

**CARLA MARIA DE FARIA CUSTÓDIO**

*REPRESENTAÇÕES E VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE  
NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO*



**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**

**Orientador: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa Maio – 2008**



**CARLA MARIA DE FARIA CUSTÓDIO**

*REPRESENTAÇÕES E VIVÊNCIAS DA  
SEXUALIDADE NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO*

**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**

**Orientador: Professora Doutora Natália Ramos**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Lisboa Maio – 2008**

Dedico este trabalho a todos aqueles que com o passar dos anos ainda não se esqueceram de viver e nos contemplam com a sua sabedoria e experiência

*“Há ainda dias sorridentes  
para a velhice, se ela se  
interessa por tudo e se  
desinteressa de si própria”.*

*C. de Belvèze*

## Agradecimentos

À Professora Doutora Natália Ramos pelo seu excelente trabalho como Directora do Mestrado de Comunicação em Saúde, pela sua inacabável disponibilidade e dedicação na orientação deste trabalho, o qual não teria sido decerto finalizado se não fossem as suas palavras de incentivo.

Ao meu pai por ter tornado possível este projecto

Ao meu marido pelo seu apoio permanente e por ter preenchido junto das minhas filhas o vazio das minhas ausências.

Às minhas filhas, Mónica e Sofia, por serem a razão da minha existência e por me contemplarem com o seu incondicional amor.

À minha irmã Sandra pelo apoio e ajuda na revisão e correcção deste trabalho.

À Cidália por toda a ajuda e colaboração prestadas no decorrer deste Mestrado.

À Célia, à Natália e à Paula pela partilha e pelo apoio nos momentos difíceis e principalmente por tudo de bom que vivemos juntas neste processo.

Aos meus colegas do Centro de Saúde pelo apoio e paciência demonstrados nesta fase final.

À Direcção do Centro de Ocupação Infantil por ter autorizado a realização do estudo.

A todos os funcionários e idosos que fizeram parte das amostras e que pela sua colaboração e disponibilidade tornaram possível a realização deste trabalho.

## Resumo

Compreender o idoso na sua globalidade deve constituir a preocupação daqueles que com ele contactam quotidianamente, quer em contexto de trabalho quer no âmbito pessoal.

Consideramos como principais objectivos deste estudo: Identificar quais as representações da sexualidade/afectividade para os idosos institucionalizados; Identificar quais são as representações da sexualidade/afectividade para os idosos na perspectiva dos cuidadores; Conhecer como é a vivência da sexualidade/afectividade nos idosos; Identificar os factores que influenciam a vivência da sexualidade/afectividade no idoso; Conhecer em que medida a institucionalização condiciona a sexualidade/afectividade no idoso;

O nosso estudo foi constituído por duas amostras, seleccionadas por conveniência, que incluíram 6 idosos e 30 cuidadores e funcionários da Residência de Idosos do Centro de Ocupação Infantil (COI) no Pinhal Novo.

As entrevistas englobaram questões para caracterização da amostra e outras questões que facultaram informação sobre as representações dos idosos sobre o casamento, a vida sexual, os relacionamentos amorosos no exterior e interior da instituição e qual a opinião dos cuidadores e familiares a este respeito, sendo os resultados analisados através do método qualitativo de análise de conteúdo.

Os questionários aos funcionários da instituição, para além de integrarem dados da caracterização sócio-demográfica da população permitiram, conhecer os significados atribuídos, aos conceitos de Envelhecimento, Velhice, Idoso, Solidão, Amor, Afectividade, Sexualidade, Sexo e Sexualidade na Terceira Idade e algumas das suas representações face à temática. Estes foram analisados através do programa de análise estatística SPSS na sua versão 15. Todos os idosos entrevistados classificaram o seu casamento e a sua vida sexual como satisfatórios, salientando aspectos de natureza cultural, social, educacional e emocional.

Os resultados revelam que os idosos embora se sintam sozinhos, quer pela sua viuvez, quer pelo facto de se encontrarem institucionalizados, não encaram

a possibilidade de se relacionarem amorosamente com mais ninguém, quer dentro ou fora da instituição.

Os idosos do nosso estudo consideram importante a opinião dos filhos nos relacionamentos nesta idade e acham que não deve haver qualquer tipo de contactos amorosos dentro da instituição, salientando mesmo que as funcionárias não o deviam permitir.

