

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



COMPORTAMENTOS SEXUAIS E BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE MULHERES

**Joana Raquel Alves Bento**

**Nº 11928**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

**COMPORTAMENTOS SEXUAIS E BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE MULHERES**

**Joana Raquel Alves Bento**

Dissertação orientada por Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

À Dra. Ana Carvalheira, dirijo o meu primeiro obrigado pelo acompanhamento e pela partilha de conhecimentos que contribuíram para o enriquecimento deste tema. Acima de tudo, agradeço por ter acreditado em mim e em todo o processo que me trouxe até ao dia de hoje.

À Dra. Isabel Santos, coordenadora dos Centros de Convívio de Cascais, pela amizade, entusiasmo e confiança transmitida. Todo o trabalho de integração que foi criado fez com que me sentisse acarinhada e um membro da “família”. Um especial obrigado a todos os funcionários que me receberam com sorrisos genuínos e criaram as condições necessárias para que me sentisse confortável. Agradeço toda a disponibilidade e apoio.

Ao Tiago, pela ajuda e conhecimentos partilhados.

À minha família, pelo apoio incondicional e pelo amor, expressos em palavras e preocupações. Obrigado por me apoiarem e confiarem em mim.

Ao Ricardo, pela escuta em momentos difíceis, pela compreensão e, essencialmente, por tudo o que conseguimos construir juntos.

À Rosinha, pela força, objectividade e ajuda preciosa, aspectos tão importantes ao longo deste percurso. Obrigado pela amizade de sempre.

À Tânia, por ter sido a parceira de momentos tão semelhantes e uma boa amiga e à Inês pela troca constante de pensamentos, mesmo que longe.

A todos os amigos que se interessaram por este trabalho.

À Dra. Ana Morais, por me ajudar a crescer de forma saudável.

Finalmente... Um especial agradecimento a todas as idosas que participaram nesta investigação, por me terem aberto uma linda janela para as suas memórias, pelas conversas sem reservas e por todas as emoções que partilhámos.

## Resumo

**Objectivo:** Observar em que sentido os comportamentos sexuais das mulheres idosas podem influenciar os seus níveis de Bem-estar.

**Método:** Estudo exploratório e observacional descritivo. Participaram 100 mulheres idosas. Foram utilizados o Questionário de Caracterização Sócio-demográfica, Questionário de Comportamentos Sexuais e a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (Paúl, 1992).

**Resultados:** Verificou-se que os comportamentos sexuais das idosas influenciam os seus níveis de Bem-estar, nomeadamente nas variáveis “*aceitação da sexualidade*” e “*manutenção das relações sexuais*”, onde pudémos verificar que as mulheres que são sexualmente activas e aceitam a sua sexualidade apresentam elevados níveis de Bem-estar.

**Discussão:** A sexualidade feminina na terceira idade, parece estar mais associada a uma dimensão psico-afectiva, assim como o bem-estar físico e emocional está associado à intimidade, à companhia e à capacidade de partilhar sentimentos verdadeiros numa atmosfera de segurança.

**Conclusão:** A vida deve ser encarada de um modo integrado e não composta de tempos ou de idades, aos quais as pessoas tenham de se enquadrar, sendo, também, fundamental que a sociedade se liberte de preconceitos e rótulos que, em última instância, reprimem a sexualidade e o bem-estar dos idosos.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Mulheres, Sexualidade feminina, Comportamentos sexuais, Bem-estar.

### Abstract

Objective: To observe in what sense the sexual behavior of older women may influence their levels of well-being.

Method: Exploratory and observational descriptive study. 100 elderly women participated in the study. A Socio-demographical Questionnaire, a Questionnaire of Sexual Behavior and the “Philadelphia Geriatric Center Morale Scale” (Paúl, 1992) were used.

Results: It was found that the sexual behavior of older women influence their levels of well-being, particularly in the variables “*acceptance of sexuality*” and “*maintenance of sexual relations*”, where we could see that women who are sexually active and accept their sexuality have high levels of well-being.

Discussion: The female sexuality in old age appears to be associated with a psycho-emotional dimension, as well as physical well-being and is associated with emotional intimacy, company and to the ability to share real feelings in an atmosphere of security.

Conclusion: Life must be seen in an integrated manner and not composed of time or age, to which people have to fall, as well as being crucial that the company is free of prejudices and labels that, ultimately, repress the sexuality and the well-being of elderly people.

Key words: Aging, Women, Female sexuality, Sexual behaviour, Well-being.

## Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Introdução.....	1
Sexualidade no Envelhecimento.....	3
<i>Aspectos Biológicos da Sexualidade Feminina</i> .....	9
<i>Aspectos Psicossociais da Sexualidade Feminina</i> .....	11
<i>Aspectos positivos da Sexualidade Feminina</i> .....	14
Bem-estar.....	17
<i>O Modelo de Lawton</i> .....	20
Método.....	22
<i>Delineamento do Estudo</i> .....	22
<i>Amostra</i> .....	23
<i>Instrumentos</i> .....	26
<i>Questionário de Caracterização Sócio-demográfica</i> .....	26
<i>Questionário de Comportamentos Sexuais</i> .....	26
<i>Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF)</i> ...	26
<i>Procedimento</i> .....	27
Resultados.....	29
<i>Análise Descritiva das Variáveis Clínicas e Comportamentos Sexuais</i> .....	29
<i>Análise Estatística dos Comportamentos Sexuais e Bem-estar</i> .....	32
<i>Análise Estatística do Bem-estar e Variáveis Demográficas e Clínicas</i> .....	39
Discussão.....	41

Considerações Finais.....	47
Referências.....	50
Anexos.....	57
Anexo A - Outputs referentes à caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	58
Anexo B - Lista de variáveis.....	67
Anexo C - Carta de autorização de recolha de amostra.....	71
Anexo D - Consentimento informado.....	72
Anexo E - Questionário de Caracterização Sócio-demográfica.....	73
Anexo F - Questionário de Comportamentos Sexuais.....	76
Anexo G - Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF).....	79
Anexo H - Outputs referentes à análise descritiva das variáveis clínicas e comportamentos sexuais dos participantes.....	80
Anexo I - Outputs referentes à análise da fidelidade.....	95
Anexo J - Outputs referentes à análise do Bem-estar e comportamentos sexuais.....	97
Anexo K - Outputs referentes à análise do Bem-estar e variáveis demográficas e clínicas.....	111

## Lista de tabelas

Tabela 1: Caracterização Sócio-demográfica.....	24
Tabela 2: Actividades dos sujeitos.....	25
Tabela 3: Informação referente à satisfação com as relações sexuais do passado.....	29
Tabela 4: Razões para as idosas não terem relações sexuais.....	30
Tabela 5: Informações referentes ao último contacto sexual.....	31
Tabela 6: Informações referentes à última masturbação.....	31
Tabela 7: Resultados da consistência interna da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia.....	32
Tabela 8: Informação referente à análise da dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente.....	33
Tabela 9: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente.....	34
Tabela 10: Informação referente à análise do Bem-estar total ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente.....	34
Tabela 11: Informação referente à análise do Bem-estar total ao nível da variável aceitação do sexo.....	35
Tabela 12: Correlação entre os valores do Bem-estar e suas dimensões com a variável relações sexuais do passado.....	35
Tabela 13: Informação referente à análise da dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) ao nível da variável enamoramento.....	36
Tabela 14: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável atracção.....	37
Tabela 15: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável interesse sexual	37
Tabela 16: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da melhoria das relações sexuais.....	38

Tabela 17: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da vontade de ter mais relações sexuais.....	39
Tabela 18: Correlação entre o Bem-estar total e suas dimensões com a variável solidão.....	39
Tabela 19: Correlação entre o Bem-estar total e suas dimensões com a variável isolamento.....	40

## Introdução

*“If social scientists from an alien planet wished to learn about Earthling behavior from reading our scientific research literature, they might well conclude that sexuality is not important to humans older than 50”*  
(DeLamater & Moorman, 2007, p. 921).

Curiosamente, poucos são os estudos que abordam a temática da sexualidade ou das mudanças que ocorrem no envelhecimento.

Assim, o presente trabalho surge da necessidade de abordar a temática dos comportamentos sexuais, sendo justificada a pertinência da investigação pelo crescimento da população idosa no último século, assim como pela necessidade de compreender de que forma os níveis de bem-estar podem influenciar a vivência da sexualidade nesta altura da vida.

Tentaremos elaborar uma abordagem multidisciplinar, influenciada por factores biológicos e psicossociais, que nos permita obter uma melhor visão de conjunto e que possibilite a elaboração de uma ideia mais clara do que significa falar de comportamentos sexuais no envelhecimento. Assim, passamos em revisão os factores mais frequentemente relacionados com as alterações da sexualidade ao longo da idade avançada. Por outras palavras, quais os factores concomitantes ao envelhecimento que concorrem para explicar as eventuais transformações na sexualidade no envelhecimento.

No seguimento desta abordagem, encontramos a descrição de um conceito fundamental neste estudo (o Bem-estar), que embora passível de ser discutido sob diversos pontos de vista, será abordado sob a égide do Modelo de Lawton (1975), de que resulta a escala utilizada no nosso estudo (Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia). A investigação dos aspectos relativos à qualidade de vida na velhice e das condições que permitem envelhecer com sentimento pessoal de bem-estar, tem interessado cada vez mais os pesquisadores de diversas áreas, uma vez que podem contribuir para a compreensão das necessidades da população idosa (Freire, 2001).

De seguida, passaremos às questões de Metodologia, sendo caracterizado o nosso grupo de estudo, explanados todos os passos do procedimento e descritas as

características dos instrumentos utilizados: Questionário Sócio-Demográfico, Questionário de Comportamentos Sexuais e Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (Paúl, 1992).

Não obstante, é na análise e discussão dos resultados que serão expostos os principais resultados encontrados, não só em termos dos Índices de Bem-estar, como também das variáveis de influência.

Por último, surgem as considerações finais, onde será feita uma retrospectiva de todo o trabalho construído.

*“Pois tinham vivido juntos o suficiente para se darem conta de que o amor era amor em qualquer tempo e em qualquer lugar, mas tanto mais denso quanto mais próximo da morte”*  
(Márquez, 1988, p.368).

## **Sexualidade no Envelhecimento**

As Nações Unidas estimam que, de 2000 para 2025, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentará 67% nos países desenvolvidos passando a representar, nesse período de tempo, 20,9% da população mundial (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

A verdade é que a sociedade moderna está a envelhecer e a esperança de vida em países desenvolvidos tem aumentado exponencialmente ao longo dos últimos anos (López, 1999).

A terceira idade é uma fase crítica em que o indivíduo volta a pôr-se em questão. Os filhos, normalmente, já estão longe ou abandonam o lar; quase sempre, profissionalmente, a sua vida está delineada; as perspectivas de futuro, os fantasmas da potência ou do amor são coagidos pela fuga inexorável do tempo e a redução do futuro. É, assim, uma idade que exige uma nova adaptação a um corpo modificado, a capacidades sexuais diminuídas e, em que, também, se equaciona insuficiências do indivíduo e a sua aptidão para ultrapassar essas mesmas insuficiências (López, 1999).

Se falar, reflectir e auscultar a sexualidade nas diferentes fases da vida pode ser difícil, constrangedor e preconceituoso, mais delicado parece ser autenticar a sexualidade no envelhecimento (Negreiros, 2004).

Além da dificuldade em compreender o conceito abrangente de sexualidade, denota-se uma tendência em desvinculá-la deste período da vida, como se de um momento para o outro, esta dimensão fosse lacrada da vida das pessoas. Segundo Ballone (2001) o idoso, analogamente à criança, é analisado numa perspectiva assexuada, sem querereres, sem desejos, sem sentires, sem fantasias, sem expectativas (citado por Dias, 2008).

Numa altura em que a diversidade relacional é, sem dúvida, a tónica predominante, é de espantar a relativa pouca literatura sobre a sexualidade das pessoas mais velhas (Berger, 1996; Berman, 1989, citado por Lima, 2006). A existente consiste em estudos com pequenas amostras enquadradas no modelo biomédico, relegando a contribuição da Psicologia e da Sociologia (DeLamater & Sill, 2005). Por outro lado, muitos dos estudos sobre a sexualidade e o envelhecimento adoptam uma perspectiva tradicional visto investigarem as actividades sexuais mais consensuais, ou seja, heterossexuais e conjugais. Se tivermos em conta que mais de 50% das mulheres acima dos 65 anos não são casadas, torna-se claro que estas investigações falham em explorar outras actividades de orientação e de expressão sexual, nomeadamente sem parceiro. Os estudos de Cross e Drake, em 1993, focam a frequência sexual levando o leitor a pensar que a sexualidade declina com a idade, outros analisam a satisfação sexual e o interesse pelo sexo, concluindo a existência de estabilidade nestes aspectos qualitativos ao longo do ciclo de vida (citado por Lima, 2006).

Estas generalizações abusivas, padronizadas e, tendencialmente, negativas sobre a sexualidade dos idosos escondem que esta é consequência de uma enorme diversidade de aspectos biológicos, psicológicos, históricos e sociais que se prendem com a imensa variabilidade de formas de viver a idade adulta (Lima, 2003).

Da mesma forma que o lançamento da pílula contraceptiva no mercado, em 1959 (Gomes et al., 1987, citado por Lima, 2006), colocou em causa o modelo sexual reprodutivo que marginaliza todas as sexualidades que se afastam do coito com fins reprodutivos e, consequentemente, dessexualiza a mulher mais velha, a introdução do Viagra (*sildenafil*) no mercado (Croese, 1999, citado por Lima, 2006), na Primavera de 1998, levou à inversão do padrão de invisibilidade da sexualidade dos idosos. Surgiram, em consequência, muitos depoimentos nos *media* de pessoas mais velhas a falar sobre a importância do medicamento, deste modo salientando a centralidade da sexualidade nas suas vidas e chocando com os inúmeros estereótipos existentes sobre as pessoas mais velhas (Simões, 1985, citado por Lima, 2006).

Segundo Castro (1999), frequentemente deparamo-nos com discursos sociais que denunciam estereótipos negativos associados às pessoas de terceira idade, nomeadamente, que não se interessam pela sexualidade (citado por Dinis, 1997). Ora, se a sexualidade é uma parte essencial do relacionamento com os outros, particularmente

no domínio amoroso (Ministério da Educação, 2000), como é possível ponderar que na terceira idade não há espaço para amar, para ser amado, para sentir e para desejar? Esta atitude repressora da sexualidade das pessoas de terceira idade é muito patente nos adultos, principalmente nos familiares, que são um dos factores que eternizam esta assexualidade (Fericgla, 1992).

DeLamater (2002) defende que a perspectiva necessária é a biopsicosocial que combina factores biológicos, psicológicos e relacionais. Nas influências biológicas, encontramos os sistemas hormonais e vasculares, bem como, a doença e tratamentos associados; as influências psicológicas relevantes são a informação sexual, as atitudes sexuais e a saúde mental; e, na categoria das influências relacionais, encontramos a disponibilidade de um parceiro.

A sexualidade expressa-se de diferentes formas nas múltiplas etapas do ciclo vital e é evidentemente vivenciada e expressa de diferentes maneiras na terceira idade, comparativamente com as restantes etapas. Conforme refere Capodieci (2000), na idade avançada ama-se de maneira mais profunda, consegue-se purificar o amor da paixão que é mais sensual do que genital.

De facto, a sexualidade na terceira idade, parece estar mais associada à sua dimensão psico-afectiva pois, como salienta Devidé (2000), o sucesso conjugal na velhice está ligado à intimidade, à companhia e à capacidade de expressar sentimentos verdadeiros um para o outro, numa atmosfera de segurança, carinho e reciprocidade e pode significar uma oportunidade de expressar afecto, admiração e amor, a confirmação de um corpo funcional, aliado ao prazer de tocar e ser tocado.

Além disso, o próprio envelhecimento fisiológico produz mudanças universais, afectando todas as pessoas que chegam à terceira idade, no entanto e apesar das mudanças fisiológicas e anatómicas que se produzem, as pessoas podem manter, se assim o desejarem, a sua actividade sexual (López, 1999).

A postura social generalizada que caracteriza a terceira idade a partir de um conjunto de estereótipos, limitadamente críticos e privados de objectividade, distorcem a realidade dos indivíduos (Martins & Rodrigues, s.d.). De facto, a terceira idade (assim, como as demais) tem sido objecto de múltiplas crenças, com a intencionalidade de homogeneizar todas as pessoas, ignorando a sua individualidade (Devidé, 2000). Assim, a aceitação das representações sociais gerontofóbicas, contribuí para que o idoso se

acomode passivamente a estes rótulos, perpetuando a imagem que os próprios idosos têm em relação a si.

Mas o que é que se sabe sobre a sexualidade no envelhecimento?

As variáveis mais importantes associadas com a actividade sexual no envelhecimento são o estado de saúde mental, seguido por uma atitude positiva para com as relações sexuais e uma história de relações mais frequentes e satisfatórias durante a juventude (Schiavi, 1999). De qualquer modo, o mais importante é saber que existem diferenças individuais significativas quanto à sexualidade, e entre tais diferenças parecem influir alguns factores, tais como as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, os medicamentos administrados, a existência de alterações psicopatológicas, assim como variáveis psicossociais, a existência de um parceiro estável, a qualidade da relação, o funcionamento social e o nível educacional (Schiavi, 1999).

