo para o lazer.

Beauvoir, citada por Berger (1995:63), diz-nos em relação aos idosos que “a imagem sublimada que fazemos deles, é a do sábio, aureolado de cabelos brancos, rico em experiência e venerável, que domina do alto da condição humana; se se afastam desta imagem, caem por terra: a imagem oposta à primeira é a do velho louco que não raciocina e que divaga e de quem os filhos se riem. De uma maneira ou de outra, pelas suas virtudes ou pelos seus objectivos, situam-se fora da humanidade.”

Simões (1985:207), faz referência aos estereótipos relacionados com os idosos, definindo o conceito, sob o ponto de vista psicossocial como: “uma matriz de opiniões, sentimentos atitudes e reacções dos membros de um grupo com as características da rigidez e da homogeneidade”.

O mesmo autor, citando estudos americanos, revela que os estereótipos face aos idosos estão presentes em todas as idades. As crianças, por exemplo, consideram-nos simpáticos ou em oposição classificam-nos como maus. Os adultos apontam uma grande variedade de estereótipos, tais como: doentes, cansados, desinteressados pelo sexo, mais lentos, menos capazes de novas aprendizagens, pouco sociáveis, rabugentos, não produtivos e a atravessar a pior fase da vida.

Um trabalho realizado na “Université de Montreal”, pelos investigadores Champagne e Frennet,, referido por Berger (1995:67-68), revela-nos, 14 dos mais comuns estereótipos relacionados com os idosos e que são os seguintes:

- “Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir”;
- “Divertem-se e gostam de rir”;
- “Temem o futuro”;
- “Gostam de jogar às cartas e a outros jogos semelhantes (bingo, loto, etc.)
- “Gostam de conversar e de contar as suas recordações”;
- “Gostam de depender dos filhos”;
- “São pessoas doentes e tomam muitos medicamentos”;
- “Fazem raciocínios senis”;
- “São relativamente limpos e não se preocupam com a sua aparência”;

- “São muito religiosos e rezam muito”;
- “São muito sensíveis e inseguros”;
- “Já não se interessam pela sexualidade”;
- “São muito frágeis para fazerem exercício físico”;
- “São quase todos pobres”;

O mesmo estudo revela-nos também, que desta lista só foram confirmados os seguintes sete estereótipos, o 3, 5, 6, 7, 8, 10, e o 11, e que a sua verificação parece estar ligada, mais a aspectos da personalidade e factores sociais, económicos e culturais do que propriamente ao envelhecimento.

O envelhecimento, é, na perspectiva dos gerontólogos, um fenómeno marcado pela complexidade e heterogeneidade. Simões, (1985:110), considera que se pode ser “velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade e jovem, socialmente”. Ainda segundo o autor é possível combinar de forma diferente qualquer uma destas três situações.

A heterogeneidade que caracteriza os idosos, distingue também duas populações de idosos: os institucionalizados e os não institucionalizados. Para Simões (1985), estas populações diferem quer pelas condições de vida, quer pelo seu número, já que a população idosa institucionalizada é menor do que a não institucionalizada. Enquanto que os idosos não institucionalizados, mantêm ligação com a sociedade, quer pela sua autonomia quer através da família onde estão inseridos, aqueles que estão institucionalizados, muitas vezes apresentam uma condição física desfavorável e estão socialmente mais limitados e isolados. Nesta perspectiva e de acordo com o autor, as investigações cujas amostras integram idosos institucionalizados, podem favorecer uma imagem mais negativa, sobretudo, se estes se enquadrarem, no grupo dos mais desfavorecidos, quer física quer socialmente.

Segundo Fonseca e Sousa et al (2004), os idosos são encarados, pela sociedade em geral, como doentes, ou no caso de o não estarem, como seres incapazes ou dependentes. Outra ideia que é comum sobre a velhice é a de que os idosos voltam a ser crianças nesta fase do ciclo vital. Assim, são várias as crenças, os mitos e os estereótipos sobre a velhice e o envelhecimento, que na sua maioria são de carácter negativo e desvalorizador, o que reduz de forma significativa a imagem e estatuto social do idoso. Conforme Hoffman, et al (1999:509), “a visão de que as pessoas idosas são no mínimo

incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminá-las, ignorá-las, ou não levá-las a sério”.

As atitudes que adoptamos perante o idoso e a forma como nos relacionamos com ele, condicionam vincadamente a forma como este encara a velhice e todo o processo de envelhecimento. Desta forma, se tivermos atitudes positivas e estimulantes estamos certamente a favorecer a sua integração na sociedade, ao passo que as atitudes negativas, podem contribuir para o seu mal-estar e sentimento de peso para os outros. Berger (1995), identifica como principais atitudes negativas face à velhice a gerontofobia, o automorfismo social, o idadismo ou “âgisme”, e a infantilização ou “bebeísmo”.

A gerontofobia consiste no “medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice” o que traduz uma atitude de carácter fortemente negativo, podendo mesmo chegar a comportamentos de repugnância face ao envelhecimento e tudo o que com ele se relacione.

O automorfismo social traduz-se no “não reconhecimento da unicidade do idoso”. O idadismo ou “âgisme” diz respeito a “todas as formas de discriminação com base na idade”, ou seja, a sociedade e as pessoas em geral, atribuem à idade, a principal causa para estados de doença, determinados comportamentos ou situações inexplicáveis que acontecem ao indivíduo idoso.

A infantilização ou “bebeísmo” é uma situação muito frequente, quando o idoso começa a perder autonomia e capacidades, levando ao tratamento por tu, à utilização de diminutivos como avozinho, etc.

Estas atitudes, são influenciadas por variados factores, como, a educação, a cultura, a idade, os meios de comunicação social, entre outros, e são fortemente desvalorizadoras do indivíduo idoso não o respeitando como pessoa humana.

Simões (1985), defende que os idosos não se enquadram, na generalidade, nos vários mitos e estereótipos que a sociedade pré-definiu em relação a este grupo etário. Para o autor (1985:109), “os idosos não constituem um grupo homogéneo de indivíduos, cujo perfil possa facilmente descrever-se, com base numa meia dúzia de traços”. Assim, diz-nos que a grande maioria dos idosos não sofre de qualquer enfermidade. Botwinick (1981), citado pelo mesmo autor (1985:7), em estudos realizados na população americana, afirma que cerca de “(...) 80% dos adultos mais idosos não estão fisicamente incapacitados, nem em grande risco, em termos de vida ou de morte por outras palavras, 80 por cento gozam de saúde razoavelmente boa”.

Tendo em conta os resultados destes estudos, podemos concluir que, do ponto de vista da saúde, tanto os mais novos como os mais velhos, sofrem de doenças agudas e crónicas, embora estas sejam mais frequentes na terceira idade e as primeiras surjam com mais frequência nos jovens. De acordo com Simões (1985:112), ainda se “continua, erroneamente, a confundir envelhecimento com doença, acaba-se erroneamente, por atribuir àquele o que é efeito da doença”.

Tal como em relação à saúde, a senilidade, a diminuição da capacidade cognitiva, o medo da morte, o voltar a ser criança (infantilismo), a não produtividade, entre tantas outras ideias pré-concebidas sobre a terceira idade, constituem também aspectos que não são exclusivos da pessoa idosa, podendo estar presentes em qualquer idade. Segundo Belmin (1999), a par de todas estas crenças é também comum o estereótipo cultural de que a sexualidade do idoso termina com o fim da função reprodutora, sendo que actividade sexual desaparece na mulher depois da menopausa e é quase inexistente no homem idoso.

Em oposição a esta ideia, Canhão (1997), considera que o processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada do indivíduo, mas sim a uma outra etapa no percurso da sexualidade humana, a qual deve ser merecidamente vivida e apreciada. Porém, face ao desconhecimento e à forte pressão sócio-cultural, é frequente os idosos experimentarem sentimentos de culpa e vergonha, chegando-se a considerar pessoas fora da normalidade, por entrem prazer e vontade de manifestar a sua sexualidade. Em última instância, podem mesmo renunciar e ocultar a sua sexualidade para não se sentirem discriminados. A sexualidade só por si, já é uma área considerada tabu na nossa sociedade, quanto mais quando associada ao idoso. Contudo, não nos devemos esquecer que o facto de o indivíduo ter uma esperança de vida cada vez mais alargada, prolonga também todo um conjunto dos papéis sócio-afectivos que este desempenhou ao longo da sua vida, incluindo a sua sexualidade.

Socialmente, existem estereótipos ou tabus que negam aos idosos a possibilidade de satisfazer abertamente as suas necessidades. Eles próprios podem bloquear os seus impulsos sexuais por causa de preconceitos, o que por vezes conduz a uma contradição entre o que é esperado deles, por parte da sociedade e aquilo que eles realmente necessitam e desejam.

Para Simões (1985), é um contra-senso que uma sociedade dita “liberal”, que se supõe ter superado muitos preconceitos sexuais, rejeite a manifestação da sexualidade nos idosos, o que por vezes conduz a que os próprios idosos se marginalizem. Os meios de comunicação, a publicidade e os cânones de beleza que impregnam a sociedade super

valorizam a juventude, os corpos perfeitos e a atracção física, como requisitos para encontrar um parceiro e manter um relacionamento. Ainda de acordo com o mesmo autor (1985), baseado nos estudos de Broderick (1982), os idosos mantêm interesse pela vida sexual, mantendo-se activos neste campo nesta fase do ciclo vital. Lima (2003), refere-nos que muitos dos mitos acerca da sexualidade na terceira idade, estão generalizados em anedotas e ditos populares. A mesma autora (2003:110), citando Gomez et al., (1987) e Lopez e Fuertes (1989), considera que “os mais comuns são os seguintes:

- O coito e a emissão de sémen são debilitantes e precipitam o envelhecimento e a morte;
- A vida pode ser prolongada pela abstinência sexual na juventude e a inactividade mais tarde;
- A masturbação só é praticada por idosos perturbados sendo uma característica infantil;
- Depois da menopausa, a satisfação sexual diminui;
- Os idosos são particularmente vulneráveis a desvios sexuais como o exibicionismo e as parafilias;
- As mulheres idosas que apreciam sexo foram ninfomaníacas;
- A maioria dos idosos perde o desejo e a capacidade de ter relações sexuais;
- As pessoas doentes não devem ter relações sexuais;
- A execução sexual mantém-se igual ao longo da vida;
- Quem deixa de ter capacidade sexual nunca mais poderá voltar a ter;”

Sob o ponto de vista físico, quando nos referimos aos mais velhos, o vigor da juventude já não é com certeza o mesmo, podendo haver dificuldades de desempenho em ambos os sexos. O homem pode ter maior dificuldade em manter a erecção, assim como a mulher, pode apresentar alterações ao nível da lubrificação, tendo mais dificuldade em se excitar e ficar preparada para a relação (Simões 1985; Canhão 1997).

O desejo, ao contrário, pode não se alterar, talvez até porque neste momento da vida, os filhos já estão criados, as dificuldades superadas, o que tende a facilitar e favorecer o desejo sexual. A quantidade tão generosa no início da vida sexual, dá lugar a uma vivência sexual mais qualificada, em que o prazer do casal assenta na qualidade.

De acordo com Lopez e Fuertes (1989), é importante desmistificar, os aspectos relacionados com a sexualidade do idoso, para que este não desacredite dos seus potenciais e capacidades e adopte uma vida assexuada. Uma sexualidade bem vivida, facilita a

resolução da problemática existencial relativa à convivência com a idade avançada, aumentando o prazer de viver e a auto estima, tanto para o homem como para a mulher.

Kastenbaum (1979), citado por Simões (1985:114), conclui que: “a importância de continuar o relacionamento amoroso, na velhice, é difícil de sobrestimar. O sexo acarreta mais do que a satisfação física directa, embora não se deva menosprezar a sua importância”. Para o autor, a intimidade de duas pessoas que partilharam durante anos, dissabores e alegrias, atenua o efeito que a sociedade tem sobre o idoso e a sua sexualidade, salientando que, esta mesma sociedade que estigmatiza a pessoa idosa, não tem capacidade de a ver tal como ela é na realidade.

1.6 – O idoso e a Família na Sociedade Actual

Desde a década de 60 a estrutura social tem vindo a sofrer alterações sucessivas com repercussões directas na organização familiar. O desenvolvimento sócio-económico, provocou o aumento da escolarização feminina e o acesso crescente ao mercado de trabalho, por parte das mulheres. A nova concepção dos papéis desempenhados por homens e mulheres, o acesso ao mercado de trabalho, o aumento dos níveis de escolarização e a laicização da sociedade podem, entre outras razões, justificar a origem de diferentes formas de união, que não o casamento católico, o aumento dos divórcios e dos filhos tidos fora do casamento. Todo este conjunto de modificações sociais teve repercussões ao nível do contexto familiar e social actual, originando a verticalização das famílias, o crescente número de idosos e a complexificação nos laços familiares.

Segundo Bolander (1998:398), “a unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente, incluindo outras pessoas” no entanto, definir família não é tarefa fácil e são várias as definições encontradas para este conceito. Rebelo e Agostinho (1998:6), definem família como “um conjunto de pessoas, frequentemente mas não necessariamente, relacionadas pelo sangue ou pelo casamento, que vivem na mesma casa, com o compromisso mútuo de cuidarem uns dos outros ao longo do tempo”. Na mesma linha de pensamento, Manley (1989:13), referindo-se à definição de SmilKstein, diz-nos que uma família é como “(...) uma unidade básica da sociedade, cujos membros estão motivados para cuidarem uns dos outros, tanto física como emocionalmente”.

Na perspectiva de Pichon-Rivière (1988), a família constitui um pilar essencial na definição e conservação das diferenças humanas e confere uma forma objectiva aos papéis distintos, mas mutuamente vinculados, do pai, da mãe e dos filhos, elementos determinantes que constituem os papéis básicos em qualquer comunidade, independentemente dos seus aspectos culturais. Numa definição mais abrangente e operativa adoptada por alguns autores, nomeadamente Bolander (1998), Segalen (1999) e Sousa et al (2004) pode-se considerar que a família corresponde a um grupo no qual se verificam três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais – filhos) e consanguinidade (irmãos). Tendo por base o objectivo genérico de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição das suas identidades pessoais, a família desenvolveu ao longo dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

De acordo com Segalen (1999), as grandes mudanças sócio-culturais dos anos 70, deram lugar ao aparecimento de novas formas de união, que não o convencional casamento entre homem e mulher, o qual constituía a génese das famílias tradicionais. Na mesma perspectiva, Sousa et al (2004) refere que as famílias estão a tornar-se mais verticais em virtude da diminuição da taxa de natalidade (resultado de um planeamento familiar mais cuidado com a utilização de contracepção por parte das mulheres) e do aumento da longevidade, ou seja coexistem várias gerações, cada uma delas com poucos elementos, sendo as mais novas aquelas que menos membros têm. Assim, deixamos de ter famílias alargadas, em que pais, filhos e netos viviam juntos e em que a solidariedade e a prestação de cuidados entre gerações fica mais facilitada, para termos famílias nucleares, em que os filhos, por uma questão de trabalho, por vezes se encontram a uma distância geograficamente considerável.

Na sequência destas alterações, são, actualmente, vários os tipos de famílias que constituem a nossa sociedade, sendo as mais comuns as seguintes: famílias do tipo nuclear (marido, mulher e filhos biológicos), famílias mistas (marido e mulher que têm filhos de relações anteriores e os seus próprios filhos, os quais vivem em comum), famílias alargadas, cada vez menos comuns, (marido, mulher, filhos, avós, tios e outros membros consanguíneos que coabitam) e as famílias mono parentais (apenas um dos progenitores coabita com os filhos, o que não acontece só por viuvez, divórcio ou desaparecimento de um os elementos do casal como se verificava no passado).

Toda esta diversidade familiar difere de cultura para cultura e também dentro da própria cultura, já que têm vindo a mudar os papéis desempenhados por cada um no seio da família. Antigamente, os cuidados aos idosos eram assumidos pela família, tradicionalmente extensa, sobretudo pelas mulheres com parentesco mais próximo (esposa, filha, nora...), onde se verificava uma notória solidariedade familiar e onde predominava a ideia de que só os idosos sem família seriam institucionalizados. Com as mudanças já anteriormente referidas ao nível das estruturas familiares, tem-se verificado um empobrecimento das relações dentro da família e uma menor disponibilidade para cuidar do idoso.

Embora se envelheça cada vez mais tarde e se verifique que existe um grande número de idosos com um razoável estado de saúde e vitalidade, é inevitável pensar também que os indivíduos desta faixa etária, pela diminuição das suas capacidades físicas, psíquicas e sociais estejam mais vulneráveis e sujeitos à doença, expressando-se num maior grau de dependência familiar.

Durante a velhice, a família é o suporte e o lugar privilegiado de trocas entre as pessoas. O envelhecimento no seio familiar permite o entrosamento de gerações, dando aos indivíduos mais velhos um envelhecimento mais harmonioso. Como refere Sousa et al (2004:9) “a família é o contexto desejado para envelhecer, tal como é o lugar apetecível para viver todas as fases do desenvolvimento familiar”, uma vez que é vista como um lugar de segurança, de identidade, um local de aconchego e de lembranças em particular para os idosos. Ainda segundo o mesmo autor (2004:10) “a família no fim de vida e cada um dos seus membros vivem um momento único, fruto de tantas ocorrências da sua história. A qualidade e características da vida, no final, resultam de tudo o que se viveu até aí”.

Com a velhice verificam-se alterações nas redes sociais, que diminuem de tamanho, centrando-se mais os contactos nos familiares. Consequentemente, reduz-se a reciprocidade e o

idoso passa a receber mais do que aquilo que dá, daí a grande importância de um bom suporte familiar. O papel do idoso dentro da família, difere consoante o seu contributo na dinâmica familiar. Enquanto activo e independente, é encarado como uma mais valia e um recurso disponível, colaborando na educação dos netos, na execução das tarefas diárias e nalgumas situações, na economia doméstica.

Quando o idoso começa a apresentar algumas limitações e deixa de assumir um papel activo ou se torna dependente, transforma-se, na maioria dos casos, numa sobrecarga

familiar. Como refere Fernandes (1997:59), “... as relações que se estabelecem entre os membros de uma família e as solidariedades daí decorrentes estão dependentes das condições materiais e objectivas em que se estabelecem e dos pressupostos ideológicos e culturais em que se funda a família”.

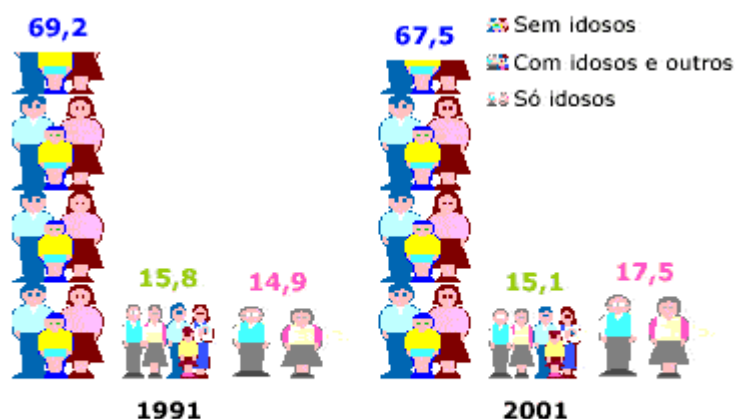
Ramos (2004:178), diz-nos que “a família constitui um todo social, com especificidades e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema mais vasto de interacções sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais formais e informais”.

De facto, cuidar de um familiar idoso e com patologias associadas, poderá conduzir a tensões entre os vários membros da família, em virtude do desgaste provocado pela situação. As características da actual sociedade, quer pelas exigências do mercado de trabalho e do quotidiano, quer por questões de natureza económica, conduzem frequentemente à procura de apoios fora do seio familiar, nomeadamente de instituições para idosos, o que nem sempre é a solução desejada pelo idoso.

Estimativas com base nos resultados provisórios dos Censos 2001 revelam que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo as famílias com idosos e outros e as só de idosos) aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%. Pode verificar-se, contudo, que enquanto as compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período intercensitário. De referir ainda que do total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

A velhice e o seio familiar conduzem-nos a uma profunda reflexão sobre a forma como envelheceremos um dia, que suportes familiares teremos e de que forma estaremos aptos a cuidar dos nossos idosos.

Tabela 1- Evolução das famílias clássicas segundo a sua composição, Portugal 1991 e 2001



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População

A velhice e o seio familiar conduzem-nos a uma profunda reflexão sobre a forma como envelheceremos um dia, que suportes familiares teremos e de que forma estaremos aptos a cuidar dos nossos idosos.

1.7 – Envelhecimento Activo

Partindo da noção de Envelhecimento tem três componentes:

- a) O processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade maior de morrer, a que se chama senescência;
- b) Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade, para esse nível etário;
- c) O envelhecimento psicológico, definido pela auto regulação do individuo no campo de forças, pelo tomar de opções, adaptando-se ao processo de senescência.

O tema "envelhecimento" tem sido alvo de estudos de pesquisadores e profissionais e vem desencadeando a produção de conhecimentos que contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida de pessoas que alcançam esta etapa da vida. O que vem acontecendo ultimamente, no segmento da terceira idade, é uma sensível mudança em relação às atitudes e aos comportamentos. De pessoas inertes, passivas e dependentes transformam-se em pessoas actantes, bem resolvidas e autónomas. Este modo de ser é classificado pelos profissionais de saúde como: "envelhecimento activo".

O envelhecimento activo é uma terminologia indicada pela ONU (Organização das Nações Unidas) para as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento. Ela estabelece a optimização das oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida, conforme as pessoas envelhecem. Envelhecer, portanto, é um processo natural, todavia, isso não supõe que o idoso esteja determinado à ausência de saúde ou à falta de acesso aos meios necessários que possibilitem o usufruto de qualidade de vida.

É importante que as pessoas que estão na terceira idade procurem ter como meta um estilo de vida activo. Neste sentido, é necessário buscar um tipo de actividade que lhe de prazer, divertimento, satisfação. Várias actividades podem ser destacadas, entre outras: a dança, a natação, a caminhada, as excursões, as visitas, os trabalhos voluntários, as actividades físicas, as participações em grupos destinados a terceira idade.

Em relação as actividades físicas, elas representam uma importante aliada na manutenção da capacidade orgânica e funcional durante o processo de envelhecimento. Na prática de actividades físicas, vários benefícios são adquiridos, destaque para a diminuição da depressão, a melhoria da auto-estima, o equilíbrio, o aumento da densidade óssea, a manutenção dos reflexos, a flexibilidade, a mobilidade e também a ajuda no controle ou redução das repercussões de doenças, entre outras: diabetes, artrite, osteoporose, doenças cardíacas, obesidade.

As pesquisas mostram que as pessoas que tem o hábito de participar de programas de actividades físicas, sistematizado e controlado, reduzem em torno de 25% as doenças de natureza cardiovasculares, 10% dos casos de acidente vascular cerebral, de doenças de causa respiratória crónica e, ainda, dos distúrbios mentais. Talvez o aspecto mais importante refere-se ao aumento de 10% para 30% do número de pessoas capazes de cuidar de si mesma. Um outro factor a ser ressaltado diz respeito ao fato de que a vida activa e social possibilita e facilita a adaptação à aposentadoria.

Diante destes dados, é primordial buscar o auto-conhecimento para poder compreender seus anseios, suas habilidades e, também, suas dificuldades. Diversas capacidades latentes podem ser despertadas por meio das artes, dos desportos, do lazer, da aprendizagem de novos conhecimentos, do convívio com outras pessoas que apresentam uma atitude de vida diferente diante das dificuldades ou até mesmo do isolamento .

As actividades em grupos podem ajudar as pessoas no resgate da auto-estima, na retomada de antigos projectos de vida e até mesmo no reencontro com a vaidade esquecida. Os namoricos, os amigos, os bailes, as palestras, os jantares e outras actividades culturais e

sociais contribuem para esses resgates e devem ser além de aceites pela comunidade e família, incentivadas e garantidas. Uma pessoa que recupera a autonomia, a auto-estima e a vontade de viver, muda não somente a sua vida, mas também de pessoas da sua família com as quais convive.

Não nos podemos esquecer, todavia, que muitas pessoas ainda não tem direito às oportunidades acima destacadas. Torna-se necessário, portanto, cobrar de segmentos de decisão política, a inclusão e as oportunidades de acesso às pessoas que estão à margem da sociedade. Cabe, de forma especial, aos municípios a tarefa de colocar em prática uma Política Municipal do Idoso, que deve ter conteúdos gerais, comuns ao conjunto dos municípios e aspectos específicos, relacionados com as peculiaridades locais. Grande parte das pessoas, por falta de condições dignas na velhice, desanima, entra em depressão e perde a vontade de viver, por isso, buscar o equilíbrio, um envelhecimento activo, deve ser também uma tarefa destinada e exercida por governos, entidades e pelo conjunto da sociedade.

À semelhança do que se passa com outros indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social, são um importante elemento de bem estar e saúde física e mental dos idosos. No âmbito dessas redes a família surge como o centro de todo o apoio recebido e prestado, embora o seu carácter “não voluntário” possa introduzir efeitos complexos e nem sempre positivos na vida dos idosos.

As relações interpessoais significativas, a par com a saúde e autonomia, são, no entanto, elementos de uma causalidade complexa, ora emergindo como resultado, ora como variáveis mediadoras, ou até determinantes do envelhecimento activo visado.

O envelhecimento activo é um processo que diz respeito a todas as pessoas e uma tarefa de curso de vida. Ao nível da sociedade, cabe criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a sua participação cívica, a todos os níveis de decisão. A promoção da vida social, solidária e voluntária, o exercício da cidadania é uma responsabilidade colectiva e um dever e direito individual. A rede de suporte social de cada um e principalmente a existência de relações significativas, devem corresponder a um investimento afectivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e durante o envelhecimento.

A velhice é acompanhada por um forte aumento de heterogeneidade. Na verdade não se deveria falar em velhice, mas sim de velhices. No quadro do envelhecimento normal, os especialistas distinguem a velhice habitual e a velhice bem sucedida. Esta última é a

conjugação de três categorias de condições: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico (velhice óptima) e a manutenção da participação social. Existem, assim, diferentes tipos de reforma, correspondentes a sentimentos variáveis de velhice bem sucedida.

1.8 – Os idosos e os seus direitos

Ao propor discutir direitos do idoso, torna-se necessário em primeiro lugar referir a diferença entre gerontologia e geriatria. Gerontologia é uma ciência que estuda o processo de envelhecimento, levando em conta todos os processo do envelhecer. Em linhas gerais, a gerontologia trata do processo de envelhecimento, enquanto a geriatria se limita ao estudo das doenças da velhice e do seu tratamento, sendo uma especialidade da medicina. Devido às diversidades do processo de envelhecer, com o passar do tempo, demonstrou-se, unir, juntar, tornar cúmplices, gerontologia e geriatria, propondo a construção da gerontogeriatría, que e responsabiliza por estudar e atender ao idoso na sua integridade bio psicossocial.

Torna-se necessário questionar: o que é ser idoso? Esta é uma pergunta que muitas vezes não encontramos resposta, pois não há um entendimento claro das características biopsicossociais, culturais ou espirituais que avise o início da velhice.

Percebe-se que todos possuem um conceito para definir o idoso, uma imagem a partir de observações, da convivência ou daquilo que aprendemos da nossa família ou da sociedade. É necessário haver cuidado ao analisar o conceito a pessoa idosa. Para o jovem, o idoso pode ser definido como uma pessoa triste, deprimida, cansada, doente e solitária. Para os idosos, poderá ser diferente e vista como aluem muito vivido, com bastante experiência, mais lento, com doenças, com bastante tempo, tranquilo e mais perto da morte. Tendo em conta que a maior parte das características da velhice não são peculiares de uma faixa etária.

A velhice muitas vezes é analisada pelo lado negativo, definida como uma fase de dependência e invalidez, sem se considerar o seu lado positivo, ou seja, os conhecimentos e as experiências que podem ser transferidas as outras pessoas. Nesta fase da vida ter a oportunidade de viver uma vida longa e activa. Envelhecer sem preconceitos consiste na

necessidade de motivação, apoio e respeito pelas demais pessoas, para que o idoso mantenha a sua auto-estima elevada, fazendo com que se sinta útil e capaz.

O envelhecimento é um processo individual, único e próprio de cada pessoa, que, passa por situações comuns, mas com diferentes maneiras de lidar. O idoso que envelhece bem é aquele que se adapta com sucesso a uma variedade de factores stressantes esperados e inesperados, físicos, psicológicos e sociais.

O cuidado com o ser humano, não deve ser dominado pela sua faixa etária, deve sim, considerar as questões técnicas, éticas, estéticas, específicas e multidimensionais do processo de viver e morrer humano e cada etapa da vida.

Cabe ao idoso o direito de viver em sociedade, independentemente da sua idade, contudo diante desta nova realidade, onde a tecnologia proporciona uma maior longevidade, o idoso deve estar atento aos perigos que o cercam, em especial os relacionados à actividade sexual. Neste sentido, vale a pena ressaltar, a necessidade do idoso se manter activo e psicologicamente preparado para os problemas da sua idade.