Os cuidadores e funcionários, de uma maneira geral, parecem demonstrar maior abertura a este respeito, referindo mesmo que concordam com relacionamentos desta natureza. No entanto, consideram que os familiares dos idosos não partilham desta opinião.

Consideram também que os idosos têm capacidade de amar e de se relacionar emocionalmente e que ainda se interessam pela sexualidade.

Concluimos que para além dos aspectos mencionados é notória a percentagem de inquiridos que não se pronuncia (positiva ou negativamente) acerca de determinados temas, nomeadamente os que dizem respeito sobretudo à sexualidade do idoso, podendo, de alguma forma, revelar tabus e preconceitos existentes relativamente ao tema.

**Palavras-chave:** Idoso; Envelhecimento, Representações, Sexualidade, Afectividade, Institucionalização, Cuidadores.

## **Abstract**

Understanding the elderly as a whole, should be the concerning of those who come into contact with them every day, either in a working context, either in a personal context.

As major goals of this study we consider: Identify what are the representations of sexuality and affection for the elderly institutionalized; Identify what are the representations of sexuality / affection for the elderly in the perspective of caregivers; Knowing how is the experience of sexuality in the elderly; identify the factors that influence the experience of sexuality in the elderly; Knowing the extent to which institutionalization determines sexuality / affection in the elderly; Our study was composed of two samples, selected for convenience, which included 6 elderly and 30 caregivers and officials of the Home for the Elderly of the Centro de Ocupação Infantil (COI) in Pinhal Novo. Interviews include issues for characterization of the sample and others questions that have provided information about the representations the elderly have about marriage, sex life, love relationships outside and inside the institution, and what are the views of carers and family members in this regard, and the findings reviewed in the light of the method of qualitative analysis of content.

The questionnaires to officials of institution, in addition to the socio-demographic characterization of the sample allowed to know the meanings attributed to the concepts of Aging, Old Age, Aging, Solitude, Love, Affectivity, Sexuality, Gender and Sexuality in Seniors and some of its representations address the issue. All elderly respondents rated their marriage and their sex life as satisfactory, highlighting aspects of a cultural, social, educational and emotional.

The results show that although the elderly feel alone, either by their widowhood, or because they are institutionalized, do not consider the possibility of lovely connect with anyone else, either inside or outside the institution. The elderly in our study consider important the views of children in this age relationships, and they think that there should be any lovely contacts within the institution, even

stressing that the officials should not allow. Carers and officials, in general, seem to show greater openness in this regard, noting that even agree on such relationships. However, consider that the relatives of elderly people do not share this view.

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

**Keywords:** Old; Aging, Representations, Sexuality, Affectivity, Institutionalization, Caregivers.

## Índice

Resumo .....	6
Abstract.....	8
Siglas .....	19
INTRODUÇÃO.....	20
I – PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
CAPÍTULO I – A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL .....	23
1.1 – CONCEITO DE ENVELHECIMENTO/VELHICE.....	23
1.2 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.....	25
1.3 – ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO.....	29
1.3.1 – Na União Europeia .....	30
1.3.2 – Em Portugal.....	32
1.4 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, MITOS E ESTEREÓTIPOS EM RELAÇÃO AOS IDOSOS.....	36
1.5 – O IDOSO E A FAMÍLIA NA SOCIEDADE ACTUAL .....	44
CAPÍTULO II - SAÚDE, DOENÇA E ENVELHECIMENTO .....	50
2.1 - ASPECTOS BIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO .....	50
2.2 – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....	53
2.3 – SAÚDE/DOENÇA NO IDOSO .....	57
CAPÍTULO III – SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO .....	60
3.1 – FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR.....	60
3.1.1 - Aparelho reprodutor masculino.....	61
3.1.2 – Aparelho reprodutor feminino.....	63
3.2 – CONCEITO DE SEXUALIDADE .....	66
3.3 – SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO.....	69
CAPÍTULO IV – INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO .....	77
4.1 – INSTITUCIONALIZAÇÃO TEMPORÁRIA .....	79
4.2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO PERMANENTE .....	80
4.3 – CUIDAR O IDOSO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	82
II PARTE: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	87
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	87
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE PALMELA.....	87
1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO/RESIDÊNCIA DE IDOSOS COI – PINHAL NOVO .....	92
CAPÍTULO II – METODOLOGIA .....	98
2.1 – POPULAÇÃO ESTUDADA.....	98
2.1.1 – Dimensão da Amostra e Sistema de Recrutamento.....	98
2.1.2 – Critérios de Inclusão.....	99
2.1.3 - Procedimentos Formais e Éticos .....	99
2.2 – TIPO DE ESTUDO .....	101
2.3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	101
2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	102
2.4.1 - Recolha de dados.....	102
2.4.2 – Entrevistas .....	102
2.4.3 – Questionário .....	103
2.4.4 – Pré-Teste.....	104
2.5 – ANÁLISE DOS DADOS .....	105