Num estudo recente, feito a uma população idosa nos Estados Unidos da América, Tressel (2007) conclui que a actividade sexual diminui com a idade. Verificou-se uma prevalência de 73% de actividade sexual em indivíduos no grupo etário dos 57 – 64, 53% no grupo dos 65 – 74 anos e 26% entre as pessoas que se situavam no grupo dos 75 – 85 anos de idade. As mulheres que apresentavam valores significativos que espelham menor actividade sexual, categorizavam a saúde como débil, em qualquer dos grupos etários. Entre as pessoas que se revelavam sexualmente activas, 50% das mulheres reportavam, pelo menos, um problema do foro sexual. Os problemas mais frequentes relacionavam-se com desejo diminuído (43%), dificuldades de lubrificação vaginal (37%) e de atingir o clímax no decorrer da actividade sexual (34%).

Com a premissa deste estudo em mente, podemos considerar algumas ideias que justifiquem os resultados destas investigações: primeiro, a variável idade pode contribuir para a duração das relações. A monotonia ou habituação que se podem instalar nas relações sexuais com um parceiro de longo termo, podem contribuir para o declínio da frequência da actividade sexual do casal (Call et al., 1995, citado por DeLamater & Moorman, 2007). Apesar disto, Burgess (2004) conclui que, apesar da duração da relação estar relacionada com a frequência das relações sexuais, os efeitos da

idade são fortes e independentes. Por outro lado, as investigações em que se conclui que os adultos mais velhos praticam relações sexuais com menos frequência do que os adultos mais novos, podem ser o resultado do estudo de gerações e não, directamente, do estudo da variável idade. Burgess (2004) prevê que as futuras gerações de idosos serão sexualmente mais activas do que as actuais. Finalmente, o avançar da idade pode representar um crescente aparecimento de problemas físicos, já que grande parte da literatura sugere que as doenças crónicas ou que a medicação interferem com a função sexual (Marumo & Murai, 2001; Trudel, Turgeon & Piche, 2000).

Uma perspectiva evolucionista defende que, após a fase reprodutiva, a sexualidade perde um importante motivador biológico, manifestado num decréscimo ou desaparecimento da sexualidade dos idosos (Bitzer & col., 2008).

Apesar disto, parece existir um enviesamento neste conceito: os problemas sexuais sempre foram um motivo de vergonha para o indivíduo o que parece contribuir para a falta de discussão em torno deste tema.

Outro enviesamento emerge do enraizamento das concepções sociais e culturais, que giram em torno de uma sociedade obcecada com padrões de beleza juvenis. A sexualidade das pessoas mais velhas não parece ter lugar numa cultura que se rege por ideais de juventude e de beleza estereotipada. Fantasiar com pessoas idosas, sexualmente activas, não faz parte do imaginário social, nem é algo que se deseje confrontar, logo, torna-se num tema pouco estudado.

Porém, esta situação parece estar a ser, gradualmente, alterada. Devemos considerar algumas razões para que esta mudança ocorra:

- A crescente percentagem de pessoas idosas sem graves problemas de saúde, levou a que ocorra uma mudança de atitude relacionada com a importância da vida sexual nesta população (Tan & col., 2007, citado por Bitzer & col., 2008).
- O desenvolvimento de medicamentos específicos para a disfunção sexual, que ocorre maioritariamente nesta população, tem despertado interesse nos sectores profissionais que investigam este tema (Basson, 2001; Montague & col., 2005, citado por Bitzer & col., 2008).
- A crescente sensibilização para o tópico das doenças sexualmente transmissíveis fez com que homens e mulheres idosos procurem na medicina

respostas para esta problemática, assim como se tornou no incentivo para uma nova exigência de conhecimentos relativos à área da sexualidade no envelhecimento (Tan & col., 2007, citado por Bitzer & col., 2008).

- O tema da sexualidade na população idosa está a ser reconsiderado, também do ponto de vista médico, na medida em que se pensa que pode ter diferentes funções relacionadas com a manutenção da saúde, tais como nos níveis de tensão arterial. Também promove a proximidade nas pessoas, a ideia de prazer em vez de procriação que, conseqüentemente, pode impulsionar o bem-estar emocional (Cort & col., 2004, citado por Bitzer & col., 2008).

### *Aspectos Biológicos da Sexualidade Feminina*

Existem, efectivamente, alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade na velhice. Estas alterações na sexualidade adulta, iniciam-se lentamente entre os 30 e os 40 anos para, progressivamente, se irem tornando mais evidentes à medida que o indivíduo avança na idade. A partir dos 65 anos, idade em que se situa sociologicamente o início da velhice, as manifestações começam a ser mais nítidas (Azevedo, 2002).

Contudo, é necessário reforçar que estas alterações se dão em graus muito distintos e aparecem em tempos claramente diferentes, dependendo de inúmeros factores. Ainda assim, estas alterações não devem ser rotuladas como de declínio sexual, uma vez que a sexualidade não se reduz à genitalidade e à reprodução.

Nas mulheres, ao nível biológico, durante a menopausa, a produção de óvulos e de estrogénio diminui e, posteriormente, pára. Como consequência, ocorrem algumas alterações fisiológicas, que podem ser agrupados nos seguintes pontos (López, 1999):

- Diminuição do tamanho da vagina, que também se torna mais estreita e perde elasticidade, ficando menos lubrificada e os tecidos tornam-se mais irritáveis. A resposta clitoridiana, contudo, não sofre alterações importantes;
- Os seios diminuem de tamanho e perdem firmeza;
- A distribuição da gordura deixa de ser “tipicamente feminina”, produzindo-se alterações importantes na figura corporal;
- As alterações fisiológicas que acompanham a resposta sexual diminuem de forma ostensiva. Por exemplo, as mamas quase não aumentam de tamanho; produz-se uma menor vasocongestão dos órgãos genitais e diminui a intensidade e a frequência das contracções.

Porém, este processo de alterações biológicas pode ser independente da libido, já que esta depende da progesterona, hormona que se mantém estável ao longo da idade adulta (Lima, 2003). Contudo, a diminuição de estrogénios provoca dificuldades na excitação sexual (pela secura vaginal e alterações do epitélio vaginal) o que, consequentemente, afecta o desejo sexual (Carvalheira, comunicação oral, 2 de Dezembro, 2008).

É, também, fundamental referir que as mulheres renunciam à sexualidade por três razões essenciais: a morte do marido; a impotência do marido; ou, ainda, por sentirem que a menopausa implica o desaparecimento da feminilidade (Lima, 2003).

Embora a função reprodutiva na mulher cesse com a idade, esta distingue-se do prazer sexual podendo, conseqüentemente, a menopausa trazer maior excitação sexual e capacidade de orgasmo. Assim, podemos pensar que a sexualidade e a capacidade de experienciar prazer sexual são atributos co-extensivos à duração da vida de muitas mulheres (Lima, 2003).

Independentemente destes factores, a velhice não implica automaticamente a perda de funções sexuais. É certo que há um declínio que ocorre paralelamente às outras funções biológicas. Todavia, pode e deve fomentar as relações com os outros no plano erótico, o que o enriquece tanto ao nível das relações afectivas como da sua curiosidade intelectual.

Nas populações idosas, a maioria das investigações decorrentes da área da saúde incidem na doença. Doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, artrites, depressão, problemas de próstata e cancro nos órgãos reprodutivos são, frequentemente, associados a problemas sexuais típicos do envelhecimento (Blake, Maisiak, Kaplan, Alarcon & Brown, 1988; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay, 1994; Johannes et al., 2000; Masters, Johnson & Kolodny, 1994; Schiavi, 1999; Schover et. al., 2004; Stead, 2004; Thors, Broeckel & Jacobsen, 2001; citado por DeLamatar & Moorman, 2007).

Por exemplo, num estudo efectuado por Enzlin, em 2002, com 120 mulheres com diabetes e 180 mulheres no grupo de controle, com a mesma idade mas sem diabetes, as mulheres com diabetes apresentavam mais queixas de disfunções sexuais associadas à doença, do que o grupo de mulheres sem diabetes (citado por DeLamatar & Moorman, 2007). A diabetes foi, neste estudo, associada a condições como dor no decorrer do acto sexual, assim como à diminuição do desejo e da excitação.

Os medicamentos usados para tratar doenças crónicas interferem, segundo os estudos, com a função sexual. Muita da medicação prescrita atrasa a resposta do sistema nervoso, reduzindo a capacidade de estimulação sexual. Os medicamentos podem, também, interferir com a capacidade de elaborar pensamentos ou fantasias sexuais. As drogas utilizadas para tratar a hipertensão, assim como os antidepressivos representam

os maiores grupos de medicamentos associados ao desenvolvimento de efeitos secundários na sexualidade do ser humano, incluindo dificuldades em atingir o orgasmo nas mulheres (Masters et al., 1994, citado por DeLamater & Moorman, 2007).

### *Aspectos Psicossociais da Sexualidade Feminina*

Para além dos factores de ordem biológica, já referidos, existem inúmeros factores psicossociais que têm uma influência determinante na evolução da sexualidade nesta fase da vida, impedindo que o idoso mantenha uma actividade sexual continuada.

O primeiro factor é a própria atitude do idoso perante as mudanças fisiológicas normais do envelhecimento. Diz um ditado que “*envelhece-se como se viveu*” (Dos Santos, 2000, p. 59) e, de facto, o idoso poderá ter maiores problemas de adaptação à sua condição de vida, quanto mais dificuldades de adaptação teve na sua juventude.

Para além disto, a nossa sociedade costuma medir a actividade sexual segundo a frequência do coito e, como a frequência com que este ocorre na velhice é menor, muitos idosos optam, progressivamente, por um estado de abstinência quase forçado. Por exemplo, na mulher, a dor provocada pelo coito (dispareunia) pode provocar um estado de ansiedade antecipatória com conseqüente aumento da dor, também originando um ciclo difícil de romper (Serna, 1996). Apesar disto, sabemos que o coito não esgota, de forma alguma, as possibilidades sexuais. O que ocorre é que muitos idosos desconhecem ou negam a modificação de costumes e acabam por não variar a actividade sexual. Além disso, muitas vezes, as mulheres receberam um tipo de educação na qual se rejeitava a necessidade do prazer feminino, reduzindo o número de vezes em que tomam a iniciativa nos comportamentos eróticos e na actividade sexual (DeLamater & Moorman, 2007).

Diante de alguma doença crónica, mesmo que esta não afecte directamente a capacidade sexual, o medo e a atitude negativa perante os problemas da idade limitam ainda mais a actividade sexual. Outro aspecto importante a considerar na sexualidade é a disponibilidade do parceiro e a sua capacidade para manter relações sexuais (Delo, 1998). Entre os idosos existe um desequilíbrio numérico a favor das mulheres, que representam dois terços da população da sua idade com menor disponibilidade de

homens. Neste caso, a ausência de actividade sexual relaciona-se, directamente, com a não existência de um parceiro estável (Delo, 1998).

A sociedade, por sua vez, não contribui para que as pessoas idosas possam manifestar livremente a sua sexualidade, seja pelo negativismo cultural no que diz respeito ao sexo na velhice, seja no reflexo de uma simples atitude de rejeição do indivíduo pelo facto de ser idoso.

Como a sexualidade no idoso não está associada à procriação, muitas vezes, até por questões religiosas, há uma tendência a negá-la ou torná-la num tema tabu (López, 1999). Num estudo desenvolvido em Estocolmo, Maj-Briht e Helle (1990) concluíram que não existem diferenças significativas entre pessoas muito religiosas e não religiosas, em termos de relações sexuais ou masturbação. Deste modo, ao contrário do que seria de esperar, o impacto da religião não influenciou a sexualidade dos idosos.

O significado e importância da sexualidade na vida de qualquer indivíduo, isto é, as atitudes sexuais, são poderosos determinantes das reacções que podem emergir face às mudanças sexuais associadas à idade (Schiavi, 1999). Muitas pessoas mais velhas não acreditam que a expressão sexual é natural e saudável no envelhecimento (DeLamater & Moorman, 2007), procurando nas pessoas mais novas uma referência sexual. As comparações que se estabelecem com grupos desta natureza desenvolve, no idoso, um sentimento de insatisfação com a sua própria sexualidade ou com as mudanças físicas inerentes ao processo de envelhecimento. Um inquérito feito a mulheres mais velhas concluiu que aquelas que teciam comentários como “o envolvimento romântico ou sexual entre pessoas mais velhas é ridículo” apresentavam baixos níveis de actividade sexual (Johnson, 1998, citado por DeLamater & Moorman, 2007).

O desejo sexual é, também, um pré-requisito para a vivência prazerosa da vida sexual (DeLamater & Sill, 2005). O desejo pode ser definido como um pensamento ou interesse conscientes na actividade sexual. É uma manifestação psicológica da interacção entre factores biológicos, cognitivos, comportamentos aprendidos e experiências passadas. A presença ou ausência de um parceiro sexual é determinante para a compreensão dos diferentes níveis de actividade sexual entre os idosos, homens e mulheres.

Muitos destes idosos consideram que a intimidade sexual é somente aceite quando vivenciada num casamento. Assim, situações como a morte ou divórcio, deixam muitos idosos sem um parceiro sexual.

Muitos idosos que estão sem um parceiro sexual durante um longo período de tempo entram num estado de desinteresse sexual. Em 1994, Masters et al. sugerem que as mulheres “desligam” o interesse sexual como mecanismo de defesa: não ter sexo ou qualquer forma de intimidade sexual previne a frustração ou depressão (citado por DeLamater & Moorman, 2007). Num estudo reproduzido por Schiavi, em 1999, o interesse sexual, nas mulheres, diminuía quando estas não tinham um parceiro sexual ou o parceiro que tinham na altura não expressava desejo pela intimidade.

Para aqueles idosos que têm um parceiro sexual, a satisfação com a relação influencia significativamente a sexualidade. Laumann, Gagnon, Michael e Michaels (1994) mediram o prazer físico, a satisfação emocional e a forma como estas influenciavam a relação entre duas pessoas. Estes factores, associados à duração da relação, afectavam a frequência e qualidade da actividade sexual (citado por DeLamater, Moorman, 2007).

A prevalência elevada de transtornos psicopatológicos nos idosos, como são a depressão ou perturbações de ansiedade e a existência de elementos stressores frequentes na velhice, como por exemplo a perda do cônjuge, o prejuízo e deterioração do espaço social e do nível sócio-económico ou a presença de problemas de saúde na família ou no próprio idoso, contribuem, também, para a existência de dificuldades na actividade e interesse sexual (Kaiser, 1996). Uma fonte frequente de dificuldades nas relações sexuais são os problemas com o parceiro, incluindo conflitos conjugais que podem ser de longa duração, onde se destacam problemas de comunicação mais antigos (Kaiser, 1996).

### *Aspectos positivos da Sexualidade Feminina*

Toda esta descrição de factores pode apresentar-se como angustiante e levar-nos a concluir que na velhice estamos condenados a sofrer graves deficiências no campo da sexualidade. Porém, um número importante dos nossos anciãos vive a sexualidade de forma satisfatória e alguns deles afirmam até que esta melhorou (DeLamater & Moorman, 2007).

Na realidade, existem factores que podem contribuir favoravelmente para que estes anos sejam especialmente agradáveis.

Libertos de preocupações e esforços que a profissão e o cuidado dos filhos exigem, sem medo da gravidez e com o tempo só para si próprios, os idosos podem adoptar um estilo de vida muito mais cómodo e agradável.

É também frequente que, nesta altura da vida, ocorra uma flexibilização dos papéis sexuais (aproximando os modelos masculino e feminino) e uma mudança significativa no sistema de valores, contribuindo para um maior interesse pelos sentimentos, pela comunicação, ternura e relações interpessoais (López, 1999). Os afectos podem tornar-se mais explícitos e o sentido da vida ser redimensionado a partir de uma maior consciência da sua temporalidade, permitindo relativizar o que, noutros momentos da vida, foi motivo de grande preocupação (López, 1999).

Tudo isto pode contribuir para o enriquecimento das relações pessoais, assim como para as sexuais. O interesse pelo contacto corporal, a ternura, a comunicação e o amor podem ser muito potenciados, independentemente das formas de actividade sexual concreta que adoptem. Não há razão para que estas se orientem por modelos que não se adaptam às suas verdadeiras necessidades e desejos. Abraçarem-se, acariciarem a pele, falarem um com o outro, olharem-se ou ouvirem-se ternamente pode ser tão agradável como as relações coitais; estas, por outro lado, podem ser também gratificantes e adequadas na velhice. As mudanças biológicas que se produzem na idade adulta e na velhice não anulam, necessariamente, o desejo sexual nem os afectos ligados à sexualidade. Assim, a sexualidade nesta fase da vida depende mais de factores psicossociais que de factores biológicos, embora estes tenham também um peso e significado importantes (López, 1999).

Neste sentido, pensamos que a actividade sexual na velhice deve entender-se como uma forma de dar novas possibilidades relacionais, não como uma tentativa de impor aos idosos determinadas formas de relação. De acordo com López (1999) deverão ser eles a descobrir os seus verdadeiros desejos e interesses e a construir um sistema de relações que lhes proporcione prazer, bem-estar e segurança. Os sentimentos de segurança são, em larga escala, os mais valorizados nesta idade. Amar e ser amado e sentir-se seguro neste sistema de relações afectivas, pode ser, assim, o mais importante. Desfrutar as diferentes possibilidades da sexualidade dentro desse contexto contribui para reforçar e desfrutar esses sentimentos fundamentais.