Sob a questão do conhecimento, Cantera (2001), ainda percebe que haja uma crença de que o idoso não consegue aprender. A gerontologia educacional, procura desmistificar este conceito, postulando que os idosos são capazes de aprender, de administrar as suas vidas, de uma forma competente e de contribuir de forma significativa e produtiva na sociedade. De uma perspectiva de curso de vida, o ensino na velhice e os programas educacionais são essenciais para o bem estar social e físico do desenvolvimento pessoal. Demonstra ser a gerontologia educacional um dos caminhos para a inclusão do idoso, inclusive em relação à sexualidade, pois essa compreensão permite descobrir e explorar o seu corpo.

É preciso que, como seres humanos, que vivem em comunidade, resistam ao conformismo, estagnação, e mantenha viva a esperança de transformação. Os indivíduos devem ajudar o idoso a recuperar a sua autonomia, liberdade, respeitando as suas limitações. O idoso faz parte da comunidade e esta faz parte do idoso com as suas normas, linguagem e cultura. É necessário que se cumpra e se faça cumprir a Constituição Portuguesa, que determina autonomia, liberdade e saúde para todos.

Assim, estamos a salvar a cidadania do idoso, sendo ainda necessário dar-lhe a oportunidade de participar das decisões sociais e políticas, como cidadãos sociais e culturais, resguardando o seu direito e a sua possibilidade de intervenção, transformação,

emancipação e reconstrução, permitindo a possibilidade da sua inclusão na sociedade, como integrante activo.

Capítulo II – Saúde, Doença e Envelhecimento

2.1 – Aspectos Biológicos do Envelhecimento

Como referido anteriormente o envelhecimento constitui uma etapa do ciclo natural da vida, instalando-se progressivamente e exigindo do indivíduo uma adaptação constante. O processo de envelhecimento acarreta uma variedade de complexas interações entre factores intrínsecos e extrínsecos, as quais se reflectem nas modificações fisiológicas sofridas pelo indivíduo. Bize e Vallier (1985), citados por Monteiro (2005), referem que as mudanças físicas são graduais e progressivas, e traduzem-se fundamentalmente no aparecimento de rugas e perda de elasticidade da pele, alterações da mobilidade e da força muscular, perda de agilidade, aparecimento de cabelos brancos ou mesmo a queda do mesmo, alterações da acuidade sensorial, auditiva e visual, perturbações do aparelho respiratório e circulatório e alterações na memória.

Para Berger (1995), as alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento classificam-se em alterações estruturais das células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos ossos e articulações; pele, tecido subcutâneo e tegumento e alterações funcionais do sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema reprodutor, sistema imunitário, ritmos biológicos e sono. Estes aspectos traduzem um envelhecimento normal sob o ponto de vista biológico, no entanto, a longevidade de cada um depende do sexo, da raça e da etnia.

Segundo Fernandes (2002), citado por Anjos (2002:134), no processo de envelhecimento, registam-se “diferentes envelhecimentos das células, dos tecidos, órgãos e aparelhos, mas o homem envelhece como um todo”. Bromley (1966:62), considera que “a causa primária do envelhecimento humano consiste nas alterações físicas degenerativas que ocorrem no corpo com o tempo”. As modificações associadas à senescência, podem reflectir uma diminuição da capacidade de adaptação do idoso às várias agressões a que está sujeito no seu quotidiano. Porém, apesar de todas as mudanças biológicas que ocorrem durante a vida, o organismo mantém-se o mesmo em 60% ou 70% dos casos, conforme nos diz Berger (1995). Ainda de acordo com a autora (1995:123) “no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas

mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais. Trata-se, no entanto, de processos normais e não de sinais de doença”.

A pele é constituída por duas camadas, a epiderme e a derme. A epiderme é formada puramente de células, enquanto a derme é constituída por tecido conjuntivo que contém fibras colágenas e elásticas que dão elasticidade e firmeza à pele. Com o envelhecimento, essas fibras alteram-se e a elastina torna-se porosa, perdendo, assim, a elasticidade e dando o aspecto da pele do idoso, evidenciado pelas rugas. As espessuras da pele e do subcutâneo diminuem, os vasos sanguíneos rompem-se com facilidade, propiciando o aparecimento de equimoses aos menores traumas e predispondo a hipotermia em condições ambientais de grande resfriamento. São também comuns manchas salientes e escuras, conhecidas como queratose seborréica. Essas alterações são intensificadas nas áreas de pele expostas a luz.

O envelhecimento causa modificação na pilificação corpórea. Há diminuição do número de pêlos, excepto algumas regiões como narinas, orelhas e sobrancelhas. As unhas do idoso tornam-se opacas, frágeis, finas e sem brilho. Apresentam diminuição da velocidade de crescimento, a partir da terceira década, e estrias longitudinais em 67% das pessoas com mais de 70 anos.

A perda de dentes não é uma consequência inevitável do envelhecimento. Sem dúvida, que as alterações que atingem com frequência os tecidos da cavidade bucal do idoso geram menor capacidade de sustentação e menor eficiência da defesa imunitária da cavidade oral, possivelmente facilitando a maior proliferação bacteriana e consequente agressão ao aparelho periodontal.

As alterações anatómicas e fisiológicas do envelhecimento no sistema cardiovascular repercutem na função cardíaca, sendo a deterioração da função cardíaca variável. O envelhecimento determina modificações estruturais que levam à diminuição da reserva funcional, limitando o desempenho durante a actividade física, bem como reduz a capacidade de tolerância em várias situações de grande empresa.

O sistema muscular é responsável pelo movimento do corpo juntamente com o sistema articular. O envelhecimento altera músculos e tendões. No músculo, há perda de massa muscular com diminuição do peso, da área de secção transversal e do número de células. Muitas células atrofiam e morrem; outras são substituídas por tecido adiposo e conjuntivo, ocorrendo um aumento do tecido adiposo e do colágeno intersticial na musculatura do idoso.

No tendão, há aumento do comprimento e diminuição da área de secção transversal, o que induz uma redução da resistência tendinosa com o aumento da idade. A perda de células musculares com a idade depende do grau de actividade física que o indivíduo exerce, do seu estado nutricional e do aspecto hereditário. Os diferentes músculos sofrem o processo de atrofia de modo diferente no mesmo indivíduo. Os músculos que se usam menos atrofiam-se mais.

Assim como os músculos, as articulações também sofrem modificações com o envelhecimento. Há redução do conteúdo de água de tendões e ligamentos juntamente com alterações no sistema colágeno e elástico, ocasionando o enrijecimento dessas estruturas.

Nas suturas do crânio, os ossos são unidos por tecido fibroso que, com o envelhecimento, vai sendo substituído por osso, processo que tem início aos 30 anos. O crânio tende a ter menor número de ossos, ocasionando diminuição da resistência dessa articulação a fracturas.

O tecido ósseo é uma forma rígida de tecido conjuntivo, formado por osteócitos, osteoblastos e osteoclastos. O pico de massa óssea é alcançado entre 30 e 40 anos de idade, sendo maior nos homens do que nas mulheres. Alguns anos após esse pico, começa a ocorrer perda progressiva de massa óssea, que é de aproximadamente 3,3% ao ano em homens e de 1% ao ano em mulheres. Nas mulheres, após a menopausa, essa perda aumenta em até dez vezes.

Com o envelhecimento, há um aumento da reabsorção óssea, diminuindo a espessura do osso compacto, enquanto no osso esponjoso há um aumento no tamanho das trabéculas por perda de lâminas ósseas.

O osso é um tecido dinâmico, que está em constante remodelação, não uniforme, por toda vida. O envelhecimento modifica a actividade celular na medula óssea, ocasionando reabastecimento inadequado de osteoclastos e osteoblastos e também desequilíbrio no processo de reabsorção e formação óssea, resultando em perda óssea.

Martin (1977), citado por Berger (1995), refere que o processo de envelhecimento não é igual para todos, não acontece ao mesmo ritmo, variando notavelmente entre populações e até dentro da mesma população, o que se denomina de “envelhecimento diferencial”. As causas do envelhecimento diferencial, embora diversas, agrupam-se em quatro grandes categorias:

- Genéticas, como a hereditariedade;

- Desuso ou mau uso de uma função ou aptidão durante a infância ou idade adulta, como o envelhecimento acelerado e precoce associado ao sedentarismo;
- Factores de risco que pioram o processo de envelhecimento como o tabagismo e uma alimentação desequilibrada;
- Patologias inter correntes que surjam principalmente depois dos sessenta anos e que acelerem o envelhecimento, como os acidentes ou outros problemas de saúde importantes;

Durante muito tempo o envelhecimento foi considerado, erradamente, como um estado patológico resultante do desgaste do organismo e das doenças desenvolvidas na infância e na idade adulta. Actualmente, tem-se uma percepção diferente, considerando a senescência como um processo multifactorial, não comparável a qualquer estado patológico específico, que reflecte uma deterioração fisiológica progressiva do organismo.

Segundo Serge Laganière, citado por Berger (1995:125), à redução fisiológica inerente à idade vêm somar-se as perdas funcionais resultantes da não utilização e das sequelas de doenças agudas anteriores ou de afecções crónicas”. Autores como Schroots (1996) e Birren (1999), consideram três tipos de envelhecimento: envelhecimento primário ou fisiológico, fenómeno universal contínuo e progressivo; diz respeito ao processo de senescência normal, envelhecimento secundário ou patológico, associado a doenças orgânicas, por vezes múltiplas, mas potencialmente possíveis de reverter. A existência de patologias associadas às modificações normais do envelhecimento, condiciona visivelmente a capacidade de adaptação do indivíduo e influencia a sua esperança de vida. Por último, o envelhecimento terciário ou terminal que ocorre sempre que se verifiquem acentuadas perdas físicas e cognitivas num período relativamente curto e de carácter irreversível.

Segundo Lopes (1980), citado por Malvar (2002:21), “a senescência não pode ser observada como algo de estático, compartimentado, mas sim como o resultado de um jogo de forças em que o Homem, como unidade mente-corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas, sociais. É esta unidade bio-psicológica que constitui a PESSOA, com características próprias somáticas e psíquicas, mergulhada num complexo ambiental determinado por condições múltiplas profissionais, familiares, sócioeconómicas, políticas, religiosas, etc., que vão percorrendo a vida”.

O envelhecimento, na sua componente biológica, é um fenómeno muito diferencial. Para além do desgaste e das alterações funcionais orgânicas do corpo humano em geral, Fontaine (2000), considera que, alguns aspectos sensoriais, como o olfacto, não sofrem

grandes alterações com a idade, no entanto, a audição pode ser fortemente afectada no indivíduo idoso. Ainda de acordo com o autor (2000:77), ao nível perceptivo, “a senescência, toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão. O seu envelhecimento, tem consequências importantes, por vezes graves, ao nível psicológico e social”. Na perspectiva do autor, os défices sensoriais de natureza auditiva e visual podem influenciar fortemente o funcionamento das actividades intelectuais e contribuir para o seu declínio.

2.2 – Aspectos Psicossociais do Envelhecimento

Como referido anteriormente o envelhecimento consiste num processo dinâmico, com alterações a vários níveis, incluindo os aspectos cognitivos.

Durante muito tempo considerou-se que a velhice estava associada inevitavelmente a uma diminuição notável dos processos cognitivos, no entanto, nos nossos dias, sabe-se que é possível o indivíduo conservar a sua saúde mental até ao fim da vida.

Na perspectiva de Berger (1995:158), a saúde mental é “um estado que permite ao indivíduo desenvolver-se de maneira óptima no plano físico, intelectual e emocional, desde que a sua evolução seja compatível com a dos outros”. Ainda de acordo com a mesma autora (1995:158), a saúde mental “é muitas vezes sinónimo de adaptação bem sucedida e, para a pessoa idosa, de envelhecimento feliz”.

Freud numa vertente afectivo-sexual e Piaget no campo cognitivo, referenciados por Oliveira (2005), foram os estudiosos mais representativos do desenvolvimento psicológico, embora considerassem, através de um modelo linear, definido por fases mais ou menos estanques e automáticas, que a evolução psicológica do indivíduo terminava na adolescência ou pouco mais.

Hoje em dia sabe-se que o desenvolvimento é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital.

A saúde mental do indivíduo, conduz, de certa forma, a um envelhecimento bem sucedido, tornando o idoso capaz de controlar as tensões e as perdas associadas ao progredir da idade. Berger (1995:162), diz-nos que “ao envelhecer, o ser humano torna-se mais atento ao que se passa em si, e passa do mundo exterior para um universo mais interior”. Jung, citado por Oliveira (2005:38), contempla que a personalidade se organiza “em torno de

duas orientações ou aspectos opostos: extroversão (atitude para com o mundo exterior) e introversão (atitude para com o mundo interior da pessoa). Este autor refere que estes factores estão em equilíbrio, no entanto, com o decorrer da idade é comum uma orientação superar a outra. “Assim, na juventude prevalece a extroversão que se traduz pela necessidade de afirmação e realização pessoal e profissional. Na segunda metade da vida dominaria a introversão, voltando-se a pessoa para a análise dos seus sentimentos, para o balanço e sentido da vida e para a tomada progressiva de consciência da morte”.

A funcionalidade intelectual, independentemente da idade, é influenciada por situações de doença ou stress, sendo que o desempenho cognitivo se pode manter inalterável em grande parte das pessoas idosas. Curbelo et al, (1989), diz-nos que o envelhecimento psicológico ocorre na sequência de diferentes factores, tais como a dependência, falta de autonomia e necessidade de atenção e assistência por parte de terceiros.

O envelhecimento perceptivo é muito diferencial. Algumas modalidades sensoriais como o olfacto são pouco afectadas, ao passo que outras, como a audição, são gravemente afectadas. A senescência toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão. O seu envelhecimento tem consequências importantes, por vezes graves, a nível psicológico e social. Os défices sensoriais de natureza auditiva e visual parecem ser causas importantes do declínio geral no funcionamento das actividades intelectuais.

Na literatura aparecem dois tipos de abordagem ao envelhecimento da inteligência. Uma abordagem psicométrica, parte integrante da teoria dos testes, e uma abordagem cognitiva, parte integrante da teoria dos estádios. A primeira incita a conceber o desenvolvimento como um processo contínuo, apesar ter sido avançada, por alguns investigadores, a hipótese de uma desdiferenciação das actividades intelectuais no idoso. A segunda concebe o desenvolvimento como um fenómeno descontínuo, como uma sucessão de estádios, em que cada um dos quais corresponde a uma estrutura mental específica. Não existe oposição entre estas duas abordagens, que deveremos considerar complementares. Os factores do envelhecimento invocados pelos diferentes autores são diferentes. A abordagem psicométrica, através do modelo bifactorial de Cattell, faz surgir uma dissociação entre uma inteligência cristalizada, ligada ao nível de instrução e cultura do sujeito, e uma inteligência fluida, ligada ao envelhecimento biológico. A abordagem piagetiana insiste particularmente, através do conceito de equilibração, na importância da actividade do

sujeito. Finalmente, a abordagem de Schaie coloca a tónica no estatuto social, único susceptível de conferir um sentido às actividades intelectuais.

Tracana et al (2000), citados por Malvar (2002), ao realizarem um estudo para determinar o compromisso cognitivo em idosos (74-85 anos de idade) institucionalizados, verificaram que apenas 34% apresentavam défice cognitivo, sendo que 63% destes não possuía escolaridade. Ainda de acordo com este estudo, o grupo sem escolaridade apresentava maior comprometimento do seu estado cognitivo, relativamente aos escolarizados. Estes autores referem também o trabalho realizado por Cooper et al (1996), em doentes acompanhados na consulta geral, cujos resultados demonstraram 18,5% de idosos com demência, 26,7% com alterações cognitivas, mas sem demência e 54,8% sem qualquer compromisso cognitivo.

O envelhecimento revela fenómenos dissociativos que confirmam os modelos teóricos da arquitectura da memória humana. Certas actividades mnésicas são sensíveis à idade, ao passo que outras resistem ao envelhecimento. Os efeitos de escorvagem parecem resistir à idade. Dentro de certos limites, porque perfis mnésicos dos idosos são menos claros, esta dissociação entre memória episódica e memória semântica/processual não deixa de recordar o perfil mnésico dos amnésicos.

Definimos a personalidade como um integrador ou uma estrutura que caracteriza a nossa forma de sentir e de reagir a solicitações sociais. Esta definição, muito geral, conduziu à elaboração de numerosos modelos teóricos. O estudo do envelhecimento da personalidade é um reflexo desta diversidade. A problemática central que podemos encontrar em todos os autores é a das relações entre a estabilidade e mudança de personalidade ao longo da vida. Apresentamos três grandes abordagens: psicométrica, desenvolvimentista e sociocognitivas. A primeira descreve uma grande estabilidade dos traços de personalidade durante o envelhecimento. As segundas, centradas no conceito de estádio, de forma quase inerente, descrevem-nos mudanças estruturais importantes e crises que aparecem de quando a quando, durante toda a nossa vida. As terceiras levam-nos a considerar o envelhecimento na sua diversidade ou nas suas variantes. Se os processos cognitivos gerais se mostrarem aqui pertinentes, o seu funcionamento individual é questão da história e do contexto da vida.

A velhice pode ser um período de desabrochar, mas pode ser acompanhado por perturbações psicopatológicas graves. Entre estas, os estados depressivos e a doença de Alzheimer são os mais frequentes. Na sua forma paroxística, os estados depressivos podem

levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade. Trata-se, apesar de tudo, das síndromes que dispõem de melhores cuidados em clínica psiquiátrica. Ao contrário das perturbações depressivas, a doença de Alzheimer é actualmente incurável, porque está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos progressos farmacológicos. A pessoa perde progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade, o que confronta a sociedade com a questão difícil e dolorosa do tratamento dos familiares mais velhos vítimas desta patologia.

O envelhecimento é também influenciado pelos vários factores que integram a cultura e a vivência social de cada indivíduo no processo contínuo do desenvolvimento humano. Segundo Berger (1995), a socialização, na idade adulta, engloba três grandes dimensões: satisfação matrimonial, satisfação no trabalho e satisfação de vida. O desempenho de papéis por parte do indivíduo em cada uma destas dimensões, permite-lhe adoptar e desenvolver comportamentos que o tornam um elemento activo dentro da sociedade.

Para a autora (1995:190), “o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos”.

Nesta linha de pensamento, Fontaine (2000:154), citando estudos desenvolvidos por Antonucci e col. (1989) e Avorn e col. (1982), referem que: “o isolamento é um factor de risco

para a saúde”, “os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde” e que “não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo”.

Assim, é importante que as pessoas idosas se sintam bem integradas no meio que as rodeia, mantenham uma participação activa nos papéis sociais que desempenham, de forma a poderem adoptar uma atitude psicossocial positiva, mostrando satisfação pelo percurso de vida que fizeram e aguardando com serenidade o que ainda está para vir. Para tal, o idoso deve ser encorajado a manter e a desenvolver relações sociais, através do seu contexto familiar ou outro, evitando que se feche no seu mundo por se sentir inútil e sem qualquer actividade social produtiva.

Um dos aspectos mais significativos para a qualidade de vida é o suporte e apoio familiar, dos amigos e o envolvimento nas actividades sociais. Monteiro (2005:103), diz-nos que “baixos níveis de contactos sociais estão associados a uma pobre qualidade de vida,

pois actualmente há um grande número de pessoas que vivem sós, que perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou perderam os amigos que foram falecendo e podem experienciar a solidão social”. Estes dois tipos de solidão, diferem entre si, já que a solidão social significa não integrar um grupo de amigos e a solidão emocional traduz a incapacidade de ser íntimo de alguém ou ser capaz de depender de outrem.

Para Monteiro (2005), a angústia que resulta da solidão, é algo que muitas pessoas experimentam quando se apercebem que estão sós no mundo. Pode mesmo dizer-se que a solidão é a sensação de mal-estar que o indivíduo tem quando vivência sentimentos de perda.

Malvar (2002:36), citando Saldanha (1996), diz-nos que “a qualidade e a quantidade de anos que o idoso vive são influenciadas pelos factores macrossociais (desenvolvimento do país onde vive, recursos sociais, estrato social do indivíduo), políticas sociais em vigor no país para apoio à terceira idade, pelo ambiente familiar e meio em que o idoso está inserido, pela sua cultura, capacidade económica, religião, etnia, entre outros.”

Quadro 1 – Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico da velhice

AUTORES	ETAPAS OU ESTÁDIOS	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO BEM SUCEDIDAS	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO MAL SUCEDIDAS
ERIKSON	Oitava etapa do desenvolvimento humano	Integridade pessoal ou integridade do ego	Desespero ou despeito face à vida
PECK	Três estádios psicológicos no envelhecimento feliz	a) Diferenciação do eu (ego) b) Desligamento c) Transcendência do eu	Preocupação com o papel profissional Preocupação de ordem corporal Preocupação com o eu
BUHLER	Quinta etapa da vida	Teoria da transcendencialidade ou redefinição dos objectivos de vida	Desespero ou depressão

Fonte: Psicologia do Envelhecimento, Roger Fontaine

2.3 – Saúde/Doença no Idoso

A definição do conceito de Saúde é algo complexo que tem vindo a ser alvo de inúmeras abordagens nos últimos anos. A Saúde depende do percurso de vida de cada indivíduo e engloba todos os seus antecedentes sócio-culturais bem como a sua constante relação com o meio em que está inserido.

Na perspectiva de Berger (1995), cada disciplina/ciência (sociologia, psicologia, enfermagem ...) tem a sua própria visão do conceito de Saúde, a qual é sustentada por elementos como a família, o trabalho e a capacidade de cada indivíduo desempenhar o seu papel social, adaptando-se e reagindo às mudanças a que está constantemente sujeito. Assim, não será legítimo que nenhuma disciplina científica se reserve o direito de abraçar uma definição única e universal, uma vez que a abordagem do indivíduo não deve ser fragmentada, mas sim global, tendo em conta toda a sua dimensão sistémica.

A própria definição da OMS que determina que a Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é actualmente refutada por alguns autores por a considerarem imprecisa, irrealista e consequentemente inatingível. Deste modo, tal como refere Bolander (1998), têm-lhe vindo a acrescentar alguns subsídios de carácter mais global e dinâmico, o que permite validar o conceito de Saúde para todos os indivíduos, independentemente da fase do ciclo vital em que se encontram.

O conceito de Doença tem vindo a tornar-se mais abrangente, não sendo apenas considerado um estado de ausência de saúde, como era definido, de forma redutora, por alguns investigadores, num passado muito recente. Tal como a Saúde, também a Doença é influenciada por inúmeros factores de ordem física, psicológica, sócio-cultural, entre outros, sendo definida por cada pessoa de acordo com o seu próprio sistema de valores e experiências de vida anteriores.

Ramos (2004), diz-nos que, a concepção da Doença pode englobar várias dimensões que a língua portuguesa não distingue. Por exemplo, o inglês utiliza três termos diferentes para o conceito de Doença – disease, illness e sickness – as quais em português podem significar “ter uma doença”, “sentir-se doente” e “comportar-se como doente”. Com base nestas definições, é bem possível uma pessoa sentir-se doente sem apresentar sinais de doença, ou sofrer de alguma doença sem ter sintomas da mesma. Os diferentes significados atribuídos à Doença conferem-lhe um maior grau de complexidade e consequentemente podem dificultar qualquer intervenção ao nível da Saúde/Doença.

Jean Watson (1988), defende que a definição de Saúde e Doença, implica o confronto com dois tipos de doença: a doença do corpo físico (mais facilmente diagnosticável e tratável) e a doença do corpo vivido (com maior grau de dificuldade em diagnosticar, definir e tratar), que afecta mais gravemente a condição de existência da pessoa humana.

Segundo Bolander (1998), verifica-se que actualmente não existe uma nítida separação entre Saúde e Doença, podendo-se mesmo designar estes conceitos pelo termo “contínuo saúde - doença”, em que a sequência do bem estar vai desde um estado de saúde excelente, num dos extremos, passando pela saúde regular e pela doença até à morte, no extremo oposto. Cada indivíduo assume um lugar distinto no “contínuo saúde – doença”, o qual é determinado pelo impacto dos acontecimentos quotidianos, estilos de vida e por questões sócio-culturais, bem como pelo próprio processo de envelhecimento, Ramos (2004).

Segundo Berger (1995:116), “os processos de envelhecimento são irreversíveis, atacam a saúde e aparecem em momentos precisos, enquanto que os ligados à doença, atacam também a saúde, mas são reversíveis e não cronológicos. (...) é possível evitar a doença, mas não é possível evitar o envelhecimento, mesmo eliminando todas as doenças crónicas ou agudas”.

Fonseca (2006:125), citando Birren et al (1985), salienta que a “variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da discussão clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença) e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte)”.

Capítulo III – A Sexualidade Na terceira Idade



3.1 Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural

O grupo de idosos tem aumentado e marcam presença na sociedade e nas participações sociais. Os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e políticos estão a ser observados e trabalhados de forma a oferecer cuidados e atenção, com o objectivo de melhorar o atendimento às suas necessidades. Os idosos além de vivenciarem perdas nos aspectos mencionados, carregam ainda o peso da discriminação através de um aspecto socialmente avaliado como negativo: a existência de estereótipos ligados à assexualidade, prejudicando, assim, o exercício de seus relacionamentos afectivos e sexuais.

A sexualidade normalmente é um tema de difícil entendimento por parte das sociedades existentes, mesmo para os jovens, o que se agrava no caso dos idosos, dificultando-lhes a superação de seus problemas. Os meios de comunicação concentram-se nos vários assuntos relacionados à questão, mas, até hoje, ela é carregada de preconceitos que permeiam as discussões sobre aborto, gravidez na adolescência, homossexualidade, AIDS, entre outras.

Acredita-se que, através do esclarecimento acerca das informações distorcidas que se difundem em relação à sexualidade poder-se-á contribuir para a diminuição das crenças e tabus sobre um assunto tão cheio de preconceitos. As iniciativas que têm sido empreendidas, em geral, na nossa sociedade, para o esclarecimento dessas informações, e geralmente, para as faixas etárias que incluem as fases pré-reprodutiva e reprodutiva, pois o intuito é de que estes grupos possam viver e conviver com sua sexualidade de forma menos preconceituosa.

No entanto, a sociedade não possui apenas esses grupos sociais, com tais faixas etárias. Desta forma, a necessidade de informação deveria ser ampliada, atingindo também o grupo da Terceira Idade. Com uma visão restrita, tanto em relação à sexualidade quanto à velhice, a sociedade, muitas vezes, classifica este período da vida como um período de assexualidade e até de androginia, isto é, um período em que o indivíduo teria que assumir unicamente o papel de avó ou avô.

A confirmando esta questão, Covey (1989) comenta que inúmeros mitos, atitudes sociais e estereótipos negativos são atribuídos aos idosos, mas, os mais intensos são aqueles ligados à sexualidade, dificultando qualquer manifestação desta área nas suas vidas. O autor comenta ainda a citação de Starr, que afirma que: “Se as atitudes preconceituosas tipificam

as atitudes em relação ao idoso, então, não há nenhum outro lugar onde este preconceito seja mais aparente do que na área da sexualidade.”

A visão assexuada do idoso evoca a assexualidade atribuída à criança, contestada por Sigmund Freud, quando, no final do século XIX e início do século XX, realizou um trabalho chamado: “Os três ensaios sobre a sexualidade”, onde provou a existência da sexualidade na fase infantil do ser humano.

Este facto escandalizou a sociedade vienense, que vivia sob uma educação vitoriana, na qual a repressão da sexualidade era muito acentuada. No entanto, o que na verdade mobilizou os vienenses foi a ruptura da necessidade de acreditar que a manifestação da sexualidade teria uma idade para iniciar e para terminar. Passado quase um século, verifica-se a existência de preconceitos em relação a essa questão, mas diversos trabalhos e pesquisas continuam a ser realizados para minimizar esta percepção.

A fase do idoso, entretanto, continua, de certa forma, a ser percebida como um período de “não sentir”, do “não desejo”, do “não querer”, entre outros rótulos que a sociedade costuma enfatizar. Sendo assim, a necessidade de um esclarecimento a este respeito é muito grande, pois os idosos já passaram pela fase da infância, da adolescência e, teoricamente, não precisariam ter uma “autorização superior” para exercer a sua sexualidade. No entanto, o que acontece é que, novamente, a repressão surge de forma brutal e impede que a sexualidade seja manifestada.

A exploração sobre o retorno da repressão sexual na velhice pode estar presente, segundo Vitiello (1987), pela associação muito comum que a sociedade faz entre actividade sexual e reprodução, dificultando, assim, o exercício da sexualidade do ser humano e da troca afectiva, após o período da possibilidade de procriação.

3.1.1 - Uma visão dos povos primitivos

A compreensão da vida do ser humano não se restringe ao período em que vive, isto é, para compreender o presente, é necessário conhecer o passado da humanidade. Por este motivo, faz-se necessário um levantamento de alguns dados referentes às civilizações e os seus costumes, para que se possa entender o exercício da sexualidade nos dias de hoje. As relações entre homens e mulheres, no que se refere à sexualidade e suas regras, inicia-se, segundo os antropólogos, nos povos primitivos.

Segundo Branden (1982), nas tribos primitivas as relações entre os sexos não eram mantidas com o intuito afectivo ou pelo desejo de ter o outro para si, e sim para estabelecer

uma unidade com o propósito de sobrevivência física. “As relações entre homens e mulheres eram concebidas e definidas não em termos de amor ou de necessidades psicológicas de intimidade emocional, mas em termos de necessidades de práticas, associadas à caça, à pesca, ao plantio, à criação de filhos, e assim por diante”.