2.5.1 – Análise quantitativa .....	105
2.5.2 – Análise de conteúdo .....	105
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS</b>	
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>107</b>
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS .....	107
3.1.1 – Caracterização da amostra dos idosos .....	107
3.1.2 – Análise das entrevistas aos idosos .....	117
3.2.1 – Caracterização da amostra dos funcionários e cuidadores .....	134
3.2.2 – Significados atribuídos, pelos cuidadores e funcionários da Instituição, aos conceitos: Envelhecimento, Velhice, Idoso, Solidão, Amor, Afectividade, Sexualidade, Sexo e Sexualidade na Terceira Idade .....	139
3.2.3 – Grau de concordância dos inquiridos face às questões apresentadas na parte final do questionário .....	152
3.2.4 - Análise de fiabilidade.....	175
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>177</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>186</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>198</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>200</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>203</b>
<b>ANEXO IV .....</b>	<b>212</b>
<b>ANEXO V .....</b>	<b>239</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Pirâmide de idades, Portugal 1960 – 2000</b>	<b>34</b>
<b>Figura 2 – Distribuição da População idosa por concelhos, Portugal 2001</b>	<b>35</b>
<b>Figura 3 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 – 2001</b>	<b>36</b>
<b>Figura 4 – Evolução das famílias clássicas segundo a sua composição, Portugal 1991 e 2001</b>	<b>49</b>
<b>Figura 5 – Localização do Concelho de Palmela</b>	<b>87</b>

## **INDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 – Indicador conjuntural de fecundidade 1995 – 1999 (filhos por mulher)</b>	<b>32</b>
<b>Gráfico 2 – População residente nas freguesias do Concelho de Palmela</b>	<b>88</b>
<b>Gráfico 3 – Distribuição da frequência dos significados de Envelhecimento</b>	<b>140</b>
<b>Gráfico 4 – Distribuição da frequência dos significados de Velhice</b>	<b>141</b>
<b>Gráfico 5 – Distribuição da frequência dos significados de Idoso</b>	<b>142</b>
<b>Gráfico 6 – Distribuição da frequência dos significados de Solidão</b>	<b>144</b>
<b>Gráfico 7 – Distribuição da frequência dos significados de Amor</b>	<b>145</b>
<b>Gráfico 8 – Distribuição da frequência dos significados de Afectividade</b>	<b>147</b>
<b>Gráfico 9 – Distribuição da frequência dos significados de Sexualidade</b>	<b>148</b>
<b>Gráfico 10 – Distribuição da frequência dos significados de Sexo</b>	<b>149</b>
<b>Gráfico 11 – Distribuição da frequência dos significados de Sexualidade na Terceira Idade</b>	<b>151</b>

<b>Gráfico12 – Distribuição da amostra relativamente à questão P1:</b>	<b>153</b>
<i>O envelhecimento assusta as pessoas mais novas</i>	
<b>Gráfico 13 – Distribuição da amostra relativamente à questão P2:</b>	<b>154</b>
<i>O convívio entre velhos e novos pode ser benéfico para ambos</i>	
<b>Gráfico 14 – Distribuição da amostra relativamente à questão P5:</b>	<b>155</b>
<i>O envelhecimento conduz à solidão</i>	
<b>Gráfico 15 – Distribuição da amostra relativamente à questão P12:</b>	<b>156</b>
<i>A qualidade de vida dos idosos depende da forma como encaramos a velhice e o envelhecimento</i>	
<b>Gráfico 16 – Distribuição da amostra relativamente à questão P13:</b>	<b>157</b>
<i>Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente</i>	
<b>Gráfico 17 – Distribuição da amostra relativamente à questão P14:</b>	<b>158</b>
<i>A institucionalização do idoso dificulta os seus contactos sociais</i>	
<b>Gráfico 18 – Distribuição da amostra relativamente à questão P16:</b>	<b>159</b>
<i>Os idosos já não têm capacidade de amar, nem de se relacionar emocionalmente</i>	
<b>Gráfico 19 – Distribuição da amostra relativamente à questão P17:</b>	<b>160</b>
<i>Os idosos são mais carentes de afecto do que as pessoas em geral</i>	