Apesar disto, consideramos que a maior dificuldade prende-se com o facto de muitos indivíduos idosos se considerarem obrigados a conformar-se com o estereótipo do velho, assexuado, débil e ascético, que a sociedade tende a impor. Um dos paradoxos do nosso tempo é o facto da liberdade sexual, defendida aos gritos pelos jovens, ser recusada às pessoas mais velhas (Pacheco & Gamito, 1993).

Sanchez e Ulacia (1998) consideram que todas as limitações da sexualidade na terceira idade podem ser controladas, ou tomadas de molde a não serem verdadeiras limitações, mas novas condições em que se pode viver a sexualidade (citado por Pacheco & Gamito, 1993). Podem existir, aliás, inúmeras vantagens que estes autores apontam como, por exemplo, a maior lentidão de todos os processos, o que proporciona maior tempo de prazer e mais tranquilidade, a flexibilidade dos papéis de género, que faz com que se interessem por coisas comuns, a ausência de receios em engravidar e as consequências nefastas dos métodos contraceptivos, o interesse por uma sexualidade mais global envolvendo o corpo todo, pelos afectos e a comunicação. Deve evitar-se criar novas exigências que contradigam os desejos e as crenças dos próprios idosos, e que lhes transmitam um modelo sexual exclusivamente coital e jovem o que lhes poderia criar ansiedade e uma visão do mundo que desclassifique a sua vida e os faça sentirem-se desvalorizados e acabados (Comfort, 1994).

Em linhas gerais, a relação sexual tem sido considerada como uma actividade própria, e quase monopólio, das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes. A ideia de que pessoas com idade avançada também possam manter relações sexuais não é culturalmente aceite, preferindo-se ignorar ou fazer desaparecer do imaginário colectivo a sexualidade da pessoa idosa (López, 1999).

No entanto, assiste-se a mudanças importantes nos valores e atitudes e a expressão sexual passa a ser um componente do processo de desenvolvimento e amadurecimento saudável e normal, destacando-se progressivamente a função erótica da sexualidade.

## **Bem-Estar**

Com o variado espectro de problemas referentes ao envelhecimento como a imobilidade, declínio intelectual, incontinência, isolamento e dor, a vida sexual da população idosa parece não ter um impacto significativo na saúde em geral ou mesmo na qualidade de vida destas pessoas (Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001).

A investigação dos aspectos relativos à qualidade de vida na velhice e das condições que permitem envelhecer com sentimento pessoal de bem-estar, têm interessado cada vez mais os pesquisadores de diversas áreas, uma vez que podem contribuir para a compreensão das necessidades da população idosa (Freire, 2001).

A qualidade de vida na velhice depende dos valores vigentes na sociedade; das condições biológicas, sociais e psicológicas actuais em interacção com situações passadas e com as expectativas para o futuro. Além disso, envolve comparações entre critérios objectivos e subjectivos que estão sujeitos a alterações no decorrer do tempo. Vários factores foram indicados, ao longo dos tempos, como preditores de uma boa qualidade de vida na velhice, sendo o sentimento de bem-estar subjectivo um dos mais citados (Neri, 2001).

O bem-estar subjectivo é um construto sobre a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida como um todo ou dos seus domínios específicos. Apresenta dois componentes: um julgamento cognitivo da situação, avaliado pelo nível de satisfação e um componente afectivo, que se refere ao equilíbrio afectivo, o balanço entre experiências emocionais agradáveis e desagradáveis (Diener, 2000).

As investigações indicam que as relações ou trocas sociais contribuem para a percepção do sentimento positivo de bem-estar entre os idosos. As redes de relações interpessoais, que podem ser de natureza familiar, de amizade e de intimidade, são uma fonte de apoio emocional, instrumental ou informativo. Fazem parte dessas redes as pessoas que são significativas para o indivíduo e que representam vínculos que foram estabelecidos ao longo da vida. Assim, o tipo de apoio e a natureza da rede são elementos que influenciam o bem-estar subjectivo (Antonucci, 2001).

A saúde também surge como uma das variáveis determinantes da satisfação de vida. De facto, se a saúde física não é por si só, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento físico e psicológico e quebra no bem-estar através de interacções

complexas, directas e indirectas, com outros factores da qualidade de vida (Willits & Crider, 1988).

Hilleras, Agüero-Torres e Winblad (2001) verificaram a existência de evidências de que a saúde subjectiva está fortemente relacionada com o bem-estar, sugerindo mesmo que se a satisfação de vida diminui na terceira idade, os preditores mais significantes desse declínio são a saúde e as actividades de vida diária. Os mesmos autores referem, também, que a participação activa em actividades de lazer com familiares e amigos permite que os indivíduos se sintam de bom humor.

No entanto, para os idosos, o contacto com os seus familiares tem maior relevância que o contacto social generalizado (Antonucci, 1990; Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Freund & Smith, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998; Peterson, 1999).

Já outros autores defendem que as interacções sociais com amigos são geralmente associadas ao bem-estar positivo, enquanto as interacções com os membros da família não estão associadas ao bem-estar psicológico, ou, então, estão relacionadas de forma negativa (Crohan & Antonucci, 1989; Litwak, 1989; Norris, Stephens & Kinney, 1990).

Não podemos deixar de ter em conta que, para além dos factores sócio-demográficos como a idade, o género, a cultura, a religião, a educação e o estado civil terem influência no bem-estar subjectivo dos idosos (Bowling & Grundy, 1997; Diener & Diener, 1996; Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Furnham & Cheng, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998; Myers & Diener, 1995; Sirgy, 1998; Such, Diener, Oishi & Triandis, 1998), as diferenças de personalidade de cada idoso estão fortemente relacionadas com o bem-estar (Erikson, 1982; Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001).

Indivíduos extrovertidos e emocionalmente estáveis têm uma maior sensação de bem-estar que indivíduos introvertidos e com maiores níveis de neuroticismo (Diener, Such, Lucas & Smith, 1999; Headey & Wearing, 1992; Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998). Independentemente das correlações existentes, não podemos deixar de considerar que a personalidade do indivíduo tende a estabilizar os níveis de bem-estar ao longo do ciclo de vida (Hilleras, Agüero-Torres & Winblad, 2001).

Tudo indica que o bem-estar está associado a uma maior e mais vasta nomeação de domínios do auto-conceito, como são os acontecimentos de vida, a história de vida, a integridade física e a capacidade funcional (Baltes & Baltes, 1990; Erikson, 1982; Freund & Smith, 1999).

Na verdade, é difícil para o idoso manter a moral inabalável face às realidades da velhice, onde se fala mais do passado do que do presente e do futuro. Pelo contrário, o bem-estar continua a ser possível e representa um objectivo a atingir e a manter, uma vez que este é um dos grandes preditores da qualidade de vida percebida (Mailloux-Poirier, 1995).

Se a qualidade de vida é a percepção, por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência (Lemos, 2000), não devemos deixar de salientar que este é um conceito subjectivo que se baseia em percepções pessoais sobre a saúde e bem-estar, sendo de realçar que cada indivíduo tem uma ideia diferente acerca dos factores que para ela contribuem e lhes atribui importância diferente (Bowling, 1997).

Também nos podemos referir ao bem-estar como variável influente nas metas pessoais, nas crenças do controlo do ambiente e na qualidade do tempo de lazer (Simões, Lima, Vieira, Ferreira, Oliveira, Alcoforado, Neto, Ruiz, Cardoso, Felizardo & Sousa, 2006). Quanto a este último, a investigação documenta que as actividades de lazer, que empenham os indivíduos, têm um efeito positivo sobre o seu bem-estar. O lazer confere, de facto, identidade e estatuto social, estrutura o tempo disponível e dá azo aos contactos sociais (Argyle, 2001). Algumas investigações sugerem mesmo que o nível de participação em actividades de lazer é o melhor preditor da satisfação com a vida, por parte dos adultos mais idosos, do que a saúde ou o rendimento (Mannell, 1999, citado por Simões et al., 2006). Os tipos de actividades, significativamente relacionados com o bem-estar, variam com a idade dos idosos. Por exemplo, um estudo levado a cabo por Kelley, em 1987, indica que a participação em actividades promovidas pela comunidade, o viajar e outras actividades extra-domésticas são as mais importantes para os indivíduos mais jovens (65-74 anos), ao passo que as actividades domésticas e as sociais, de natureza informal, eram as mais significativas para os indivíduos com idade superior a 74 anos (citado por Simões et al., 2006).

Outro factor, que influencia positivamente o bem-estar e a satisfação com a vida, são as crenças de controlo do ambiente (Argyle, 2001). Deste modo, as pessoas mais satisfeitas com a vida e mais felizes tendem a acreditar que conseguem influenciar os acontecimentos do seu dia-a-dia, a perceber, de maneira positiva, as circunstâncias da vida e a confiar nas suas capacidades e competências (Lyubomirsky, 2001).

Por último, resta-nos fazer alusão ao terceiro factor considerado, ou seja, às metas que as pessoas se propõem a alcançar. A sua influência sobre o bem-estar subjectivo está, também, amplamente documentada (Simões et al., 2000, 2003; Diener et al., 1999; Emmons, 1999; Sheldon & Elliot, 1999, citado por Simões et al., 2006).

Verificou-se, de facto, que a satisfação com a vida e a felicidade tendem a aumentar, quando as metas são congruentes entre si e se coadunam com as nossas motivações e necessidades.

### ***O Modelo de Lawton***

Enquanto que a generalidade dos instrumentos que avaliam o bem-estar tomam a satisfação com a vida como um constructo unidimensional, Lawton (1975) criou outra forma de medida, partindo do pressuposto de que a natureza do constructo satisfação com a vida era multidimensional e que as escalas, para se tornarem mais úteis, deveriam ter um formato de resposta mais simples. O modelo centra-se na análise do bem-estar à luz de três aspectos: (1) o primeiro, corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resultam ou não num sentimento de solidão e insatisfação dos idosos; (2), o segundo, remete para uma análise da vida passada e presente dos idosos; (3) o terceiro, está relacionado com manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a um estado intermédio.

Assim, o Modelo de Lawton (Paúl, 1992) considera o comportamento num dado contexto, implicando que o desempenho de cada indivíduo deve ser visto como um resultado da transação do indivíduo com o meio, em que a força relativa da pessoa e do meio variam, havendo competências comportamentais mais determinadas internamente e outras determinadas do exterior.

Para Lawton, os acontecimentos de vida fazem parte do sector do ambiente objectivo, embora note que há acontecimentos na vida da pessoa que lhe são externos e

objectivos, e que existem, também, acontecimentos para os quais o indivíduo contribui ou promove, na interacção pessoa/ambiente. Os acontecimentos negativos atingem mais profundamente o interior psicológico do indivíduo do que os acontecimentos positivos e é mais provável prever o seu efeito nefasto. Segundo o autor, o facto dos acontecimentos serem despoletados pelo exterior (ambiente) faz com que mesmo os acontecimentos positivos possam ser associados a afectos negativos. Em relação aos acontecimentos causados pelo próprio indivíduo, podem promover um sentido de controlo, uma expressão de competência comportamental, assim como podem resultar num fortalecimento de todos os aspectos positivos do indivíduo (Paúl, 1992).

## Método

### *Delineamento do Estudo*

O presente estudo é exploratório e observacional descritivo, já que não se pretende intervir junto dos sujeitos, mas sim desenvolver procedimentos para descrever acontecimentos que ocorrem naturalmente, de forma a obter informação acerca da população em estudo (Ribeiro, 1999). É ainda um estudo transversal pois, segundo o mesmo autor, foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento.

Na totalidade, encontrámos vinte e seis variáveis de natureza nominal, ordinal e intervalar passíveis de ser categorizadas em variáveis demográficas, variáveis clínicas, variáveis de comportamentos sexuais e variáveis psicológicas (Anexo B).

As variáveis demográficas permitem a caracterização da amostra, por exemplo, relativamente à idade, estado civil, habilitações, religião, situação relacional, situação de habitação, actividades habituais, isolamento e solidão. A totalidade deste conjunto perfaz um total de nove variáveis.

Utilizámos, ainda, variáveis clínicas tais como a medicação e o tipo de medicação. Temos, assim, duas variáveis clínicas.

Das variáveis acerca dos comportamentos sexuais, podemos falar em relações sexuais do passado, enamoramento actual, atracção (últimos anos), interesse sexual (últimos anos), vida sexual activa (último ano), razões para não ter relações sexuais, aceitação da sexualidade, último contacto sexual, vontade de ter mais relações sexuais, melhoria da sexualidade com a idade, frequência de masturbação (último ano) e última masturbação. A totalidade deste conjunto perfaz doze variáveis.

Por último, as variáveis psicológicas permitem determinar o nível de Bem-estar dos sujeitos e totalizam um conjunto de três variáveis. Assumem, naturalmente, as três sub-escalas da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia.

Acresce ainda referir que tanto as variáveis demográficas como as variáveis clínicas provêm do Questionário de Caracterização Sócio-demográfica. A exploração dos comportamentos sexuais foi recolhida através de um questionário construído com esse propósito. As variáveis psicológicas estão inscritas e decorrem da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia.

Tendo presente que se trata de um estudo observacional, em que se pretende a exploração minuciosa da realidade, sem a alterar, o principal objectivo da investigação consiste em **observar em que sentido os comportamentos sexuais das mulheres idosas podem influenciar os seus níveis de Bem-estar**. Como tal, iremos relacionar comportamentos sexuais, tais como a manutenção da actividade sexual no presente, aceitação do sexo, relações sexuais do passado, enamoramento, atracção, interesse sexual, melhoria das relações sexuais e, por último, vontade de ter mais sexo com os níveis de Bem-estar e as dimensões da escala.

Num segundo plano, e também decorrente do objectivo principal, o desenho de investigação assentou nos seguintes objectivos, de modo a analisar as variáveis psicológicas, demográficas e clínicas:

- relacionar as variáveis isolamento e solidão com o Bem-estar;
- relacionar a medicação com a dimensão atitudes face ao envelhecimento do Bem-estar.

### ***Amostra***

Neste estudo participam um total de 100 mulheres idosas ( $\geq 65$  anos). A amostra foi recolhida em vários centros: Centro de Convívio de Nossa Senhora de Fátima, no Estoril (10 mulheres), Centro de Convívio do Bairro do Rosário (27 mulheres), Centro de Convívio da Pampilheira (21 mulheres), Centro de Convívio do Poço Novo (22 mulheres) e, por último, Centro de Convívio da Areia (20 mulheres), estes últimos quatro centros sediados em Cascais.

Trata-se de uma amostra não-probabilística ou intencional, mais especificamente de uma amostra denominada de sequencial, comum em contexto de saúde. Assim, temos uma amostra em que todos os indivíduos elegíveis para participar no estudo são incluídos, conforme vão aparecendo, até perfazer o número total pretendido de participantes (Ribeiro, 1999).

Procedeu-se, então, à análise descritiva da informação sócio-demográfica dos sujeitos (Anexo A).

Das 100 mulheres que constituíram a amostra do presente estudo, a maioria apresenta **idades** compreendidas entre os 65 e os 69 anos (29%).

Respectivamente à variável **estado civil**, encontramos valores iguais para sujeitos casados (39%) e viúvos (39%).

No que respeita as **habilitações literárias**, a maior parte dos sujeitos, tinham a escolaridade completa até à 4ª classe (46%).

Relativamente à variável **religião**, 57% seguem uma ideologia religiosa não praticante, enquanto que 43% afirmam ser religiosos praticantes.

No que concerne à **situação relacional**, 50% das idosas não têm uma relação de compromisso, nem parceiro sexual.

Podemos observar, no que diz respeito à **situação habitacional** dos sujeitos, que 46% das idosas vive sozinha.

Quando inquiridos sobre se se sentem **isolados na comunidade**, 75% dos sujeitos responde que “*não*”. Em relação à variável **solidão**, 57% das idosas respondem que “*nunca*” se sentem sozinhos, 21% dizem que se sentem sozinhos “*poucas vezes*”, 19% sentem-se sozinhos “*algumas vezes*” e, por último, apenas 3% dos sujeitos afirmam sentir-se sozinhos “*muitas vezes*”.

**Tabela 1: Caracterização Sócio-demográfica**

Variáveis	%	N = 100
<b>Idade</b>		
[65-69]	29	
[70-74]	26	
[75-79]	28	
[80-84]	13	
[85-89]	4	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	4	
Casado	39	
Viúvo	39	
Separado	5	
Divorciado	13	
<b>Habilitações</b>		
Sem estudos	32	
4ª Classe	46	
6º Ano	8	
9º Ano	8	
12º Ano	3	
Bacharelato	1	
Estudos Profissionais	2	
<b>Religião</b>		
Praticante	43	
Não Praticante	57	
<b>Relação</b>		
Relação de compromisso	40	

Sem relação de compromisso e sem parceiro sexual	50	
Sem relação de compromisso e com parceiro sexual	10	
<b>Habita</b>		
Sozinho	46	
Na casa de um filho	8	
Na casa de outros familiares	6	
Com o parceiro actual	40	
<b>“Sente-se isolado na comunidade?”</b>		
Nunca	75	
Poucas Vezes	16	
Algumas Vezes	9	
<b>“Sente-se sozinho?”</b>		
Nunca	57	
Poucas Vezes	21	
Algumas Vezes	19	

Relativamente à variável **actividades mais frequentes**, a reunião em centros de convívio surge como a actividade mais frequente nestes idosos (63%), seguida da prática de alguma actividade física (56%), actividades culturais (55%), ver televisão (48%), dançar (34%), ler (25%) e, em último lugar na escolha de actividades, surge a variável ouvir rádio (17%).