Neste caso, o Homem era subordinado às necessidades e regras básicas da tribo em todos os aspectos da vida, ou seja, voltado à mentalidade tribal. Desta forma, o comportamento e as necessidades individuais não eram valorizados, principalmente no que se referia às ligações amorosas.

Mesmo que as informações adquiridas das tribos primitivas sejam baseadas em estudos antropológicos, ainda se verifica, no século XX, comportamentos que retratam estas atitudes. Ainda de acordo com Branden, outros pesquisadores como Hunt, Mead e Taylor constatarem a existência de grupos que valorizavam a desvinculação afectiva nas suas comunidades.

Hunt, relata uma experiência do Dr. Andrey Richards, um antropólogo que conviveu com os Bemba, na Rodésia do Norte, nos anos 30. Este médico contou uma história à tribo, sobre um príncipe inglês que, para conquistar a sua amada, tinha escalado montanhas de cristais, atravessado pântanos e lutado contra dragões. Os Bemba ouviram atentamente, mas ficaram em silêncio no final da história. Finalmente, um velho chefe falou, traduzindo o sentimento de todos os presentes, fazendo a mais simples das perguntas: “Por que é que ele não arranhou outra mulher?”

Noutro estudo, realizado por Mead, sobre a população de Samoa, ficou demonstrada a estranheza das relações afectivas entre os indivíduos, conforme comenta a autora: “Enquanto são sancionadas e encorajadas a promiscuidade sexual e a curta duração das ligações sexuais, qualquer tendência à formação de vínculos emocionais entre indivíduos é activamente desencorajado”.

Através desses estudos, percebe-se que nos povos considerados primitivos existe um temor muito maior em relação ao envolvimento afectivo do que em relação à actividade sexual. Este facto é confirmado por Branden, quando escreve que: “a actividade sexual é, com frequência, aceita pela maioria quando os sentimentos que a incitam são superficiais”.

A pesquisa realizada por Taylor, com a população das Ilhas Trobiand, sobre esta temática, é confirmado quando o autor comenta que: “Os adultos não se importam que as crianças se ocupem com brincadeiras sexuais ou que tentem, precocemente, praticar o acto sexual, quando adolescentes, podem dormir uns com os outros, desde que não estejam

apaixonados. Se isso acontecer, o acto sexual passa a ser proibido e o facto de dormirem juntos duas pessoas que se amam representa uma quebra de regras da decência”.

A preocupação com uma possível vinculação afectiva ou amorosa entre a população primitiva pode ser traduzida como o medo da perda do controle dos valores e também da autoridade tribal. Ainda, de acordo com Branden: “A mentalidade tribal, antiga ou moderna, tende a olhar o amor romântico como socialmente subversivo, como algo que ameaça o bem-estar da tribo, ou seja, da sociedade.”

Este receio não surge apenas no primitivismo, pois é possível verificar, nos dias actuais, através dos estados autoritários e das ditaduras do século XX, o desprezo pelo desejo do cidadão em possuir uma vida particular, com liberdade de expressar suas relações sociais, políticas e afectivas.

Além de uma interpretação política, devemos verificar que, nos povos “ditos” primitivos, a expectativa de vida era mais curta, como afirma Tannahill (1983): “Apenas dois em cada dez pessoas que ultrapassavam a infância e a adolescência poderiam esperar viver até os 30 anos” Assim sendo, os indivíduos morriam cedo, logo, o mais adaptativo era garantir não a formação de vínculos duradouros, mas a perpetuação da espécie através de cópulas variadas, com diferentes mulheres entre diferentes pares.

No entanto, tem sido verificado que, entre os povos primitivos mais contemporâneos, continuam a apresentar características iguais aos seus antepassados, sendo a desvinculação afectiva nas suas relações sexuais, a preocupação maior destes grupos. Entretanto, mesmo com a repressão afectiva, a questão da sexualidade em relação à sua manifestação não é reprimida; pelo contrário, existe um incentivo, com o intuito da procriação

A questão do idoso, no entanto, não é comentada nesse período até mesmo pela falta da possibilidade de uma longevidade. A quantidade de anos de vida do indivíduo pode ser uma das explicações; porém, a mentalidade tribal talvez se mantivesse, apesar do aumento da esperança de vida.

Deste modo, verificamos que a existência de regras e de condutas em relação à sexualidade do ser humano estão presentes, desde o início da civilização, dificultando principalmente a possibilidade de uma troca afectiva sem outros interesses. É importante salientar também que nesse período não havia nenhuma religião que forçasse a procriação ou a possível desvinculação afectiva. Neste caso, a sociedade não pode atribuir a responsabilidade da dificuldade sexual dos dias de hoje somente à educação judaico-cristã,

presente na formação da sociedade ocidental e sim em raízes mais profundas, estruturadas em nossa sociedade.

3.1.2 - A Grécia

A antiga Grécia ficou marcada como uma época na qual a beleza física era o ponto central de devoção e idolatria. Paralelamente, os gregos valorizavam também o espírito, como afirma Cabral (1995): “A nobreza de espírito conjugada com a beleza física, para os gregos, eram qualidades sempre inseparáveis, apontadas pelos seus deuses e heróis. A beleza era indivisível, pois no corpo bonito necessariamente era habitado por um espírito elevado.”

Enquanto o ser humano cultivava estas qualidades na sua vida, as relações do homem e da mulher, no que diz respeito à sexualidade, nesta época, possuíam características que são importantes para o esclarecimento de determinados comportamentos actuais.

A posição feminina na sociedade era vista de forma desvalorizada e, enquanto a mulher não se casava, ela ficava subjugada à autoridade do pai ou a de algum parente próximo. No momento da realização de um “casamento arranjado”, a autoridade passava automaticamente para o marido.

Durante a vida de casada, a mulher passava a maior parte do seu tempo nos seus aposentos, realizando afazeres femininos, sem direito a uma educação formal, sem informações políticas, e os passeios eram realizados somente com acompanhantes.

Além disso, contactos com outros homens eram severamente restritos, apenas com o marido e parentes próximos.

Segundo Cabral (1995): “Estas práticas visavam manter a mulher distante do saber. Os gregos acreditavam que a convivência com os homens levaria a mulher a apropriar-se dos conhecimentos de literatura, filosofia e política. E isto era um privilégio dos homens.”

Para Branden (1982), a questão da subordinação feminina ao homem remonta às ideias de Platão e Aristóteles, segundo os quais: “(...) as mulheres eram inferiores aos homens... no corpo e na mente. As mulheres eram educadas para serem subordinadas aos homens em quase todos os aspectos.”

Diversos autores referem que, tanto nos povos primitivos como na antiga Grécia, o casamento por amor não existia. Neste sentido, Branden (1982) relata que, para o poeta

grego Pallatas: “O casamento proporciona ao homem somente dois dias felizes: o dia em que leva a noiva para a cama e o dia em que leva a esposa para o túmulo.”

Todavia, o homem tinha uma obrigação com o Estado e com a religião - o de ter filhos. Neste caso, o casamento tornava-se necessário; porém, para o homem casar, era necessário que o perfil da esposa incluísse diversas qualidades: castidade, sensatez, conhecimento em costura, fiação e tecelagem, capacidade para administrar os empregados e ser contida quanto aos gastos, a fim de colaborar na conservação dos bens do marido e gerar filhos.

Além do casamento proporcionar filhos, assinala ainda Cabral (1995) que uma das maiores vantagens advindas com o casamento era a segurança para a velhice. Indo mais a fundo na relação entre os sexos, é importante citar um filósofo grego que dedicou-se ao estudo do relacionamento entre os sexos - Aristóteles - cujos pensamentos e ensinamentos serviram de referência para outros filósofos e pensadores medievais, muitos dos quais persistem até os dias actuais.

Aristóteles concentrou-se em diversos itens relatados em seguida:

- A espécie humana inclina-se naturalmente à formação de casais, pois a reprodução é comum e necessária aos homens;
- Homens e mulheres unem-se também com o ideal de formar capital;
- Os filhos representam um laço de união, uma vez que os casais sem filhos separam-se facilmente;
- O casamento de pessoas muito jovens não é bom para a procriação, pois em todas as espécies de animais a descendência de criaturas jovens são mais imperfeitas, predominantemente fêmeas e de tamanho pequeno;
- Para uma descendência sadia, o homem deve casar-se aos trinta e sete anos e a mulher aos dezoito. Desta forma, o casal chegará à época da infertilidade;
- A saúde é mais importante que o amor; por isso, o Estado deve determinar a idade mínima e máxima para o sexo, além de determinar a melhor época para a procriação - o inverno.
- Para o controle da natalidade, em vez de realizar um infanticídio, deve ser realizado o aborto;
- Aconselha o uso de anticoncepcionais, introduzindo-os no ventre, antes das relações sexuais;
- Determina que existe um período próprio para iniciar a procriação e outro para encerrá-la, “pois os filhos de pais muito jovens nascem imperfeitos de corpo e alma, e os de pais

excessivamente idosos são débeis; consequentemente, este período deve ser limitado à fase da plenitude mental”;

- Sobre o adultério, as penas para as relações extraconjugais são iguais para ambos os sexos; reconhecendo, ser a mulher dependente e obediente ao esposo, do mesmo modo que o escravo é para o seu senhor;
- As mulheres são de natureza fraca, assim como são as suas vontades; por isso, ela é incapaz de tornar-se independente quanto ao carácter e atitudes;
- O melhor lugar para a mulher é em casa, deixando para o seu marido as responsabilidades externas e sobre ela mesma.

Normalmente, atribui-se a existência de repressões sexuais à educação judaico-cristã que o indivíduo obteve na sua formação pessoal. No entanto, através dos ensinamentos e pensamentos de Aristóteles, podemos perceber que também naquela época, normas diferenciadas de condutas para as manifestações da sexualidade e dos papéis a serem exercidos na sociedade entre homens e mulheres.

Aristóteles atribuía à mulher um papel passivo e inferior, como se ela não tivesse a possibilidade de raciocínio sobre seus desejos, enquanto o homem era considerado um ser com atributos suficientes para poder controlar e resolver às questões financeiras e familiares.

O casamento era visto como uma união de interesses pessoais, como por exemplo: filhos legítimos, formação de capital, uma forma de assegurar o património familiar e segurança para a velhice, demonstrando, assim, que as uniões por amor estavam, em segundo plano, dificultando possivelmente as trocas afectivas entre pessoas que deveriam unir-se por sentimentos mais profundos.

Reforçando as normas das relações sexuais, Aristóteles estipula, inclusive, a época em que os seres humanos deveriam procriar e manter relações sexuais, prejudicando, dessa forma, a liberdade do indivíduo de exercer a sua sexualidade no momento do seu desejo.

O exercício da sexualidade é um movimento de vida, de troca de energia e afectividade, no entanto, verifica-se que as normas e regras existentes nesse período da civilização humana já impediam a espontaneidade dessa possível experiência entre os seres humanos, principalmente para as pessoas de idade avançada, pois segundo Aristóteles: “A saúde é mais importante que o amor.”

Mais uma vez na história da civilização, as normas da actividade sexual entre a população excluía os idosos, pois os objectivos do seu exercício - a procriação - não poderiam ser realizados pelos mais velhos.

3.1.3 Roma

Apesar das normas de Aristóteles tenham permanecido até a Idade Média, as relações entre homens e mulheres, no Império Romano, manifestam características importantes no sentido de serem analisadas.

Branden (1982) sinaliza que, como os gregos, os casamentos entre os romanos não eram realizados por amor. O casamento ocorria, na maioria das vezes, por interesses políticos ou económicos, além de ser uma forma do homem ter filhos legítimos que herdariam os seus bens.

De acordo com Cabral (1995), por volta do século V a.C., o casamento era uma norma entre os indivíduos que pertenciam à classe da população livre de Roma. É importante salientar que, entre a população rotulada como não-livre, não existia a preocupação com questões ligadas ao contrato de casamento, pois não tinham posses para uma possível divisão.

Além disso, existiam três formas de contrato que eram: o *confarreatio*, o *coemptio* e o *usus*. O tipo *confarreatio* era realizado através de uma união muito cerimoniosa e de difícil dissolução. O contrato de forma *coemptio* consistia numa espécie de compra da mulher, na qual o marido pagava em dinheiro um certo valor ao pai da noiva. E por último, o *usus*, no qual o casamento só se realizava após um ano de união e, enquanto isso, a mulher continuava a pertencer a família de origem.

O contrato do tipo *usus* foi muito bem aceite entre os romanos, pois além de beneficiar os cônjuges, o dote da mulher ficava, durante este período, em posse paterna. Ainda segundo Cabral (op.cit.), não se conhece até em que época essas três formas de casamento mantiveram-se.

Apesar de existir diferentes formas de contrato de uniões entre o casal, o papel feminino em Roma era diferente do da Grécia. A administração da casa e a educação dos filhos pertenciam à mulher; porém, além desses deveres caseiros, sua ocupação com os negócios da família, a ela diziam respeito.

A mulher podia adquirir bens materiais como roupas, jóias, objectos para a residência, , entre outras, e isso permaneceu durante muito tempo. Este hábito, porém, teve uma grande mudança, por ocasião da guerra contra Aníbal, por volta de 215 a.C.

Neste período, foi decretada uma lei chamada oppiana, que proibia as mulheres de realizarem passeios de carruagem e usarem roupas tingidas ou jóias. O objectivo desta lei era a contenção de despesas para garantir o sucesso na guerra. Todavia, com o final da guerra, a lei não foi extinta, provocando muitas insatisfações entre as mulheres.

Alguns movimentos femininos foram realizados, mas Catão insistia em não ceder às mulheres, temendo que, ao abrir esta oportunidade, as mulheres passassem a exigir outras regalias, até chegar a um grau em que elas estivessem em igualdade em relação aos homens.

Com referência ao divórcio, como ocorria entre os gregos, este poderia ser concedido, e os motivos eram muitos; entre outros, inclusive, as mulheres poderiam solicitar a separação, alegando que o marido e a relação eram fastidiosas. Porém, no caso do marido, as possibilidades de uma separação eram bem maiores, sendo igualmente maior o número de motivos: imoralidade, extravagâncias, futilidade ou por motivo de envelhecimento feminino.

Tannahill (1983) salienta que o aparecimento de rugas poderia ser um motivo de divórcio. Neste caso, a observação da questão da velhice feminina era um factor prejudicial na relação e que, provavelmente, poderia atrapalhar o convívio do casal por perda dos padrões estéticos de beleza e, consequentemente, falta de atracção sexual.

Desta forma, verifica-se que o envelhecimento feminino era visto de uma forma mais preconceituosa que o masculino.

Mesmo sendo importante o facto de possuir filhos, os romanos utilizavam métodos anticoncepcionais. Além do azeite de oliva e de cedro, que já faziam parte da vida conjugal dos gregos, os romanos usavam, por exemplo, mistura de esterco de rato, de lesma e de pombo com carrapatos de touros selvagens, e até o uso de pimenta cheirada para provocar espirros sucessivos. Acreditavam, também, que a prática de algumas posições nas relações sexuais facilitariam a expulsão dos espermatozoides.

Os romanos utilizavam esses métodos para o controle da natalidade, pois apesar de ser uma cidade com um número grande de habitantes, não possuía infra-estruturas para comportar um grande crescimento populacional, tendo em conta que habitavam muitos estrangeiros no seu território.

Observa-se que a população de Roma caracterizava-se pela baixa faixa etária. Desta forma, a sexualidade e velhice nesta população, à priori, não deveriam ser tão presentes.

3.1.4 - Cristianismo - uma grande mudança

No final do Império Romano e a sua desintegração, surge o cristianismo, uma nova força cultural e histórica que causou grande impacto no mundo ocidental, e que iria afectar as relações entre homens e mulheres.

Segundo Branden (1982): “A força central dessa nova religião era um profundo ascetismo, uma intensa hostilidade pela sexualidade humana e um desprezo muito grande pela vida terrena.”

O Cristianismo, hostilizava o sexo, pois este prazer físico simbolizava um mal para o espírito.

Entre os seguidores dessa nova cultura surge São Paulo, que elevou o conceito grego da dicotomia corpo-alma a uma importância muito grande, no mundo ocidental, ao conceituar a alma como: “Uma entidade separada do corpo, transcendendo a este” e, ao mesmo tempo, reduzindo o corpo a: “somente a uma prisão, na qual a alma está encarcerada. É o corpo que impele uma pessoa ao pecado, ao prazer e ao desejo sexual”.

O Cristianismo, desta forma, trouxe para o ser humano um conceito de amor altruísta e não sexual. Neste caso, o amor e o sexo eram vistos como pertencentes a pólos opostos; a fonte de amor era Deus e a fonte do sexo era o demónio.

Desta feita, a melhor solução seria o celibato, pois representava o ideal da moral. Contudo, de acordo com São Paulo: “(...) se aos homens faltar o necessário autocontrole, que se casem, pois é melhor casar-se do que arder de desejos”

Mesmo com a permissão do casamento, o sexo não representava o núcleo central da união. Admitia-se que a relação fosse de amizade e que tivessem filhos. Cabral (1995) comenta que a questão da união carnal tornou-se polémica do século VII ao XII, entre os componentes da Igreja. Todavia, através de discussões, os componentes da Igreja definiram o casamento como: “uma união consentida e abençoada por Deus, que conferia ao mesmo tempo a indulgência ao acto sexual, porém não conferia o direito de praticá-lo sem a intenção de procriar.”

O reforço ao único objectivo da relação sexual - a procriação - obteve a influência marcante de Santo Agostinho, o qual assinala seu posicionamento diante da actividade sexual, através das normas descritas abaixo:

- Admitir a união legal;
- Recomendar aos casais uma vida de continência;
- As renúncias às relações sexuais eram uma forma de desfrutar de uma vida sincera e cristã;
- Valorizar a amizade assexuada entre o casal;
- Os pais deveriam possuir domínio sobre os filhos;
- Proibir a utilização de contraceptivos;
- Proibir a felação.

Perante as regras e normas que diziam respeito à actividade sexual do casal, Santo Agostinho confirma a sua posição negativa em relação ao sexo, quando conceitua o desejo sexual como sendo:....“um aprisionamento cruel, do qual só Deus seria capaz de liberar o homem. É como um princípio de discórdia inerente ao ser humano, um componente perverso, responsável somente pela continuidade da espécie.”

Transversalmente na filosofia cristã, os indivíduos mais velhos, que não pudessem procriar, eram vistos, como sofrendores da terra, pois possuíam o desejo pelo sexo, mas não teriam a permissão de exercê-lo, já que o objectivo único da relação sexual não seria cumprido - a procriação. Esta visão, infelizmente, permanece até os dias de hoje, pois, quando um casal de idosos namora ou contrai o matrimónio é ridicularizado pelos mais jovens com a famosa exclamação: “Eles não conseguem fazer nada!”.

Desta forma, o conceito de actividade sexual e reprodução torna-se mais forte, ou seja, o sexo permanece ligado à reprodução dos seres humanos e não a uma reprodução de trocas afectivas dificultando, assim, a manifestação da sexualidade entre idosos.

3.1.5 - A Idade Média

A Idade Média caracterizou-se por ser um período da história onde a sociedade estava muito preocupada e interessada em modificar os padrões morais e do comportamento sexual. A Igreja medieval proclamava que os assuntos relativos à moral estavam dentro da sua circunscrição, sendo assim, manteve um papel dominante na definição do que era um comportamento sexual apropriado.

O trabalho desenvolvido por Santo Jerome (342 d.C. 420 d.C.) foram de grande importância para a história até o século XIX. Estes trabalhos confirmaram que o conceito do celibato era o ideal para a vida de um Homem; aqueles que, no entanto, não conseguissem aceitar estes padrões, poderiam manter actividades sexuais com a finalidade de procriar, pois só dessa forma o intercuro sexual era aceitável.

Entre as actividades sexuais consideradas pela Igreja como “pecados contra a natureza” estavam as relações sexuais entre idosos, pois não havia a possibilidade de fecundação. Apesar dos esforços da Igreja medieval, o período foi considerado como sendo relativamente aberto, ou seja, houve uma certa liberdade sexual no final da Idade Média.

No século XIV, o comportamento mais liberal foi reprimido após a peste negra, que matou grande parte da população europeia. O motivo desta desgraça foi considerada pela punição de Deus pelas práticas sexuais pecaminosas, cujo pecado deveria ser reprimido.

Jogando com o sentimento de culpa do povo em relação às actividades sexuais, a Igreja reiniciou a repressão sexual, servindo assim como um grande mecanismo primário para este movimento.

Sendo a postura da Igreja contra as práticas sexuais e os preconceitos dirigidos ao comportamento sexual desviante, ou seja, desvinculado da procriação, a actividade sexual dos idosos, naquela época, era considerada como algo negativo e demoníaco, já que, nessa idade, o coito e o desejo sexual não eram bem aceites pela Igreja.

3.1.6 - Séculos concentrados no reforço da assexualidade do idoso

Em termos gerais, a sexualidade do idoso tem sido vista como imoral, inapropriada e negativa. Covey (1989), percebendo esta visão e observando a falta de material bibliográfico referente ao tema, realizou uma pesquisa histórica, baseada em trabalhos de autores, cujas obras datavam dos anos Setenta, como: Smith e Sommers, assim como de autores mais recentes (Burrow e Barash), que pesquisaram essa questão. Acentua Covey que esses autores verificaram que, apesar das grandes diferenças entre as pessoas idosas em termos de saúde, status sócio-económico e prestígio, é possível constatar temas e percepções comuns, com respeito a sua sexualidade.

Covey, salienta que as crenças ocidentais sobre a assexualidade do idoso mantêm-se desde a Idade Média, ao disseminarem que o apetite sexual desaparece com o envelhecimento, que o sexo é perverso na velhice e que os idosos que tentavam praticá-lo

sofriam uma auto-decepção pelas dificuldades oriundas da idade. Ainda comenta que: “Em adição, os conceitos tradicionais relacionados à sexualidade, tais como: beleza, atracção, potência sexual e orgasmos femininos não eram referidos às pessoas idosas.”

A questão dos padrões do envelhecimento e sexualidade tem sido, actualmente, estabelecidos por vários factores: cronológico, biológico, psicológico e social. Todavia, este tipo de conduta está presente desde a Idade Média.

Analisando os trabalhos de Smith, publicados em 1976, Covey ressalta que, na sociedade medieval, as idades de vida eram socialmente divididas em: juventude - caracterizada como um período de força, actividade sexual e reprodução, e velhice - caracterizada como um processo invertido de crescimento, associado com características de deterioração.

Quanto ao trabalho de Burrow, publicado em 1986, Covey constata que o comportamento sexual do idoso era considerado inapropriado e ainda salienta que: “Aqueles idosos que mantinham actividades sexuais eram julgados como tendo um comportamento inapropriado em relação à idade, apresentando assim uma variedade de respostas sociais negativas.”

Nas concepções de ambos os autores, no período medieval, ocorria, frequentemente, uma ligação entre idades da vida e sexualidade. O sexo realizado entre os idosos casados era visto também como não natural e representava uma afronta à dignidade. Em 1988, Barash (cit. por Covey, 1989), esta visão ajudava os mais jovens a não sentirem os idosos como competidores sexuais.

Desta forma, as manifestações sexuais realizadas pelos idosos eram vistas como imorais e a Igreja medieval considerava estas manifestações como o motivo central da permanência do ser humano na terra. Sobre a questão, Covey usa as especificações de Sommers que, em 1978, diz que estes desejos sexuais: “representavam os grilhões, para a pessoa idosa; grilhões que prendiam o idoso a este mundo.”

Estes tipos de conceitos estavam ligados à impossibilidade da procriação e qualquer manifestação do desejo sexual era associado a questões diabólicas. Além disso, existiam algumas diferenças na percepção do comportamento sexual entre homens e mulheres idosos, na Idade Média. Covey (1989) e Kauppinen (1991), nos seus artigos, referem algumas dessas percepções e diferenças entre os sexos na velhice. Entre as suas interpretações estão:

- Para os homens idosos, a relação com mulheres mais jovens representava um aumento da virilidade ou um prolongamento da vida;
- Para as mulheres idosas, a relação sexual com homens mais jovens era vista como um mau comportamento, sem nenhum efeito sobre a duração da vida;
- Os homens idosos, sexualmente activos, eram vistos praticando auto-ilusão, devido à sua inabilidade em atrair mulheres e ter uma relação sexual;
- As mulheres idosas, sexualmente activas, eram vistas como enganadoras, que atraem e controlam o homem para satisfazer seus desejos sexuais;
- O homem idoso só possuía acesso ao sexo através do seu poder de compra e status social;
- As mulheres idosas só ganharam acesso ao sexo através da sedução e de poderes maléficos sobre os homens;
- Os homens idosos que tentavam manter uma vida sexual activa eram considerados engraçados e objectos de humor;
- As mulheres idosas que tentavam manter uma vida sexual activa não eram vistas de forma humorística e, sim, maléfica.
- Homens idosos eram tolos;
- Mulheres idosas eram sinistras e praticantes de bruxarias.

A visão negativa do comportamento sexual do idoso é demonstrada de forma clara. A relação sexual entre velhos e jovens, apresentava uma visão machista, porque nas relações sexuais com pessoas mais jovens, os homens gozavam de uma boa razão para seus actos - era uma forma de aumentar a sua virilidade. Além do poder e status serem vistos como formas positivas para a continuação do exercício da sexualidade.

Para as mulheres, no entanto, as relações com pessoas mais jovens passava por uma avaliação negativa sem nenhum componente positivo na sua acção. Além disso, os seus desejos sexuais eram considerados casos de bruxaria, demonstrando assim, uma inferiorização da mulher em relação ao homem.

A literatura disponível não contribuiu muito para o estudo da sexualidade do idoso, no entanto, Covey (1989) observou que: “um monte de literaturas, anterior ao século XIX, assumia uma indiferença sexual no idoso de ambos os sexos (...) e quando mencionados, eram vistos como eunucos sexuais.”

3.1.7 - A sexualidade do idoso: a história no século XX

A sociedade, no decorrer do tempo, desenvolveu diversos campos do saber, incluindo vários núcleos específicos da ciência. A Medicina, com o aumento das pesquisas, no século XX, obteve diversos avanços em relação às vacinas, medicações e cirurgias, fazendo com que o ser humano tivesse uma esperança de vida superior.

A história da sexualidade no desenvolvimento da humanidade ocidental, obteve grande carga de mitos e preconceitos. Diante de tantos tabus, a sociedade continua com dificuldades em lidar com a questão da sexualidade, principalmente, no que se refere ao idoso. A grande força negativa que o grupo de idosos possui, em relação à sua manifestação do desejo ou da actividade sexual, vem das normas de comportamento existentes nos séculos anteriores.

Revela-se desta forma a luta entre perceber o idoso como um ser capaz de exercer a sua sexualidade sem preconceitos e, por outro lado, reforçar a degeneração do idoso através das páginas em branco. Na existência de percepções positivas e negativas na fase da velhice, Libman (1989) refere que, actualmente, os gerontólogos actuam com o objectivo da diminuição dos preconceitos de conotação negativa e dos estereótipos que são atribuídos aos idosos e à sua sexualidade e permitir que o idoso manifeste sua sexualidade sem culpa, sem considerar que esta atitude ou sentimento sejam percebidos como anormais.

Para Fischman e Damrosch (1985), esses sentimentos de anormalidade perante os seus desejos sexuais podem prejudicar o comportamento dos idosos e acrescentam que: “as atitudes culturais que denigrem a idade... prevalecem tanto que há um número inimaginável de indivíduos idosos que sentem ser algo anormal expressar as necessidades sexuais”

Ainda segundo os autores citados acima, a sociedade continua a reforçar, de maneira brutal, a assexualidade na velhice, e citam Lief, que afirma: “A nossa cultura foi, e continua largamente sendo... anti-sexual em relação ao idoso.”

Um dos grandes problemas para a permanência dessa percepção da assexualidade do idoso está ligado aos modelos de referências que as pessoas adquirem no decorrer da vida. Estes modelos de referências, como diz Libman (1989), dirigem-se normalmente para o que a sociedade classifica como adequado à faixa etária em que o indivíduo está. Neste caso, os idosos, automaticamente, acabam rotulando-se também como sendo um grupo de características negativas, uma vez que as pessoas de meia-idade apresentam dificuldades sexuais, sem verificar suas próprias potencialidades. Salienta-se que: “se, de facto, as

“pessoas idosas escolhem modelos de referências inapropriadas, a subsequente confusão da auto-imagem pode ser particularmente pertinente na sexualidade nos anos mais avançados, muito por causa da literatura popular sobre as pessoas acima de 60 anos, que assumem que os indivíduos no envelhecimento são assexuados ou que o interesse no comportamento sexual nesta categoria de idade é inapropriado.”

Apesar do processo de envelhecimento e a sexualidade do idoso serem considerados uma experiência universal, que ocorre em todas as formas de vida, e em todas as épocas, o mesmo tem sido abundantemente estereotipado.

A trajectória histórica tem sido testemunha da forma preconceituosa que se tem tratado a sexualidade do idoso e como se tem perpetuado. Estes conceitos preconcebidos são prejudiciais e estabelecem uma distância entre gerações, emanando, por sua vez, uma série de problemas que afectam a posição dos idosos da nossa sociedade actual.

Desde o ponto de vista, puramente prático, a sexualidade do idoso é em si mesma um estigma e grande parte das vezes, é o resultado injusto de falsos estereótipos que se foram acumulando através dos tempos.