<b>Gráfico 20 – Distribuição da amostra relativamente à questão P23:</b>	<b>161</b>
<i>Os idosos já não se interessam pela sexualidade</i>	
<b>Gráfico 21 – Distribuição da amostra relativamente à questão P25:</b>	<b>163</b>
<i>Os idosos são pessoas doentes</i>	
<b>Gráfico 22 – Distribuição da amostra relativamente à questão P27:</b>	<b>164</b>
<i>A vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso institucionalizado, deve ser reprimida por se tratar de um comportamento pouco aceitável</i>	
<b>Gráfico 23 – Distribuição da amostra segundo a questão P28:</b>	<b>165</b>
<i>Os idosos são seres assexuados</i>	
<b>Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo a questão P29:</b>	<b>167</b>
<i>O relacionamento amoroso entre homens e mulheres institucionalizados é um comportamento natural</i>	
<b>Gráfico 25 – Distribuição da amostra segundo a questão P30:</b>	<b>168</b>
<i>A proximidade entre Homens e Mulheres institucionalizados é resultado da solidão</i>	
<b>Gráfico 26 – Distribuição da amostra segundo a questão P31:</b>	<b>169</b>
<i>Os idosos já não têm contactos íntimos mesmo quando subsiste o casal</i>	
<b>Gráfico 27 – Distribuição da amostra segundo a questão P32:</b>	<b>170</b>
<i>Deve-se promover a privacidade do idoso institucionalizado para que este possa viver e</i>	

*expressar a sua sexualidade*

- Gráfico 28 – Distribuição da amostra segundo a questão P37:** **171**  
*Ao presenciar uma manifestação, no âmbito da sexualidade, por parte de um idoso, o cuidador deve fingir que não vê*
- Gráfico 29 – Distribuição da amostra segundo a questão P43:** **172**  
*A forma como o cuidador encara a sexualidade condiciona a compreensão e aceitação da vivência e expressão da sexualidade do idoso*
- Gráfico 30 – Distribuição da amostra segundo a questão P44:** **174**  
*O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos cuidadores*
- Gráfico 31 – Distribuição da amostra segundo a questão P45:** **175**  
*O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos familiares*

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico da Velhice	54
Quadro 2 – População Residente nas Freguesias do Concelho de Palmela	89
Quadro 3 – Taxa de crescimento dos grupos etários no Concelho de Palmela, por Freguesia e na Península de Setúbal (1991-2001, %)	90
Quadro 4 – Distribuição da população por grupos etários, no Concelho de Palmela (por freguesia) e na Península de Setúbal, em 2001	90
Quadro 5 – Índice de Envelhecimento no Concelho de Palmela (por Freguesia) e na Península de Setúbal, em 1991 e 2001 (e respectiva evolução)	91
Quadro 6 – Caracterização da população de Idosos	116
Quadro 7 – Grelha de Análise, Tema, Categorias, Subcategorias e Entrevistados	118
Quadro 8 – Categoria “ <i>Casamento</i> ”	119
Quadro 9 – Categoria “ <i>Vida Sexual</i> ”	122
Quadro 10 – Categoria “ <i>Relacionamentos afectivos</i> ”	125
Quadro 11 – Categoria “ <i>Relacionamentos/casamentos dentro da instituição</i> ”	130

## **INDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo</b>	<b>135</b>
<b>Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade e o sexo</b>	<b>135</b>
<b>Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas de acordo com a classe etária e sexo</b>	<b>136</b>
<b>Tabela 4 – Distribuição das frequências quanto ao estado civil</b>	<b>137</b>
<b>Tabela 5 – Distribuição das frequências quanto à religião</b>	<b>137</b>
<b>Tabela 6 – Distribuição das frequências quanto às habilitações académicas</b>	<b>137</b>
<b>Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço na Instituição (em anos)</b>	<b>138</b>
<b>Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de contacto com as pessoas idosas no âmbito pessoal</b>	<b>138</b>
<b>Tabela 9 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de contacto com as pessoas idosas no âmbito profissional</b>	<b>139</b>

## **Siglas**

**ADN** – Ácido desoxirribonucleico

**AML** – Área Metropolitana de Lisboa

**ATL** – Actividades de Tempos Livres

**CMP** – Câmara Municipal de Palmela

**COI** – Centro de Ocupação Infantil

**EU** – União Europeia

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

## INTRODUÇÃO

Viver muito tempo era privilégio de um número relativamente restrito de pessoas até aos primeiros decénios do século XX, mas acessível actualmente a um número cada vez maior de indivíduos em todo o mundo implicando conseqüentemente um aumento significativo do envelhecimento demográfico.