**Tabela 2: Actividades dos sujeitos**

Variáveis	%	N = 100
<b>TV</b>		
Sim	48	
<b>Rádio</b>		
Sim	17	
<b>Leitura</b>		
Sim	25	
<b>Actividades Culturais</b>		
Sim	55	
<b>Reunião em centros de convívio</b>		
Sim	63	
<b>Dançar</b>		
Sim	34	
<b>Actividade Física</b>		
Sim	56	
<b>Outras actividades</b>		
Sim	3	

## ***Instrumentos***

Em estreita concordância com o objectivo geral de investigação e o quadro teórico que o contextualiza, foram considerados: o Questionário de Caracterização Sócio-demográfica, Questionário de Comportamentos Sexuais e a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF).

### ***Questionário de Caracterização Sócio-demográfica***

O questionário, constituído por perguntas fechadas e abertas, foi construído de forma a recolher um conjunto de dados de cariz demográfico e etiológico, identificados pela literatura, acerca de questões relacionadas com o envelhecimento, assim como reunir dados demográficos, sociais, clínicos e familiares sobre os participantes.

### ***Questionário de Comportamentos Sexuais***

Construído com base na literatura, foram elaboradas questões referentes à satisfação com as relações sexuais do passado, enamoramento actual, sentimentos de atracção, evidência de interesse sexual, aspectos relacionados com a vida sexual actual, explicitação de razões para não terem relações sexuais, aceitação da sexualidade, último contacto sexual, desejo de ter mais relações sexuais, melhoria da sexualidade com o avançar da idade, frequência de masturbação e, por último, quando terá sido a última masturbação.

### ***Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF)***

Foi utilizada a versão portuguesa da “The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale” (PGCMS), de Lawton, de 1975. Esta adaptação é da autoria de M.C. Paúl, de 1992. A autora no texto de adaptação refere-se-lhe como “Escala de Ânimo” (Paúl, 1992).

Este instrumento visa avaliar o Bem-estar de idosos, tendo sido concebida para ser utilizada com esta população e ser suficientemente breve para que a sua passagem não constituísse uma sobrecarga para o respondente e, simultaneamente, mantivesse propriedades métricas adequadas (Ribeiro, 2007), podendo ser utilizada em forma de auto-resposta ou via entrevista.

A escala original começou por ter 41 itens, passando para 22 e, em subsequentes revisões, consolidou-se em 17 itens. No início, apenas com uma base teórica, foi depois

trabalhada e aperfeiçoada com recurso a procedimentos estatísticos, tendo, portanto, uma base mista teórica e empírica. Na versão original, os 17 itens distribuem-se por três dimensões: Agitação (seis itens); Atitudes face ao próprio envelhecimento (cinco itens); e Solidão-insatisfação (seis itens). A resposta a cada item é assinalada de forma dicotómica (zero ou um). A nota da escala na versão original varia entre “0” e “17” correspondendo o valor mais elevado a ânimo mais elevado. Cada uma das dimensões fornece uma nota independente que somadas constituem a nota total (Lawton, 1975, citado por Ribeiro, 2007).

O processo de adaptação para português reproduziu a análise factorial realizada com a versão original tendo, após descartar três itens, encontrado três factores idênticos aos da versão original. A versão portuguesa ficou então constituída por 14 itens distribuídos por três dimensões: Solidão/Insatisfação, que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resulta ou não, num sentimento de solidão e insatisfação, com cinco itens (2, 3, 5, 13, 14); Atitudes face ao próprio envelhecimento, uma forma de balanço entre a vida passada e a presente, com cinco itens (8, 9, 10, 11, 12); e Agitação, correspondendo a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a uma gradiente dessa componente, com quatro itens (1, 4, 6, 7). Os valores da consistência interna reportados pela versão portuguesa são um pouco mais reduzidos do que na versão original (Paúl, 1992, cit. Ribeiro, 2007).

Costa, Diniz e Barrambana (2004), com recurso à análise factorial confirmatória sobre os 14 itens da versão de Paúl, confirmaram a adequabilidade da solução factorial encontrada por aquela autora. Assim, a versão portuguesa parece manter as mesmas características da escala original. O facto de ter perdido três itens vai de encontro às intenções de Lawton, que pretendia reduzir a escala para ser de passagem mais leve o que parece ter sido conseguido na versão portuguesa (Ribeiro, 2007).

### ***Procedimento***

Para a realização deste estudo foram solicitadas autorizações (Anexo C), em conformidade com os regulamentos em vigor, nas cinco instituições que acolheram o projecto: o Centro de Convívio Nossa Senhora de Fátima, no Estoril, o Centro de Convívio do Bairro do Rosário, Centro de Convívio da Pampilheira, Centro de Convívio do Poço Novo, Centro de Convívio da Areia, estes últimos quatro centros sediados em Cascais. Foram feitas reuniões com as entidades competentes,

explicitando-se os objectivos do estudo. A escolha de ser constituída amostra no distrito de Lisboa e nestas instituições prende-se, essencialmente, com a facilitação dos procedimentos de recolha.

Após a autorização, realizámos uma reunião com os utentes dos vários centros, em que se explicava a natureza e pertinência da investigação e, seguidamente, eram marcadas datas para se iniciar o processo de recolha dos dados, sob a forma de entrevista individual, consoante a disponibilidade dos utentes.

De salientar que, numa primeira abordagem, os questionários foram aplicados a dois utentes, como forma de pré-teste, de forma a surgir uma reflexão sobre os instrumentos utilizados, que permitisse que o processo de aplicação fosse o mais claro possível.

Guiados pelo conceito de consentimento informado, os sujeitos eram elucidados, acerca da natureza da investigação em termos do objectivo geral, bem como do direito de aceitação ou recusa de participação. Caso aceitassem, seria assinado um documento em que era acordada a aceitação de participação (Anexo D). Neste documento, concebido em linguagem acessível e abordagem informal, mais uma vez era salientado o objectivo da investigação e eram garantidos o anonimato e a participação voluntária.

Mediante este processo, iniciava-se a aplicação dos instrumentos, primeiro o Questionário de Caracterização Sócio-demográfica (Anexo E), seguido do Questionário de Comportamentos Sexuais (Anexo F) e, por último, a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF) (Anexo G). Todo o material foi aplicado na forma entrevista e as questões eram colocadas directamente ao sujeito e preenchidas pelo investigador. Tratando-se de uma população idosa, em que a grande maioria não tem habilitações literárias suficientes, a ajuda do investigador era necessária.

A situação de avaliação decorreu num período compreendido entre os meses de Julho e Outubro de 2008. O protocolo de avaliação completo para cada sujeito, foi aplicado em regime de gabinete. Observou-se que o tempo útil de aplicação dos protocolos de avaliação se situava, em média, nos 20 minutos. Com vista à garantia do anonimato e confidencialidade das informações prestadas e de modo a imprimir uma maior celeridade na sua organização, registo e tratamento, foi atribuída uma numeração a cada um dos sujeitos que integraram a amostra.

Uma vez concluída a fase de avaliação e recolhida toda a informação necessária, os dados serão tratados através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.17.

## Resultados

### *Análise Descritiva das Variáveis Clínicas e Comportamentos Sexuais*

A análise das variáveis (Anexo H) vai ser apresentada por frequências e não percentagens, já que a amostra é igual a 100.

No que se refere à **medicação**, 90 mulheres tomam medicação e 10 afirmam não tomar nenhuma medicação. A medicação mais frequente é para condições cardiovasculares (79 mulheres), seguida da medicação para problemas digestivos e metabólicos, problemas hormonais e sistémicos, dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, problemas psicológicos, dificuldades musculares e esqueléticas e, por último, surge a medicação para combater condições que afectam os sentidos. Esta categorização surgiu através da classificação do International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, adoptada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007).

Relativamente à **satisfação com as relações sexuais do passado**, 51 mulheres afirmam terem tido relações sexuais satisfatórias no passado.

**Tabela 3: Informação referente à satisfação com as relações sexuais do passado**

Satisfação com as relações sexuais do passado	Frequência de respostas
Nada Satisfatórias	5
Pouco Satisfatórias	12
Satisfatórias	51
Muito Satisfatórias	32
Total	100

No que diz respeito a se sentirem **enamorados** na actualidade, 56 mulheres respondem que não se sentem enamoradas, enquanto que 46 respondem que se sentem enamoradas por alguém.

Em relação à variável **atração**, 51 mulheres respondem que, nos últimos anos, não se sentiram atraídas por ninguém e 49 sentiram-se atraídas por alguém nos últimos anos.

No que diz respeito ao **interesse sexual**, 59 idosas referem que, nos últimos anos, não tiveram nenhum interesse sexual e 41 referem que tiveram interesse sexual nos últimos anos.

Relativamente à variável **relações sexuais no presente**, 63 mulheres afirmam que não têm relações sexuais no presente, enquanto que 37 respondem que têm relações sexuais no presente.

A justificação mais frequente para que 63 das idosas **não tenham relações sexuais** é “*morte do parceiro*” (19 mulheres), “*não quero*” (15), “*não tenho parceiro*” (10), “*impotência do parceiro*” (9), “*doença*” (da própria) e, com a mesma frequência, “*razões de ordem social*” (por exemplo, medo de ser ridicularizado ou falta de privacidade) (3), “*doença do parceiro*” (2) e, por último, justificações como “*separação ou divórcio*” e “*não sei se consigo*”, ambas com 1 resposta.

**Tabela 4: Razões para as idosas não terem relações sexuais**

Razões para não terem relações sexuais	Frequência de respostas
Morte do parceiro	19
Não quero	15
Não tenho parceiro	10
Impotência do parceiro	9
Doença	3
Razões de ordem social	3
Doença do parceiro	2
Separação/Divórcio	1
Não sei se consigo	1
Total	63

Quando confrontados com a questão “*pessoalmente, aceita a ideia de ser sexualmente activa na sua idade?*”, 86 idosas respondem que sim.

No que diz respeito ao **último contacto sexual**, 54 mulheres tiveram a última relação sexual “*há mais de 3 anos*”.

**Tabela 5: Informações referentes ao último contacto sexual**

Último contacto sexual	Frequência de respostas
Há mais de 3 anos	54
Há mais de 1 ano mas menos de 3 anos	5
Há mais de 1 ano	5
Últimos 12 meses	0
Últimos 6 meses	1
Últimos 3 meses	2
Último mês	13
Última semana	20
Total	100

Relativamente à **vontade de mais contacto sexual**, 61 idosas respondem que se sentem bem com a frequência de contactos sexuais que têm actualmente.

No que se refere à opinião dos sujeitos se **as relações sexuais podem melhorar com a idade**, 36 mulheres consideram que o sexo “*nem melhora, nem piora*” com a idade, 33 afirmam que as relações sexuais nesta fase “*podem piorar*” e, finalmente, 31 consideram que o sexo “*pode melhorar*” com a idade.

No que diz respeito à variável **frequência de masturbação no último ano**, 76 mulheres responderam que “*nunca*” se masturbaram no último ano.

Em relação à variável **última masturbação**, 67 mulheres afirmaram que “*nunca*” se masturbaram.

**Tabela 6: Informações referentes à última masturbação**

Última masturbação	Frequência de respostas
Nunca	67
Há mais de 3 anos	6
Há mais de 1 ano mas menos de 3 anos	2
Há mais de 1 ano	1
Últimos 12 meses	4
Últimos 6 meses	4
Últimos 3 meses	3
Último mês	7
Última semana	6
Total	100

### *Análise Estatística dos Comportamentos Sexuais e Bem-estar*

As análises realizadas basearam-se na avaliação da fidelidade da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia, na estatística descritiva e na comparação de dois ou mais parâmetros populacionais, através do teste paramétrico ANOVA *one-way*. Para podermos usar este teste, teremos de averiguar se as variáveis cumprem dois requisitos: normalidade (através do Teste Kolmogorov-Smirnov e do Teste Shapiro-Wilk) e homogeneidade (através do Teste de Levene). Quando o valor de  $p$  (*p-value*) é inferior ou igual ao nível de significância  $\alpha = 0,05$ , consideramos que não existe normalidade nem homogeneidade. No caso em não haja cumprimento de pelo menos um dos requisitos usaremos o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. No ANOVA e no Teste Kruskal-Wallis, os resultados foram considerados significativos quando o valor de  $p$  (*p-value*) foi inferior ao nível de significância  $\alpha = 0,05$ . Utilizaremos, igualmente, a Correlação de Spearman, indicada para medir a relação entre duas variáveis, pelo menos ordinais. Pretendemos, assim, saber a direcção da associação ou correlação existente. Os resultados foram considerados significativos quando o valor de  $p$  (*p-value*) foi inferior ao nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

No que concerne ao material utilizado (Escala de Ânimo) a fidelidade foi analisada através da avaliação dos valores da consistência interna (alfa de Cronbach) (Anexo I). Podemos dizer que, nesta amostra, os coeficientes alfa atingiram o valor mínimo de 0,70 e obtiveram uma boa consistência interna.

**Tabela 7: Resultados da consistência interna da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia**

<b>Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia</b>	<b>Nº de Itens</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b><math>\alpha</math> (teste de adaptação)</b>
Total	14	0,784	0,76
Solidão/Insatisfação	5	0,706	0,75
Atitudes face ao envelhecimento	5	0,703	0,71
Agitação	4	0,701	0,71

Procedemos, então, a uma análise relativamente aos factores da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (Bem-estar) e comportamentos sexuais (Anexo J).

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,824$ ;  $df = 37$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} \leq 0,01$  e  $KS_{n\grave{a}o} = 0,153$ ;  $df = 63$ ;  $p_{n\grave{a}o} < 0,05$ ;  $p_{n\grave{a}o} = 0,01$ ) e como tal serão analisados através do Teste Kruskal-Wallis. Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 16,214$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 8: Informação referente à análise da dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**

	Actividade sexual no presente	N	Posição Média
<b>Solidão/Insatisfação</b>	Sim	37	65,45
	Não	63	41,72
	Total	100	

Assim, relativamente à variável **relações sexuais no presente** podemos observar que existem valores maiores ao nível da dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) nas mulheres que são sexualmente activas.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,901$ ;  $df = 37$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} = 0,003$  e  $KS_{n\grave{a}o} = 0,164$ ;  $df = 63$ ;  $p_{n\grave{a}o} < 0,05$ ;  $p_{n\grave{a}o} \leq 0,01$ ) e como tal serão analisados através do Teste Kruskal-Wallis. Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 10,234$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,001$ ). Para verificarmos o sentido destas diferenças, atentemos no quadro seguinte.

**Tabela 9: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**

	Actividade sexual no presente	N	Posição Média
<b>Atitudes face ao Envelhecimento</b>	Sim	37	62,38
	Não	63	43,52
	Total	100	

Assim, relativamente à variável **relações sexuais no presente** verificamos que a maioria das mulheres que são sexualmente activas revelam níveis mais altos na dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar).

Na tentativa de averiguar se existem diferenças no **Bem-estar total ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**, observamos que os valores obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,949$ ;  $df = 37$ ;  $p_{sim} > 0,05$ ;  $p_{sim} = 0,089$  e  $KS_{n\grave{a}o} = 0,102$ ;  $df = 63$ ;  $p_{n\grave{a}o} > 0,05$ ;  $p_{n\grave{a}o} = 0,172$ ) e podemos afirmar que obtêm homogeneidade através do Teste de Levene ( $W = 1,652$ ,  $df_1 = 1$ ;  $df_2 = 98$ ;  $p > 0,05$ ;  $p = 0,202$ ). Como tal, será realizada a análise de variância (ANOVA *one-way*). Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $F = 17,676$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 10: Informação referente à análise do Bem-estar total ao nível da manutenção da actividade sexual no momento presente**

	Actividade sexual no presente	N	Posição Média
<b>Bem-estar total</b>	Sim	37	8,95
	Não	63	6,22
	Total	100	

Desta forma, relativamente à variável **relações sexuais no presente** verificamos que as mulheres que são sexualmente activas apresentam níveis mais altos de Bem-estar.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças no **Bem-estar total ao nível da variável aceitação do sexo**, observamos que os valores das respostas “*não*” obtiveram normalidade ( $SW_{n\grave{a}o} = 0,956$ ;  $df = 14$ ;  $p_{n\grave{a}o} > 0,05$ ;  $p_{n\grave{a}o} = 0,654$ ) e os valores das respostas “*sim*” não obtiveram normalidade ( $KS_{sim} = 0,120$ ;  $df = 86$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} = 0,004$ ). Embora o “*não*” obtenha normalidade e o “*sim*” não apresente normalidade, passamos para um teste não paramétrico, o Teste Kruskal-Wallis, onde podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 5,237$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,022$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 11: Informação referente à análise do Bem-estar total ao nível da variável aceitação do sexo**

	Aceitação do sexo	N	Posição Média
<b>Bem-estar total</b>	Sim	86	53,17
	Não	14	34,11
	Total	100	

Assim, relativamente à variável **aceitação do sexo** verificamos que existem valores mais elevados de Bem-estar nas mulheres que aceitam a sua sexualidade.

Procurámos estabelecer uma relação entre os **valores do Bem-estar e suas dimensões com a variável relações sexuais do passado**. Para tal, utilizaremos a Correlação de Spearman.