3.2 – Diferentes Enfoques Teóricos da Sexualidade

A sexualidade sempre foi uma realidade presente em todas as sociedades, não sendo exclusiva da nossa actualidade. A partir de meados do século XIX, com o processo de industrialização, com o acréscimo das mulheres no mercado de trabalho e com outros factores sociais, aumentou o interesse, por parte de alguns cientistas, para o estudo da sexualidade.

Na verdade, o próprio termo sexualidade já existia na linguagem técnica da Biologia e da Zoologia. Até então, a “ciência limitava-se a estudar alguns aspectos parciais desta temática (anatomia, morfologia, etc.) e a legitimar a moral dominante ao declarar como desviante, patológico ou doentio todo o comportamento que estivesse em contradição com ela” (López e Fuertes, 1999:39).

Os vários teóricos das diferentes ciências, nomeadamente da Antropologia, História, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Biologia, entre outras, que se debruçaram sobre a temática da sexualidade consideram que esta não tem sido entendida da mesma forma ao longo do tempo nas diferentes sociedades.

Dum modo geral, no estudo da sexualidade humana podemos encontrar três grandes orientações teóricas que nos apresentam diferentes contributos, nomeadamente a Antropológica, a Sociológica e a Psicológica. Cada contributo está associado ao modo como cada uma destas orientações percebem o Ser Humano e a própria sexualidade.

Ao nível antropológico, há que referir o contributo da Teoria Sociobiológica, que considera que os comportamentos sexuais são pré-programados e resultam da adaptação ao longo da história. Assim, segundo esta perspectiva, a sexualidade humana é “resultado do processo de selecção natural da espécie a qual tem conseguido que determinados comportamentos se convertam em pré-programados” (Fuertes e Sánchez, 1997:39).

Ao nível sociológico ressalta-se o contributo, quer da Teoria do Conflito, quer da Teoria da Aprendizagem Social. Defende esta última que a conduta sexual “é um comportamento social apreendido através dos paradigmas de aprendizagem, mas também através da observação da conduta sexual dos outros” (Fuertes e Sánchez, 1997:93). Para a teoria do conflito “a sociedade sempre teve grupos ou classes sociais em conflito e que os poderes dominantes (grupos, instituições, etc.) socializam as pessoas e regulam as suas condutas conforme os seus interesses, orientados para manter e potenciar o seu poder. Segundo esta concepção, as leis, as normas e os padrões educativos no campo da sexualidade estariam ao serviço dos padrões dominantes” (Fuertes e Sánchez, 1997:94).

Ao nível Psicológico, as teorias existentes centram-se essencialmente em termos da questão da identidade sexual (Fuertes e Sánchez, 1997:179).

Freud, destaca o papel importante e positivo da sexualidade, encarando-a como um instinto ou pulsão enraizada no organismo humano (Vilar, 2003:96). Quanto à identidade sexual esta resulta da identificação da criança com o progenitor do mesmo sexo e da resolução do conflito de Édipo (Fuertes e Sánchez, 1997:180). Kohlberg, por sua vez, considera que as “estruturas cognitivas são as responsáveis pela evolução sexual. Deste modo, afirma, que o decisivo e mais importante é o juízo cognitivo que o sujeito faz relativamente ao facto de ser menino ou menina, ainda que tal juízo esteja apoiado numa variedade de factores externos. É a partir deste primeiro juízo como o rapaz ou a rapariga, organiza as suas atitudes sexuais, dando mais valor ao que corresponde à sua própria identidade” (cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:181).

Ao nível da Sexologia, que estuda a sexualidade numa perspectiva multidisciplinar, valorizado a dimensão biológica, psicológica, social, cultural.

Para além das teorias mencionadas, destacam-se três autores inseridos nas teorias anteriormente referidas, nomeadamente Foucault, Giddens e Weeks, que pelo seu contributo e importância histórica, influenciaram a forma como a sexualidade é hoje entendida, não se constituindo porém como visões únicas da sexualidade.

Foucault estudou a sexualidade da época vitoriana, dominante na Inglaterra do século XIX e princípios do XX.

Para alguns autores, na leitura que fazem da época vitoriana, a mesma era vista como defensora de princípios muito repressivos em matéria de sexualidade. O sexo era reduzido à sua função reprodutora, sendo o casal reprodutor o modelo a seguir. Ela restringia as sexualidades ilegítimas “a casa de passe, a casa de saúde, serão esses lugares de tolerância: a prostituta o cliente e o chulo” (Foucault, 1994:10). A justificação da sociedade burguesa teria por base o facto de se estar numa época onde a força do trabalho era explorada e as energias não podiam ser dissipadas nos prazeres.

Foucault não apoia esta leitura sobre a época vitoriana, designada por ele como hipótese repressiva. Para Foucault esta não traz com ela o aumento do segredo da sexualidade, mas o aumento dos discursos sobre a mesma. Estes eram incitados pelas instituições religiosas, pela legislação, pela medicina e pela família (Vilar, 2003:90), porque consideravam que a sexualidade tinha um carácter demoníaco e pecaminoso. Assim, o sexo não se julga, administra-se, controla-se e regula-se não pela proibição, mas pelo incentivo aos discursos úteis e públicos, ou seja, o objectivo era controlar o sexo e o indivíduo, visando aumentar o poder das instituições.

Por sua vez, Giddens considera que a sexualidade é uma construção social que se opera em campos de poder não sendo reduzida a um mero conjunto de imperativos biológicos (cit. in Vilar, 1992:16). Critica Foucault, na medida em que este negligência o surgimento do amor romântico “Foucault põe demasiada ênfase na sexualidade em detrimento do género, é silencioso acerca das conexões entre a sexualidade e o amor romântico, um fenómeno estreitamente ligado às mudanças no interior da família” (cit. in Vilar, 1992:17).

Weeks, tal como Giddens, concorda com a hipótese repressiva, criticando Foucault, na medida em que este não tem em conta que existem regimes de poder e controlo sociais mais repressivos do que outros ao longo da história. Para Weeks a sexualidade biológica “é somente uma pré-condição, um leque de potencialidades que é sempre mediatizado pela realidade humana (...) a sexualidade é uma experiência simultaneamente histórica e pessoal

(...) e relacional” (cit. in Vilar, 1992:84). Estas diferentes formas de estudar e entender a sexualidade, propiciam formas distintas de se encarar a sexualidade, mais que teorias opostas, têm um carácter complementar. Proporcionando, conseqüentemente, uma compreensão mais ampla da sexualidade humana, nas suas múltiplas dimensões, não a reduzindo a factores unicamente biológicos, sociais ou psicológicos.

Mesmo sendo escassos os estudos sobre a sexualidade na terceira idade, a literatura sugere que muitos idosos mantêm o interesse e as capacidades sexuais até idades muito avançadas e nos casos em que tal não se verifica, deve-se a problemas de saúde, e sobretudo, a factores ambientais que os impedem de se interessar e de ter comportamentos sexuais (López e Fuertes, 1999).

Na opinião de Pereira (2007) os estudos sobre o sexo em idade avançada escasseiam, particularmente, em Portugal, embora estes não sejam obrigatórios para comprovarmos que o tema da sexualidade na terceira idade ainda está envolto em diversos mitos. Por outro lado, consideramos prudente frisar que os estudos existentes sobre comportamentos sexuais na velhice têm um valor muito limitado. A de generalidade das amostras estudadas são pouco representativas: quase sempre os sujeitos são voluntários e residentes em instituições, vivem em situações desfavoráveis, tornando-se inadequado generalizar as suas conclusões.

Com efeito, no presente estudo tivemos sempre em consideração que a actividade sexual do idoso depende de diversos factores: físicos, biológicos, geográficos, socioeconómicos e do contexto sociocultural em que o idoso se insere.

Conforme já referimos, a relação sexual tem sido vista nas sociedades modernas ocidentais como uma actividade monopolizada e centrada, quase exclusivamente, nas pessoas jovens, com boa saúde e fisicamente atraentes. A ideia de que as pessoas de idade avançada vivenciam a sua sexualidade, mantendo a actividade sexual regular e satisfatória, é culturalmente mal aceite pela sociedade.

Segundo Ballone (2002), apesar das pressões e constrangimentos culturais impostos pela sociedade, os indivíduos em idade avançada conservam a necessidade psico-fisiológica de manter a sua actividade sexual. Para este Autor não existe idade limite que determine o fim da actividade sexual, dos pensamentos e dos desejos sexuais. No entanto, a pressão cultural associada a um complexo cocktail de factores psico-fisiológicos e socioeconómicos (dos quais se destaca a falta de informação e incipiente formação sexual), fazem com que a generalidade dos idosos experimentem sentimentos de culpa, vergonha e se considerem

peças anormais, por manterem o interesse sexual. A este propósito Limentani (1995) salienta que os idosos distanciam-se e esquecem-se do seu próprio corpo e que a sociedade impõe-lhes que a sua sexualidade seja ignorada, tanto ou mais que na infância.

Pensando nos diversos segmentos sociais que compõem a sociedade portuguesa, destacando-se por exemplo a família e os mass media, a sexualidade na terceira idade, é na generalidade, considerada inapropriada, imoral e bizarra. O idoso é discriminado sexualmente e reduzido à sua inutilidade.

Apesar dos citados constrangimentos em torno da sexualidade na terceira idade, a bibliográfica analisada mostra que a generalidade das pessoas em idade avançada são perfeitamente capazes de manter relações sexuais e de sentir prazer, embora a literatura médica enfatiza que a função sexual do idoso sofre alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento.

No entanto, há autores que defendem que as mudanças fisiológicas normais que acompanham o processo de envelhecimento humano podem ter pouca ou nenhuma interferência na sexualidade da pessoa idosa. O declínio do desejo sexual percebido pelas pessoas com o avançar da idade, parece estar mais relacionado com os aspectos psicossociológicos do que com os aspectos fisiológicos (Butler e Lewis, 1985; Capodieci, 2000).

Os primeiros estudos publicados sobre sexualidade, incluindo a actividade sexual na terceira idade, foram desenvolvidos por Kinsey, et al. (1948) e mais tarde por Masters e Johnson (1966) que relataram que a actividade sexual prazerosa (incluindo o coito) pode continuar na velhice, embora tanto nos homens como nas mulheres, ocorre-se um gradual declive da actividade e interesse sexual. Posteriormente, foram publicados outros estudos que introduziram novas variáveis de análise, embora os resultados fossem semelhantes.

Estudos mais recentes demonstram igualmente que a sexualidade na terceira idade é uma realidade. Um estudo cuja amostra foi constituída por pessoas com idade entre os 80 e os 102 anos conduzido por investigadores da Universidade de Harvard (Garry, et al., 2001) demonstrou que os prazeres da actividade sexual – carícias, cópula e a masturbação –, perduram ao longo da vida durante mais tempo do que muitos jovens pensam. “Os investigadores concluíram que 83% dos homens e 30% das mulheres se compraziam em actividades íntimas que não somente a cópula. Para 72% dos homens e 40% das mulheres a masturbação é uma prática habitual. Verificaram ainda que a cópula é a prática sexual que

as pessoas tendem a praticar com menos frequência à medida que aumenta a idade” (Visão/Harvard Medical School, 2001: 21).

A partir dos resultados de uma outra pesquisa, realizada com base em entrevistas aplicadas a uma amostra composta por mulheres brasileiras que frequentam Centros de Dia, na faixa etária dos 59 aos 77 anos, sendo que 52,8% tinham idades entre os 59 e os 64 anos, 35,8% entre os 65 e os 70 anos e 11,3% entre os 70 e 77 anos, as Autoras verificaram que a maioria das mulheres têm comportamentos receptivos ao relacionamento afectivo e sexual: 54,7% da amostra declarou que gostaria de estabelecer relações de amizade e afectivas com homens da sua idade; 77% das mulheres afirmaram que é saudável uma aproximação afectivo-sexual entre pessoas idosas; mais de 50% manifestaram apreciar e receber demonstrações de carinho e afecto de um homem e a maioria das mulheres da amostra gostaria de experimentar um novo namorado, companheiro ou marido (Reis, et al., 2002).

Vasconcellos, et al., (2004) procedendo a uma análise – Transcultural comparison – seleccionaram duas amostras, uma brasileira e outra portuguesa, com o objectivo de caracterizar os conhecimentos, as atitudes, as crenças e as práticas sexuais, de 187 pessoas entre os 52 e os 90 anos de idade, com boa saúde física e mental. Concluíram que 24% de mulheres brasileiras, 38% de mulheres portuguesas e 78% de homens portugueses mantêm relações sexuais, pelo menos, uma vez por mês.

Noutro estudo, desenvolvido a partir de uma amostra de 10 homens e 10 mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos, com um nível médio de instrução, classe socioeconómica média-alta e sem problemas de saúde, as Autoras concluíram que a maioria dos sujeitos entrevistados para além de gostar de relações sexuais, refere necessitar delas para o seu bem-estar geral. As investigadoras estimam que no Brasil cerca de 70% dos homens e 20 % das mulheres com mais de 60 anos são sexualmente activos (Menezes, et al., 2005).

Com base numa investigação encomendada pelo Instituto Nacional de Estatística dos E.U.A. à Universidade de Chicago (2007), publicada na revista científica “The New England Journal of Medicine”, os investigadores revelaram os resultados de um inquérito sobre o comportamento sexual em idade avançada, efectuado a 3005 norte-americanos de ambos sexos, com idade compreendida entre os 57 e os 85 anos.

Verificaram que na faixa etária dos 57 aos 64 anos, 73% dos sujeitos são sexualmente activos. A percentagem cai para os 53% na faixa etária entre os 65 e os 74 anos de idade, e para 26%, entre os 75 e os 85 anos. As mulheres idosas relataram ter

menos relacionamentos amorosos e sexuais, comparativamente com os homens da amostra. Outro dado interessante encontrado, foi a existência de uma correlação positiva entre o estado de saúde dos sujeitos e a actividade sexual: entre os idosos que declararam ter bom estado geral de saúde, 81% dos homens e 51% das mulheres eram sexualmente activos. Dos que declararam ter mau estado geral de saúde, em geral, não praticavam sexo (in Newsletter Jornal “New York Times”, ed. 14 de Janeiro 2008).

Também noutros domínios, nomeadamente, na literatura moderna, no romance, a problemática da sexualidade na terceira idade tem sido objecto de inspiração. A este propósito cabe destacar a obra, “O Animal Moribundo”, de apaixonante premência e uma impressionante exploração do afecto, da liberdade e do prazer, do escritor Philip Roth (2006), que escreve uma história de descoberta sexual contada a respeito de um homem de setenta anos, “David Kepesh”, que experimentou viver aquilo a que chamou de “virilidade emancipada” fora do alcance da família e de uma parceira convencional.

Na mesma linha, mas numa espécie de viagem de descoberta mútua e de autodescoberta pelos horizontes da mais profunda natureza humana – dos afectos, do prazer, da sexualidade nas diversas fases da vida –, António Alçada Batista (2001) numa obra, intitulada, “O Tecido do Outono”, aflora a vida sexual de um homem, chamado “Filipe”, que depois de várias experiências sexuais e já idoso, mantém activa a sua vida sexual com a “Matilde”, mulher de quem se tinha divorciado no início da fase da vida adulta. Portanto, embora com tónicas diferentes os autores desenvolvem uma visão arrojada sobre o amor e o sexo na terceira idade, que de certa forma revoluciona e desmistifica a ideia de que a sexualidade na terceira idade não existe.

Em síntese, a literatura científica sugere haver uma diminuição da frequência das actividades sexuais com o avançar da idade, a qual afecta também o interesse sexual, sendo este mais contundente nas mulheres. De qualquer modo, o mais importante para este estudo é o facto da generalidade dos autores admitir a existência de diferenças individuais significativas, quanto às vivências e práticas sexuais na velhice. Sobressaem as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, a toma de medicamentos, a existência de alterações psicopatológicas, bem como aspectos psicossociais, tais como, a existência de um parceiro(a) estável, a frequência e qualidade da relação, o nível educacional e a vivência e integração social dos indivíduos idosos. É certo que os estudos referenciados devem ser interpretados com prudência pelas razões já mencionadas. Contudo, não deixa de ter relevância que, na generalidade, indicam que

muitos idosos desejam ter prazer com a actividade sexual e que uma parte importante deles, de facto, mantém actividade sexual até uma idade muito avançada. Sugerem também, que para ambos os sexos, são muitas vezes causas de natureza psicossocial que condicionam a actividade sexual.

3.3 Definição do Conceito de Sexualidade

Falar de sexualidade não é sinónimo de procriação, de genitalidade, de relações coitais, de orgasmos, ou de qualquer outra dimensão ou aspecto concreto da mesma. Estes elementos fazem parte do que habitualmente entendemos por sexualidade, mas em nenhum caso podemos reduzir a sexualidade aos mesmos (Fuertes e Sánchez, 1997:241).

Independentemente do alcance do termo sexo, a sexualidade sempre adquiriu significados adicionais e implica algo mais. Com efeito a “palavra sexualidade aparece frequentemente associada à palavra sexo, e evoca breves e passageiras experiências, mas o significado profundo da sexualidade nas nossas vidas não se limita ao dormitório, à noite, nem a nenhuma parte específica do corpo” (Fuertes e Sánchez, 1997:241).

Katchadourian divide o significado do sexo em duas grandes categorias, primeiramente as que fazem referência à divisão orgânica entre homens e mulheres e as qualidades que os distinguem e seguidamente as que fazem referência ao comportamento erótico e a determinados aspectos físicos ou da personalidade, associados ou relacionados com o erótico (cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:242).

“A sexualidade é parte da identidade do sujeito, expressa-se no seu estilo de vida, nos seus papéis, masculino ou feminino, na expressão do seu afecto e também no seu comportamento erótico” (Roberts cit. in Katchadourian cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:242).

Trempe acrescenta que “a sexualidade entra também na categoria do ser: eu tenho uma identidade sexual que me faz ser em parte o que eu sou e que é inseparável da minha humanidade” (cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:242).

L’Abate e Talmadge defendem que “a sexualidade é uma força primária de cada indivíduo. É uma força penetrante e integral que implica determinados aspectos fisiológicos e psicológicos. É um processo activo dinâmico e orgânico com uma multiplicidade de variáveis interrelacionadas e mutáveis... a sexualidade é o processo de ser em que expressamos através das nossas manifestações de ser homem ou mulher, masculino ou

feminino; é a forma como pensamos, sentimos e expressamos a cerca do nosso género, dos nossos órgãos sexuais, do nosso corpo, das nossas auto-imagens e das nossas preferências” (cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:242).

Daqui resultam as ideias básicas sobre a compreensão acerca da sexualidade humana, que podem assentar no facto da sexualidade ser algo inerente ao nosso ser, que existe uma mútua e contínua relação entre os aspectos sexuais e os não sexuais (Fuertes e Sánchez, 1997:242). A sexualidade está mediatizada por tudo o que somos como pessoa, e que por sua vez influi na forma como pensamos sentimos e nos comportamos (López e Fuertes cit. in Fuertes e Sánchez, 1997:242).

3.4. Determinantes Biológicos e condicionantes Psico-Sociais da vivência da Sexualidade no processo de envelhecimento

Durante o processo de envelhecimento do Ser Humano ocorrem alterações a diversos níveis: biológico, psicológico e sócio-cultural. Estas alterações são factores determinantes para a expressão comportamental da sexualidade (Cordeiro, 2003:72).

López e Fuertes, defendem que a sexualidade tem uma indubitável dimensão biológica e que todo o nosso corpo é sexuado quer nas suas estruturas quer nas suas funções (desde as nossas unidades mais pequenas até à nossa figura corporal global). Adianta também que o nosso psiquismo, e a nossa organização social e cultural são sexuados (1999:8-9).

3.4.1. Determinantes Biológicos

Entende-se por determinantes biológicos da vivência da sexualidade na terceira idade, os factores genéticos, neurológicos, hormonais, anatómicos e fisiológicos. Destes factores considera-se pertinente clarificar as alterações que ocorrem a nível fisiológico diferenciando-as em termos de género masculino e feminino (Cordeiro, 2003:77).

Segundo Sánchez e Ulacia o processo de envelhecimento sexual inicia-se entre os 30 e os 35 anos, segue-se um processo lento que varia de pessoa para pessoa. Nas mulheres

o processo de envelhecimento sexual tem uma marca biológica evidente, a menopausa. No entanto, nos homens não existe uma marca claramente identificável, verificam-se sim, alterações lentas e fundamentalmente regulares (1998:27).

A menopausa (meno=menstruação, pausis=cessação), é um processo natural na mulher, que se caracteriza pela paragem definitiva das menstruações, resultante da diminuição progressiva do ritmo de ovulação, diagnosticada O climatério corresponde ao período onde se iniciam as primeiras manifestações sinalizadoras da menopausa, tais como, irregularidades menstruais, afrontamentos, alterações de humor, terminando cerca de um ano após a data da última menstruação. A falência ovária ocorre habitualmente entre os 45 e os 50 anos (Cardoso, 2004:8).

López e Fuertes apresentam as seguintes alterações biofisiológicas na mulher:

- A vagina diminui de tamanho, fica mais estreita e perde a elasticidade;
- A lubrificação é de aparecimento mais demorado e é menos intensa;
- Menor vasocongestão dos órgãos genitais;
- Diminuição da intensidade e da frequência das contracções;
- Os seios perdem a firmeza e o tamanho (1999:136)

A passagem de uma fase reprodutiva, para uma fase pós reprodutiva vai exigir às mulheres um ajustamento físico e psicológico. Sendo acentuada pelo negativismo socialmente construído e individualmente incorporado, que tende a desvalorizar a mulher nesta fase da vida, uma vez que na sociedade a feminilidade ainda se encontra fortemente conotada com a maternidade. A perda de capacidade procriativa pode ter um significado gerador de um sentimento de inferioridade (Cardoso, 2004:9).

A andropausa (andros=masculino, pausis=cessação), foi o termo encontrado para fazer a analogia com a menopausa (feminina) chegando mesmo a chamar-se de menopausa masculina. Contudo, não existe consenso quanto ao termo, uma vez que este significa etimologicamente: “acabou como homem”, podendo levar assim a interpretações erradas, quer no que respeita à vivência da sexualidade, quer no que concerne ao exercício do papel de género.

Ao contrário do que acontece no feminino, com o fim da amenorreia, no homem não existe um marcador claro sendo que a sua manifestação varia muito de homem para homem, quer

quanto ao seu aparecimento, quer quanto à sua intensidade, não fazendo sentido no caso de alguns homens falar em andropausa.

O envelhecimento masculino em geral podem levar ao surgimento de alterações sexuais, que não devem contudo, ser generalizadas a todos os homens. (Cardoso, Jorge p.11)

López e Fuertes indicam como principais alterações biofisiológicas no homem:

- Diminuição da produção de esperma e de testosterona, a partir dos 40 anos e 55 anos respectivamente;
- Ereção mais lenta e menos firme;
- Diminuição da quantidade de sémén emitido;
- Elevação menor e mais lenta dos testículos;
- Redução da tensão muscular;
- Alargamento do período refractário (1999:135).

Como afirma Sánchez e Ulácia as alterações fisiológicas que ocorrem quer no homem quer na mulher, condicionam a resposta sexual humana, como se pode observar no seguinte quadro:

Quadro 2: Mudanças na Resposta Sexual Humana

	Desejo	Excitação	Orgasmo	Resolução
Homem	• Pode ser menor por razões psicossociais e hormonais	• Necessita de mais estímulo. • É mais lenta. • Pode haver dificuldades na erecção	• Menor volume de ejaculação. • Diminuição da intensidade e frequência das contracções. • Sensações orgásmicas menos intensas.	• Alargamento do período entre erecções

Mulher	• Necessita de mais estímulo. • É mais lenta. • Pode haver dor no coito	• Diminuição da intensidade e frequência das contracções. • Mantém a capacidade multiorgásmica	• Não se altera a resposta clitoridiana.
--------	---	---	--

(Quadro adaptado de Sánchez e Ulácia, 1998:41)

As mulheres aceitam melhor que os homens as alterações que afectam a esfera estritamente sexual. Contudo, aceitam pior o processo geral de envelhecimento, nomeadamente no que diz respeito à sua imagem corporal.

A diminuição do interesse sexual e da frequência sexual são características mais preponderantes nas mulheres. Estes dados encontram-se contudo excessivamente ligados numa sexualidade funcional, focada nos genitais e no desempenho sexual (Buss e Delo, cit. in Cardoso, 2004:10).

No que respeita ao homem, estas alterações podem ser mal aceites sobretudo se este assimilou o modelo de sexualidade juvenil, (redução da relação sexual ao acto coital), na medida em que é dado como perdido (Lopez e Fuertes, 1999:136).

O homem idoso consegue atingir e manter uma erecção adequada, com as condicionantes que: pode levar mais tempo a consegui-lo e exige, uma estimulação mais eficaz e localizada no genital. A tendente diminuição da actividade sexual nos homens, não resulta obrigatoriamente da existência de disfunções sexuais.

A forma negativa com que os idosos vivem a sua sexualidade nesta fase da sua vida é muitas vezes causada pela comparação da sexualidade presente com a do passado (Cardoso, 2004:11).

Olazábal afirma que o próprio estado físico geral e os problemas de saúde concretos podem favorecer ou limitar o interesse na actividade sexual durante a velhice (cit. in Sánchez e Ulácia, 1998:85), com especial relevo para doenças do foro oncológico, quadros depressivos, a diabetes, problemas reumatológicos e cardiovasculares entre outros (Sánchez e Ulácia, 1998:88-91). Todavia, algumas destas limitações fisiológicas, e a situação clínica

dos idosos, podem converter-se numa vantagem para a relação sexual, nomeadamente no retardamento do processo de excitação e num maior controlo do processo de ejaculação (Sánchez e Ulácia, 1998:39).

Na verdade, Sánchez e Ulácia consideram que estas características da sexualidade na velhice proporcionam a que ambos os géneros possam desfrutar de relações sexuais mais lentas e mais centradas nas carícias mútuas e na comunicação (1998:39). Os autores defendem que desde que exista uma adaptação adequada às alterações fisiológicas poderá verificar-se um enriquecimento da sexualidade na terceira idade. Logo a velhice não justifica em si mesma uma perda brusca e significativa da actividade sexual (1998:40).

Mesmo quando o coito não é possível ou desejado, numa relação, é possível que a sexualidade e o erotismo continuem a possibilitar inúmeras formas de obter prazer e satisfação sexual (Cardoso, 2004:9).

3.4.2. Condicionantes Psico-Sociais

Os factores Psico-Sociais podem condicionar a vivência da sexualidade na terceira idade.

Primeiramente teremos de ter em conta o contexto sócio-histórico em que os idosos se inserem ao longo do seu ciclo de vida, uma vez que este, aberto ou repressivo, pode influenciar a forma como o idoso encara a sua sexualidade. Os autores acrescentam ainda que a história sexual de cada indivíduo influencia a vivência da sexualidade na terceira idade (Sánchez e Ulácia, 1998:96).

López e Fuertes apresentam os principais factores psico-sociais que condicionam a actividade sexual na velhice. Por um lado, mencionam o modelo de sexualidade dominante -modelo juvenil, genital e reprodutivo- que se ameaça porque no idoso estas características não estão presentes.

Por outro lado, referem também o modelo dominante de figura corporal atractiva -baseado na juventude, elegância, vigor físico, ausência de gordura- podem levar a que os idosos sintam-se feios e indesejáveis do ponto de vista sexual, visto que já não se enquadram nestas características,

A ausência de parceiro sexual, os viúvos e os solteiros dificilmente dispõe de parceiros sexuais mesmo que o desejem; e o tipo de relações estabelecidas (rotineiras

insatisfatórias ou conflituosas) podem diminuir o desejo sexual, o grau de excitação e até mesmo a própria capacidade sexual, também são factores enumerados.

As dificuldades económicas ou sociais podem diminuir o interesse e as capacidades sexuais, na medida em que, esta situação pode gerar tensão e sensação de marginalização.

As condições físicas (álcool, fadiga física, obesidade, falta de higiene) podem influenciar o desejo sexual e as possibilidades de se tornarem atractivos.

O receio de não serem capazes de terem relações sexuais coitais ou de proporcionar prazer pode causar ansiedade e insegurança.

A atitude negativa por parte dos filhos e da sociedade em geral, pode tornar-se numa dificuldade insolúvel, na medida em que os persegue e os culpabiliza. As atitudes conservadoras das Instituições para a terceira idade cria dificuldades acrescidas para os idosos e a falta de espaço e de condições adequadas faz com que os idosos não casados não possam viver a sua sexualidade dentro delas.

As convenções sociais relativas à idade são desfavoráveis, à mulher, na medida em que deve casar-se com homens mais velhos ou da mesma idade e os homens tendem a casar-se com mulheres mais jovens (1999:138-139).

Margarida Pedroso Lima defende que, “Com a idade existe maior número de viúvas (os), o que vai afectar a vida sexual na velhice visto que, em muitos casos por razões culturais, as hipóteses de sexualidade estarem restritas ao casamento. Acrescente-se o facto da esperança de vida ser superior nas mulheres e a tradição na sociedade ocidental das mulheres casarem com homens mais velhos, o que ainda aumenta o número de mulheres viúvas” (2003:113).

Um olhar mais atento, permite concluir que alguns dos condicionalismos enumerados têm subjacente crenças e pressupostos falsos, que têm vindo a deturpar a forma como a sexualidade é vivida e sentida pelos idosos.