Aceitando-se o idoso como um indivíduo no limite da vida activa, fazem parte deste grupo, conforme a lei portuguesa em vigor todas as pessoas cuja idade é superior a 65 anos.

Falar hoje da pessoa idosa, dos que vivem aquela fase a que se convencionou chamar a 3ª ou 4ª idade ou, na venerável tradição latina, a senectude, não é tarefa fácil.

Numa sociedade que hiper valoriza o belo, o elegante, que tende perpetuar a mocidade na procura constante do elixir da juventude, que projecta sistematicamente o futuro, que papel desempenha um indivíduo que já se encontra na última fase do seu ciclo vital ou como referia o poeta simbolista Arno Holz que “já cantou a sua canção?”

O que sente um individuo de 70, 80 ou 90 anos que vê terminada a sua actividade profissional, que transferiu o centro de gravidade da sua relação familiar dos filhos para os netos e que tem muitas vezes de enfrentar a viuvez a solidão e a sua menos valia em família e na sociedade?

O que significa para o idoso a progressiva erosão das suas capacidades: a perda de forças, de memória, de paciência e de iniciativa e a previsível dependência de outros?

A problemática do envelhecimento constitui uma área de singular interesse na nossa sociedade, particularmente pela importância que este fenómeno tem

vindo a assumir nos nossos dias e pelo longo caminho que ainda há a percorrer para melhor conhecer e compreender a real dimensão do processo de envelhecimento e dos factores que lhes estão associados.

O crescente envelhecimento demográfico, resultante do aumento da qualidade e esperança de vida do idoso, bem como da diminuição da taxa de natalidade, tem vindo a direccionar alguns estudos no sentido de melhorar a resposta dos vários corpos profissionais que integram o panorama sócio-económico actual, a esta tão considerável fatia da nossa população, já que envelhecer deixou de constituir um problema meramente psicológico, pessoal e familiar, para se tornar num problema social.

Assim, ao longo dos anos, conforme refere Fernandes (1997:156), verificou-se que: *“A imagem que a sociedade tem do idoso é predominantemente negativa e redutora e à força de ser transmitida de geração em geração, influencia significativamente as condições e circunstâncias em que ocorre o processo de envelhecimento. A par das várias crenças, na maior parte das vezes erradas, que se têm dos idosos e da velhice, também a vivência e expressão da sexualidade da pessoa idosa é colocada em segundo plano, por ser comum a ideia que o indivíduo na última etapa do seu ciclo vital se torna um ser assexuado”*.

Esta concepção, tem de certa maneira, desviado a nossa atenção, enquanto profissionais de saúde, de uma das vertentes consideradas fundamentais à qualidade de vida do ser humano, incluindo a pessoa idosa, que é a vivência e expressão da sua sexualidade/afectividade.

Embora não sejam muitos os estudos acerca desta temática, é possível constatar que apesar de todas as alterações psicofisiológicas decorrentes do envelhecimento, a sexualidade e a capacidade sexual estão presentes no idoso e integram o quotidiano do indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital. Segundo Masters e Johnson, citados por Berger (1995:140), verificam-se: *“(…) todas as razões para crer que a manutenção de uma regularidade de*

*expressão sexual, associada ao bem-estar físico e a uma sã orientação mental face ao processo de envelhecimento, contribuem para criar um clima sexual estimulante no seio do casal. Por seu lado, este clima melhora a tensão sexual e favorece o sucesso neste domínio, sucesso esse que muitas vezes se pode prolongar para lá dos 80 anos”.*

Actualmente, quer por opção pessoal do próprio idoso, quer na sequência da dificuldade manifestada pelas famílias em assegurar a sua permanência no ambiente familiar, a institucionalização é também uma realidade associada ao processo de envelhecimento.

Com base no anteriormente descrito, propomo-nos com este trabalho, contribuir de alguma forma, para um melhor conhecimento e compreensão da vivência e expressão da sexualidade/sexualidade da população idosa, num contexto de institucionalização O estudo foi realizado a partir da perspectiva dos indivíduos com mais de 80 anos e seus cuidadores, sendo os dados colhidos numa instituição para idosos na freguesia de Pinhal Novo.