**Tabela 12: Correlação entre os valores do Bem-estar e suas dimensões com a variável relações sexuais do passado**

Relações sexuais do passado	
<b>Bem-estar total</b>	$R_s = 0,268$ ; $N = 100$ ; $p < 0,05$ ; $p = 0,007$
<b>Solidão/Insatisfação</b>	$R_s = 0,196$ ; $N = 100$ ; $p > 0,05$ ; $p = 0,051$
<b>Atitudes face ao envelhecimento</b>	$R_s = 0,144$ ; $N = 100$ ; $p > 0,05$ ; $p = 0,152$
<b>Agitação</b>	$R_s = 0,311$ ; $N = 100$ ; $p < 0,05$ ; $p = 0,002$

Desta forma, podemos afirmar que a variável **relações sexuais do passado** correlaciona-se positivamente com o Bem-estar total e com a dimensão Agitação. Por

sua vez, a variável não se correlaciona nem com a dimensão Solidão/Insatisfação, nem com a dimensão Atitudes face ao envelhecimento.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Solidão/Insatisfação do Bem-estar ao nível da variável enamoramento**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,863$ ;  $df = 46$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} \leq 0,01$  e  $KS_{n\tilde{a}o} = 0,175$ ;  $df = 54$ ;  $p_{n\tilde{a}o} < 0,05$ ;  $p_{n\tilde{a}o} \leq 0,01$ ) e como tal serão analisados através do Teste Kruskal-Wallis. Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 11,250$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p = 0,01$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 13: Informação referente à análise da dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar) ao nível da variável enamoramento**

	Enamoramento	N	Posição Média
<b>Solidão/Insatisfação</b>	Sim	46	60,84
	Não	54	41,69
	Total	100	

Desta forma, relativamente à variável **enamoramento** verificamos que as mulheres que se sentem enamoradas revelam níveis mais altos na dimensão Solidão/Insatisfação (Bem-estar).

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável atracção**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,901$ ;  $df = 49$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} = 0,01$  e  $KS_{n\tilde{a}o} = 0,185$ ;  $df = 51$ ;  $p_{n\tilde{a}o} < 0,05$ ;  $p_{n\tilde{a}o} \leq 0,01$ ) e como tal serão analisados através do Teste Kruskal-Wallis. Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 15,058$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 14: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável atracção**

	Atracção	N	Posição Média
Atitudes face ao envelhecimento	Sim	49	61,77
	Não	51	39,68
	Total	100	

Assim, relativamente à variável **atracção** verificamos que existem valores maiores de Bem-estar nas mulheres que se sentem atraídas por alguém.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável interesse sexual**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{sim} = 0,880$ ;  $df = 41$ ;  $p_{sim} < 0,05$ ;  $p_{sim} \leq 0,01$  e  $KS_{n\grave{a}o} = 0,191$ ;  $df = 59$ ;  $p_{n\grave{a}o} < 0,05$ ;  $p_{n\grave{a}o} \leq 0,01$ ) e como tal serão analisados através do Teste Kruskal-Wallis. Podemos dizer que existem diferenças significativas ( $H = 17,293$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ). No quadro seguinte podemos verificar o sentido das diferenças assinaladas.

**Tabela 15: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da variável interesse sexual**

	Interesse sexual	N	Posição Média
Atitudes face ao envelhecimento	Sim	41	64,70
	Não	59	40,64
	Total	100	

Assim, relativamente à variável **interesse sexual** verificamos que os níveis na dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) são mais altos nas mulheres que têm interesse sexual.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da melhoria das relações sexuais**, observamos que os valores não obtiveram normalidade ( $SW_{podem\ melhorar} = 0,917$ ;  $df = 31$ ;  $p_{podem\ melhorar} < 0,05$ ;  $p_{podem\ melhorar} = 0,02$  e  $SW_{podem\ piorar} = 0,926$ ;  $df = 33$ ;  $p_{podem\ piorar} < 0,05$ ;  $p_{podem\ piorar} = 0,027$  e  $SW_{nem\ melhoram,nem\ pioram} = 0,869$ ;  $df = 36$ ;  $p_{nem\ melhoram,nem\ pioram} <$

0,05;  $p = 0,001$ ). Como se trata de uma comparação múltipla de grupos, os valores serão analisados através do Teste não paramétrico Tukey.

**Tabela 16: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da melhoria das relações sexuais**

Melhoria das relações sexuais		Nível de significância
Podem melhorar	Podem piorar	0,230
	Nem melhoram, nem pioram	0,812
Podem piorar	Podem melhorar	0,230
	Nem melhoram, nem pioram	0,55
Nem melhoram, nem pioram	Podem melhorar	0,812
	Podem piorar	0,055

Desta forma, relativamente à variável **melhoria das relações sexuais**, para um nível de significância superior a 0,05, podemos dizer que não existem diferenças significativas entre os grupos, ao nível da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar).

Na tentativa de averiguar se existem diferenças na **dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da vontade de ter mais relações sexuais**, observamos que os valores das respostas “*não*” e “*sinto-me bem assim*” não obtiveram normalidade ( $SW_{\text{não}} = 0,896$ ;  $df = 26$ ;  $p_{\text{não}} < 0,05$ ;  $p_{\text{não}} = 0,013$  e  $KS_{\text{sinto-me bem assim}} = 0,184$ ;  $df = 61$ ;  $p_{\text{sinto-me bem assim}} < 0,05$ ;  $p_{\text{sinto-me bem assim}} \leq 0,01$ ) e os valores das respostas “*sim*” obtiveram normalidade ( $SW_{\text{sim}} = 0,895$ ;  $df = 13$ ;  $p_{\text{sim}} < 0,05$ ;  $p = 0,115$ ). Como se trata de uma comparação múltipla de grupos, os valores serão analisados através do Teste não paramétrico Tukey.

**Tabela 17: Informação referente à análise da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da vontade de ter mais relações sexuais**

Vontade de ter mais relações sexuais		Nível de significância
Sim	Não	0,708
	Sinto-me bem assim	0,960
Não	Sim	0,708
	Sinto-me bem assim	0,708
Sinto-me bem assim	Sim	0,960
	Não	0,708

Assim, relativamente à variável **vontade de ter mais relações sexuais**, para um nível de significância superior a 0,05, podemos afirmar que não existem diferenças significativas entre os grupos, ao nível da dimensão Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar).

#### *Análise Estatística do Bem-estar e Variáveis Demográficas e Clínicas*

De seguida, procedemos a uma análise relativamente aos factores da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia e as variáveis demográficas e clínicas (Anexo K).

Procurámos estabelecer uma relação entre os **valores do Bem-estar e suas dimensões com as variáveis solidão e isolamento**.

**Tabela 18: Correlação entre o Bem-estar total e suas dimensões com a variável solidão**

Solidão	
<b>Bem-estar total</b>	$R_s = -0,416; N = 100; p < 0,05; p \leq 0,01$
<b>Solidão/Insatisfação</b>	$R_s = -0,498; N = 100; p < 0,05; p \leq 0,01$
<b>Atitudes face ao envelhecimento</b>	$R_s = -0,229; N = 100; p < 0,05; p = 0,022$
<b>Agitação</b>	$R_s = -0,206; N = 100; p < 0,05; p \leq 0,01$

**Tabela 19: Correlação entre o Bem-estar total e suas dimensões com a variável isolamento**

Isolamento	
Bem-estar total	$R_s = -0,117; N = 100; p > 0,05; p = 0,245$
Solidão/Insatisfação	$R_s = -0,081; N = 100; p > 0,05; p = 0,425$
Atitudes face ao envelhecimento	$R_s = -0,099; N = 100; p > 0,05; p = 0,329$
Agitação	$R_s = -0,092; N = 100; p > 0,05; p = 0,363$

Podemos afirmar que a variável solidão correlaciona-se negativamente com o Bem-estar total e com as dimensões Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao envelhecimento e Agitação. Por sua vez, a variável Isolamento não se correlaciona com nenhuma das dimensões da escala, nem com o Bem-estar total.

Na tentativa de averiguar se existem diferenças nas **Atitudes face ao envelhecimento (Bem-estar) ao nível da medicação**, observamos que os valores das respostas “*sim*” obtiveram normalidade ( $KS_{sim} = 0,165; df = 90; p < 0,05; p_{sim} \leq 0,01$ ) e os valores das respostas “*não*” não obtiveram normalidade ( $SW_{n\grave{a}o} = 0,862; df = 10; p_{n\grave{a}o} > 0,05; p_{sim} = 0,080$ ). Embora o “*sim*” obtenha normalidade e o “*não*” não apresente normalidade, passamos para um teste não paramétrico, o Teste Kruskal-Wallis. Verificamos que não existem diferenças significativas entre as variáveis ( $H = 1,894; df = 1; p > 0,05; p = 0,169$ ).

Assim, relativamente à variável **medicação** podemos afirmar que não existem diferenças, ao nível da dimensão Atitudes face ao envelhecimento do Bem-estar, entre as mulheres que tomam medicação e aquelas que não tomam.

## Discussão

Partimos para este estudo, propondo responder da melhor forma possível à questão: será que os comportamentos sexuais das mulheres idosas influenciam os seus níveis de Bem-estar?

Neste capítulo, será percorrido o caminho na tentativa de construir um significado do conjunto alargado de resultados relatados no anterior capítulo e uma discussão norteada pela forma como os diferentes conceitos teóricos se enquadram no campo teórico que temos vindo a apresentar, bem como, nas elaborações que a partir dele nos poderão surgir.

De modo a que esta discussão se possa tornar mais clara, apresentaremos as nossas considerações organizadas em torno de dois pólos: primeiro, discutiremos os aspectos relacionados com os comportamentos sexuais e níveis de Bem-estar e em segundo lugar, falaremos nas variáveis demográficas e clínicas relacionadas com o Bem-estar.

É certo que o último limiar dos trabalhos desenvolvidos com idosos será o desenvolvimento de estratégias que permitam alcançar a velhice bem sucedida, uma vez que, como já foi referido no decorrer deste trabalho, ao falarmos desta questão, reportamo-nos, por norma, a padrões de adaptação que podem promover um sentido de controlo, uma expressão de competência comportamental, podendo resultar num fortalecimento de todos os aspectos positivos do indivíduo, nomeadamente no campo dos comportamentos sexuais (Paúl, 1992).

Gostaríamos de iniciar a nossa reflexão mencionando que, a maioria das mulheres do nosso estudo que aceita a sua sexualidade expressa níveis de Bem-estar elevados. Esta constatação vai no seguimento do que Capodiecì (2000) refere quando diz que na idade avançada ama-se de maneira mais profunda e consegue-se purificar o amor da paixão que é mais sensual do que genital. O significado e aceitação da sexualidade na vida de qualquer indivíduo, ou seja, as atitudes sexuais, são poderosos determinantes das reacções que podem emergir face às mudanças sexuais associadas à idade (Schiavi, 1999). Assim, torna-se claro que uma boa atitude face aos comportamentos sexuais, por parte destas idosas, promove um sentimento pessoal de bem-estar (Freire, 2001).

Relativamente ao conjunto de dados identificados pela literatura e pelo nosso estudo acerca da manutenção das relações sexuais do presente, podemos observar que as mulheres que têm relações sexuais apresentam níveis mais altos de Bem-estar. Tan e col. (2007) citados por Bitzer, em 2008, confirmam esta ideia ao afirmarem que a sexualidade pode ter diferentes funções, como a promoção de proximidade nas pessoas, a ideia de prazer em vez de procriação que, conseqüentemente, pode impulsionar o bem-estar emocional. Ao analisarmos a dimensão Solidão/Insatisfação do Bem-estar, constatamos que os valores maiores situam-se no grupo de mulheres que são sexualmente activas. Este dado suscitou curiosidade, uma vez que pode parecer contraditório aos dados encontrados anteriormente. Podemos pensar que a monotonia ou habituação que se podem instalar nas relações sexuais com um parceiro de longo termo, podem contribuir para o declínio da frequência da actividade sexual do casal (Call et al., 1995, citado por DeLamater & Moorman, 2007). Neste caso específico, mais do que o declínio da frequência das relações sexuais, estes resultados podem estar relacionados com a qualidade das relações. Curiosamente, 39 mulheres do nosso estudo são casadas, o que nos leva a colocar a hipótese de que a frequência das relações sexuais pode não ser sinónimo de satisfação sexual. No que diz respeito à dimensão Atitudes face ao envelhecimento do Bem-estar, encontramos níveis mais altos nas mulheres que são sexualmente activas. Esta dimensão actua como um balanço entre a vida presente e passada dos indivíduos e, efectivamente, nesta fase da vida, libertas de preocupações e esforços que a profissão e o cuidado dos filhos exigem, sem medo da gravidez e com o tempo, maioritariamente, só para si próprias, as idosas podem adoptar um estilo de vida muito mais cómodo e agradável, a nível sexual. Lyubomirsky (2001) confirma esta ideia ao dizer que as pessoas mais satisfeitas com a vida tendem a perceber, de forma positiva, as circunstâncias da vida e a confiar nas suas capacidades e competências. Podem ocorrer mudanças importantes nos valores e atitudes e a expressão sexual passa a ser um componente do processo de desenvolvimento e amadurecimento saudável.

Relativamente às relações sexuais do passado, Schiavi (1999) considera que uma variável importante para a compreensão da actividade sexual no envelhecimento relaciona-se com a história de relações mais frequentes e satisfatórias durante a juventude. Nesta linha de pensamento, os resultados por nós encontrados vão nesse mesmo sentido, já que as idosas que caracterizam o seu passado sexual como “*satisfatório*” ou “*muito satisfatório*” espelham valores altos na dimensão Agitação e

Bem-estar total. Não podemos deixar de referir que um dos primeiros factores que devemos considerar quando pensamos na história sexual destas mulheres é a própria atitude perante as mudanças fisiológicas normais do envelhecimento. Diz um ditado “*envelhece-se como se viveu*” (Dos Santos, 2000, p. 59) e, de facto, as idosas poderão ter maiores problemas de adaptação à sua condição de vida, quanto mais dificuldades de adaptação tiveram na sua juventude. Neste caso específico, deparámo-nos com mulheres que olhavam para o passado das suas relações com ternura e, muitas vezes, com saudades, como foi o caso das mulheres que são, actualmente, viúvas. Esta visão positiva do passado permitiu-lhes, no nosso entender, aceitar de forma positiva o envelhecimento, no que se refere à vivência ou ausência sexual.

Embora saibamos que a função reprodutiva na mulher encontra um término com o avançar da idade, esta distingue-se do prazer sexual e dos sentimentos de atracção que as mulheres idosas podem expressar por outra pessoa. Mais, a menopausa pode trazer maior excitação sexual e capacidade de orgasmo (Lima, 2003). Podemos, assim, pensar que a sexualidade e a capacidade de experienciar prazer sexual são co-extensivos à duração da vida de muitas mulheres e, efectivamente, as idosas do nosso estudo manifestaram valores altos de bem-estar quando relacionados com o sentimento de atracção.

Apesar disto, quando a questão era orientada para o facto de se sentirem enamoradas por alguém, a diferenciação foi bem vincada. Para estas mulheres, falar de atracção e de enamoramento, amor ou paixão não é falar do mesmo. Percebemos, neste momento, que as idosas que se sentem atraídas não estão, necessariamente, enamoradas. Com base nos testemunhos, consideramos que o investimento sexual, nesta fase da vida, pode ser, surpreendentemente, mais “fácil” de alcançar, enquanto que o amor é algo que ficou reservado para os companheiros falecidos. Em vários momentos recolhemos respostas como, por exemplo, “*amar, amei o meu marido...agora, por este senhor (parceiro actual) sinto carinho*”(sujeito 19).

O interesse sexual é, também, um pré-requisito para a vivência prazerosa da vida sexual (DeLamater & Sill, 2005). Nesta fase da vida, por vezes, ocorre uma flexibilização nos papéis sexuais, aproximando os modelos masculino e feminino, e uma mudança significativa no sistema de valores, que pode contribuir para uma maximização do interesse pelos sentimentos, pela comunicação, ternura e relações interpessoais. Os afectos podem tornar-se mais explícitos e o sentido da vida ser

redimensionado a partir de uma maior consciência da sua temporalidade (López, 1999). As nossas conclusões permitem-nos sustentar a literatura, já que grande parte das mulheres mostrava disponibilidade emocional para dar continuidade à sua sexualidade e a este interesse sexual conseguimos atribuir níveis altos de bem-estar.

Apesar disto, muitas idosas que estão sem um parceiro sexual durante um longo período de tempo podem iniciar um estado de desinteresse sexual, que as leva a acreditar que a sexualidade “*nem melhora, nem piora*” com o avançar dos anos. Em 1994, Masters et al. (citado por DeLamater & Moorman, 2007) sugerem que as mulheres “desligam” o interesse sexual como mecanismo de defesa: não ter sexo ou qualquer forma de intimidade sexual pode ajudar a prevenir a frustração ou a depressão. Nesta linha de pensamento, os resultados por nós encontrados vão nesse mesmo sentido, uma vez que não encontramos diferenças significativas entre as mulheres que respondem “*sim*” ou “*não*” à questão “*considera que as relações sexuais podem melhorar com a idade?*”. Efectivamente, num estudo reproduzido por Schiavi, em 1999, o interesse sexual, nas mulheres, diminuía quando estas não tinham um parceiro sexual ou o parceiro que tinham na altura não expressava desejo pela intimidade. As nossas descobertas permitem-nos validar esta hipótese, uma vez que a frequência de respostas das mulheres do nosso estudo incide na justificação que não têm relações sexuais porque o parceiro morreu ou porque não têm parceiro.