Na verdade, segundo Gomes coexistem na nossa sociedade uma série de falsas ideias associadas à sexualidade na terceira idade, tais como:

- Que o coito e a emissão de semén conduzem a um envelhecimento e à morte.
- A masturbação é um acto infantil.
- Após a menopausa a mulher perde satisfação sexual.
- Os idosos são vulneráveis a desvios sexuais como o exibicionismo e parafilias.
- As mulheres idosas que apreciam sexo foram ninfomaniacas.

- Quem deixa de ter capacidade sexual nunca mais voltará a ter (1987:95).

Lopez e Fuertes acrescentam ainda que:

- “Os idosos não têm capacidades fisiológicas que lhes permite ter comportamentos sexuais.
- Os idosos não têm interesses sexuais.
- Os idosos que se interessam pela sexualidade são perversos.
- Os desvios sexuais são mais frequentes nos idosos.
- A actividade sexual é má para a saúde, especialmente na velhice.
- A reprodução é o único fim da sexualidade e, portanto, não faz sentido que os idosos tenham actividade sexual.
- Os homens idosos têm interesses sexuais mas as mulheres não.
- Os idosos, pelo facto de serem idosos, são feios.
- É indecente e de mau gosto que os idosos manifestam interesses sexuais” (Lopez e Fuertes, 1999:134).

Relativamente às falsas crenças Sánchez e Ulacia apresentam ainda que:

- A masturbação apenas ocorre em idosos com perturbações psíquicas.
- Os idosos com doenças deixam de ter actividade sexual (1998:104).

Neste contexto, Margarida Pedroso Lima conclui que a grande parte dos problemas sexuais dos idosos são psico-sociais (2003:110).

Ao longo dos tempos a questão da sexualidade foi sempre entendida de diversas formas, revestida de ambivalências. Se por um lado foi reprimida, por outro lado também era desejada, continuando contudo, a ser objecto de transgressões privadas.

A sexualidade faz parte da nossa existência e não pode, por isso, ser indissociável da nossa condição humana. Esta dimensão humana não pode ser ocultada ou culpabilizada, nem envolvida por atitudes que enviesem e dificultem a vivência gratificante da mesma.

Na velhice, a sexualidade está influenciada pelas transformações lentas que se operam, através processo de envelhecimento, pelo estereótipo social presente na sociedade e pela própria história de vida de cada um. São nos entrelaces desta teia que se fundamentam a vivência da sexualidade.

Não há motivos para que a vivência da sexualidade na velhice não seja uma realidade se assim for pretendida. Na verdade, as expressões da sexualidade, o próprio

desejo com o decorrer da relação, da idade e dos acasos e percursos de vida, mudam ao longo do tempo, não advindo necessariamente do processo de envelhecimento. Por este motivo não existe relação directa com a vivência a sexualidade na terceira idade. Quer pelas questões morais, quer pela representação social que existe sobre o idoso, a vivência da sexualidade na velhice tem frequentemente uma conotação negativa, ou de estranheza, podendo esta, acabar por ser interiorizada constituindo-se assim uma condicionante, impondo muitas vezes a sua própria castração.

Este tipo de atitudes moldadas pelo preconceito e pela ignorância, suportam todo um conjunto de comportamentos que negam os mais elementares direitos do indivíduo. Direitos esses que podem colocar em causa a auto-determinação do indivíduo e sua própria qualidade de vida.

Com efeito, vivemos numa sociedade que por um lado estimula e por outro lado reprime a sexualidade. Aos jovens é permitida, embora que criticado, a vivência da sua sexualidade como fenómeno natural, mas ao idoso é secundarizado esta dimensão, pensando-se mesmo, estes como seres assexuados, “ou então como um desbragado” (Michael, 2006). Deve-se entender que a sexualidade não é exclusiva dos jovens e dos adultos saudáveis e atraentes, mas sim uma expressão de cada ser individualmente.

A sexualidade deve fazer parte integrante no projecto de vida do idoso, e por isso deve ele próprio decidir se quer ou não vivê-la.

Todo o homem é sem dúvida um ser sexual, e isso manifesta-se no que é, no que faz, e como pensa. Assim sendo, a sua expressão faz parte integrante do seu projecto de vida.

Pensar a sexualidade na terceira idade, não parece ser disparatada! As necessidades físicas, biológicas, e psicológicas, embora se alterem ao longo da vida, não mudam o facto de ser-se pessoa, com sentimentos, vontades, gostos, em poucas palavras: não lhes retira a capacidade de amar, sentir e desejar.

3.5 – Direito à sexualidade do idoso

Todos os indivíduos tem direito a receber informação e educação adequada sobre a sua sexualidade, para além dos meios para vivê-la. Em relação ao tema de direito da pessoa à própria sexualidade, em qualquer idade, vai-se procedendo, nos últimos tempos, a uma mudança favorável na opinião pública em geral.

O homem de hoje vai descobrindo, pouco a pouco, a sexualidade como valor da pessoa e, portanto, o direito e dever quanto à educação integral permanente, que não deve ser negada a ninguém, seja qual for a idade.

A educação sexual durante a velhice, como ao longo de toda a vida, propõem-se criar algumas atitudes positivas no idoso e nas pessoas com as quais convive. Empenha-se em favorecer o desenvolvimento e a optimização das melhores possibilidades humanas no campo das relações sexuais e afectivas.

Tendo em conta, que as dificuldades para que os idosos vivam a sua sexualidade são, fundamentalmente, de natureza psicológica, sócio cultural e religiosa e não dependem, na maior parte dos casos, dos próprios idosos, é necessário tentar alcançar os objectivos e conteúdos que se sugere de seguida, com a cooperação dos indivíduos que trabalham com idosos, dos filhos, da sociedade e dos próprios idosos:

- Assumir uma nova visão integral da sexualidade que não se limite à procriação, à cópula, ao matrimónio, às manifestações heterossexuais e aos homens;
- Aceitar a sexualidade como algo que somos, que nos permite viver diferentes possibilidades de prazer, comunicação e afecto, dentro e fora do matrimónio, mediante manifestações diversas, aceites livremente, que permitam que os idosos reconheçam o direito a viver a sexualidade e desfrutar dessas possibilidades;
- Erradicar as falsas crenças, com correctas informações aos idosos, aos seus filhos, aos profissionais e à sociedade em geral;
- Atenuar as dificuldades que limitam a sexualidade nesta fase da vida;
- Ajudar a descobrir as vantagens que podem encontrar, favorecendo a aparição de um novo modelo de sexualidade mais próprio desta fase evolutiva;
- Educar os futuros idosos (durante as etapas anteriores da vida), numa sexualidade liberal, positiva e criativa, ou seja, ensiná-los a viver a sexualidade como algo positivo, saudável e activo, para que possam desfrutar dela e sentir-se bem;

- Criar programas orientados a obter relações sexuais positivas entre os idosos. Conversas e diálogos específicos sobre esses temas, evitando mitos, tornando liberais as condutas que estão a ocorrer, ou as que se desejam levar a cabo.
- Proporcionar instruções específicas para que as pessoas que sofrem problemas concretos e tomam medicamentos específicos possam viver a sua sexualidade.

A educação sexual deve fazer parte da gerontocultura, com o objectivo de compreender e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Isso implica a programação de profissionais a eles dedicados, para que estes possam incorporar no seu trabalho a atenção pela vida sexual dos idosos.

3.6 – A família perante a sexualidade do idoso

As atitudes negativas no âmbito familiar em relação à sexualidade do idoso foram mudando em alguns países que se tornaram pioneiros na defesa das pessoas idosas.

Os denominados estilos familiares pelos quais se rege a forma de vida de cada família, nas circunstâncias concretas têm grande influência na gratificação sexual do casal. As estruturas e funções da família tradicional determinam um certo empobrecimento afectado e monótono da sexualidade, enquanto uma família aberta, a vida sexual é mais variada e rica. Ora, no desenvolvimento da pessoa idosa, a vida afectiva/sexual expressa-se baseada na relação amigável.

O apoio familiar pode tornar possível uma resposta positiva perante a integração do idoso. A personalidade sexuada e o seu perfil podem acelerar ou retardar uma resposta negativa em relação à reforma e ao risco que comporta o enfraquecimento físico e mental, daí a exigência pessoal e social da sua integração humana no contorno familiar.

A crise do sistema familiar e as formas de vida exigidas pela sociedade moderna fazem com que os idosos se separem dos seus familiares e se a isso acrescentarmos a viuvez, acusarão necessidades sociais, afectivas e sexuais importantes.

Os membros da família que cuidam de um familiar idoso devem manter sempre o ânimo positivo na consideração da sexualidade do idoso, tendo em conta que faz parte da estrutura do homem e tem funções a cumprir em todas as etapas da vida humana, incluindo a senil.

Cabe, a maioria das vezes, aos profissionais empreender a tarefa de defender a sexualidade dos idosos, já que os membros da família que os rodeia, de um modo geral, atacam o idoso nos seus direitos e necessidades sexuais. Devemos respeitá-los enquanto viverem independentes dos seus filhos, deixar de pretender governá-los e ridicularizar a sua sexualidade e a sua forma de a viver, devido a uma enfermidade ou outro motivo.

3.7 – A religião e a sexualidade do idoso

Todos os dinamismos da pessoa humana podem integrar-se na vida espiritual. Torna-se necessário integrar a sexualidade na religião e na espiritualidade.

A Igreja deve considerar que a sexualidade da idade avançada é bastante recente, deste modo os critérios religiosos e éticos do passado devem ser adaptados a uma nova realidade e não podemos restringir-nos a um conceito integral do acto sexual que nos oferece hoje o âmbito científico.

Entre os numerosos problemas que a Igreja Católica enfrenta na actualidade, encontra-se o facto de aceitar e defender o direito da pessoa idosa à sua sexualidade. Essa circunstância envolve-se de especial importância por se tratar de uma comunidade cada vez mais numerosa, que é objecto de uma grande marginalização em sentido repressivo do passado que ainda pesa sobre a sua sexualidade.

Se a sexualidade compreende a totalidade da pessoa, a religião deve ensinar a vivê-la e pô-la ao serviço do crescimento interior, do mundo relacional, da comunicação e da afectividade, para proteger os indivíduos da solidão. É necessário integrar e desenvolver o aspecto religioso em harmonia com o conjunto de factores que compõem a personalidade.

A meta e o objecto da educação sexual da pessoa idosa é, pois o desenvolvimento de uma sexualidade ordenada e madura, no sentido ético e religioso, sendo uma fonte de luminosidade e consistência para essas pessoas. Impedindo que se culpem e que possam vivê-la como um meio de satisfação que as aproxima de Deus.

A religião deve esclarecer essas pessoas que o envelhecimento produz mudanças no desempenho sexual, mas que, não obstante, são mudanças funcionais mínimas, que na ausência de invalidez, de uma enfermidade concreta e da crença de que os idosos são ou deveriam ser assexuados, não devem interferir na necessidade e na capacidade sexual, que dura toda a vida. Mesmo no caso em que o coito não possa concretizar-se, outras

necessidades sexuais persistem, incluindo a proximidade, a sensualidade e o facto de ser valorizado como homem e mulher que são.

A Igreja conhecedora do direito sexual das pessoas idosas, deve esforçar-se para que nos seus centros não se negue esse direito. As suas residências devem favorecer as relações sexuais. Mudar as situações não adequadas para mantê-las e adequa-las para que os idosos a possam viver.

As manifestações de condutas sexuais dentro das residências devem ser permitidas e aceites, não serem alvo de julgamentos, serem respeitadas e toleradas pelos demais. Os profissionais devem ser conscientes desse direito, para que os idosos não sejam incompreendidos.

É necessário que a Igreja conceda informações a esta população, para que se desenvolva uma conduta sexual adequada à sua idade. É de capital importância adoptar uma atitude positiva por parte desta instituição para com a sexualidade da pessoa idosa, uma vez que irá favorecer o desenvolvimento das possibilidades de cada idoso. Deve ajudar a criar vínculos afectivos estáveis e seguros e não impor um modelo erróneo da sexualidade.

Capítulo IV– Caracterização do Local do estudo

4.1– Caracterização do concelho de Alcobaça

Figura 5 - Mapa do concelho de Alcobaça



Fonte: Site oficial da Câmara Municipal de Alcobaça

O concelho de Alcobaça, com uma área de cerca de 406.9 km² e 18 freguesias em 2001: Alcobaça, Alfeizerão, Alpedriz, Bárrio, Benedita, Cella, Cós, Évora de Alcobaça, Maiorga, Martingança, Montes, Pataias, Prazeres de Aljubarrota, São Martinho do Porto, São Vicente de Aljubarrota, Turquel, Vestiaria e Vimeiro.

A configuração do concelho sofreu uma alteração em Julho de 2001, com a saída da freguesia da Moita, para o concelho da Marinha Grande.

Em 2001, o concelho possuía um efectivo populacional de 55376 indivíduos, verificando-se um equilíbrio entre o peso das mulheres (51%) e dos homens (49%) no total da população.

As freguesias com maior peso populacional a nível concelhio são Benedita, com 8233 habitantes, seguida da freguesia de Pataias, com 5453 habitantes. Estas duas

freguesias detêm 25% do total da população do concelho. A maior concentração populacional encontra-se no eixo Alcobaça-Benedita, onde se destacam quatro núcleos populacionais de grande importância: Alcobaça, Benedita, Évora de Alcobaça e Turquel. Fora deste eixo, destaca-se a freguesia de Pataias.

As freguesias de Montes e Alpedriz são as menos populosas, com 699 e 849 habitantes respectivamente.

Em 2001, a densidade populacional no concelho era de 136.1 hab/km². As freguesias com maiores densidades populacionais são: Alcobaça (1558.4 hab/km²), e Benedita (280.9 hab/km²).

Quadro 3- População Residente no Concelho de Alcobaça

Unidade Territorial	Área	População Residente -2001			Densidade
	km ²	M	H	total	hab/km ²
Concelho de Alcobaça	406.9	27771	27160	55376	136.1
Alcobaça	3.2	2269	2318	4987	1558.4
Alfeizerão	28.1	1974	1875	3849	136.9
Prazeres de Aljubarrota	26.3	1911	1800	3711	141.1
São Vicente de Aljubarrota	21.1	1123	1144	2267	107.4
Alpedriz	15.8	432	417	849	53.7
Bárnio	14.9	858	849	1707	114.6
Benedita	29.3	4150	4038	8233	280.9
Cela	26.2	1706	1720	3426	130.8
Cós	14.8	1044	999	2043	138.1
Évora de Alcobaça	42.7	2415	2373	4788	112.1
Maiorga	10.1	1018	947	1965	194.5
Martingança	8	520	519	1039	129.8
Montes	6	357	342	699	116.5
Pataias	78.8	2745	2708	5453	69.2
São Martinho do Porto	14.9	1381	1263	2644	177.4
Turquel	40.4	2169	2173	4342	107.4
Vestiana	6.5	644	618	1262	194.1
Vineiro	19.8	1055	1057	2112	106.6

Fonte: Site oficial da Câmara Municipal de Alcobaça

Quadro 4 - Evolução da População Residente no Concelho de Alcobaça (1960/2001)

Unidade Territorial	População Residente				
	1960	1970	1981	1991	2001
Concelho de Alcobaça	50020	47290	52347	54382	55376
Alcobaça	5166	3675	5305	5121	4987
Alfeizerão	3881	3190	4029	3983	3849
Alpedriz	1786	1535	1519	814	849
Bárrio	1588	1215	1516	1680	1707
Benedita	5176	5800	6810	7397	8233
Cela	3386	3295	3333	3155	3426
Cós	2129	1890	1992	2141	2043
Évora de Alcobaça	4774	4415	4342	4480	4788
Maiorga	2258	2330	2029	2224	1965
Martingança	*	*	*	972	1039
Mota	*	*	*	1309	*
Montes	*	*	*	745	699
Pataias	5802	6060	7068	5277	5453
Prazeres de Aljubarrota	2792	2715	2945	3582	3711
São Martinho do Porto	1619	1870	2325	2236	2644
São Vicente de Aljubarrota	2044	2100	1931	2283	2267
Turquel	4065	3820	3802	4075	4342
Vestilaria	1188	1045	1201	1233	1262
Vimeiro	2366	2335	2200	1675	2112

Fonte: Site oficial da Câmara Municipal de Alcobaça

Entre 1991 e 2001 a população concelhia apresentou um crescimento de 1.8%, o correspondente, em termos absolutos, a um aumento inferior a 1000 habitantes.

A freguesia do Vimeiro foi a que mais cresceu em termos populacionais, registando uma taxa de variação na ordem dos 26% (um incremento de cerca de 437 habitantes), seguindo-se a freguesia de São Martinho do Porto com um saldo de crescimento de 408 habitantes e apresentando uma taxa de variação de 18.2% .

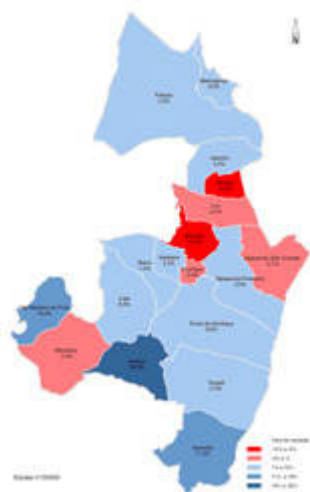
As freguesias de Alcobaça, Alfeizerão, São Vicente de Aljubarrota, Cós, Maiorga e Montes perderam população.

Figura 6- Densidade Populacional, 2001



Fonte: Site oficial da Câmara Municipal de Alcobaça

Figura 7- Taxa de Variação da População Residente, 1991/2001



4.2 - Caracterização da Fundação Maria Oliveira

No dia 4 de Maio de 1913 D.^a Maria do Carmo Eliseu e Oliveira recebeu pela primeira vez doze idosos, seis casais, para serem acolhidos na sua casa. Esta situava-se na Cerca do Mosteiro, na Ala Sul e começou por se dominar “Asilo de Velhinhos Maria e Oliveira”, sem personalidade jurídica.

Os fundadores, D. Maria do Carmo Eliseu e Oliveira e o seu marido, Sr. Manuel José de Sousa e Oliveira eram um casal que viveu em Alcobaça na segunda metade do século XIX e início do século XX. Este casal sempre teve a preocupação em auxiliar os mais carenciados, sobre tudo os mais idosos. E foi ainda em vida da Fundadora que, após enviuar se concretizou o sonho deste casal. Pensaram em disponibilizar a própria casa para albergar idosos carenciados nos seus anos de maior dificuldade, após uma árdua vida de trabalho. Os seus próprios haveres seriam também o sustento deste asilo, de tal modo que foram os lençóis de linho fiado pela própria senhora, os que serviram para aconchegar os idosos nas quentes noites de verão dos primeiros anos nesta nova morada. Também a extensa propriedade de pomares e vinhas, jardins e parques seriam disponibilizados ao serviço desta obra.

Após o falecimento da D.^a Maria do Carmo, a manutenção do Asilo ficou ao cargo de uma sua dama de companhia, a D.^a Piedade de Figueiredo Costa, a administradora pelos Presidente e Vice-presidente da Câmara Municipal de Alcobaça e pelo Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Alcobaça, vontade expressa no seu testamento.

Já em 1921 foi reconhecida oficialmente como instituição por Alvará do Governo Civil de Leiria.

No ano de 1964 foram transferidas as instalações da Fundação da Ala Sul do Mosteiro de Santa Maria de Alcobaça, para o local onde se situava o “Asilo de Infância Desvalida Álvaro Possolo”, na então Quinta da Gafa e actual Rua de Olivença.

Foi constituída Instituição Privada de Solidariedade Social em 1984, e em 1996 a Fundação tinha já as actuais valências de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Lar Residencial para apoio aos mais idosos.

No ano de 1999 passou a estar integrada na Fundação Maria e Oliveira a Associação de Creche e Jardim de Infância “O Nosso Ninho”, passando assim a ser também contemplando o apoio à Infância nesta Instituição.

Mais tarde, em 2005, passou a estar também em funcionamento um Centro de Convívio e, no ano seguinte, nas mesmas instalações, passou a funcionar a Universidade Sénior de Alcobaça, USALCOA

Existem 87 utentes no lar e 15 em centro de dia. A maioria sexo Feminino, em que os principais Problemas de Saúde são : Diabetes, demências, neuromusculares, surdez e a visão. A média de idades dos utentes da instituição têm a idade compreendida entre os 60 e os 99 anos.

As Valências existentes são: Lar, Centro de dia, Apoio domiciliário, Creche, Jardim-de-infância e ATL.

4.3– Hipóteses de Investigação

Uma hipótese é uma expectativa sobre acontecimentos, baseada em generalizações de uma relação que se assume como tal, entre determinadas variáveis. As hipóteses são abstractas e estão relacionadas com as teorias e os conceitos, enquanto as observações, que se utilizam para testar essas hipóteses, são específicas e baseadas em factos, como afirma Tuckman (2000).

Recuperando as questões de investigação já enunciadas colocam-se agora as hipóteses de trabalho, que se assumem com o estatuto de hipóteses gerais, segundo a caracterização de Tuckman (2000). Este autor defende que devem que se devem elaborar as hipóteses gerais que darão resposta directa às questões de investigação, podendo depois ser criadas hipóteses específicas, de forma a explicar melhor a realidade encontrada.

Assim, estas hipóteses específicas funcionaram como observações antecipadas, que viram em prosseguimento das hipóteses gerais, e que serão descritas posteriormente. Depois do exposto, consideram-se hipóteses para este trabalho de investigação as seguintes:

Hipótese 1 - De que forma os homens e mulheres com mais de 60 anos de idade vivenciam a sua sexualidade?

Hipótese 2 - O processo de envelhecimento natural dos indivíduos não impede o desenvolvimento de uma vida sexual activa na velhice?

Hipótese 3 – Existem diferenças significativas na sexualidade dos idosos com e sem parceiro sexual?

Capítulo V– Metodologia



Para Fortin (1999, p.17), a investigação científica é “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Tais interpretações podem ser abstractas e gerais como é o caso na investigação fundamental, ou podem ser concretas e específicas, como acontece na investigação aplicada (Tuckman, 2000). Em ambos os tipos de investigação, o investigador descobre factos e formula, a partir destes, uma generalização baseada na interpretação dos mesmos.

Gil (1991), define metodologia como um processo racional e sistemático que tem como finalidade proporcionar respostas aos problemas propostos.

São inúmeros os métodos utilizados pelos investigadores e, tal diversidade é fundamental para a descoberta do conhecimento. Normalmente, faz-se a distinção entre dois grandes métodos de colheita de informações científicas: quantitativa e qualitativa.

Segundo Fortin (1999), o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

O método qualitativo, como refere a autora supracitada, é a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo tendo como objectivo descrever ou interpretar, mais do que avaliar. Apesar destes dois métodos de investigação utilizarem etapas e abordagens de realidade diferentes, ambas se complementam para que a investigação seja tão rigorosa e sistemática quanto possível.

Partindo das hipóteses desenhadas há a necessidade de encontrar um racional metodológico para dar concepção ao estudo.

Para Fortin (1999), as investigações classificam-se em duas grandes categorias, podendo ser exploratórias-descritivas, ou explicativas-preditivas, passando por uma gama variada de tipos de estudo em cada uma das categorias.

O tipo de estudo, para Fortin (1999), “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Este estudo é do tipo descritivo, correlacional e transversal. Este tipo de estudos caracteriza-se por descrever a realidade, procurando as relações existentes entre as variáveis em estudo, sendo a avaliação destas variáveis feita num só momento. Para Fortin (1999),

um estudo de carácter transversal visa sobretudo a recolha de informação relativa à frequência de problemas de saúde no momento do inquérito.

Foram assim elaborados e descritos os parâmetros de selecção da amostra e os procedimentos a executar para recolher a informação junto desta, que serão descritos seguidamente.

Para a recolha dessa informação foi elaborado um instrumento de recolha de dados, que se encontra apresentado e descrito mais à frente neste trabalho.

5.1 Instrumentos

Partilhando da mesma opinião de Fortin (1999:263), escolhemos a entrevista, por considerarmos que esta “é o instrumento privilegiado nos estudos exploratório-descritivos em que o investigador utiliza uma abordagem qualitativa”. Seleccionámos a entrevista estruturada, composta por algumas perguntas com o intuito de abordar todos os assuntos em estudo, e, permitir ao mesmo tempo que o entrevistado não se afaste do exploratório-descritivos em que o investigador utiliza uma abordagem qualitativa”.

As entrevistas foram aplicadas por nós a vinte e quatro idosos de ambos os sexos, na Fundação Maria Oliveira. Foram efectuadas num único tempo e tiveram uma duração aproximadamente de uma hora cada. As entrevistas tiveram lugar no quarto dos idosos quando estes estavam sós de forma a facilitar o diálogo e preservar a sua privacidade.

O primeiro protocolo é de caracterização geral, constituído por sete itens de auto-avaliação pessoais, que avalia a sexualidade em termos de sete perguntas, constituído pelo Guião de Entrevista Com Parceiro e cinco, constituído pelo Guião de Entrevista Sem Parceiro, cujas respostas consideravam cinco escolha múltipla.

Os itens foram avaliados numa escala de cinco pontos (0 = muito mau; 1 = mau; 2 = bom; 3 = muito bom; 4 = excelente).

O Questionário sobre Qualidade de Vida, ou SF-36 é uma versão em português do Medical Outcomes Study 36 – Item shortform health survey, traduzido e validado por Ciconelli (1997). Martinez (2002) coloca que o SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos. Considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os

aspectos mais representativos da saúde (MARTINEZ, 2002). É também de fácil administração e compreensão, do tipo auto-aplicável (MARTINEZ, 2002).

Segundo Ware, Gandek, IQOLA, Project Group (MARTINEZ, 2002), o SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde actual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores escala de 0 a 100, de cada componente, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado geral de saúde melhor ou pior.

Ciconelli (1997) realizou em sua tese a tradução e a validação do SF-36 para Português. Além do Brasil, outros 20 países também realizam este mesmo trabalho. Coordenado por Ware et. al (apud Ciconelli 1997), desde 1991 iniciaram o projeto de validação internacional deste questionário, e atualmente 14 países estão envolvidos oficialmente com este projecto, denominado IQOLA (International Quality of Life Assessment Project).

A Check List de Actividades Sexuais é constituído por nove actividades sexuais, Penetração coital, Penetração anal, Masturbação, Sexo Oral, Toque, Beijo, Carícias e Sedução, que estabelecem as preferências das actividades, a sua frequência e a respectiva satisfação.

Ao nível de frequência estabelece cinco itens que foram avaliados numa escala de quatro pontos (uma vez por dia; uma vez por semana; quinze em quinze dias; uma vez por mês).

Em relação à satisfação, considera cinco pontos de escolha múltipla: Excelente, Muito Bom, Bom, Mau e Muito Mau.

5.2 Participantes

A amostra foi constituída por 24 participantes do sexo masculino e feminino, 12 com parceiro sexual e 12 considerados sem parceiro, com uma média de idades entre 62 a 97

anos, sendo que o primeiro grupo habita no seu domicílio e o segundo reside no lar Fundação Maria Oliveira em Alcobaça.

5.3 Procedimentos

Os idosos foram seleccionados na sequência de várias visitas à instituição para apresentação da entrevistadora e explicação da natureza e objectivos do estudo. Durante estas visitas, foi pedida a colaboração para participar na investigação aos utentes da residência, e colhida a informação.

É de referir que todos os dados colhidos durante o estudo foram tratados de forma confidencial. Os resultados são aqui apresentados, mas os participantes não são nem serão nunca identificados de forma individual. Assim, o primeiro passo dado no sentido da recolha dos dados foi procurar o consentimento dos sujeitos para o preenchimento dos protocolos, garantindo o anonimato.

Assim, os sujeitos preencheram o protocolo constituído pelo Guião de Entrevista Com e Sem Parceiro, Questionário sobre Qualidade de Vida e Check list Actividades Sexuais, nesta ordem.

5.4 Recolha de dados

A recolha dos dados decorreu na instituição, para facilitar o acesso à população em estudo uma vez que constitui, respectivamente, a residência habitual dos idosos. Paralelamente, o facto de residirmos na proximidade da instituição favoreceu a nossa deslocação ao local para recolha da informação pretendida.

A recolha de Dados é um processo que inclui a observação, a entrevista, uma planificação, uma execução e o tratamento de informação.

Observar é um processo que inclui a atenção voluntária e a inteligência orientada por um objectivo final ou organizador e dirigido a um objecto para recolher informação sobre ele. Podemos utilizar a observação simples ou observação participante.

A entrevista é um método de recolha de informação que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com pessoas seleccionadas cuidadosamente a fim de obter informações.

A entrevista é bastante adequada para obter informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem, desejam, fazem bem como acerca das suas explicações ou razões. Existem três tipos de entrevista: a entrevista informal, a entrevista semi-estruturada e a entrevista estruturada.

Devemos ter em conta as seguintes regras: explicar a finalidade da entrevista, o objectivo da pesquisa, a sua importância, a importância da colaboração e o carácter confidencial

Para conduzir a entrevista devemos centrar a atenção do entrevistado, tomar notas depois do entrevistado começar a falar, dar ao entrevistado as transcrições para possíveis rectificações e comunicar o seu interesse pessoal.

A utilização deste instrumento de recolha de informação pressupõe um trabalho faseado em três momentos: planificação, execução e tratamento de informação.