Esta dissertação foi estruturada em duas partes que englobam 7 capítulos. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico que sustenta a problemática do estudo e é constituída por quatro capítulos nos quais abordamos o envelhecimento na sociedade actual, saúde doença e velhice, sexualidade e envelhecimento e institucionalização do idoso. Na segunda parte desenvolvemos todo o trabalho empírico desta dissertação e inclui a caracterização do local de estudo, a metodologia utilizada, a apresentação, análise e discussão dos resultados e as conclusões do estudo. Por último, constam a bibliografia e os anexos.

# I – PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## **CAPÍTULO I – A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL**

### **1.1 – CONCEITO DE ENVELHECIMENTO/VELHICE**

O envelhecimento é um fenómeno conhecido de todos, particularmente no que respeita aos aspectos físicos e de natureza somática. Porém, a pluralidade de mecanismos que ao certo desencadeiam e caracterizam o processo de envelhecimento, estão ainda por definir, já que são várias as explicações deste conceito, sendo que cada uma delas se rege pela especificidade de cada ciência ou campo de estudo através dos quais o envelhecimento é abordado.

Como nos diz Oliveira (2005), é comum encontrarmos metáforas que sugerem definições do conceito de envelhecimento, quer de um ponto de vista mais positivo ou, contrariamente mais negativo. Assim, é frequente ouvirmos expressões como: *idade crepuscular, entardecer, poente, cair do sol, Outono da vida, rio que chega ao mar, cume da montanha, idade da colheita, coroamento da vida, idade da saudade, infância revisitada, idade das perdas, morte à vista, tempo de luto*, entre tantas outras, as quais interpretadas e analisadas na sua essência, revelam alguns aspectos que estão associados à definição do conceito (a sabedoria, a grandeza, a beleza, a morte, a dor, o luto etc.). Ainda de acordo com Oliveira (2005:24), do ponto de vista científico, os autores definem o envelhecimento, como *“um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo”*. Na mesma linha de pensamento, Rosa (1996:9), diz-nos que *“o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade”*.

O envelhecimento, segundo Fontaine (2000:14), é o *“conjunto de processos (...), que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos,”* diz ainda que o envelhecimento é *“um processo de degradação progressiva e diferencial”* que *“afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo”*.

Lessa (1982), preconiza que a idade cronológica pode não corresponder à idade biológica, dado que não apresentamos a mesma idade em todo o corpo e nem todos os indivíduos manifestam os efeitos da idade de igual forma..

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera fases distintas na velhice, tomando como ponto de partida o aumento da esperança de vida e a consequente longevidade do indivíduo. Assim, reconhece a *idade madura* (dos 60 aos 69 anos), a *idade avançada* (dos 70 aos 89 anos) e a *grande idade* (a partir dos 89 anos).

Poirier (1995:99), encara a velhice como *“um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo”*, sendo que, *“certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade”*.

Na perspectiva de Gaullier (1988:201), o envelhecimento *“é existência humana enquanto ela dura e muda, um itinerário feito de declínios e desenvolvimentos, de liberdades e contratempos, uma experiência que submetemos, interpretámos e conduzimos segundo regras colectivas ou através de decisões individuais”*.

Fernandes (2000), encara a velhice como um conjunto de vivências, experiências, sentimentos e conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo vital,

tendo em conta os aspectos físicos, sociais e culturais inerentes a cada indivíduo.

Os conceitos de envelhecimento e velhice encontram-se em estreita ligação, sendo mesmo impossível definir objectivamente cada um deles. Deste modo, será legítimo afirmar que são dois conceitos que se complementam e contribuem para o melhor conhecimento da pessoa idosa, sem contudo haver uma concordância unânime por parte dos estudiosos acerca do significado destas realidades. O envelhecimento/velhice, traduz-se numa realidade universal, comum a todos os seres vivos e de carácter multidimensional.

Birren, (1999), refere mesmo que o envelhecimento é um dos maiores e mais complexos desafios que a ciência tem que enfrentar, dada a multiplicidade de fenómenos que lhe estão inerentes.

## **1.2 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO**

Vivemos o primordial momento da história em que os indivíduos esperam atingir, e vulgarmente ultrapassam, os 80 anos de vida. Enquanto há bem pouco tempo, era raro atingir uma idade avançada e as pessoas idosas representavam uma escassa franja da população, actualmente são o grupo mais numeroso.