Segundo Kaiser (1996) a existência de elementos stressores frequentes na velhice como, por exemplo, a perda do cônjuge, o prejuízo e deterioração do espaço social e do nível sócio-económico ou a presença de problemas de saúde na família ou no próprio idoso, contribuem, também, para a diminuição do desejo sexual. Nos depoimentos que recolhemos, relativamente à vontade de ter mais contacto sexual, não encontramos diferenças entre as categorias de respostas. Quando nos debruçamos sobre estas questões podemos verificar que a afirmação “*sinto-me bem assim*” foi a mais frequente nos discursos destas mulheres, o que nos leva a pensar que independentemente das alterações biológicas que ocorrem na velhice, mais do que os problemas físicos que os parceiros possam manifestar (falamos de disfunção eréctil, por exemplo), o desejar ter relações sexuais, intimidade física ou namorar deve ser sempre uma decisão da mulher idosa. Em 1999, Félix López defendia a ideia de que a sexualidade no envelhecimento representa mais do que uma relação coital, passa pelo toque, pela partilha de sentimentos, pelo companheirismo. Partilhamos com o autor esta forma de pensar, julgamos, também, que a velhice não implica automaticamente a perda

de funções sexuais, embora seja correcto afirmar que há um declínio que ocorre paralelamente às outras funções biológicas. Todavia, este declínio pode e deve fomentar as relações com os outros no plano erótico, o que o enriquece tanto ao nível das relações afectivas como da curiosidade intelectual. Apesar disto, pensamos que a aceitação da sexualidade da idosa à idosa pertence e, como tal, deve ser ela a tomar as decisões relativas ao seu corpo, aos seus desejos e, em último grau, à sua vida.

Aprofundando as variáveis demográficas do nosso estudo, deparamo-nos com inúmeros factores psicossociais que exercem influência na evolução da sexualidade feminina, nesta fase da vida. Relativamente aos sentimentos de solidão e isolamento, podemos observar que as idosas afirmam que não se sentem sozinhas ou isoladas na comunidade. Uma vez que recolhemos a nossa amostra em centros de convívio, tivémos acesso a mulheres que mantêm relações sociais frequentes e participam em actividades comunitárias (por exemplo, viagens de grupo), com alguma regularidade. Desta forma, contextualizando estas idosas em particular, consideramos que as nossas descobertas são justificadas pelas trocas sociais a que estas mulheres estão expostas. Também conseguimos perceber que mantêm as relações familiares intactas, o que promove, no nosso entender, um forte sentimento de apoio e satisfação. As investigações indicam que as relações ou trocas sociais contribuem para a percepção do sentimento positivo de bem-estar entre os idosos. As redes de relações interpessoais, que podem ser de natureza familiar, de amizade e de intimidade, são uma fonte de apoio emocional, instrumental ou informativo (Antonucci, 2001). Segundo Argyle (2001) o lazer confere, de facto, identidade e estatuto social, estrutura o tempo disponível e dá azo aos contactos sociais. Algumas investigações sugerem mesmo que o nível de participação em actividades de lazer é o melhor preditor da satisfação com a vida, por parte dos adultos mais idosos (Mannell, 1999, citado por Simões et al., 2006).

Curiosamente, nos resultados estatísticos que obtivémos, encontrámos uma relação negativa entre a solidão, questão que se relacionava com a família, e o bem-estar. Perante estes dados, recorremos às ideias de alguns autores que defendem que as interacções sociais com amigos são geralmente associadas ao bem-estar positivo, enquanto as interacções com os membros da família não estão associadas ao bem-estar psicológico, ou, então, estão relacionadas de forma negativa (Crohan & Antonucci, 1989; Litwak, 1989; Norris, Stephens & Kinney, 1990).

Surpreendentemente, esperávamos encontrar diferenças ao nível da medicação, mas os resultados vão no sentido de não existirem diferenças significativas. Das 100 mulheres da nossa amostra, 90 tomam algum tipo de medicação, mas, ao nível da influência dessa variável no bem-estar ou nos comportamentos sexuais, não parece existir uma correspondência directa. Podemos atribuir esta questão ao facto de não termos recolhido o nome das medicações, nem os efeitos secundários que delas podem resultar. Também podemos colocar a hipótese de, como se trata de uma amostra de mulheres, os comportamentos sexuais não estarem necessariamente relacionados com a medicação que é tomada. Efectivamente, uma das razões mais frequentes para estas idosas não terem relações sexuais prende-se com a impotência sexual do parceiro e não com doença própria.

Também, de facto, a sexualidade feminina na terceira idade, parece estar mais associada à sua dimensão psico-afectiva pois, como salienta Devidé (2000), o bem-estar sexual na velhice está ligado à intimidade, à companhia e à capacidade de partilhar sentimentos verdadeiros numa atmosfera de segurança, carinho e reciprocidade e pode significar uma oportunidade de expressar afecto, admiração e amor, a confirmação de um corpo funcional, aliado ao prazer de tocar e ser tocado.

Quanto às limitações que sentimos ao longo desta investigação, podemos referir o tipo de amostra por conveniência, não ficando, por isso, totalmente salvaguardada a questão da aleatoriedade e representatividade da população, o que pode condicionar a leitura dos resultados obtidos. Num segundo nível, uma outra limitação verificou-se aquando da recolha do tipo de medicação que as idosas tomam, uma vez que não foi possível confirmar os nomes dos medicamentos nem, como já referimos, os efeitos secundários dos mesmos.

## Considerações finais

O momento de finalizar é sempre um momento fundamental para reflectir sobre o trabalho realizado e suscitarmos a curiosidade e o interesse para se continuar a investigar nesta área. Este estudo convergiu para a ideia da importância de abordar a temática dos comportamentos sexuais e bem-estar nas mulheres idosas, tornando-se claro que, apesar da velhice ter sido vista historicamente como um tempo de declínio e de degeneração, os resultados actuais apresentam uma perspectiva do processo de envelhecimento que enfatiza a resiliência impressionante do ser humano.

Partindo de um desenho de investigação observacional descritivo, recolheu-se uma amostra de 100 mulheres idosas, na tentativa de perceber como a dimensão do Bem-estar poderia ser influenciada pelos comportamentos sexuais destas idosas.

Os estudos e a experiência deste trabalho demonstrou-nos que a sexualidade nas pessoas idosas depende, essencialmente, do modo como as próprias mudanças do passar dos anos podem ser encaradas, tanto pela sociedade como pelas próprias idosas. Pensamos que se as sociedades democráticas se caracterizam por fomentar a diversidade, não deveriam existir razões para padronizar e limitar o comportamento sexual das pessoas mais velhas. Para a Organização Mundial de Saúde “a sexualidade é um conceito abrangente que inclui a identidade sexual, o corpo, as expressões, os afectos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva. É uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos” (citado por Lima, 2003). Sabemos que entender a sexualidade é um processo complexo, íngreme e inacabado e isto deve-se, entre outros factores, às representações enraizadas na sociedade do conceito de sexualidade como sinónimo de sexo, utilizadas comumente como análogos.

No nosso entender, uma questão fulcral para o conhecimento do ser humano passa por aceitar que a vida sexual é parte integrante da saúde do indivíduo. Esta “saúde sexual” é determinada por uma interacção complexa de factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais e é integrante na vida sexual das idosas, dos seus parceiros e de toda a intimidade e interacções que podem ocorrer numa relação.

Através dos testemunhos que recolhemos, podemos afirmar que uma das grandezas da sexualidade é a relação sexual, porém, esta não se reduz ao coito, compreendendo, também, a necessidade de contacto, intimidade, um conjunto de

sentimentos, comportamentos e afectos. Falamos de uma dimensão humana eminentemente relacional e íntima, um elemento essencial no bem-estar físico e emocional das idosas (Ministério da Educação, Comissão de Coordenação da Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, Centro de Apoio Nacional & Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, 2000). É, assim, uma forma das pessoas perceberem a sua identidade (Vasconcelos, 1994), já que a intimidade e a proximidade podem conferir sentido à vida destas mulheres e ao estabelecimento de vínculos securizantes.

No que diz respeito à sexualidade, não podemos afirmar que esta termine na terceira idade. A sexualidade pressupõe amor, carinho, sensualidade, fantasia e inteligência. Então, será que a velhice nos rouba tudo isto?

O peso dos anos depende do significado que cada um lhe atribuir. Para muitos, ser idoso pode ser sinónimo de sabedoria e experiência. Nas sociedades africanas, por exemplo, o idoso é visto como aquele que detém um conhecimento profundo sobre vários assuntos, que já viu e viveu variadas situações e transmite-as aos mais novos com sabedoria. Em contrapartida, nas sociedades ocidentais, devido ao aumento da esperança média de vida, ao idoso estão associados conceitos como a inactividade, doença, demência e assexualidade.

Para concluir, gostaríamos que deste trabalho pudesse resultar um (re)pensar das questões dos comportamentos sexuais das mulheres idosas, estando esta questão tão presente na actualidade.

No que respeita a possíveis investigações que nos surgem como pertinentes neste campo e atendendo à diversidade de questões que se tocam no âmbito do bem-estar e dos comportamentos sexuais, tentar enumerá-las revelaria-se insensato. Porém, não queremos deixar de salientar que seria extremamente pertinente a comparação de género, já que falar de comportamentos sexuais femininos e masculinos não é, definitivamente, a mesma coisa. Estas diferenças podem ser gritantes em questões como, por exemplo, a frequência de masturbação. Seria, também, interessante aprofundar o estudo em torno da análise da qualidade das relações sexuais e não da frequência sexual, como foi feito neste trabalho. No seguimento desta ideia, a análise da satisfação conjugal também nos surge como relevante para futuras investigações.

Terminamos o presente trabalho, mencionando, novamente, que as Nações Unidas estimam que, de 2000 para 2025, o número de pessoas com mais de 65 anos

aumentará 67% nos países desenvolvidos passando a representar, nesse período de tempo, 20,9% da população mundial (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

Embora esperando que a presente investigação possa constituir mais um passo importante na exploração dos comportamentos sexuais e bem-estar das idosas e aprofundamento de uma realidade inerente a todos nós, sentimos que é imperativo continuar a percorrer o caminho para uma compreensão ainda maior, assim como para a implementação de intervenções mais eficazes. É preciso que a terceira idade se integre nas demais "idades" e vice-versa, é importante ver a vida de modo integrado e não composta de tempos ou de idades, aos quais as pessoas tenham de se enquadrar, sendo, também, fundamental que a sociedade se liberte de preconceitos e rótulos que, em última instância, reprimem a sexualidade e o bem-estar dos idosos.

## Referências

- Antonucci, T. C. (1990). Social supports and social relationships. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, T. C. (2001). Social Relations: An examination of social Networks, Social Support, and Sense of Control. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (5<sup>th</sup> ed., pp. 427 – 453). San Diego: Academic Press.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London: Routledge.
- Azevedo (2002). *Lazer e Sexualidade no Envelher Humano*. Consultado em 9 de Junho de 2008 através da base de dados: PsycINFO.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes e M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives of behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bitzer, J., & col. (2008). Sexual Counseling in Elderly Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2027 – 2043.
- Bowling, A. (1997). The conceptualization of functioning, health and quality of life. In A. Bowling, *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A., & Grundy, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples elderly and very elderly people. *Age Ageing*, 26, 107 – 114.
- Burgess, E. O. (2004). Sexuality in midlife and later life couples. In J. Harvey, A.

- Wenzel & S. Sprecher (Eds.). *The handbook of sexuality in close relationships*, (pp. 437 – 454). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Capodieci, S. (2000). *A idade dos sentimentos: Amor e sexualidade após os 60 anos*. Bauru, S. Paulo. EDUSC.
- Comfort, A. (1994). *O novo prazer do sexo*. Europa América. Lisboa.
- Costa, J., Diniz, A., & Barrambana, R. (2004). Validação da versão portuguesa da revised Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. In: C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho X Conferência – Avaliação Psicológica: Formas e contextos (pp. 546-550). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Crohan, S., & Antonucci, T. (1989). Friends as a source of social support in old age. In R. Adams e R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendships*. Newbury Park, CA: Sage.
- DeLamater, J. (2002). Sexuality across the life course: A biopsychosocial perspective. *Big Rapids, MI*.
- DeLamater, J. & Moorman, S. M. (2007). Sexual Behavior in Later Life. *Journal of Aging and Health, 19*, 921 – 945.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual Desire in Later Life. *The Journal of Sex Research, 42*, 290 – 340. New York.
- Delo, M. et al. (1998). Sexual Feelings and Sexual Life in an Italian Sample of 335 Elderly 65 to 106 years olds. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 6*, 155 – 162.
- Devide, F. P. (2000). Velhice... Espaço Social de Aprendizagem: Aspectos Relevantes para a Intervenção da Educação Física. *Motriz, 6(2)*, 65 – 73.
- Dias, J. P. (2008). *O desejo não desaparece com a idade: Visão da sexualidade numa*

*fase avançada da vida*. Acedido a 11 de Maio de 2008 através de <http://www.psicologia.com.pt/>

- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34 – 43.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181 – 185.
- Diener, E., Such, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276 – 302.
- Dinis, C. M. R. (1997). *Envelhecimento e Qualidade de Vida no Concelho de Faro*. Coimbra: (s/n). Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Dos Santos, M. A. (2000). *Dicionário de provérbios, adágios, ditados, máximas, aforismos e frases feitas*. Porto: Porto Editora.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Fericgla, J. M. (1992). Sexo y Afectividad en la cultura de la ancinidad. *Envejecer. Una Antropología de la Ancinidad*. Barcelona: Antropos.
- Freire, S. A. (2001). *Bem-estar subjectivo e metas de vida: Um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade*. Tese de doutoramento em Educação apresentada à Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Freund, A., & Smith, J. (1999). Content and Function of the Self-Definition in Old and Very Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B (1), 55 – 67.
- Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as a predictor of mental health and

- happiness in the east and west. *Personal Individual Differences*, 27, 395 – 403.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Hilleras, P., Agüero-Torres, H., & Winblad, B. (2001). Factors influencing well-being in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 361 – 365.
- Hilleras, P., Jorm, A., Herlitz, A., & Winblad, B. (1998). Negative and positive affect among the very old: a survey on a sample aged 90 years or above. *Research on Aging*, 20, 593 – 610.
- Kaiser, F. E. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology*, 23(1), 99 – 107.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology: Psychological sciences and social sciences*, 30, 85 – 89.
- Lemos, M. (2000). *Os Idosos Dependentes: O caso das Misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.
- Lima, M. P. (2003). Sexualidade na terceira idade. In E. Sá (Ed.), *Quero-te – Psicologia da Sexualidade*. Editores Sá, E. et al. Coleção Saúde e Sociedade. Coimbra: Quarteto.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na Terceira Idade? *Psychologica*, 41, 83 – 101.
- Lindau, S., Laumann, E. O., Levinson, W., & Waite, L. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 74 – 86.
- Litwak, E. (1989). Forms of friendships among older people in an industrial society. In

- R. Adams e R. Blieszner (Eds.). *Older adult friendships*. Newbury Park, CA: Sage.
- López, F. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Ed. Apf, Lisboa.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational process in well-being. *American Psychologist*, 56(3), 239 – 249.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas Idosas: Uma abordagem Global* (pp. 87 – 99). Lisboa: Lusodidacta.
- Maj-Briht, B., & Helle, H. N. (1990). Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockolm, Sweeden. *The Journal of Sex Research*, 27, 2, 289-295.
- Márquez, G. G. (1988). *Amor nos tempos de cólera*. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
- Martins, R. M. L. & Rodrigues, M. L. M. (s.d). Estereótipos Sobre Idosos: Uma Representação Social gerontofóbica. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 249 – 254.
- Marumo, K., & Murai, M. (2001). Aging and erectile dysfunction: The role of aging and concomitant chronic illness. *International Journal of Urology*, 8, 50 – 57.
- Ministério da Educação, Comissão de Coordenação da Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, Centro de Apoio Nacional & Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (2000). Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras. *Editorial do Ministério da Educação*.
- Myers, D., & Diener, B. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10 – 15.
- Negreiros, T. C. (2004). *Sexualidade e género no Envelhecimento*. ALCEU, vol. 5, 9,

(pp. 77 – 86).

- Neri, A. L. (2001). Velhice e Qualidade de Vida na Mulher. In A. L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161 – 200). Campinas, SP: Papyrus.
- Norris, V., Stephens, M., & Kinney, J. (1990). The impact of family interactions on recovery from stroke: Help or hindrance? *The Gerontologist*, 30, 535 – 542.
- Pacheco, J. & Gamito, L. (1993). *O sexo é de todas as idades*. Ed. Caminho, Lisboa.
- Pais-Ribeiro & J., Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*. Org. Ribeiro, J., Leal, I. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Paúl, M. (1992). Satisfação de Vida em Idosos. *Psychological*, 8, 61 – 80.
- Peterson, C. (1999). Grandfather's and grandmother's satisfaction with the grandparenting role: Seeking new answers to old questions. *International Journal of Aging and Human Development*, 49, 61 – 78.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Schiavi, R. (1999). *Aging and female sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Serna, I. (1996). Transformaciones Físicas e Psíquicas no Anciano. In *Psicogeriatría*. Madrid: Jarpyo Editores.

- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A. P., Felizardo, S., & Sousa, L. N. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115 – 131.
- Sirgy, M. (1998). Materialism and quality of life. *Social Indicators Research*, 43, 227 – 260.
- Such, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgements across cultures: Emotional versus norms. *Journal of Personal Social Psychology*, 74, 482 – 493.
- Tressel (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *In New England Journal of Medicine*, 35, 762 – 774.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piche, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *In Sexual & Relationship Therapy*, 15(4), 381 – 406.
- WHO (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007*. Acedido a 7 de Julho de 2008 através de <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Willits, F., & Crider, D. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43 (5), 172 – 176.