Durante a planificação devem ser seleccionados os entrevistados: população de referência e construção da amostra; Conhecer previamente o entrevistado; Especificar as variáveis que se pretende estudar; Definir uma lista de questões ou tópicos a serem abordados na entrevista; Considerar diferentes formatos de questões; Evitar questões que permitam respostas muito abertas e plurisignificativas; Adquirir material de apoio (por exemplo um gravador); Preparar o local onde se realizará a entrevista; Verificar e/ou assegurar a disponibilidade dos entrevistados; Informar os entrevistados sobre a duração prevista, o motivo da sua selecção, o objectivo da entrevista e a importância do seu contributo; Garantir a confidencialidade da identidade e respostas do entrevistado; Fazer uma cuidadosa revisão bibliográfica e interiorizar o roteiro da entrevista.

A execução pressupõe lembrar os objectivos e a natureza da entrevista; Explicar como se vai proceder ao registo das respostas; Assegurar a formulação de questões que permitam o registo de informação de âmbito geral do entrevistado (nome, idade, profissão); Utilizar linguagem acessível ao entrevistado; Conduzir a entrevista de maneira que o entrevistado se sinta à vontade; Obter e manter a confiança; Evitar influenciar as respostas do entrevistado; Não se deixar influenciar pelas suas próprias predisposições, as suas opiniões ou curiosidades; Evitar afastar-se do guião da entrevista; Motivar o entrevistado a responder; Impedir, gentilmente, as divagações do entrevistado; Gerir o tempo da entrevista, de maneira a que se prolongue e Enquadrar as perguntas delicadas.

No tratamento da informação é previsto interpretar os dados obtidos; Analisar as reflexões, conexões e interacções dos dados obtidos; Discutir os dados com base na teoria;

Ser objectivo na interpretação e construção de categorias; Evitar a tendência natural de tentar extrair do material empírico elementos que confirmem as suas hipóteses de trabalho e/ou os pressupostos das suas teorias de referencia; Utilizar software para a análise de dados quantitativos; Proceder à transcrição integral das respostas, acompanhada de registo de pormenores, tais como, o modo como decorreu a entrevista e qual o comportamento não verbal do entrevistado; Efectuar várias leituras para conferir o rigor da transcrição e seleccionar para análise apenas a informação que está directamente relacionada com os objectivos do estudo.

Capítulo VI – Resultados



O retrato aqui traçado das vivências sexuais na terceira idade, resultou das descrições verbais daqueles que tiveram a coragem de partilhar connosco as suas histórias, as vivências amorosas, os sentimentos e as angústias.

Contrariamente à ideia preconcebida de “resistência” dos idosos para falarem sobre questões sexuais, a maior parte dos entrevistados revelou abertura para falar sobre o tema, mais evidente na generalidade dos sujeitos do sexo masculino, que apresentaram discursos mais directos expansivos e detalhados. As mulheres, em geral, manifestaram discursos mais contidos, expressões mais ponderadas e menos aprofundadas no detalhe.

Os dados foram tratados pelo programa estatístico SPSS (versão 15.0 para windows).

Após uma análise cuidada, seleccionada e individualizada das entrevistas, considera-se que a vivência da sexualidade está estreitamente relacionada com o género, decorrente dos papéis socialmente atribuído ao homem e à mulher, fundamentado na visão contextual, própria da época em estudo.

A análise teve por finalidade estabelecer uma compreensão dos dados recolhidos, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formulada, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

A população da amostra é constituída por 15 mulheres (62,5%) e 9 (37,5) homens, com uma idade média de 79,5 anos (idade mínima de 62 anos e máxima de 97 anos).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o género

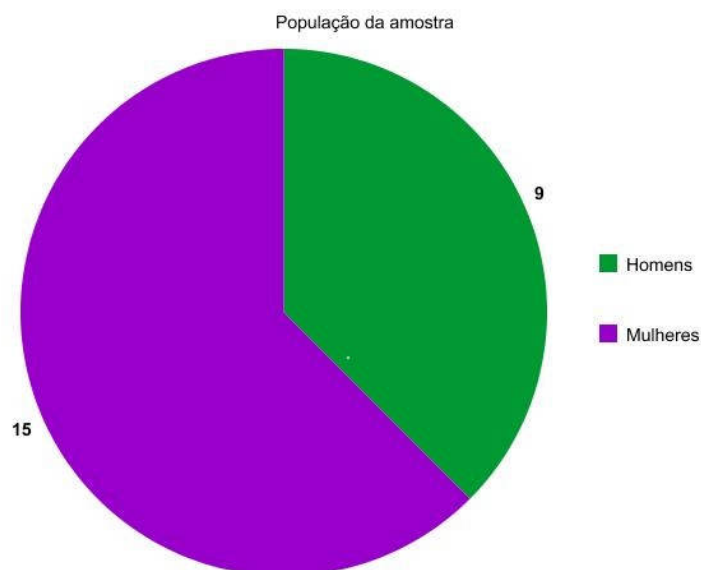
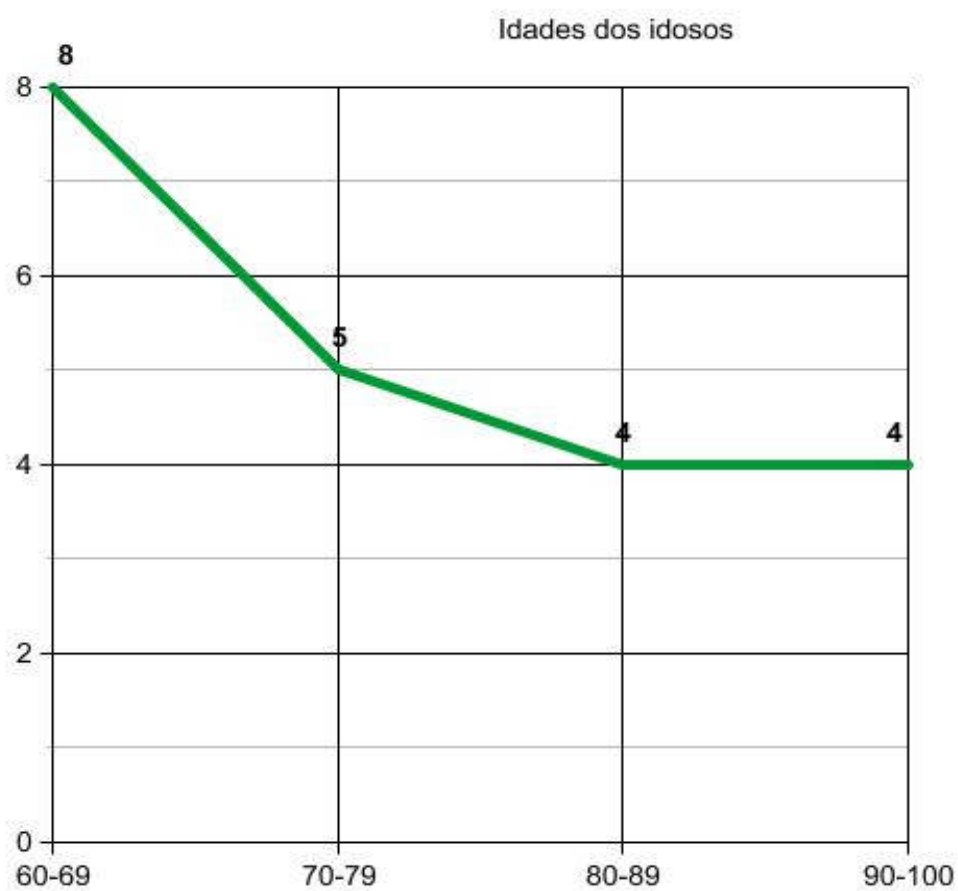


Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a idade

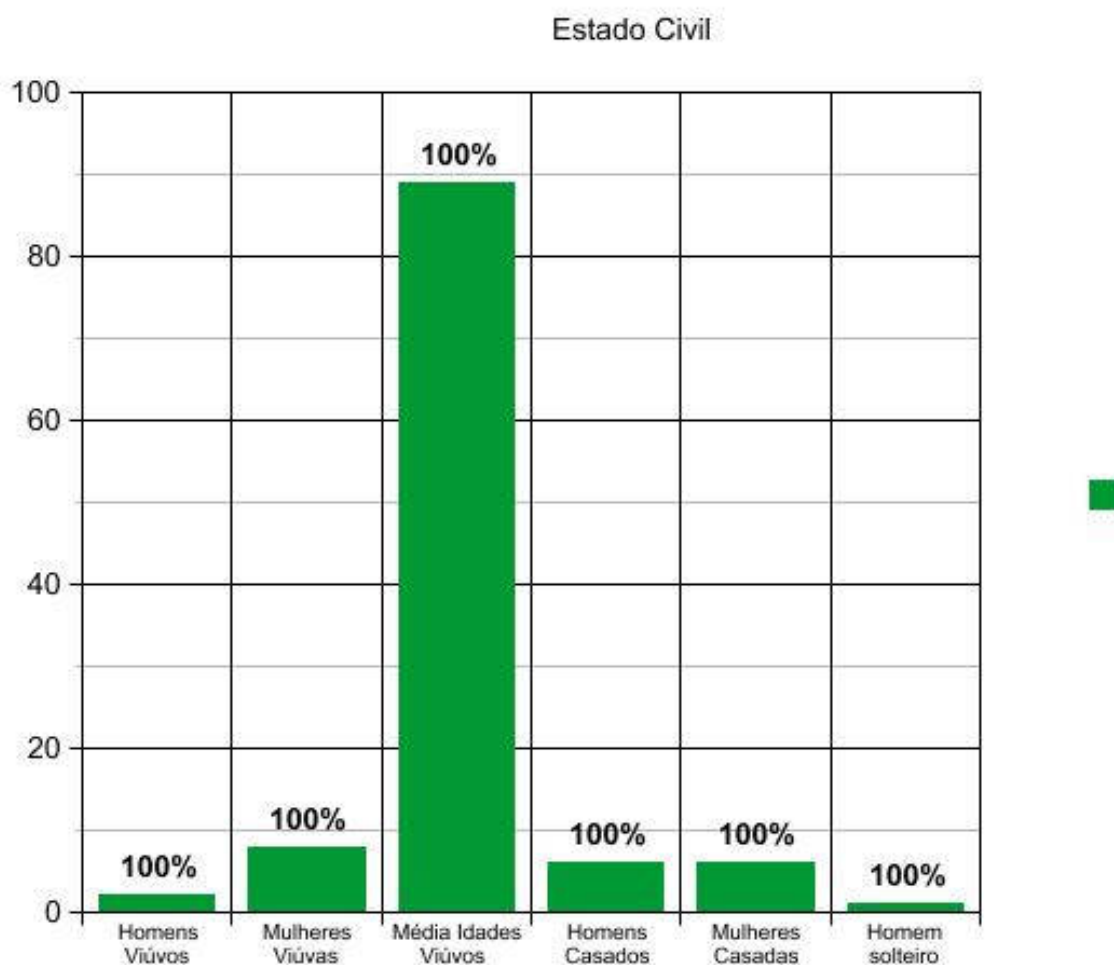


A idade dos colaboradores distribui-se da seguinte forma: 3 (2.3%) têm menos de 19

anos de idade, 7 (5.4%) com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, 23 (17.7%) entre os 25 e os 29 anos, 13 (10%) entre os 30 e os 34 anos, 12 (9.2%) entre os 35 e os 39 anos, 26 (20%) entre os 40 e os 44 anos, 22 (16.9%) entre os 45 e os 49 anos, 12 (9.2%) entre os 50 e os 54 anos, 11 (8.5%) entre os 55 e os 59 anos e os restantes 1 (0.8%) com idades superior ou igual a 60 anos.

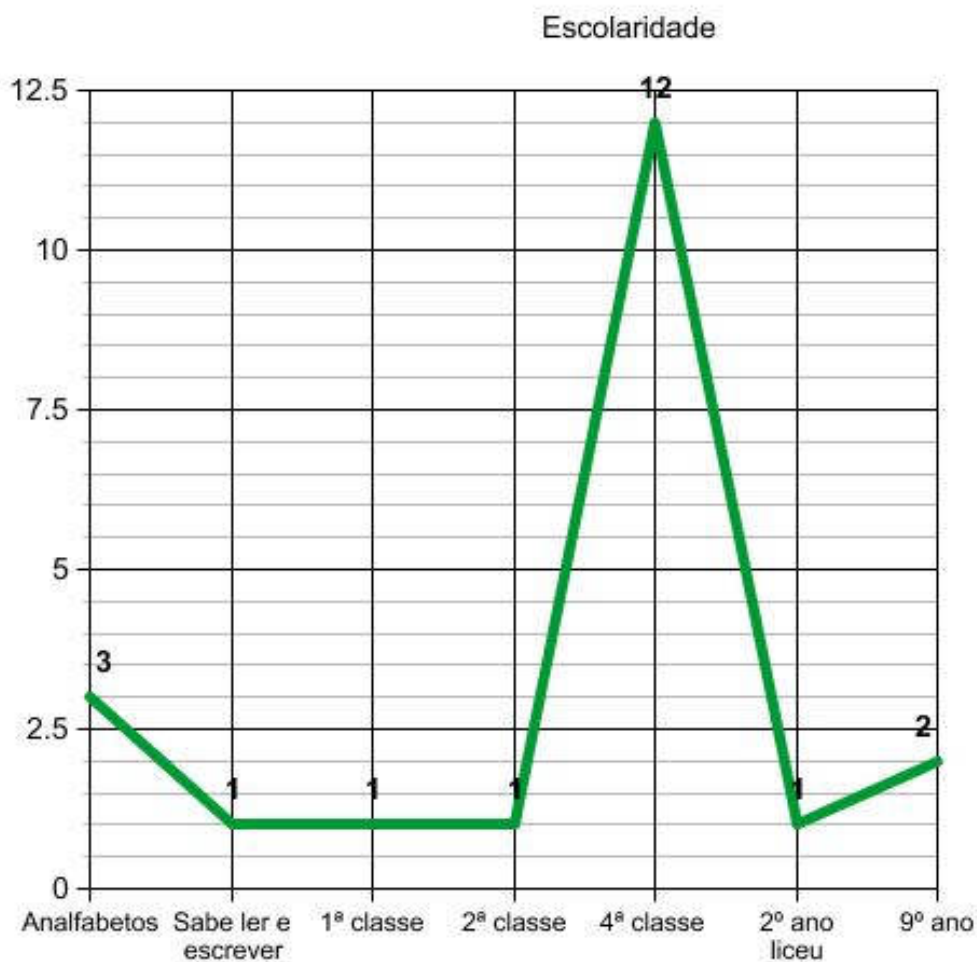
Outra variável determinante para esta investigação é o estado civil – “situação real em que o indivíduo vive em termos de relacionamento conjugal e perante o registo civil” (I.N.E., 2001). Foi possível constatar, que a maior parte (8 mulheres e 2 homens) dos sujeitos da amostra são viúvos, e a maioria tem idades entre 82 e os 97 anos. Segue-se, o grupo dos casados (6 homens e 6 mulheres) da amostra, sendo que 12 dos sujeitos entrevistados referem estar casados pela igreja (situação “de direito”). Quanto ao grupo dos solteiros, este é constituído por 1 sujeitos (1 homem) da amostra.

Tabela 5 – Distribuição dos valores segundo o estado civil



Quanto ao nível de instrução dos sujeitos da amostra, o conjunto de entrevistados revelou-se relativamente homogéneo, quer em termos educacionais, profissionais e mesmo económicos. A generalidade dos entrevistados possui um nível de instrução baixo. Verificámos que 1 sujeito sabem ler e escrever e 3 indivíduos da amostra não saber ler nem escrever. Quanto à frequência escolar, 19 indivíduos frequentaram a escola, 12 idosos concluíram a 4ª classe, 2 sujeitos completaram o 9º ano, 1 frequentou a 1ª classe, 1 concluiu a 2ª classe e por último 1 sujeito terminou o 2º ano do liceu.

Tabela 6 – Distribuição dos valores segundo as habilitações literárias



Relativamente à situação socioprofissional, a totalidade dos entrevistados encontra-se na situação de reformado(a), sem exercer actualmente nenhuma actividade profissional.

A população da amostra com cônjuge descreve como bom o relacionamento que mantêm com os seus familiares e amigos. Os que não possuem parceiro consideram que mantêm um relacionamento excelente.

Quando questionados acerca da sua passagem à reforma, a maioria assume esta condição foi boa, tanto em relação aos que possuem parceiro, como aos que não possuem.

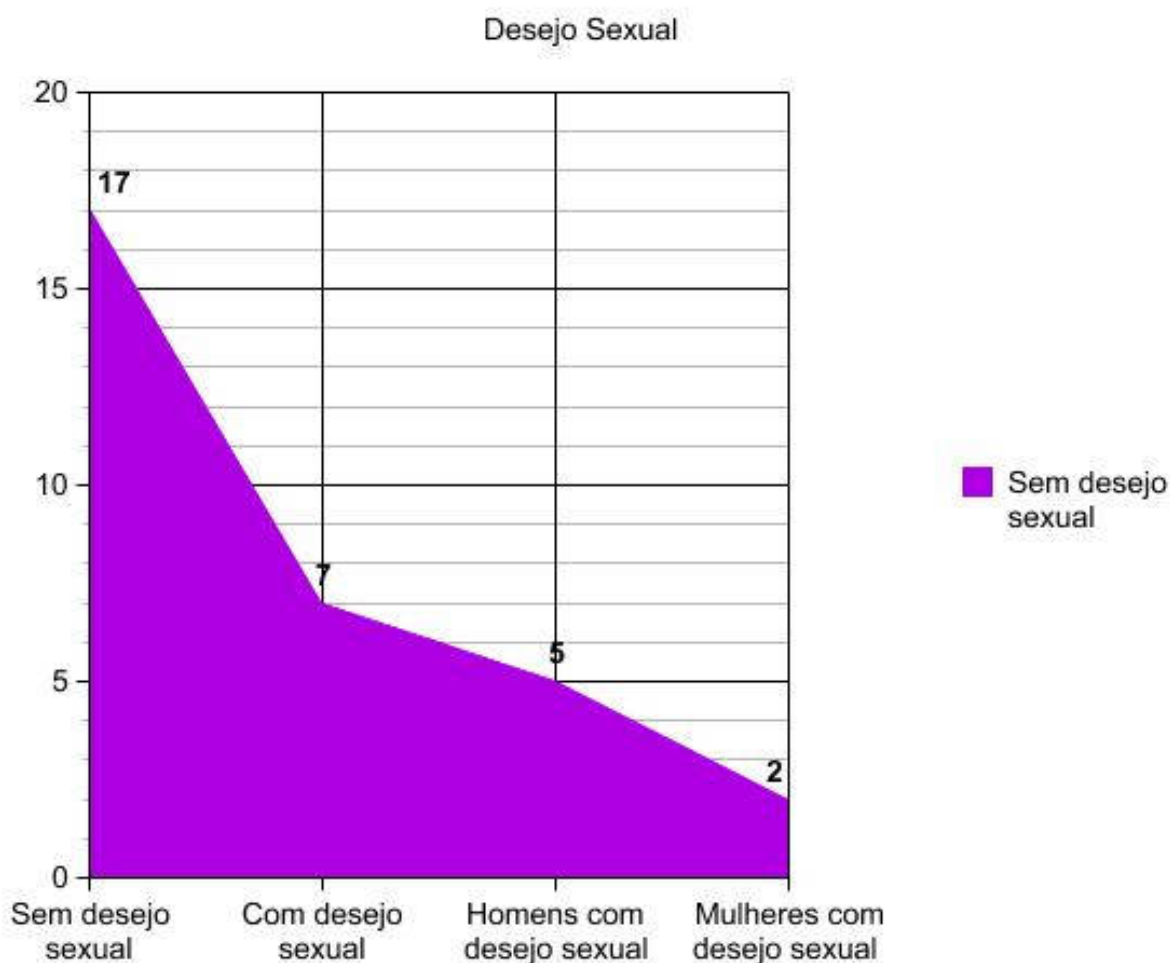
A maioria sente-se bem com o seu corpo.

Em relação ao cuidado que proporcionam quotidianamente ao seu corpo os resultados referem que ambos os grupos em comparação nesta investigação, facultam bons cuidados básicos de higiene.

Quanto à avaliação do relacionamento actual os idosos referem que em geral consideram o seu relacionamento bom. Nesta variável não considerámos o grupo de idosos que não possuem parceiro actualmente.

A maioria dos sujeitos entrevistados referiu não ter actualmente desejo sexual, contra 7 que mantêm o desejo sexual. Destes últimos, 5 são homens e os restantes 2 são mulheres. Quanto aos motivos ou circunstâncias que influenciam o desejo sexual, referem a velhice, os problemas de saúde ou doença pessoal, os problemas de doença do parceiro(a). Não foi considerada esta variável para o grupo dos sujeitos que não possuem parceiro sexual.

Tabela 7 – Distribuição dos valores segundo o desejo sexual

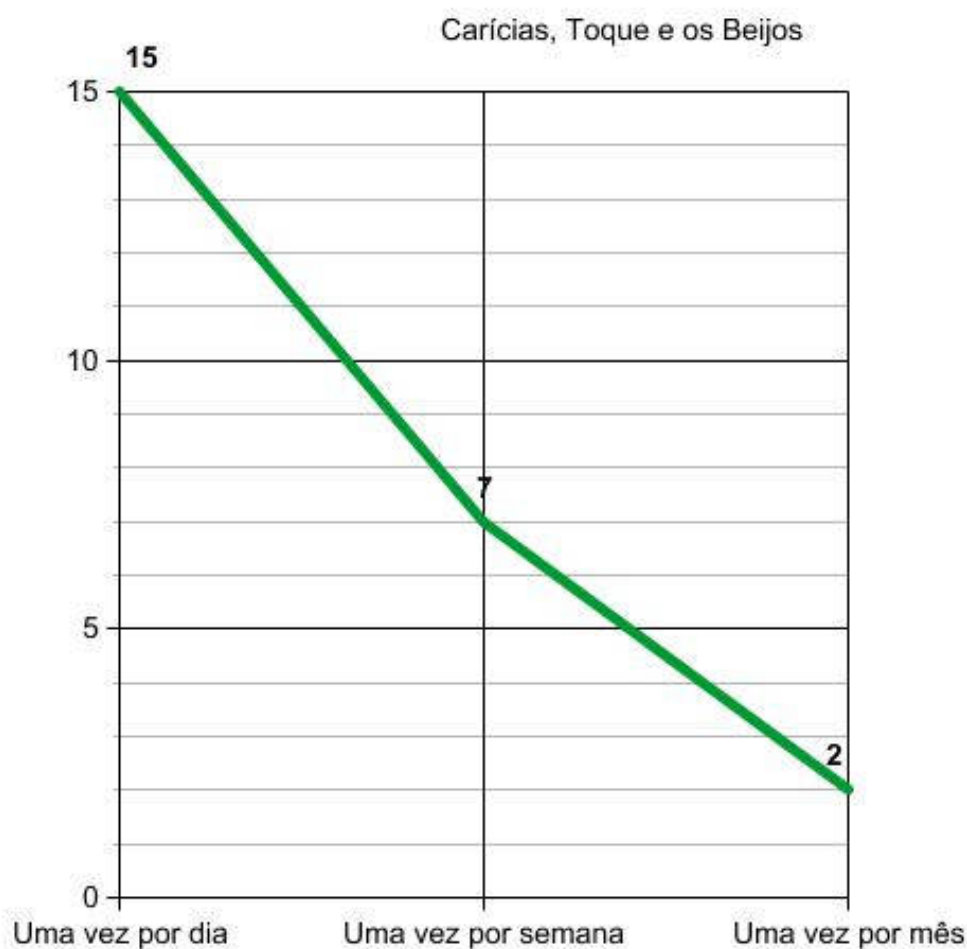


Dos 24 sujeitos entrevistados mencionam que a sua sexualidade actualmente é muito má, para o grupo com parceiro sexual e percebida como boa pelo grupo sem parceiro sexual.

Dos sujeitos entrevistados do grupo que possuem cônjuge, 8 consideram muito importante para a sua sexualidade as carícias, o toque e os beijos. As mulheres valorizam ligeiramente mais que os homens os aspectos ditos “preliminares sexuais”. No que se refere ao outro grupo apenas 3 idosos refere ser importante esta variável. Em relação à satisfação destas variáveis, 17 dos sujeitos do grupo que possui conjugue consideram agrado em relação a esta categoria, bem como o outro grupo aqui estudado.

Quanto à frequência da prática, os resultados da amostra revelam que dos 24 idosos, 15 referem desempenhar a referidas actividades uma vez por dia, 7 uma vez por semana e 2 uma vez por mês.

Tabela 8 – Distribuição dos valores segundo as carícias, o toque e os beijos



No que se refere ao outro grupo apenas 3 idosos referem a importância das carícias.

A manipulação dos órgãos genitais foi a categoria definida para enquadrar as narrativas dos idosos em relação à masturbação, ao sexo oral e anal. Dos 24 sujeitos considerados, (15 mulheres e 9 homens), não se manifestaram perante estas práticas sexuais, apenas 1 sujeito considerou o sexo oral como prática sexual, sendo do sexo masculino, referindo que pratica de 15 em 15 dias e considera de uma forma geral uma actividade satisfatória. Acrescendo que 2 praticam a actividade sexual designada por masturbação.

Os dados até aqui apresentados parecem acentuar que os idosos da amostra têm preferências conservadoras relativamente às práticas sexuais.

Nesta categoria analisámos as narrativas sobre a importância que os idosos atribuem ao coito genital no âmbito da sua sexualidade. Embora não se verifique uma grande discrepância nos resultados, os homens valorizam mais o coito que as mulheres. É de relevar, mais uma vez, o número significativo de mulheres que não abordou este assunto. Estes resultados confirmam os pressupostos de Crawford (2002), ao referir que a maioria ainda entende a sexualidade como coito. Portanto, é o género masculino, mesmo em idade geriátrica, que mantém a iniciativa da prática do sexo genital ou coital.

Em relação à satisfação 2 idosos, consideram bom, 2 excelente, 1 muito bom, 1 mau e os restantes não se pronunciam sobre a questão referida.

Quanto à frequência da prática os resultados apresentam sem variações uma assiduidade de uma vez por semana.

Recuperando a finalidade desta pesquisa, que consiste no estudo da interacção entre as variáveis da amostra e também especificamente, verificar a influência entre a situação de saúde e a sexualidade, foram inquiridos alguns comportamentos e atitudes relativos à preservação da sua saúde, tal como apresentamos neste momento.

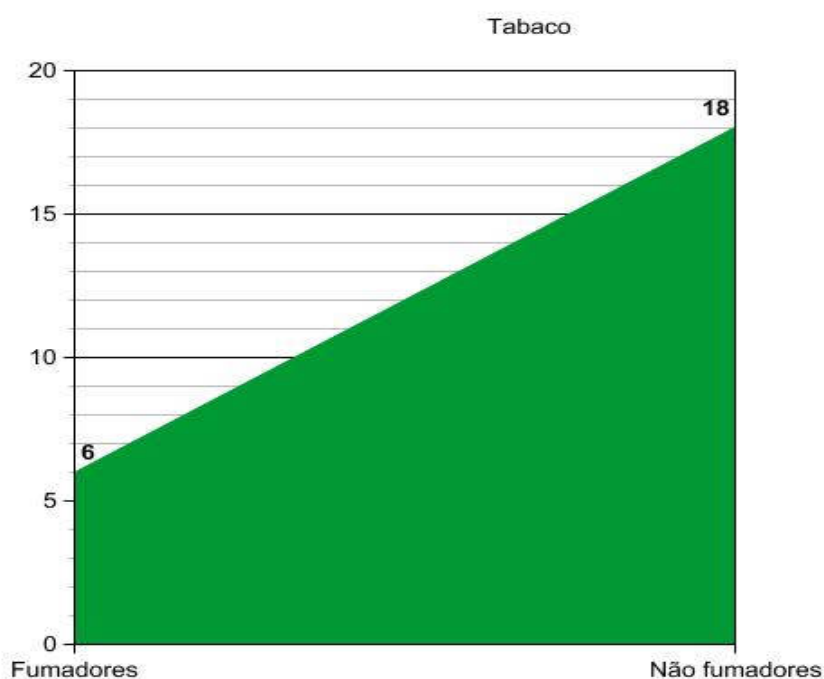
O SF36 é um questionário aprovado em muitas áreas da Saúde Humana, podendo ser aplicado a todas as pessoas acima dos 14 anos de idade, e consiste em 8 subcategorias do conceito de Saúde: funcionamento físico, funcionamento social, dor corporal, vitalidade, papel emocional e físico na vida, saúde geral e saúde mental. Todas as subcategorias são avaliadas por várias perguntas onde o sujeito tem de escolher entre respostas diferentes trazidas pelo questionário que estabelecerá um resultado numérico no final.

Desta forma, tivemos condições de contrapor o que a pessoa apresentava de qualidade de vida (SF-36) com as condições sexuais, do ponto de vista de capacidade de exercer tarefas dependentes da actividade sexual de cada participante.

No que respeita ao consumo de álcool, somente um indivíduo afirma consumir álcool e a esmagadora maioria dos indivíduos idosos afirmaram que não o consomem.