Segundo Novaes (1999:39), *“o século XX será lembrado por três grandes inovações: meios sem precedentes de salvar, prolongar e intensificar a vida; meios poderosos de destruir a vida pondo em risco o mundo; percepções amplas da natureza, de nós mesmos e do universo”*.

Secco (1999:12) diz que, o *“envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis, é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. Deste modo, fica evidente a impossibilidade de pensarmos sobre o que significa ser velho, fora de um contexto histórico determinado”*.

Conforme Nazareth (1997), o envelhecimento não se trata de uma doença nova, mas sim do confronto com uma realidade que é o aumento contínuo das pessoas idosas, quer em termos absolutos, quer relativos.

O envelhecimento, consiste num processo gradual a que todos os seres humanos estão sujeitos. Caracteriza-se por um conjunto de factores de ordem fisiológica, psicológica e social inerentes ao indivíduo, pelo que assume uma forma diferente de pessoa para pessoa.

Segundo Costa (2002), ao longo do envelhecimento há uma perda progressiva de capacidades do corpo que não se renovam. A transformação dos processos sensoriais perceptivos, cognitivos e afectivos, a alteração na auto-imagem e no papel social, a perda de autonomia, a solidão, o isolamento, a inactividade e as alterações resultantes do padrão familiar tradicional determinam necessidades de saúde sobre as quais urge reflectir, estudar, debater e fazer o idoso falar.

A respeito da pessoa velha, Debert (1999: 65) refere que, *“uma das marcas da cultura contemporânea é, sem dúvida, a criação de uma série de etapas no interior da vida adulta ou no interior deste espaço que separa a juventude da velhice como a “meia-idade”, “idade da loba”, a “terceira idade”, a “aposentadoria activa”.*

São inúmeras as hipóteses que se têm levantado ao longo dos anos no sentido de explicar este fenómeno multidimensional. Segundo Nazareth (1999), no processo de envelhecimento, estão envolvidas diversas áreas do conhecimento, tais como a economia, a antropologia, a psicologia a ética e a geografia. Os vários domínios científicos atribuíram um conjunto de explicações e teorizações, ao fenómeno do envelhecimento, cada uma com um sentido específico.

Maclennan e Lye (1997), citados por Malvar (2002:26), defendem que *“qualquer teoria proposta terá de obedecer a quatro critérios, ou seja, o processo de envelhecimento tem que ser intrínseco, destrutivo, progressivo e universal em relação à espécie”.* Os autores consideram ainda que a teoria que

melhor explica o envelhecimento é a do *“mecanismo do estroma descartável”*, a qual preconiza que muitos dos aspectos do envelhecimento, assentam na impossibilidade das células do organismo, fazerem face às variadas agressões ambientais, ficando incapazes de se regenerarem.

Berger e Mailloux – Poirier (1995), consideram quatro aspectos diferentes, mas de certa forma interrelacionados, no que respeita à abordagem do envelhecimento:

1 – Envelhecimento físico, em que se verifica a perda progressiva das capacidades orgânicas e corporais;

2 – Envelhecimento psicológico que engloba todas as alterações dos mecanismos sensoriais, perceptuais, cognitivos e afectivos na vida do indivíduo;

3 – Envelhecimento comportamental, que inclui todas as modificações descritas anteriormente, num determinado meio, reagrupando as aptidões, as expectativas, as motivações, a auto-imagem, os papéis sociais, a personalidade e a adaptação;

4 – Envelhecimento social, caracterizado pelas influências que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro em áreas como o rendimento, a saúde, a actividade profissional, o lazer, a família, etc.

Tendo em conta esta abordagem, o envelhecimento traduz algo muito complexo, que envolve as várias componentes da vida do ser humano e não deve ser encarado numa perspectiva redutora e unidisciplinar.

Segundo Poirier (1995:99) o envelhecimento é perspectivado por alguns estudiosos, como *“um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética”*.

Conforme referem Nazareth (1999) e Poirier (1995), estes mecanismos estão na base das teorias do envelhecimento sob o ponto de vista da biologia, as quais explicam este fenómeno numa perspectiva que apenas contempla os aspectos biológicos do indivíduo. São elas a:

**Teoria imunitária**, segundo a qual parece não haver distinção, por parte do sistema imunitário, entre as células saudáveis e as substâncias estranhas ao organismo, situação que conduz ao envelhecimento;

**Teoria genética**, segundo a qual o envelhecimento integra o código genético dos indivíduos, estando programado biologicamente sob a forma de um contínuo (embriogenese, puberdade e maturação), desde o nascimento até à morte;