**Anexos**

## Anexo A

Outputs referentes à caracterização sócio-demográfica dos participantes

**Idade****Frequencies****Statistics**

Idade

N	Valid	100
	Missing	0
Median		2,0000
Minimum		1,00
Maximum		5,00

**Idade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid [65-69]	29	29,0	29,0	29,0
[70-74]	26	26,0	26,0	55,0
[75-79]	28	28,0	28,0	83,0
[80-84]	13	13,0	13,0	96,0
[85-89]	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Estado Civil****Frequencies****Statistics**

Estado\_Civil

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00 <sup>a</sup>
Minimum		1,00
Maximum		5,00

**Statistics**

Estado\_Civil

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00 <sup>a</sup>
Minimum		1,00
Maximum		5,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

**Estado\_Civil**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	4	4,0	4,0	4,0
Casado	39	39,0	39,0	43,0
Viúvo	39	39,0	39,0	82,0
Separado	5	5,0	5,0	87,0
Divorciado	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Habilitações****Frequencies****Statistics**

Habilitações

N	Valid	100
	Missing	0
Median		1,0000
Minimum		,00
Maximum		9,00

**Habilitações**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem estudos	32	32,0	32,0	32,0
4ª Classe	46	46,0	46,0	78,0
6º Ano	8	8,0	8,0	86,0

9° Ano	8	8,0	8,0	94,0
12° Ano	3	3,0	3,0	97,0
Bacharelato	1	1,0	1,0	98,0
Estudos Profissionais	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Religião

#### Frequencies

#### Statistics

Religião

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

### Religião

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Praticante	43	43,0	43,0	43,0
Não Praticante	57	57,0	57,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Relação

#### Frequencies

#### Statistics

Relação

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		3,00

**Relação**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Relação de compromisso	40	40,0	40,0	40,0
Sem relação de compromisso e sem parceiro sexual	50	50,0	50,0	90,0
Sem relação de compromisso e com parceiro sexual	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Habita****Statistics**

Habita

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00

**Habita**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sozinho	46	46,0	46,0	46,0
Na casa de um filho	8	8,0	8,0	54,0
Na casa de outros familiares	6	6,0	6,0	60,0
Com o parceiro actual	40	40,0	40,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Atividade TV****Frequencies****Statistics**

Atividade\_TV

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_TV**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	48	48,0	48,0	48,0
	Não	52	52,0	52,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atividade Rádio****Frequencies****Statistics**

Atividade\_Rádio

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_Rádio**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	17,0	17,0	17,0
	Não	83	83,0	83,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atividade Ler****Frequencies****Statistics**

Atividade\_Ler

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_Ler**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	25	25,0	25,0	25,0
	Não	75	75,0	75,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atividade Cultura****Frequencies****Statistics**

Atividade\_Cultura

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_Cultura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	55	55,0	55,0	55,0
	Não	45	45,0	45,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### Atividade Reunião

#### Frequencies

#### Statistics

Atividade\_Reuniao

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

#### Atividade\_Reuniao

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	63	63,0	63,0	63,0
	Não	37	37,0	37,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### Atividade Dançar

#### Frequencies

#### Statistics

Atividade\_Dançar

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

#### Atividade\_Dançar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	34,0	34,0	34,0
	Não	66	66,0	66,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atividade Física****Frequencies****Statistics**

Atividade\_Física

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_Física**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	56	56,0	56,0	56,0
	Não	44	44,0	44,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atividade Outras****Frequencies****Statistics**

Atividade\_Outras

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atividade\_Outras**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	3,0	3,0	3,0
	Não	97	97,0	97,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Isolado****Frequencies****Statistics**

Isolado

N	Valid	100
	Missing	0
Median		,0000
Minimum		,00
Maximum		2,00

**Isolado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	75	75,0	75,0	75,0
Poucas Vezes	16	16,0	16,0	91,0
Algumas Vezes	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Sozinho****Frequencies****Statistics**

Sozinho

N	Valid	100
	Missing	0
Median		,0000
Minimum		,00
Maximum		3,00

**Sozinho**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	57	57,0	57,0	57,0
Poucas Vezes	21	21,0	21,0	78,0
Algumas Vezes	19	19,0	19,0	97,0
Muitas Vezes	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

## Anexo B

## Lista de variáveis

Nº	Variável	Codificação	Identificação	Tipo
1	Idade	1. [65-69] 2. [70-74] 3. [75-79] 4. [80-84] 5. [85-89]	Ordinal	Demográfica
2	Estado Civil	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Separado(a) 5. Divorciado(a) 6. União de facto	Nominal	Demográfica
3	Habilitações Completas	0. Sem estudos 1. 4ª classe 2. 6º ano 3. 9º ano (antigo 5º ano do liceu) 4. 12º ano (antigo 7º ano do liceu) 5. Bacharelato 6. Licenciatura 7. Mestrado 8. Doutoramento 9. Estudos Profissionais	Ordinal	Demográfica
4	Religião	0. Religioso Praticante 1. Religioso Não Praticante 2. Sem Religião	Nominal	Demográfica
5	Medicação	1. Não 2. Sim	Nominal	Clínica
6	Tipo de Medicação	Patologias cardiovasculares (0. Não, 1. Sim) Patologias digestivas e metabólicas (0. Não, 1. Sim) Patologias hormonais e sistémicas (0. Não, 1. Sim) Patologias respiratórias (0. Não, 1. Sim) Patologias dermatológicas (0. Não, 1. Sim) Patologias psicológicas (0. Não, 1. Sim) Patologias musculoesqueléticas (0. Não, 1. Sim) Patologias ao nível dos sentidos (0. Não, 1. Sim)	Nominal	Clínica

7	Situação Relacional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relação de compromisso</li> <li>2. Sem relação de compromisso e sem parceiro sexual</li> <li>3. Sem relação de compromisso e com parceiro sexual</li> </ol>	Nominal	Demográfica
8	Situação de Habitação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vive sozinho</li> <li>2. Vive num lar ou instituição</li> <li>3. Vive na casa dum filho</li> <li>4. Vive em casa de familiares</li> <li>5. Vive com o parceiro actual</li> </ol>	Nominal	Demográfica
9	Actividades Habituais	<p>Ver televisão (1. Sim, 2. Não)  Ouvir rádio (1. Sim, 2. Não)  Ler (1. Sim, 2. Não)  Actividades Culturais (1. Sim, 2. Não)  Reunir-se em centros de convívio (1. Sim, 2. Não)  Dançar (1. Sim, 2. Não)  Alguma actividade física (1. Sim, 2. Não)  Outras (1. Sim, 2. Não)</p>	Nominal	Demográfica
10	Isolamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nunca</li> <li>1. Poucas vezes</li> <li>2. Algumas vezes</li> <li>3. Muitas vezes</li> <li>4. Sempre</li> </ol>	Ordinal	Demográfica
11	Solidão	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nunca</li> <li>1. Poucas vezes</li> <li>2. Algumas vezes</li> <li>3. Muitas vezes</li> <li>4. Sempre</li> </ol>	Ordinal	Demográfica
12	Relações sexuais do passado	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nada satisfatórias</li> <li>1. Pouco satisfatórias</li> <li>2. Satisfatórias</li> <li>3. Muito satisfatórias</li> </ol>	Ordinal	Comp. Sexual
13	Enamorado actualmente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
14	Atracção por alguém (últimos anos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
15	Interesse sexual (últimos anos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
16	Sexualmente activo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual

	(último ano)			
17	Razões para não ter relações sexuais	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Não Aplicável</li> <li>1. Porque não tenho parceiro</li> <li>2. Doença</li> <li>3. Morte do parceiro</li> <li>4. Doença do parceiro</li> <li>5. Separação ou divórcio</li> <li>6. Impotência do parceiro</li> <li>7. Perda de interesse do parceiro</li> <li>8. Falta de privacidade</li> <li>9. Razões de ordem social</li> <li>10. Efeitos dos medicamentos</li> <li>11. Porque não sei se consigo</li> <li>12. Porque não quero</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
18	Aceitação da sexualidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
19	Último contacto sexual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Última semana</li> <li>2. Último mês</li> <li>3. Últimos 3 meses</li> <li>4. Últimos 6 meses</li> <li>5. Últimos 12 meses</li> <li>6. Há mais de 1 ano</li> <li>7. Há mais de 1 ano mas menos de 3</li> <li>8. Há mais de 3 anos</li> </ol>	Ordinal	Comp. Sexual
20	Gostava de ter mais relações sexuais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Sinto-me bem assim</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
21	Relações sexuais melhoram com a idade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podem melhorar</li> <li>2. Podem piorar</li> <li>3. Nem melhoram, nem pioram</li> </ol>	Nominal	Comp. Sexual
22	Frequência de masturbação (último ano)	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nunca</li> <li>1. Raramente</li> <li>2. Poucas vezes</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Muitas vezes</li> </ol>	Ordinal	Comp. Sexual
23	Última masturbação	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Nunca</li> <li>1. Raramente</li> <li>2. Poucas vezes</li> <li>3. Algumas vezes</li> <li>4. Muitas vezes</li> </ol>	Ordinal	Comp. Sexual
24	Ânimo – Solidão/ Insatisfação	Contínua	Intervalar	Psicológicas
25	Ânimo – Atitudes face	Contínua	Intervalar	Psicológicas

	ao envelhecime nto			
26	Ânimo - Agitação	Contínua	Intervalar	Psicológicas

## Anexo C

## Carta de autorização de recolha de amostra

Exmo. Senhor

**ASSUNTO:** Pedido de colaboração para trabalho de investigação.

Sendo aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia (área clínica) conferido pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, encontro-me a desenvolver uma tese de Mestrado subordinada à temática da “Sexualidade e Bem-estar no Envelhecimento”, sob orientação da Prof. Dra. Ana Alexandra Carvalheira.

Para a realização deste trabalho recorreremos à aplicação de dois instrumentos: Questionário de Comportamentos Sexuais e Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton. Ambos os instrumentos não acarretam qualquer risco para os intervenientes e são de aplicação breve.

Apesar da realização de algumas investigações em torno da sexualidade e bem-estar dos idosos, o debate não está encerrado, afirmando-se como uma temática em que é importante investir para melhor intervir, daí que se torne necessário aprofundar a compreensão destes assuntos, de modo a adequar a intervenção psicológica necessária.

Neste contexto, venho por este meio respeitosamente solicitar junto de V. Exa., a autorização para proceder à recolha da amostra na Vossa Instituição.

A vossa cooperação para a realização desta investigação é fundamental. A participação de todos os indivíduos inqueridos, bem como a vossa colaboração, quer-se de carácter totalmente voluntário. Toda a informação obtida neste estudo será mantida em confidencialidade.

Encontro-me à disposição de V. Exa. para qualquer contacto ou esclarecimento e desde já, agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 10 de Julho de 2008

---

Prof. Dra. Ana Alexandra Carvalheira  
(Orientadora)

---

Joana Bento  
(Mestranda)

## Anexo D

## Consentimento informado

Exmo(a) Senhor(a),

Está a ser elaborada uma investigação sobre “Sexualidade e Bem-estar no Envelhecimento”. Pretendemos, assim, abordar uma questão actual, ao mesmo tempo que tentamos compreender o papel das relações amorosas e sexuais e seu contributo para o bem-estar humano nesta etapa da vida .

Neste sentido, pedimos a sua colaboração. A sua participação é voluntária. Caso escolha participar, todos os dados que forneça, serão confidenciais.

Gostaríamos que assinasse a folha de autorização, em como aceita participar nesta investigação, e preenchesse os questionários que lhe serão apresentados. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as questões.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar.

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objectivo do estudo, bem como as instruções de participação. Fui informado que tenho direito a recusar participar no estudo e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Fui, igualmente, informado que todos os dados serão confidenciais. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## Anexo E

## Questionário de Caracterização Sócio-demográfica

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**1. IDADE:** \_\_\_\_\_

**2. ESTADO CIVIL:**

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Separado(a)

Divorciado

União de facto

**3. HABILITAÇÕES COMPLETAS:**

Sem estudos

4ª Classe

6º Ano

9º Ano (ou antigo 5º ano do liceu)

12º Ano (ou antigo 7º ano do liceu)

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Estudos Profissionais

**4. RELIGIOSAMENTE CONSIDERA-SE:**

Religioso Praticante

Religioso Não Praticante

Sem religião

**5. TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO?**

Sim

Não

**6. SE TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO, QUAL TOMA?**

---

**7. QUAL É A SUA SITUAÇÃO RELACIONAL:**

Com relação de compromisso

Sem relação de compromisso e sem parceiro sexual

Sem relação de compromisso e com parceiro sexual

**8. ACTUALMENTE VIVE:**

Sozinho(a)

Num lar (instituição)

Na casa de um filho

Na casa de outros familiares

Com o seu parceiro(a) actual

**9. ASSINALE TRÊS ACTIVIDADES QUE PRATIQUE HABITUALMENTE:**

Ver televisão

Ouvir rádio

Ler

Actividades culturais (espectáculos, cinema, teatro, exposições, entre outros)

Reunir-se em centros de dia, recreativos, desportivos, entre outros

Dançar

Alguma actividade física

Outras

**10. SENTE-SE ISOLADO(A) NA COMUNIDADE?**

Sempre

Muitas vezes

Algumas vezes

Poucas vezes

Nunca

**11. SENTE-SE SOZINHO(A)?**

Sempre

Muitas vezes

Algumas vezes

Poucas vezes

Nunca

## Anexo F

## Questionário de Comportamentos Sexuais

**QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS****1. CONSIDERA QUE AS RELAÇÕES SEXUAIS QUE TEVE NO PASSADO FORAM:**

Muito satisfatórias

Satisfatórias

Pouco satisfatórias

Nada satisfatórias

**2. ACTUALMENTE, SENTE-SE ENAMORADO POR ALGUÉM?**

Sim

Não

**3. NOS ÚLTIMOS ANOS, SENTIU-SE ATRAÍDO POR ALGUÉM?**

Sim Quando foi? (Há quantos anos?) \_\_\_\_\_

Não

**4. NOS ÚLTIMOS ANOS, SENTIU INTERESSE SEXUAL POR ALGUÉM?**

Sim Quando foi? (Há quantos anos?) \_\_\_\_\_

Não

**5. NESTE ÚLTIMO ANO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?**

Sim

Não

**6. QUE RAZÕES APRESENTA PARA NÃO TER RELAÇÕES SEXUAIS?**

Porque não tenho parceiro

Por razão de doença

Morte do(a) parceiro(a)

Doença do(a) parceiro(a)

Separação ou divórcio

Impotência do parceiro

Perda de interesse do(a) parceiro(a)

Falta de privacidade (ex. viver na casa do filho, viver numa instituição)

Razões de ordem social (ex.: medo de ser ridicularizado/a)

Efeitos colaterais de medicamentos

Porque não sei se consigo

Porque não quero

**7. PESSOALMENTE, ACEITA A IDEIA DE SER SEXUALMENTE ACTIVO(A) NA SUA IDADE?**

Sim

Não

**8. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE ALGUM CONTACTO SEXUAL?**

Na última semana

No último mês

Nos últimos 3 meses

Nos últimos 6 meses

Nos últimos 12 meses

Há mais de 1 ano

Há mais de 1 ano mas menos de 3 anos

Há mais de 3 anos

\_\_\_\_\_ (Há mais de 3 anos, quando?)

**9. PRESENTEMENTE, GOSTARIA DE TER MAIS RELAÇÕES SEXUAIS? Ou mais actividade sexual?**

Sim

Não

Sinto-me bem assim

**10. PENSA QUE AS RELAÇÕES SEXUAIS PODEM MELHORAR COM A IDADE?**

Podem melhorar

Podem piorar

Nem melhoram, nem pioram

---

**11. NO ÚLTIMO ANO COM QUE FREQUÊNCIA SE MASTURBOU?**

Nunca

Raramente

Poucas vezes

Algumas vezes

Muitas vezes

**12. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE SE MASTURBOU?**

---

## Anexo G

## Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (EACGF)

INDIQUE SE AS SEGUINTES DECLARAÇÕES O/A DESCRIVEM A SI

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

	Sim	Não
1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.		
2. Às vezes estou tão preocupado(a) que não consigo dormir.		
3. Tenho muitos motivos para estar triste.		
4. Tenho medo de muitas coisas.		
5. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.		
6. Levo as coisas muito a sério.		
7. Preocupo-me com facilidade.		
8. As coisas pioram conforme envelheço.		
9. Tenho tanta energia como no ano passado.		
10. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.		
11. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.		
12. Estou tão feliz agora como quando era novo(a).		
13. Sinto-me muito só.		
14. Estou vezes suficientes com a família e os amigos.		