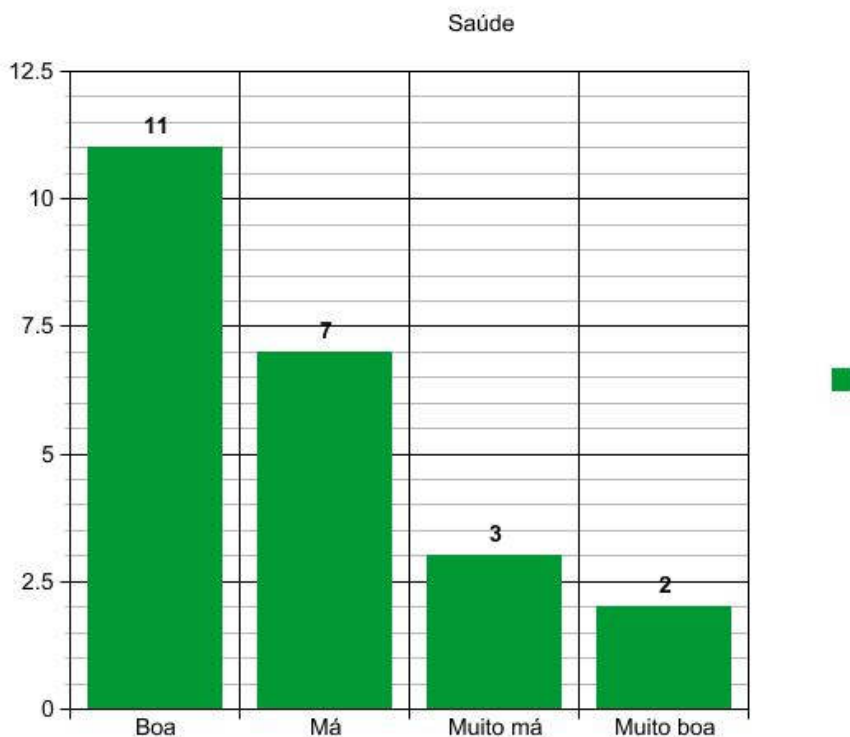
Relativamente ao consumo de tabaco, hábito fixado no género masculino neste contexto etário e cultural, apenas 6 dos inquiridos fumam, todos pertencentes ao grupo dos idosos que possuem parceiras sexuais.

Tabela 9 – Distribuição dos valores segundo o consumo de tabaco



De uma forma geral, 11 sujeitos consideram a própria saúde boa, 7 referem que é má, 3 encaram-na como muito má, e por último apenas 2 a vêem como muito boa.

Tabela10– Distribuição dos valores da percepção da saúde



O grupo de idosos com cônjuge classificam-na a sua saúde comparada com há um ano atrás: Quase a mesma coisa (7); Um pouco melhor (1) e 3 um pouco pior. Quanto aos idosos sem parceiro 6 referem que consideram a sua saúde quase a mesma coisa que há um ano atrás, 4 consideram que piorou, apenas 1 referiu que está um pouco melhor e por fim um sujeito considerou que a sua saúde está muito melhor que há um ano atrás.

Tabela 11 - Funcionamento Físico SF 36

Actividades vigorosas
Actividades moderadas
Levantar ou carregar objectos
Subir vários lances de escadas
Subir apenas um lance
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se
Andar mais de 1 km
Andar vários quarteirões
Andar um quarteirão.
Tomar banho ou vestir-se

Na análise da categoria interferência na actividade diária durante as últimas quatro semanas, como consequência de saúde física ou de algum problema emocional, a totalidade dos sujeitos da amostra referem que não houve intromissão deste género nas suas vidas.

No sentido de ser percebido de que maneira a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas actividades sociais, em relação à família, vizinhos e amigos, verifica-se na tabela a baixo que somente 1 idoso com parceiro referiu que a maior parte do tempo os problemas acima referidos interferem nas suas actividades sociais.

Considerando ainda os resultados desta mesma variável, o grupo sem parceiro refere que estes problemas interferem a maior parte do tempo e apenas um menciona que os problemas emocionais e a sua saúde física interferem nas suas actividades sociais.

Outra variável considerada interessante foi a percepção de dor que os sujeitos da amostra consideram sentir nas últimas quatro semanas, e aqui faz sentido estudar o bem estar físico, tendo em conta a importância na temática da sexualidade.

Tabela 12 – Distribuição dos valores da percepção da dor (Grupo com parceiro)

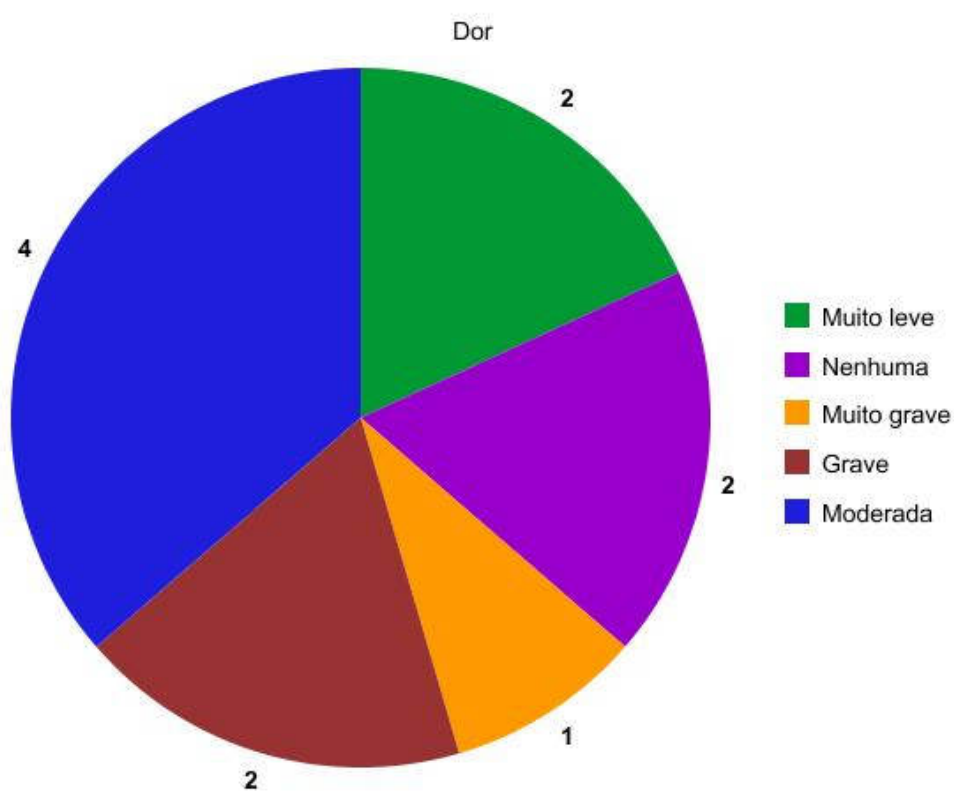
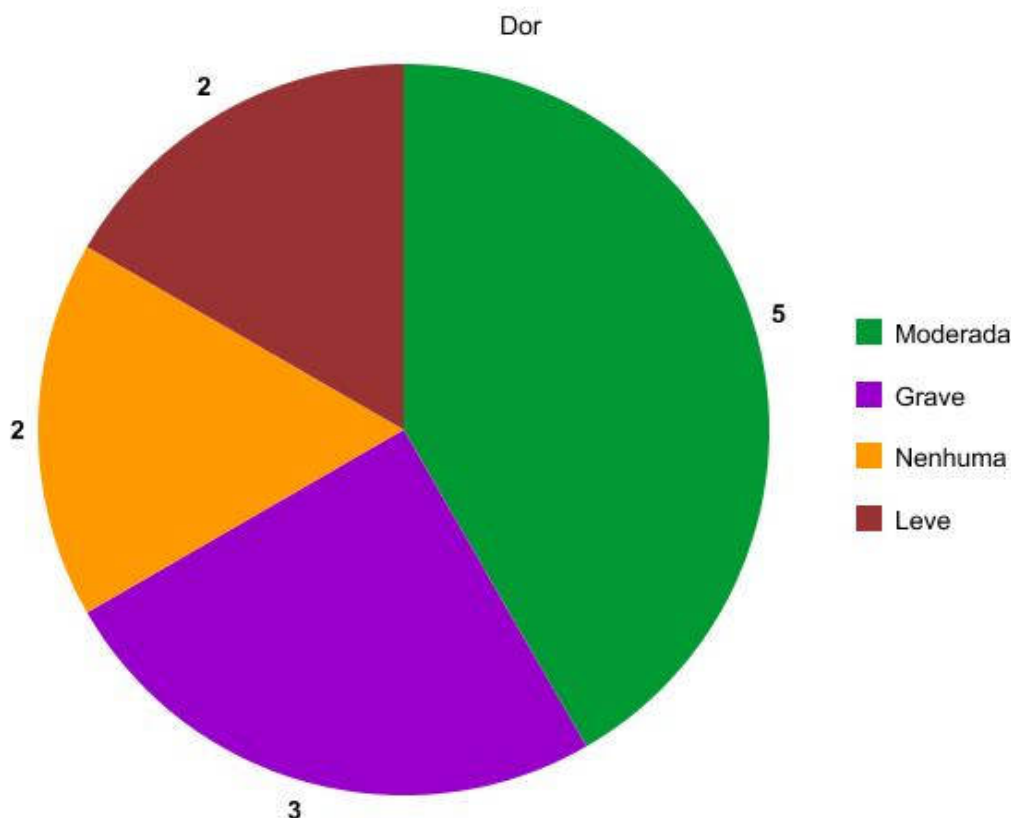


Tabela 13 – Distribuição dos valores da percepção da dor (Grupo sem parceiro)



Na amostra encontramos a totalidade dos sujeitos que afirmam que dor alguma sentida interferiu nas suas actividades normais.

Na sequência da entrevista foi inquirido aos indivíduos da amostra como se sentiam emocionalmente nas últimas quatro semanas:

Tabela 14 - Itens avaliados nas diversas categorias do questionário SF 36

- Quanto tempo se sente cheio de vigor, de vontade, de força?
- Quanto tempo se sente uma pessoa nervosa?
- Quanto tempo se tem sentido tão deprimido, que nada pode anima-lo?
- Quanto tempo se tem sentido calmo ou tranquilo?
- Quanto tempo se tem sentido com muita energia?
- Quanto tempo se tem sentido com muita desanimado e abatido?
- Quanto tempo se tem sentido esgotado?
- Quanto tempo se tem sentido uma pessoa feliz?
- Quanto tempo se tem sentido cansado?

Tabela 15 - Saúde em Geral SF 36

Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas
Eu tão saudável como qualquer outra pessoa que conheço
Eu acho que a minha saúde vai piorar
A minha saúde é excelente

Capítulo VII – Discussão



O presente estudo teve como objectivo investigar a forma segundo os homens e mulheres com mais de 60 anos de idade vivenciam a sua sexualidade, assim como pesquisar se o processo de envelhecimento natural dos indivíduos não impede o desenvolvimento de uma vida sexual activa na velhice e ainda a existência de diferenças significativas na sexualidade dos idosos com e sem parceiro sexual.

O processo de envelhecimento foi bem vivenciado pelos entrevistados até ao momento em que este trouxe algumas limitações físicas. As mulheres manifestaram que se adaptaram às mudanças estéticas, mantendo o cuidado com o seu corpo como anteriormente. Quanto aos homens, estes vivenciam-no de forma diferente, uma vez que não relevam o cuidar do corpo. O que se relaciona com velho estereótipo cultural, de mulher vaidosa e homem sem essas preocupações. Apenas um dos entrevistados manifesta esta preocupação, uma vez que pretende manter uma boa imagem física.

Na generalidade, é possível afirmar que a passagem à reforma foi bem vivenciada pelos entrevistados. Destaca-se, no entanto, um que menciona o aparecimento de alterações que tiveram um impacto negativo na sua imagem. Estas limitações físicas impedem-no de continuar a realizar tarefas que outrora realizava, deixando-o por isso fragilizado. Deste modo, a passagem à reforma, ou seja, as consequências negativas que a sociedade atribui a esta, não se confirmaram nestas entrevistas.

Na verdade, alguns entrevistados mencionaram aspectos positivos da passagem à reforma, nomeadamente a liberdade de tempo.

Um dos aspectos negativos, referido por alguns entrevistado, foi a perda de poder de compra. O facto dos entrevistados apenas referirem a questão económica pode estar relacionado com um baixo estatuto socio-económico, não sentindo por isso alterações ao nível da sua imagem social, relacionada esta com o estatuto que nunca experimentaram, bem como a perda de qualidade de vida.

As mulheres evidenciam profissões restritas entre portas, ou seja, cozinheiras e domésticas, salva raras excepções. Os homens, profissões que denunciam um nível sócio – cultural baixo, como seja carpinteiros e empregados de mesa.

A perda do poder de compra que a reforma muito baixa implica, não deixando garantias de manutenção de vida suficientes para fazer face à vida que mantinham antes desta, leva a concluir pela perda de qualidade de vida. Enquanto que quem experimentou

o reconhecimento público da profissão, usufruindo de benesses inerentes ao exercício da mesma, não refere perda de poder de compra, antes o estatuto que se alterou.

A vivência da sexualidade dos entrevistados neste momento da sua vida, é influenciada pela forma como estes, viveram e sentiram a sua sexualidade ao longo da sua vida e pelas relações que mantiveram.

A riqueza dos resultados obtidos assenta na forma díspar como os entrevistados vivem e sentem, hoje, a sua sexualidade, nomeadamente quanto ao género e quanto à existência de parceiro.

No que concerne aos homens casados, actualmente, manifestam ambos alterações na vivência da sua sexualidade.

O primeiro vivencia actualmente a sua sexualidade através das carícias mútuas e pela estimulação do seu órgão sexual, por parte da sua mulher, sem haver acto coital, mas com ejaculação. A concepção que o próprio tem da sexualidade leva-o a afirmar que “a sexualidade, para mim... não ... não existe, não é!”, a percepção que tem de sexualidade não lhe permite reconhecer outra forma de vivência da mesma, que não centrada exclusivamente no coito. O entrevistado assumiu um modelo de sexualidade dominante, no qual não se revê, nomeadamente genital, juvenil, centrado no coito e no desempenho.

Porém, o outro homem casado, com uma percepção mais abrangente da sexualidade, considera para além do coito, o jogo amoroso. Desta forma, vive e sente a sua sexualidade como o “cimento” da relação que une o amor ao acto coital, diferenciando mesmo o fazer sexo do fazer amor. Nesta perspectiva, não dissocia o amor do acto coital, antes complementa os dois, pois só assim é que se concretiza a relação. Tal percepção está estreitamente relacionada com a vivência religiosa do casal, que entende a relação numa “unidade mesmo! Dois num só! Temos necessidade de louvar... de agradecer a Deus aquele momento”

Os homens sem parceira sexual, manifestam viver a sua sexualidade recorrendo quer à masturbação.

Desengane-se quem pensa que os idosos são assexuados, pois esta constitui uma necessidade física, para além da necessidade efectiva de corresponder ao conceito de ser Homem.

Os homens sem parceira, sentem a sua sexualidade de uma forma diferente, não a vivendo numa vida conjugal, torna obviamente as suas manifestações diferentes. Esta postura está relacionada, pela visão viril do que é ser homem e pelos seus passados sexuais iniciados na prostituição, sendo o acto coital bastante activo com as suas esposas durante a sua vida conjugal.

Quanto ao género, as mulheres destacam-se bastante em relação à vivência da sexualidade quando comparadas com os homens.

Assim, as mulheres casadas vivem e sentem a sua sexualidade de forma diferente. A entrevistada de idade avançada, vive a sua sexualidade centrada na carícia, no beijo, no toque, totalmente direccionada para o seu cônjuge, não sentindo por isso desejo e satisfação sexual. Esta vivência, centrada no toque dos genitais do cônjuge, chega mesmo a consumir na masturbação deste, mas por períodos distanciados. Para esta, a sexualidade resume-se ao acto coital. Não sendo possível esta concretização, não sente desejo nem satisfação sexual. Substitui esta ausência pelo cuidado com o outro. Vale a pena referir que a vive de uma forma serena e resignada, atribuindo esta ausência às alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

Na verdade, segundo um estudo efectuado por López e Fuertes “as razões apresentadas pelas mulheres e pelos homens que não têm actividade sexual são bem significativas. As mulheres afirmam que as razões advêm por esta ordem: morte ou doença do marido, separação ou divórcio, impotência ou perda de interesse do marido. Isto significa que, quase sempre, atribuem a ausência de relações à falta de disponibilidade do marido” (1999:137).

Outra mulher com parceiro, no início da velhice, vive a sua sexualidade na abrangência do conceito, ou seja, numa relação dual de carícia, do toque, do beijo, da sedução e do acto coital.

Quanto às mulheres sem parceiro sexual, uma sublima a sexualidade numa entrega a Deus, assumindo a mesma como um peso, como uma tentação. “O desejo sexual pode inclusivamente ser reprimido, tornado inconsciente, embora, pela sua própria natureza, não possa ser suprimido” (López e Fuertes, 1999:181)”.

A outra mulher de idade avançada, vive a sua sexualidade de forma passiva, ou seja, não rompe com preconceitos da idade, assumindo a família como um impedimento. “Por tudo isto, na nossa sociedade, ser viúva acarreta graves riscos de sofrimento de

sérios problemas de solidão, se os filhos e os netos não dão alternativas relacionais adequadas” (López e Fuertes, 1999:140).

A viuvez é um aspecto que afecta tanto os homens como as mulheres ainda que de maneira diferente, no entanto, como refere Monteiro (2005:162), “Homens e Mulheres sofrem de solidão da mesma forma”. A autora continua, sugerindo que talvez a viuvez represente um factor promotor da solidão emocional e social.

Peplau et al (1982) citados por Monteiro (2005:163), “concluíram que as pessoas solteiras se queixam menos de solidão do que as viúvas, separadas ou divorciadas, assim como dizem que a sua vida presente é pior do que a que tinham quando eram mais novos. Estes autores referenciam ainda que a comparação entre as experiências passadas e as presentes é fonte de insatisfação.” Também Lopata (1982), referido pela autora, relembra que a viuvez, em geral, está associada à velhice e igualmente pode constituir uma experiência de perda e solidão.

Com estes testemunhos podemos verificar que a sexualidade e em particular o plano sexual, é uma área muito complexa e multidisciplinar, pois como referem López e Fuertes (1989: 10), “para compreender a sexualidade, não basta conhecer a anatomia e fisiologia sexuais, mas é também necessário, ter em conta a psicologia sexual e a cultura em que cada indivíduo vive”.

Os idosos entrevistados referiram aspectos, sociais, culturais, educacionais, psicoemocionais, físicos e reprodutivos, associados à sua vida sexual. Tendo em conta as características próprias desta geração que hoje tem mais de 80 anos, constatamos que a maioria dos idosos não associa a vida sexual apenas à vertente reprodutiva, mas sim confere-lhe um carácter mais abrangente.

Lima (2006), López e Fuertes (1989), preconizam que, no Homem, o desempenho sexual não está unicamente ligado à reprodução, elucida-nos que a maioria das pessoas que têm relações sexuais, não o fazem com intuito reprodutivo. Mas sim na procura de prazer e como forma de comunicação, ternura, afecto e outras emoções. Também estes aspectos são abordados pelos nossos idosos, à sua maneira e de acordo com as suas convicções.

Lima (2006:98), lembra-nos que: “Apesar do contexto actual ser de diversidade relacional, mantemo-nos, no entanto, muitas vezes presos entre os velhos padrões de comportamento e as novas formas de vida”.

Parece ser comum a todos os idosos, um forte sentimento de perda e emoções negativas associada ao estado de viuvez. Embora alguns já sejam viúvos há algum tempo, todos partilham esta falta do “amor das suas vidas”, o que, associado à idade avançada que apresentam, ao escasso envolvimento social e à situação de institucionalização, sugere um estado de solidão emocional e/ou social. Como refere Monteiro (2005:103) “baixos níveis de contactos sociais estão associados a uma pobre qualidade de vida, pois actualmente há um grande número de pessoas que vivem sós, que perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou perderam os amigos que foram falecendo e podem experienciar a solidão social”.

Mailoux-Poirier (1995) revela-nos que o vestuário é um aspecto fundamental no bem-estar psicológico das pessoas. Sob o ponto de vista histórico, o vestuário sempre foi usado como um veículo de adaptação às necessidades do ambiente e da sociedade. A autora diz-nos ainda que a forma como o indivíduo se veste, determina em parte a expressão dos seus valores pessoais, uma vez que envolve uma forte vertente da comunicação não verbal. O modo de vestir, espelha os costumes e a filosofia de vida de uma pessoa.

Para Poirier (1995:331-332), “cada ser humano é único e tem uma visão de si que lhe é própria e à qual tenta corresponder”. Neste sentido, é relevante o que os nossos idosos nos transmitiram na abordagem desta categoria, uma vez que nos levaram a pensar que por, variadíssimas razões, foram modificando os seus hábitos, quer no que respeita ao estabelecimento de relações, quer mesmo no que refere à sua aparência.

O tipo de vestuário e a aparência física dos indivíduos têm por base factores Bio-fisiológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais, os quais devem ser respeitados e tidos em conta, nomeadamente quando estamos a cuidar de idosos.

Como nos diz Mailoux-Poirier (1995:332): “As razões invocadas para a escolha do vestuário são habitualmente as seguintes:

- Melhorar a aparência física
- Respeitar a personalidade
- Impressionar
- Fazer-se aceitar
- Afirmar o seu estatuto
- Obter satisfação pessoal”.

Consideramos que as principais razões dos nossos idosos talvez sejam a de respeitar a personalidade e fazer-se aceitar, já que actualmente, consideram importante a aparência física, não sob o ponto de vista da sensualidade e da atracção, mas sim de bem-estar e da opinião dos outros.

Num estudo de Ebersole (1985), um dos estereótipos que se confirmaram no decorrer da investigação, foi o de os idosos serem pessoas relativamente limpas e não se preocuparem com a aparência física. Isto parece estar em concordância com os dados obtidos no nosso estudo, em que os idosos revelam uma nítida separação acerca do que era a sua preocupação com a aparência física quando eram novos e actualmente.

Conclui-se que os idosos vivem e sentem sua sexualidade, no entanto esta, é manifestada de forma diversa, o que não quer dizer que sejam assexuados, facto que se comprova ser falso. “A sexualidade é a forma de viver o projecto sexual próprio, é o modo de estar no mundo enquanto mulher ou homem, pois existem tantas sexualidades, tantos modos de a viver, quantas pessoas” (Zapian, 2002:35).

A expressão da sexualidade difere ao longo do tempo de pessoa para pessoa e os factores associados ao processo de envelhecimento não se constituem como um impedimento para a vivência da mesma. “A vida é assim! Cada momento na vida tem a sua altura... tem a sua altura própria. No entanto, tem carências... quando se é jovem, é bonito...aquele momento dos 40, 50 anos é... chamado o desabrochar... e neste momento, também é bonito. É preciso nós sabermos aproveitar, e sabermos viver o próprio desta idade”

Na realidade, as grandes diferenças encontradas justificam-se ao nível do género, no qual o contexto sócio-cultural assumiu uma forte influência. Esta diferenciação, quanto ao género, torna-se mais nítida na existência de parceiro ou não. Os homens sem parceira, independentemente da idade, continuam a vivenciar a sua sexualidade, enquanto que as mulheres ou sublimam ou simplesmente não a vivem.

A vivência da sexualidade é intrínseca a cada indivíduo, e apesar de alguns aspectos comuns, esta representa uma forma singular de se viver, sentir e estar no mundo.

Os resultados permitem-nos validar a hipótese de investigação – o processo de envelhecimento natural dos indivíduos não impede o desenvolvimento de uma vida sexual na velhice – na medida em que a maioria dos indivíduos (9 homens e 9 mulheres)

manteve a actividade sexual a partir dos 62 anos e, destes, 16 mantêm a actividade sexual na actualidade (4 homens e 4 mulheres).

Sugerem ainda haver aspectos determinantes para a actividade sexual dos idosos: a idade e o género; o estado civil (a actividade sexual é mais frequente nos sujeitos casados e o facto de serem casados tem uma influência maior sobre a actividade sexual das mulheres); o estado de saúde ou as condições físicas do sujeito; a forma como o sujeito experienciou a sexualidade ao longo das diversas fases da vida.

Quanto aos principais aspectos condicionantes da actividade sexual na terceira idade para os homens, são o aparecimento de uma doença, a morte da parceira e a institucionalização e, para as mulheres, perda do parceiro, uma doença do parceiro ou uma doença de ambos.

Conclusão



O envelhecimento é um fenómeno complexo e multidimensional próprio de todo o ser humano. Robert (1995), citado por Castro (2007:37), considera que o envelhecimento “resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam”. É um processo que envolve dimensões como a cultura, a raça, as crenças, a educação e os aspectos biológicos e psicossociais de cada indivíduo ou sociedade.

A sexualidade é igualmente um conceito complexo, de difícil abordagem e compreensão já que, tal como o envelhecimento depende ou sofre a influência de vários factores. Lopéz e Fuertes (1989), relembram-nos que: “Não só somos biologicamente sexuados, como também o nosso psiquismo, toda a nossa organização social e a nossa cultura são sexuados. Desde o nosso nascimento são-nos atribuídos um nome, roupas, brinquedos e actividades sexuais”.

A sexualidade está presente e faz parte da existência do indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital, daí termos optado por realizar este estudo que aborda a sexualidade na última etapa da vida. Se a sexualidade só por si pode constituir uma área de difícil abordagem em qualquer idade e em situações de vida normais, nos idosos de um modo geral e nos institucionalizados em particular, ainda se torna mais complexo.

Na velhice, a sexualidade é vivenciada através das mais diferentes formas, desde as relações de poder, até relações de amizade, cumplicidade, intimidade e ainda as relações presentes nos encontros sociais. A sexualidade na velhice, pode estar diminuída, mas não está ausente e apresenta-se com outros valores considerados mais importantes na relação, como a amizade, compreensão, carinho e diálogo.

Pelos dados obtidos, constata-se que a sexualidade para os idosos transcende a relação sexual. Vivem a sua sexualidade através do gesto, atitudes, desejos, amor e amizade, que nutrem a relação de duas ou mais pessoas.

O processo de envelhecimento ocorre ao longo da vida, isto é, cada dia que passa é um degrau que subimos na ascensão da vida que nos faz ganhar experiência e vivenciá-la no nosso dia a dia. Com efeito, o envelhecimento marca inequivocamente uma conquista do nosso século, não sendo assim, considerado como problema social!

Problema social poderá ser a qualidade de vida que é proporcionada aos idosos de hoje!

Esta qualidade de vida questiona-se hoje, não em relação ao processo de envelhecimento, mas associada à reforma, ou seja, à velhice. Assim, indubitavelmente a velhice associa-se à passagem da actividade profissional, para o usufruto dos benefícios dela decorrentes, a reforma.

Entende-se assim, a velhice apenas como uma construção social, mas que mesmo assim não é consensual quanto ao seu início. De facto o início da velhice poderá ser questionado, ou seja: o que é ser velho? Como se define o início da velhice?

A questão da velhice, está indissolúvelmente a qualidade de vida que têm os “velhos” de hoje. Como olhamos hoje para eles?

Daqui decorre um pensamento: é necessário mudar as mentalidades! Esta mudança de mentalidade implica a conversão dos preconceitos associados que temos muitas vezes em relação aos “velhos”.

Muitos nomes poderemos utilizar para designar aquele que atinge 60 anos e que passou à reforma: Velho, Ansião, Idoso, Sénior, Geronto, Idade Maior... todas elas têm carga positiva e negativa associada ao conceito, no entanto, nenhum retirará o conceito fundamental subjacente: Ser Pessoa!

Pelo facto de ser Pessoa tem direitos, que para além dos instituídos pelos Estados de origem, têm aqueles que são universalmente aceites, os Direitos Humanos. Como tal, debater-nos-emos contra o senso comum, que cogita que o idoso é um ser assexuado (Pereira, 2006). Na verdade, a sexualidade apresenta-se como uma dimensão que influencia de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, independentemente da sua idade, não sendo por isso possível restringi-la a uma fase específica da nossa vida. A aceitação de que as pessoas idosas podem viver a sua sexualidade, continua a ser uma realidade não compreendida e muitas vezes marginalizada.

No campo sexual, a velhice é um rico tesouro de vivências e experiências de toda uma vida sexual, que lhes ensinou o mais prazeroso e o menos prazeroso para ambos, proporcionado por este sentimento comum de só dar ao outro o máximo de satisfação e que sabe evitar tudo aquilo que não é desejado, sejam quais forem as causas.

A espiritualidade pregada pela religião às pessoas idosas, pode ser o mais poderoso libertador ou repressor da sexualidade integral destas pessoas, uma vez ao decretar que todo o acto sexual que não seja coito reprodutor deve ser evitado e considerado uma luxúria.

Em todas as pessoas, a experiência adquirida no campo sexual, pode contribuir para que a velhice seja um período de possível enriquecimento e realização, ainda que seja também um período de degeneração e perda da sexualidade.

O envelhecimento sexual é um processo que dura toda a vida, e por isso é necessária uma educação continuada sobre os aspectos fundamentais. A preparação sexual propõem-nos como objectivos fundamentais: melhorar a nossa identidade sexual; conservar a nossa auto-estima sexual; vivê-la de um modo activo e criativo, que nos proporcione grandes satisfações e não nos desintegre dessa realidade social, e possuir e manter uma atitude sexual eminentemente positiva diante das novas situações e desafios a que nos submete essa fase da vida.

A educação sexual não pode realizar-se num acto único, mas deve acompanhar de maneira permanente o processo evolutivo da pessoa sexuada, ao longo de toda a vida; deve ser levada a cabo de forma adequada às exigências de cada idade e às situações socioambientais. Como qualquer outro aspecto da educação da pessoa, a educação sexual deve ser considerada no contexto da educação permanente, e deve ser orientada a analisar e difundir informação sobre a percepção e aceitação do fenómeno do envelhecimento sexual sofrido pela pessoa e pela sociedade, orientando essa tarefa no sentido de apresentar uma imagem da sexualidade das pessoas idosas ajustada à realidade científica, real, combatendo tanto quanto possível os estereótipos negativos ou falsas crenças de que é objecto ainda hoje na nossa cultura.

Em relação ao desenvolvimento sexual permanente da pessoa idosa, é necessário reconhecer que o ciclo de vida consiste numa série de etapas relacionadas entre si, e um todo integrado. O bem-estar sexual da idade avançada depende em grande parte das experiências anteriores; dentro das possibilidades de que tenham podido dispor para levar um estilo de vida saudável, da educação permanente e do desenvolvimento de aptidões e medidas para fomentar o seu desenvolvimento.

Para além dessa educação permanente, os idosos devem conservar o seu direito de desfrutar de uma sexualidade saudável, mesmo que residam em lares ou em instituições nos quais lhe são oferecidos cuidados ou tratamentos, com pleno respeito pela sua dignidade e crenças mantendo igualmente o direito do idoso poder adoptar decisões sobre a sua qualidade de vida sexual. O idoso não deve ser marginalizado pela sociedade em momento algum, devendo por isso permanecer integrado sexualmente, participando activamente na formulação e aplicação das políticas que afectam directamente o seu bem-estar sexual.

Os idosos devem ter também a possibilidade de partilhar as suas experiências, conhecimentos e habilidades com as gerações mais jovens; Não devemos esquecer que a infância mantém uma relação especial com as etapas mais avançadas da vida, tendo sido denominada “o berço da longevidade”.

Sabe-se hoje que a inteligência afectiva/sexual é adquirida na infância, na altura em que se imprimem no carácter a co-dependência e a independência, bagagem que facilita a vida sexual e afectiva, a vida em família, a confiança em si mesmo e o espírito de abertura e colaboração com os demais durante toda a vida.

A sexualidade é uma dimensão da vida pessoal, das relações interpessoais e da vida em sociedade e, neste contexto, é também uma área de intervenções profissionais diversas e um objecto de estudo científico.

A forma de viver a sexualidade ao longo da vida, vai-se alterando, quer pelo amadurecimento próprio do processo de envelhecimento, quer por alterações ao nível fisiológico, afectivo e emocional. As diferentes fases da vida, comportam diferentes formas de viver e sentir a sexualidade.

Este estudo veio mostrar que a sexualidade, embora revestida de algum tabu e de alguns preconceitos, pode ser vivida de uma forma positiva, durante a velhice, se assim for desejada. O facto de ser idoso não lhe retira a capacidade de amar, de desejar e de sentir prazer.

No seu desenvolvimento, este estudo possibilitou a identificação de pontos positivos, tais como:

- 1) A promoção de diálogos, inspirados na confiança e respeito, que serviu como estímulo, para que o (as) idoso (as) reflectisse sobre os conceitos da sexualidade;
- 2) A oportunidade do (as) idoso (as) procurar, através da memória, momentos importantes, vividos em experiências passadas;
- 3) A oportunidade da construção de novos conceitos em relação à sexualidade do (as) idoso (as);
- 4) O interesse dos sujeitos do estudo pela temática.

Como limitações do estudo, apresentam-se os seguintes itens:

- 1) A dificuldade dos sujeitos do estudo diferenciarem sexualidade e actividade sexual;
- 2) O conflito das perdas proporcionado pela idade em relação à actividade sexual.

Pensa-se ser pertinente o estudo desta temática na vertente do profissional, isto é, como é percepcionada esta temática e se na sua intervenção ela é tida em conta. Se entendermos qualidade de vida, como o direito de acesso a tudo aquilo que realiza o homem, dentro dos padrões éticos e morais presentes na sociedade.

Então não basta apenas assegurar a garantia das necessidades básica – alimentação, vestuário e higiene –, mas também com a mesma relevância se deverá atender a outras necessidades do indivíduo, ou seja, o bem-estar físico, psicológico, social, espiritual e sexual. Pois é também, na garantia destas necessidade que o Homem poderá realizar-se como Homem.

Deveremos então entender o “velho”, como outrora, como pessoas que para além de direitos têm o seu lugar na sociedade, e sobretudo consciencializar que o presente deve-se, exactamente, à sociedade que estes ajudaram a construir mas que, certamente, a sonharam diferente.

Todas as culturas, cada um dos seus membros e sectores devem incorporar-se no esforço de criar uma sociedade na qual os mitos e falsas crenças sexuais sejam superadas por verdades científicas, para que todas as idades usufruam da sexualidade a que têm direito.

A sexualidade a que têm direito não deve ser negada, não deve supor nenhuma carga para ninguém, muito menos no que respeita aos idosos. Cabe a nós conseguir, ao longo dos anos, que haja cada vez mais pessoas idosas, participando e vivendo a sua sexualidade com a maior qualidade.

Consciente dos problemas sexuais que afectam as pessoas idosas e que impedem ou dificultam a sua plena sexualidade, devemos comprometermo-nos na tarefa de construir uma sociedade para todas as idades sexuais e de exigir dos poderes públicos a solução dos problemas sexuais que afectam as pessoas.

A sabedoria é a prerrogativa e o privilégio da pessoa idosa. A sociedade actual não pode dar-se ao luxo de desprezar essa sabedoria sexual, especialmente numa cultura em que o término de vida se alongou tanto.

Os meios de comunicação social devem contribuir para modificar a imagem, por vezes negativa e parcial, da sexualidade das pessoas longevas, oferecendo em troca uma informação exacta dessa realidade, cada dia mais ampla, das pessoas idosas.

Uma sociedade sexual para todas as idades, significa uma sociedade construída, delineada e desenvolvida a partir de todas as idades sexuais, do saber, da experiência, da ciência, do compromisso, da reivindicação, muito especialmente a partir da participação e da compreensão entre gerações.

Afortunadamente, existem também pessoas idosas que se sentem integradas socialmente e que participam de actividades adequadas às suas possibilidades, os que as ajuda num crescimento pessoal, afectivo e sexual. São pessoas que procuram antes de tudo sentir-se ainda úteis, exercendo alguma função ao seu alcance. Buscam um bem-estar com certa segurança, diante do temor de serem rejeitadas e marginalizadas.

Existem poucas publicações sobre a sexualidade na terceira idade e não encontramos nenhum estudo com características semelhantes para que pudéssemos comparar os resultados. Tratando-se de um estudo constituído por duas amostras seleccionadas por conveniência, na instituição seleccionada, não podemos generalizar os resultados para a população de idosos institucionalizados e cuidadores e funcionários em geral.

Relativamente à amostra, a análise e interpretação dos resultados obtidos permitiu-nos verificar que na sua maioria são mulheres, apresentam uma média de idades de 80 anos, 8 viúvas e 6 casadas e com uma escolaridade correspondente à 4ª classe (6 das entrevistadas). Isto vai de encontro aos dados estatísticos, que nos dizem verificar-se uma maior longevidade das mulheres, em relação aos homens.

No momento actual, observamos modificações profundas nos fenómenos sociais. A tendência demográfica actual no sentido do envelhecimento da população busca que os conhecimentos sobre o funcionamento fisiológico e psicológico desta faixa etária sejam pesquisados. Isto não só pelo número de indivíduos, mas principalmente devido ao acesso possível às inúmeras oportunidades actualmente à sua disposição, no sentido de conseguirem vidas mais saudáveis, mais envolvidas, mais plenas e significativas em diversas áreas.

A evolução das normas e dos comportamentos sociais não tem acompanhado a evolução técnica e científica que está na base da melhoria das condições de saúde e da esperança de vida. Actualmente ocorre uma desfasagem significativa nos ritmos de desenvolvimento, sendo que do ponto de vista institucional e social se tarda a integrar as oportunidades que as mudanças científicas tem aberto relativamente à melhor qualidade de vida dos idosos.

O papel da psicogerontologia e da geriatria no sentido de avaliar e até mesmo antecipar este movimento progrediente não deve ser subestimado. Entretanto, a implicação dos pesquisadores e profissionais destas áreas científicas veicula necessariamente as suas próprias posições pessoais. A sexualidade é a única função fisiológica que implica um comportamento ao qual se atribuem valores morais. Quando se trabalha com um problema no qual se condensam tantos significados, a posição ideológica do pesquisador torna-se visível, através das escolhas teóricas como a metodologia adoptada (Vasconcellos, 2001). A teoria construtivista mostra que as palavras que usamos para expressar o pensamento insinuam a maneira como percebemos as pessoas e a maneira como nos comportamos em relação a elas (Murray & Chamberlain, 1999). Esta pesquisa mostra que a neutralidade é um ideal desejável, mas inatingível. A observação constante da contra transferência é um elemento essencial na elaboração de pesquisas e intervenções, especialmente sobre sexualidade das pessoas idosas (Malamud, 1996).

A discussão poderia abrir-se aqui sobre as duas tendências presentes na cultura contemporânea. Se os estereótipos sociais desqualificam a sexualidade dos adultos maduros ainda predominam hoje em dia, é preciso ponderar o efeito da idealização narcísica que também é imposta pela cultura moderna. Katz & Marchall (2003) discutem as expectativas irrealistas considerando recomendar um “sexo novo para os velhos” exige que os adultos maduros se conformem com expectativas fora da realidade temporal. Entre estas duas tendências extremas, que prescrevem seja a abstenção, seja a obrigação, os adultos maduros devem encontrar actualmente a justa medida de expressão das suas aspirações sexuais.

Assim, espera-se que futuramente surjam outros estudos sobre a sexualidade, permitindo, posteriormente, verificar se os resultados são convergentes com a presente investigação.

Sugere-se ainda, como futura investigação nesta área, um estudo sobre a análise da situação social e sexual dos idosos em Portugal; O desenvolvimento de campanhas de sensibilização a todos os membros da sociedade sobre o direito à sexualidade na terceira idade – “Sociedade para todas as sexualidades”; A promoção da investigação e do intercâmbio de informação sobre sexualidade da pessoa idosa; A elaboração e implementação de programas que promovam o envelhecimento sexual activo; A obtenção de um consenso sobre sexualidade dos idosos e elaboração de guidelines de actuação ou directrizes no sentido da promoção e saúde sexual da pessoa idosa; A implementação de programas de formação sexual permanente a profissionais de saúde e população em geral;

A organização de debates sobre o desenvolvimento da sexualidade na velhice; A implementação ao nível das instituições prestadoras de cuidados de saúde primários, de um gabinete para o atendimento, promoção e saúde sexual da pessoa idosa; A implementação de um Programa Nacional para a Saúde Sexual da Pessoa Idosa; A implementação de uma linha telefónica para esclarecimentos de dúvidas a idosos sobre sexualidade e sobretudo que exista nos lares e/ou instituições afins, a compreensão da história sexual do(a) idoso(a) e que os seus técnicos de saúde saibam orientá-lo(a) com o objectivo da manutenção de uma sexualidade Saudável.

Bibliografia de Referência

Abdelmalek, ali ait; Gérard, Jean-Loius (1999). Ciências Humanas e Cuidados de.Saúde. Manual para profissionais de saúde. Col. Medicina e Saúde. Instituto Piaget

ACTAS DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO (1997). Vida com Projecto ao Longo de Toda a Vida. A Nossa Responsabilidade Individual e Colectiva. CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA. IMPRENSA MUNICIPAL.

ALMEIDA, M. M.P. (2005). Idosos Institucionalizados: Estudo Comparativo em Comunidade Rural e Urbana. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, APRESENTADA NA UNIVERSIDADE ABERTA, LISBOA.

ALFERES, V. R. (1997).Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade, Porto, Edições Afrontamento.

AMARO, F. e SILVA, G. (1999), Sexualidade e o Amor Continuado in Cidade Solidária, Lisboa, s/e, pp. 30-34.

Amado, J; Neves M. C S. (1992). Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico, Geriatria, Lisboa, (5, 44), Abril/Maio, pp. 15-18.

Anjos, A.R. (2002). Problemáticas do Idoso no Contexto da Emigração Portuguesa em Meio Rural. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Apresentada na Universidade Aberta, Porto.

BARDIN; L. (1977).Análise de Conteúdo.LISBOA: EDIÇÕES 70

BARRETO, A. (1996), O Envelhecimento da População Portuguesa, Mirandela, Artes Gráficas.

Barreto, J. (1988). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. Psicologia, Lisboa, (VI, 2), pp. 159-170.

Barros, M. M. L. (1991). A representação das mudanças sociais da família por avós de camadas médias urbanas. Família: Ontem, Hoje, Amanhã. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1. 2.

Belsky, J. (1999). Psicología del Envejecimiento. Paraninfo, S.A. Madrid.

BELMIN, J. (1999). Sexualite et Avance en Age. SOIN GERONTOLOGIE. N° 18, PP. 4-6.

Berger, L. Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas. Uma abordagem global. Lisboa. Lusodidacta.

Birren, J. E.; Schaie, K. W. (1999). Handbook of the psychology of aging. Nova Iorque, Springer Publishing Company.

Birou, A. (1966). Dicionário das ciências sociais. Lisboa: Publicações Dom Quixote

Blass, J. P., Cherniack, E. P; Weksler, M. E. (1997). Teorias de Envelhecimento. in Calkins, E; Ford, A. B., Geriatria Prática, 2ª ed., Rio de Janeiro, Revinter, pp. 10-18.

BLAIKIE, N. (2000), Designing Social Research, Cabridge, Polity Press.

BOGDAN, R. E SARI B. (1994), Investigação Qualitativa em Educação, Porto Editora, Porto.

Bolander, V. (1998). Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiológica. Lisboa. Lusodidacta.

Borges, L; reis, E; Llano, S; Clara, J. G. (2000). O Impacto do Internamento nas Funções Cognitivas e Emocionais do Doente Idoso. Geriatria, Lisboa, (XIII, 128), Novembro, pp. 36-42.

BURGESS, R. (2001), A Pesquisa no Terreno – uma Introdução, Oeiras, Celta Editora.

Butler, Robert; Lewis, Myrna. (1985). Sexo e amor na terceira idade. Trad. Ibanez de Carvalho Filho, 2ª ed., SUMMUS, São Paulo.

BRANDER, N. (1982), A Psicologia do Amor Romântico, Rio de Janeiro, Editora Imago.

Bromley, B. (1966). Psicologia do Envelhecimento Humano. Lisboa: Ulisses

Capodiece, Salvatore. (2000). A idade dos sentimentos. Amor e sexualidade após os sessenta anos. EDUSC, Bauru.

Canhão, A. (1997). Sexualidade e envelhecimento. Geriatria. Volume 10, n.º 92; pp.12-18.

Cardoso, F. A; Matos, E. (1992). Comunidade Idosa em Cuidados de Saúde Primários. Geriatria, Lisboa, (42,), pp. 25-35.

CARDOSO, J. (2004), “Sexualidade e Envelhecimento” in Sexualidade & Planeamento Familiar, N.º 38/39, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família, pp. 7-13.

Carmo; H., Ferreira; M. (1998). Metodologia da Investigação: Guia para o auto aprendizagem. Lisboa. Universidade Aberta.

Carvalho, P. M: (1989). A Magia da Idade – Reflexão Médico-Sociológica sobre o Envelhecimento. Coimbra, Edição do autor.

Carvalho, M. (1996). A Enfermagem e o humanismo. Loures, Lusociência.

Castro, C.M.V. (2007). Representações Sociais dos Enfermeiros Face ao Idoso – Em contexto de prestação de cuidados. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Catarino, A; Correia, A. e Leite, H. (1996). Prevalência da Incontinência Urinária Feminina. Ginecologia e Medicina da Reprodução. Volume 21, n.º 3; pp.39-47.

Catarino, A.[et al] (1998). Pós-Menopausa e Sexualidade. Acta Portuguesa de Sexologia. Vol 2, nº 1; pp.39-46.

Cavanaugh, J. (1997). Adult development and aging. Pacific Grove. Brooks /Cole.

CICONELLI, Rozana Mesquita. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short –form health survey (SF-36). São Paulo..[Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo].
Collière, M.(1989).Promover a vida. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, M. A. (2002). Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra. Editora Formasau.

CORDEIRO, M. (2003), “Sexualidade. Algumas questões” in Sá, E. (Coord.) Quero-te. Psicologia da Sexualidade, Coimbra, Quarteto, pp. 71-85

Correia, J.M. (2003). Introdução à Gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta.

Curbelo, A., Rodrigues, G. & Lopes da Letona, A. (1989). Envejecimiento. In Demografía Sanitaria de la Ancianidade, pp. 35-37. Madrid: Ministério de Sanidade e Consumo.

Cruz, A.J.; Mercé J. (1992). A Função Sexual. In: Ribera. Geriatria. Madrid: Idepsa.

Cruz, A. J. (1996). Fisiopatología do Envejecimento. In. Psicogeriatria. Madrid: Jarpyo Editores.

Debert, G. G. (1999). A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Envelhecimento. São Paulo, Universidade de São Paulo.

Delo, M. ET AL. (1998). Sexual Feelings and Sexual Life in an Italian Sample of 335 Elderly 65 to 106 year olds. Archives of Gerontology and Geriatrics; Suppl 6; pp. 155-162.

Dumont, Louis. (1993). O Individualismo. Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna. Rocco, Rio de Janeiro.

Feldman, R. (1996). Understanding Psychology. Lisboa: McGraw-Hill.

Fernandes, A. A.(1997). Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras. Celta Editora.

FERNANDES, A. A. (2002), A Depressão no Idoso, Coimbra, Quarteto.

Fonseca, A. M. (2004). O envelhecimento. Uma abordagem psicológica. Lisboa. Edições Universidade Católica Portuguesa.

FONTAINE, R. (2000), Psicologia do Envelhecimento, Lisboa, Edições Climepsi.

FOUCAULT, M. (1994), História da Sexualidade I. A Vontade de Saber, Lisboa, Relógio D'Água Editores.

Fortin, M. (2000). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência.

França, L; H Soares, N. E. (1997). A Importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. Terceira Idade: desafios para o terceiro milénio. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. P.143-169.

FREITAS, E. (2004), “Demografia e epidemiologia do envelhecimento” in Py, L. (Coord.) Tempo de Envelhecer, Rio de Janeiro, Edições NAU, pp. 19-38.

FUERTES, A. E SÁNCHEZ, F. (1997), Aproximaciones al Estudio de la Sexualidad, Salamanca, Edições Amarú.

Garry, Ronald; Monteiro, Cáceres. (2001). Viver Melhor, Viver Mais. Segredos para Envelhecer com Saúde. In Dossier de Saúde da Universidade de Harvard, Visão/ Harvard Medical School, n.º 475. pp.21, 23.

GHIGLIONE, R. E MATALON, B, (1992), O Inquérito: Teoria e Prática, Oeiras, Celta Editora.

Giddens, Anthony. (2001). Transformações da Intimidade. Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. 2ª Ed., Trad. Rosa Maria Prerez, Celta Editora, Oeiras.

Gomes, A; Albuquerque, A. e Nunes, S. (1987). Sexologia em Portugal. Lisboa: Texto Editora.

Gyll, J. (1998). Introdução à Geriatria. Pathos, Lisboa, (XIV, 5), Junho, pp. 5-28.

Guerreiro, M. (1988). A Psicometria do Envelhecimento. Psicologia, Lisboa, (V, 2), pp. 219-225.

Helman, C. (1994). Cultura, Saúde e Doença. Brasil, Editora Artes Médicas Sul.

Hoffman, L. et al (1994). Developmental psychology today. 6ª Ed. New York . McGraw-Hill.

INE (2002) Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística – Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.

Júnior, J. R. (1995). O Envelhecimento. in REIS, P. M., Temas Geriátricos – I, Lisboa, Prismédica, pp. 23-42.

Kinsey, Alfred Charles, et al. (1948) Sexual behaviour in the human female. Saunders, Philadelphia.

LAFORESTRIE, R. e GOEOFFE, C. (1997), “Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel” in Âge, Séduction, Sexualité, n. ° 82, Paris, Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, pp. 174-185.

Leandro, Maria Engrácia. (1991). Assumir o Entardecer da Vida – novas atitudes se impõem. In Cadernos do Noroeste, vol.7, (2), Braga. pp. 359-367.

LIMA, M. (2003). Sentir e pensar a sexualidade. in Sá, E. (Coord.) Quero-te. Psicologia da Sexualidade, Coimbra, Quarteto, pp. 109-115

LÓPEZ, F. e FUERTES, A. (1999), Para Compreender a Sexualidade, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.

Malamud, W. I. (1996). Countertransference issues with elderly patients. Journal of Geriatric Psychiatry, 29(1), 33-41.

MARTINEZ, M. C. (2002). As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Master, William H; Johnson, Virginia E.(1966). Human Sexual Response. Little Brown, Boston.

Masters, William H.; JOHNSON, Virginia E.(1988). As Reacções Sexuais. Editora Meridiano, Lisboa.

MICHAEL, P. (2006), “Representações Sociais do Envelhecimento” in Seminário: Envelhecimento: Um Olhar Interventivo, Lisboa.

MORAIS, M. (1993), Solidariedade e Idosos – Um breve olhar através de doutrinas demográficas até ao século XVIII, Évora, Gabinete de Investigação e Acção Social do Instituto Superior Económico e Social de Évora.

MURRAY, M., & CHAMBERLAIN, K., (1999). QUALITATIVE HEALTH PSYCHOLOGY. LONDRES: SAGE.

OLIVEIRA, J.(2005). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto. Legis Editora.

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005). Envelhecer em Portugal. 1.^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Pascual, Cosme Puerto. (2002). A Sexualidade do Idoso Vista com um Novo Olhar. Edições Loyola, São Paulo, Brasil.

Pereira, Nuno Monteiro. (2007). Terceira Idade sem Limites. In Newsletter ed. 4 de Março do Jornal Correio da Manhã.

PICHON-RIVIÉRE, E. (2005) O processo grupal. 7^a ed. São Paulo: Martins Fontes.

QUARESMA, M. L. (2006). “Síntese Final” in Seminário: Envelhecimento: Um Olhar Interventivo, Lisboa.

QUARESMA, M. (1999), Envelhecimento e Acção Social, Lisboa, IIEP.

QUIVY, R. E VAN CAMPENHOUT, L. (1992), Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Edições Gradiva.

RENDAS, A. (2001), “Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – idade biológica versus idade cronológica” in Pinto, A. Envelhecer Vivendo, Coimbra, Quarteto, pp. 47-56.

RIBEIRINHO, C. (2006), “Projecto de vida do Idoso” in Seminário: Envelhecimento: Um Olhar Interventivo. Lisboa.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi.

Rosa, Maria João Valente. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, vol. XXXI. Lisboa.

SÁNCHEZ, F. e ULÁCIA, J. (1998), *Sexualidad en la Vejez*, Madrid, Edições Pirámide.

SCHARFSTEIN, E. (2004), “Intervenção psicossocial” in Py, L. (Coord.) *Tempo de Envelhecer*, Rio de Janeiro, Edições NAU, pp. 321-344.

Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. (A. Rodrigues-Lopes, Trad. 4 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Valera, Jesus; PASCUAL, Beatriz, et al.(2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidade en los ancianos. In *Revista Mult. Gerontol*, Centro de Ciencias de la Salud.

Vasconcellos, D. (2001). Evolução dos valores éticos e sua implicação intervenções psicológicas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 3(1), 17-33
iversidad de Las Palmas de Gran Canaria, n.º14 (3). pp. 150-157.

Vaz, Júlio Machado; CRAWFORD, Marta. (2002). “Estudo em Portugal. Só Metade das Mulheres está Feliz com a Vida Sexual”. *Revista Nova Gente*, 1367, (Novembro/Dezembro).p.114-115.

Watson J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem*. Loures Lusociência.

Anexos

Anexo I

Check list Actividades Sexuais

	Preferência	Frequência	Satisfação
Penetração coital			
Penetração Retal			
Masturbação			
Sexo Oral			
Toque			
Beijo			
Carícias			
Sedução			

Anexo II

Questionário sobre Qualidade de Vida

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

Quanto ao tabaco:

- ☐ Fuma
☐ Não fuma

Quanto ao álcool:

- ☐ Ingere
☐ Não ingere

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- Excelente.....1 ☐
Muito boa.....2 ☐
Boa.....3 ☐
Ruim.....4 ☐
Muito ruim.....5 ☐

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, **agora?**

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1 ☐
Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2 ☐
Quase a mesma coisa do que há um ano atrás.....3 ☐
Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4 ☐

3. Os seguintes itens sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta pouco	Não Não dificulta de modo algum
a) Atividades Vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1 ☐	2 ☐	3 ☐
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1 ☐	2 ☐	3 ☐
c) Levantar ou carregar mantimentos	1 ☐	2 ☐	3 ☐
d) Subir vários lances de escada	1 ☐	2 ☐	3 ☐
e) Subir um lance de escadas	1 ☐	2 ☐	3 ☐
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1 ☐	2 ☐	3 ☐
g) Andar mais de 1 km	1 ☐	2 ☐	3 ☐
h) Andar vários quarteirões	1 ☐	2 ☐	3 ☐
i) Andar um quarteirão	1 ☐	2 ☐	3 ☐
j) Tomar banho ou vestir-se	1 ☐	2 ☐	3 ☐

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 ☐	2 ☐
b) Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1 ☐	2 ☐
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1 ☐	2 ☐

d) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1 ☐	2 ☐
---	-------------------------------	-------------------------------

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1 ☐	2 ☐
b) Realizou menos tarefas do que de gostaria?	1 ☐	2 ☐
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1 ☐	2 ☐
d) Teve dificuldades para fazer seu trabalho ou outras atividades?	1 ☐	2 ☐

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- De forma alguma.....1 ☐
- Ligeiramente.....2 ☐
- Moderadamente.....3 ☐
- Bastante.....4 ☐
- Extremamente.....5 ☐

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- Nenhuma.....1 ☐
- Muito leve.....2 ☐
- Leve.....3 ☐
- Moderada.....4 ☐
- Grave.....5 ☐

Muito grave.....6 ☐

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferir com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora como dentro de casa)?

De maneira alguma.....1 ☐

Um pouco.....2 ☐

Moderadamente.....3 ☐

Bastante.....4 ☐

Extremamente.....5 ☐

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- Todo o tempo.....1 ☐
- A maior parte do tempo.....2 ☐
- Alguma parte do tempo.....3 ☐
- Uma pequena parte do tempo....4 ☐
- Nenhuma parte do tempo.....5 ☐

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Efetivamente falsa
--	----------------------------	--------------------------------	---------	---------------------------	--------------------

a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1 	2 	3 	4 	5 
b) Eu sou saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	1 	2 	3 	4 	5 
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1 	2 	3 	4 	5 
d) Minha saúde é excelente	1 	2 	3 	4 	5 

Anexo III

Guião de Entrevista Com Parceiro

Caracterização Pessoal:

- Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- Idade: ____ anos
- Estado Civil: _____

Perguntas:

1. Como descreve o relacionamento que mantém com os seus familiares e amigos?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

2. Como sentiu a sua passagem à reforma? (Quais foram os ganhos e as perdas?)
(em termos de estatuto, relacionamentos, auto-imagem...)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

3. Como se sente perante o seu corpo? (Quando se olha ao espelho o que sente, qual imagem que tem de si próprio?)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

4. Como cuida do seu corpo quotidianamente? (desde os cuidados básicos de higiene até aos cuidados externos)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

5. Como avalia seu relacionamento actual?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

6. Sente desejo e excitação?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

7. Como a vê a sua sexualidade?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

Guião de Entrevista Sem Parceiro

Caracterização Pessoal:

- Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- Idade: _____ anos
- Estado Civil: _____

Perguntas:

1. Como descreve o relacionamento que mantém com os seus familiares e amigos?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

2. Como sentiu a sua passagem à reforma? (Quais foram os ganhos e as perdas?)
(em termos de estatuto, relacionamentos, auto-imagem...)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

3. Como se sente perante o seu corpo? (Quando se olha ao espelho o que sente, qual imagem que tem de si próprio?)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

4. Como cuida do seu corpo quotidianamente? (desde os cuidados básicos de higiene até aos cuidados externos)

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

5. Como a vê a sua sexualidade?

Excelente ☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Mau ☐ Muito Mau ☐

Anexo IV



Ex.mo Sr. Presidente da Direcção da
Fundação Maria Oliveira
Alcobaça

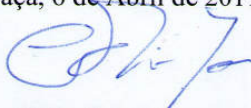
Eu, Célia João Lopes Carreira, Psicóloga graduada, vem por este meio, solicitar autorização para a realização de um estudo na vossa Instituição, na valência de Residência de Idosos, cujo título provisório é: Sexualidade na Terceira Idade.

Trata-se de um estudo a ser realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.

Junto envio cópia dos questionários, aprovados pelo orientador, Professor Doutor Paulo Sargento.

Grata pela a atenção dispensada, aguardo resposta ao solicitado.

Alcobaça, 6 de Abril de 2011



Célia Carreira
Rua Augusto Pina nº 14, 1º
2460 – 011 Alcobaça