## Anexo H

Outputs referentes à análise descritiva das variáveis clínicas e comportamentos sexuais dos participantes

**Medicação****Frequencies****Statistics**

Medicação

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Medicação**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	90	90,0	90,0	90,0
Não	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Medicação cardiovascular****Frequencies****Statistics**

Med\_cardio

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_cardio**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	21	21,0	21,0	21,0
Sim	79	79,0	79,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Medicação digestiva e metabólica****Frequencies****Statistics**

Med\_dig\_met

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_dig\_met**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	81	81,0	81,0	81,0
Sim	19	19,0	19,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

## Medicação hormonal e sistêmica

### Frequencies

#### Statistics

Med\_hormo\_sist

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

#### Med\_hormo\_sist

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	72	72,0	72,0	72,0
	Sim	28	28,0	28,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

## Medicação respiratória

### Frequencies

#### Statistics

Med\_resp

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_resp**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	95	95,0	95,0	95,0
	Sim	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Medicação Dermatológica****Frequencies****Statistics**

Med\_derma

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_derma**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	98	98,0	98,0	98,0
	Sim	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Medicação psicológica****Frequencies****Statistics**

Med\_psic

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_psic**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	71	71,0	71,0	71,0
	Sim	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Medicação musculoesquelética****Frequencies****Statistics**

Med\_musc\_esq

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_musc\_esq**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	90	90,0	90,0	90,0
	Sim	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Medicação ao nível dos sentidos****Frequencies****Statistics**

Med\_sentidos

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		1,00

**Med\_sentidos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	98	98,0	98,0	98,0
	Sim	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Sexo no passado****Frequencies****Statistics**

Sexo\_Passado

N	Valid	100
	Missing	0
Median		2,0000
Minimum		,00
Maximum		3,00

**Sexo\_Passado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada Satisfatórias	5	5,0	5,0	5,0
	Pouco Satisfatórias	12	12,0	12,0	17,0
	Satisfatórias	51	51,0	51,0	68,0
	Muito Satisfatórias	32	32,0	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Enamoramento****Frequencies****Statistics**

Enamorado

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Enamorado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	46	46,0	46,0	46,0
	Não	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Atracção****Frequencies****Statistics**

Atracção

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Atracção**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	49	49,0	49,0	49,0
	Não	51	51,0	51,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Interesse sexual****Frequencies****Statistics**

Interesse\_Sexo

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Interesse\_Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	41	41,0	41,0	41,0
	Não	59	59,0	59,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Sexo actual****Frequencies****Statistics**

Sexo\_Actual

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		2,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

**Sexo\_Actual**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	37	37,0	37,0	37,0
Não	63	63,0	63,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Razões para não ter sexo****Frequencies****Statistics**

Não\_Sexo

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		,00
Minimum		,00
Maximum		12,00

**Não\_Sexo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não Aplicável	37	37,0	37,0	37,0
Não tenho parceiro	10	10,0	10,0	47,0
Doença	3	3,0	3,0	50,0
Morte do parceiro	19	19,0	19,0	69,0
Doença do parceiro	2	2,0	2,0	71,0
Separação/Divórcio	1	1,0	1,0	72,0
Impotência do parceiro	9	9,0	9,0	81,0
Social	3	3,0	3,0	84,0
Não sei se consigo	1	1,0	1,0	85,0
Não quero	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

## Aceitação da sexualidade

### Frequencies

#### Statistics

Sexo\_Activo

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00

#### Sexo\_Activo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	86	86,0	86,0	86,0
	Não	14	14,0	14,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

## Último contacto sexual

### Frequencies

#### Statistics

Contacto\_Sexo

N	Valid	100
	Missing	0
Median		8,0000
Minimum		1,00
Maximum		8,00

**Contacto\_Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Última Semana	20	20,0	20,0	20,0
	Último Mês	13	13,0	13,0	33,0
	Nos últimos 3 meses	2	2,0	2,0	35,0
	Nos últimos 6 meses	1	1,0	1,0	36,0
	Há mais de 1 ano	5	5,0	5,0	41,0
	Há mais de 1 ano mas menos de 3	5	5,0	5,0	46,0
	Há mais de 3 anos	54	54,0	54,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**Vontade de ter mais relações sexuais****Frequencies****Statistics**

Mais\_Sexo

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		3,00
Minimum		1,00
Maximum		3,00

**Mais\_Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	13	13,0	13,0	13,0
	Não	26	26,0	26,0	39,0
	Sinto-me bem assim	61	61,0	61,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

## Melhoria da sexualidade com a idade

### Frequencies

#### Statistics

Sexo\_Melhorar

N	Valid	100
	Missing	0
Mode		3,00
Minimum		1,00
Maximum		3,00

#### Sexo\_Melhorar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Podem melhorar	31	31,0	31,0	31,0
Podem piorar	33	33,0	33,0	64,0
Nem melhoram, nem pioram	36	36,0	36,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

## Frequência de masturbação

### Frequencies

#### Statistics

Frequência\_Masturbar

N	Valid	100
	Missing	0
Median		,0000
Minimum		,00
Maximum		4,00

**Frequência\_Masturbar**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	76	76,0	76,0	76,0
Raramente	9	9,0	9,0	85,0
Poucas Vezes	4	4,0	4,0	89,0
Algumas Vezes	10	10,0	10,0	99,0
Muitas Vezes	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

**Última masturbação****Frequencies****Statistics**

## Última\_Masturbação

N	Valid	100
	Missing	0
Median		9,0000
Minimum		1,00
Maximum		9,00

**Última\_Masturbação**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Última Semana	6	6,0	6,0	6,0
Último Mês	7	7,0	7,0	13,0
Nos últimos 3 meses	3	3,0	3,0	16,0
Nos últimos 6 meses	4	4,0	4,0	20,0
Nos últimos 12 meses	4	4,0	4,0	24,0
Há mais de 1 ano	1	1,0	1,0	25,0
Há mais de 1 ano mas menos de 3	2	2,0	2,0	27,0

Há mais de 3 anos	6	6,0	6,0	33,0
Nunca	67	67,0	67,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

## Anexo I

Outputs referentes à análise da fidelidade

**Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia**

**Reliability  
Scale: Ânimo**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	100	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,784	14

**Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia – Dimensão  
Solidão/Insatisfação**

**Reliability  
Scale: Solidão/Insatisfação**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	100	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,706	5

**Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia – Dimensão Atitudes face ao envelhecimento**

**Reliability  
Scale: Atitudes face ao próprio envelhecimento**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	100	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,703	5

**Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia – Dimensão Agitação**

**Reliability  
Scale: Agitação**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	100	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,701	4

## Anexo J

Outputs referentes à análise do Bem-estar e comportamentos sexuais

**Dimensão Solidão/Insatisfação e manutenção das relações sexuais****Explore  
Sexo\_Actual****Case Processing Summary**

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_solidão	Sim	37	100,0%	0	,0%	37	100,0%
	Não	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

**Tests of Normality**

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_solidão	Sim	,250	37	,000	,824	37	,000
	Não	,153	63	,001	,920	63	,001

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_solidão	Based on Mean	3,309	1	98	,072
	Based on Median	3,089	1	98	,082
	Based on Median and with adjusted df	3,089	1	95,974	,082
	Based on trimmed mean	3,757	1	98	,055

## NPar Tests Kruskal-Wallis Test

### Ranks

	Sexo_Actual	N	Mean Rank
Animo_solidão	Sim	37	65,45
	Não	63	41,72
	Total	100	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Animo_solidão
Chi-Square	16,214
df	1
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo\_Actual

## Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e manutenção das relações sexuais

### Explore Sexo\_Actual

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Sim	37	100,0%	0	,0%	37	100,0%
	Não	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Sim	,210	37	,000	,901	37	,003
	Não	,164	63	,000	,908	63	,000

a. Lilliefors Significance Correction

### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	5,883	1	98	,017
	Based on Median	3,783	1	98	,055
	Based on Median and with adjusted df	3,783	1	93,665	,055
	Based on trimmed mean	5,994	1	98	,016

### NPar Tests Kruskal-Wallis Test

#### Ranks

		Sexo_Actual	N	Mean Rank
Animo_atitudes	Sim		37	62,38
	Não		63	43,52
	Total		100	

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

		Animo_atitudes
Chi-Square		10,234
df		1
Asymp. Sig.		,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sexo\_Actual

## Bem-estar total e manutenção das relações sexuais

### Explore Sexo\_Actual

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_Total	Sim	37	100,0%	0	,0%	37	100,0%
	Não	63	100,0%	0	,0%	63	100,0%

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_Total	Sim	,105	37	,200*	,949	37	,089
	Não	,102	63	,172	,956	63	,025

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_Total	Based on Mean	1,896	1	98	,172
	Based on Median	1,652	1	98	,202
	Based on Median and with adjusted df	1,652	1	96,986	,202
	Based on trimmed mean	1,948	1	98	,166

#### Oneway

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum
Sim	37	8,9459	2,80818	,46166	3,00	13,00
Não	63	6,2222	3,29929	,41567	,00	12,00
Total	100	7,2300	3,38104	,33810	,00	13,00

## ANOVA

Animo\_Total

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	172,929	1	172,929	17,676	,000
Within Groups	958,781	98	9,783		
Total	1131,710	99			

## Bem-estar total e Aceitação da sexualidade

Explore  
Aceitaçãosexo

## Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_Total	Sim	86	100,0%	0	,0%	86	100,0%
	Não	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

## Tests of Normality

Aceitação o_sexo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_Total	Sim	,120	86	,004	,956	86	,005
	Não	,160	14	,200*	,956	14	,654

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

## Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_Total	Based on Mean	5,519	1	98	,021
	Based on Median	5,131	1	98	,026
	Based on Median and with adjusted df	5,131	1	96,343	,026
	Based on trimmed mean	5,353	1	98	,023

**NPar Tests**  
**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

	Aceitação o_sexo	N	Mean Rank
Animo_Total	Sim	86	53,17
	Não	14	34,11
	Total	100	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Animo_Total
Chi-Square	5,237
Df	1
Asymp. Sig.	,022

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Aceitação\_sexo

**Correlação entre o Bem-estar total, dimensões Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao envelhecimento, Agitação e Relações sexuais do passado**

**Nonparametric Correlations**

	Animo_Total	Animo_solidão	Animo_atitudes	Animo_agitação	Sexo_Passado
Spearman's rho					
Animo_Total	1,000	,830**	,791**	,731**	,268**
Correlation Coefficient					
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,007
N	100	100	100	100	100
Animo_solidão	,830**	1,000	,456**	,468**	,196
Correlation Coefficient					
Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,051
N	100	100	100	100	100
Animo_atitudes	,791**	,456**	1,000	,378**	,144
Correlation Coefficient					
Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,152
N	100	100	100	100	100
Animo_agitação	,731**	,468**	,378**	1,000	,311**
Correlation Coefficient					
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,002
N	100	100	100	100	100
Sexo_Passado	,268**	,196	,144	,311**	1,000
Correlation Coefficient					
Sig. (2-tailed)	,007	,051	,152	,002	
N	100	100	100	100	100

## Dimensão Solidão/Insatisfação e Enamoramento

### Explore Enamorado

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_solidão	Sim	46	100,0%	0	,0%	46	100,0%
	Não	54	100,0%	0	,0%	54	100,0%

#### Tests of Normality

Enamorado		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_solidão	Sim	,219	46	,000	,863	46	,000
	Não	,175	54	,000	,913	54	,001

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_solidão	Based on Mean	2,553	1	98	,113
	Based on Median	2,034	1	98	,157
	Based on Median and with adjusted df	2,034	1	96,730	,157
	Based on trimmed mean	2,654	1	98	,106

### NPar Tests Kruskal-Wallis Test

#### Ranks

Enamorado		N	Mean Rank
Animo_solidão	Sim	46	60,84
	Não	54	41,69
Total		100	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Animo_solidão
Chi-Square	11,250
df	1
Asymp. Sig.	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Enamorado

**Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e Atracção****Explore  
Atracção****Case Processing Summary**

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Sim	49	100,0%	0	,0%	49	100,0%
	Não	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%

**Tests of Normality**

Atracção		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Sim	,198	49	,000	,901	49	,001
	Não	,185	51	,000	,902	51	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	3,105	1	98	,081
	Based on Median	2,785	1	98	,098
	Based on Median and with adjusted df	2,785	1	97,356	,098
	Based on trimmed mean	3,145	1	98	,079

## NPar Tests Kruskal-Wallis Test

### Ranks

		Atracção	N	Mean Rank
Animo_atitudes	Sim		49	61,77
	Não		51	39,68
	Total		100	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

		Animo_atitudes
Chi-Square		15,058
df		1
Asymp. Sig.		,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Atracção

## Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e Interesse sexual

### Explore Interesse\_Sexo

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Sim	41	100,0%	0	,0%	41	100,0%
	Não	59	100,0%	0	,0%	59	100,0%

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Sim	,217	41	,000	,880	41	,000
	Não	,191	59	,000	,905	59	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	5,372	1	98	,023
	Based on Median	3,791	1	98	,054
	Based on Median and with adjusted df	3,791	1	89,195	,055
	Based on trimmed mean	5,538	1	98	,021

**NPar Tests  
Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

		Interesse _Sexo	N	Mean Rank
Animo_atitudes	Sim		41	64,70
	Não		59	40,64
	Total		100	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Animo_atitudes
Chi-Square	17,293
df	1
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Interesse\_Sexo

## Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e Melhoria das relações sexuais

### Explore Sexo\_Melhorar

#### Case Processing Summary

Sexo_Melhorar		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Podem melhorar	31	100,0%	0	,0%	31	100,0%
	Podem piorar	33	100,0%	0	,0%	33	100,0%
	Nem melhoram, nem pioram	36	100,0%	0	,0%	36	100,0%

#### Tests of Normality

Sexo_Melhorar		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Podem melhorar	,177	31	,015	,917	31	,020
	Podem piorar	,126	33	,200*	,926	33	,027
	Nem melhoram, nem pioram	,234	36	,000	,869	36	,001

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	,321	2	97	,726
	Based on Median	,266	2	97	,767
	Based on Median and with adjusted df	,266	2	95,908	,767
	Based on trimmed mean	,275	2	97	,760

## Post Hoc Tests

(I) Sexo_Melhorar	(J) Sexo_Melhorar	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Podem melhorar	Podem piorar	,63245	,38334	,230
	Nem melhoram, nem pioram	-,23118	,37552	,812
Podem piorar	Podem melhorar	-,63245	,38334	,230
	Nem melhoram, nem pioram	-,86364	,36936	,055
Nem melhoram, nem pioram	Podem melhorar	,23118	,37552	,812
	Podem piorar	,86364	,36936	,055

## Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e Vontade de ter mais relações sexuais

### Explore Mais\_Sexo

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Mais_Sexo						
	Sim	13	100,0%	0	,0%	13	100,0%
	Não	26	100,0%	0	,0%	26	100,0%
	Sinto-me bem assim	61	100,0%	0	,0%	61	100,0%

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Mais_Sexo						
	Sim	,192	13	,200*	,895	13	,115
	Não	,215	26	,003	,896	26	,013
	Sinto-me bem assim	,184	61	,000	,915	61	,000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Test of Homogeneity of Variance**

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	,198	2	97	,821
	Based on Median	,030	2	97	,971
	Based on Median and with adjusted df	,030	2	90,848	,971
	Based on trimmed mean	,204	2	97	,816

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Animo\_atitudes

Tukey HSD

(I) Mais_Sexo	(J) Mais_Sexo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Sim	Não	,42308	,53353	,708
	Sinto-me bem assim	,13115	,47980	,960
Não	Sim	-,42308	,53353	,708
	Sinto-me bem assim	-,29193	,36787	,708
Sinto-me bem assim	Sim	-,13115	,47980	,960
	Não	,29193	,36787	,708

## Anexo K

Outputs referentes à análise do Bem-estar e variáveis demográficas e clínicas

**Correlação entre o Bem-estar total, dimensões Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao envelhecimento, Agitação e Isolamento e Solidão****Nonparametric Correlations**

		Correlations						
Spearman's rho	Animo_Total	Animo_Total	Animo_solidão	Animo_atitudes	Animo_agitação	Isolado	Sozinho	
Correlation Coefficient		1,000	,830**	,791**	,731**	,117	-,416**	
Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000	,245	,000	
N		100	100	100	100	100	100	
Correlation Coefficient	Animo_solidão	,830**	1,000	,456**	,468**	-,081	-,498**	
Sig. (2-tailed)				,000	,000	,425	,000	
N		100	100	100	100	100	100	
Correlation Coefficient	Animo_atitudes	,791**	,456**	1,000	,378**	-,099	-,229*	
Sig. (2-tailed)					,000	,329	,022	
N		100	100	100	100	100	100	
Correlation Coefficient	Animo_agitação	,731**	,468**	,378**	1,000	-,092	-,206*	
Sig. (2-tailed)						,363	,040	
N		100	100	100	100	100	100	
Correlation Coefficient	Isolado	-,117	-,081	-,099	-,092	1,000	,487**	
Sig. (2-tailed)							,000	
N		100	100	100	100	100	100	
Correlation Coefficient	Sozinho	-,416**	-,498**	-,229*	-,206*	,487**	1,000	
Sig. (2-tailed)						,040	,000	
N		100	100	100	100	100	100	

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Dimensão Atitudes face ao envelhecimento e Medicação

### Explore Medicação

#### Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Animo_atitudes	Sim	90	100,0%	0	,0%	90	100,0%
	Não	10	100,0%	0	,0%	10	100,0%

#### Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Animo_atitudes	Sim	,165	90	,000	,915	90	,000
	Não	,255	10	,065	,862	10	,080

a. Lilliefors Significance Correction

#### Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Animo_atitudes	Based on Mean	,312	1	98	,578
	Based on Median	,480	1	98	,490
	Based on Median and with adjusted df	,480	1	95,363	,490
	Based on trimmed mean	,361	1	98	,550

### NPar Tests Kruskal-Wallis Test

#### Ranks

		N	Mean Rank
Animo_atitudes	Medicaç ão		
	Sim	90	49,19
	Não	10	62,25
Total		100	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Animo_atitudes
Chi-Square	1,894
df	1
Asymp. Sig.	,169

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Medicação