**Teoria do erro da síntese proteica**, que refere a possibilidade de modificações na molécula de ADN, as quais alteram a informação genética levando à síntese de proteínas incapazes de desempenhar a sua função e conseqüentemente ao envelhecimento;

**Teoria do desgaste**, que defende que os vários sistemas do organismo humano se danificam à medida que desempenham as suas funções ao longo do tempo;

**Teoria dos radicais livres**, explica o envelhecimento através do aparecimento de produtos tóxicos no organismo como resultado da peroxidação dos ácidos gordos não saturados pelos radicais livres. Este mecanismo provoca o envelhecimento celular, principalmente ao nível dos neurónios e das fibras musculares, conduzindo à sua decadência funcional;

**Teoria neuro-endócrina**, que atribui o envelhecimento à progressiva falência do sistema endócrino relativamente às diferentes funções orgânicas.

A par das teorias explicativas do envelhecimento biológico, existem teorias respeitantes ao envelhecimento psicossocial, as quais abordam outras dimensões deste fenómeno, Poirier (1995):

**Teoria da actividade**, que defende que a pessoa idosa deve continuar activa para alcançar a maior satisfação possível e preservar a sua saúde, o que por vezes implica identificar e adoptar novos papéis;

**Teoria da desinserção**, a qual refere que o envelhecimento está associado ao afastamento progressivo do indivíduo face à sociedade e vice-versa, o que conduz a uma desinserção recíproca;

**Teoria da continuidade**, que diz que o idoso continua nesta fase do ciclo vital, com os seus hábitos, gostos e características anteriores, os quais integram a sua personalidade ainda que tenha que desenvolver alguns mecanismos de adaptação.

Sendo o envelhecimento um fenómeno complexo e multidimensional, não existe uma teoria explicativa consensual e universal, contudo, tanto factores de natureza fisiológica, psicossocial e mesmo cultural, podem contribuir para melhor perceber esta fase da vida do ser humano.

### **1.3 – ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social actual, característico dos países industrializados muito particularmente da Europa em que Portugal não é excepção.

Estudos empíricos têm vindo a mostrar que o principal factor responsável pelo envelhecimento das populações humanas tem sido a baixa natalidade, que sobretudo a partir dos anos 70 se tem vindo a agravar na sequência da não renovação das gerações.

De acordo com Poirier (1995), a par da baixa natalidade, a mortalidade e as migrações constituem também aspectos explicativos do envelhecimento demográfico, sendo que o papel exacto de cada um destes factores não é claramente visível e difere de país para país.

Em Portugal, a estrutura da população apresenta já características de duplo envelhecimento, sendo o mais grave, não o aumento da esperança de vida, isto é, o efeito directo da melhoria das condições de vida na diminuição da mortalidade e no aumento da longevidade, mas sim o grande declínio da fecundidade e a consequente diminuição da população.

Paralelamente, somos um país com cerca de 5 milhões de pessoas a viver fora de Portugal, na sua maioria em idade jovem ou adulta, um número equivalente a quase metade dos que vivem no nosso território. Esta situação, embora com menor peso, contribui também para o envelhecimento da população.

Os idosos continuarão a aumentar em valor absoluto e em importância relativa, antevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015. Segundo dados do INE (2001), das pessoas com mais de 65 anos, 41% têm mais de 75 anos e 20,9% tem mais de 80. No recenseamento de 2001, o grupo etário entre os 80-84 anos era de 201 706 o que permite prever segundo a mesma fonte a existência de 282 674 idosos em 2010 e uma diminuição de cerca de 25% da população portuguesa. Estes dados permitem confirmar e prever o progressivo envelhecimento da população portuguesa.

### **1.3.1 – Na União Europeia**

Na 1ª metade do século XVIII e até à 1ª fase da Revolução Industrial, verificou-se na Inglaterra, um acentuado crescimento demográfico, a par de uma notória melhoria das condições sócio-económicas da população. Toda esta conjectura, económica, política, social e de saúde, contribuiu para a diminuição da taxa de mortalidade e consequentemente para o aumento da população idosa com projecção em toda a Europa.

No início do século XX, as pessoas de 65 e mais anos residentes nos países que hoje constituem a União Europeia (UE), representavam 4% a 6% da população total (*Eurostat*).

Em 1999, havia na UE 60 milhões de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, comparativamente a apenas 34 milhões em 1960. Actualmente, os idosos representam 16% da população total ou 24% do que se considera a população em idade activa (15-64 anos). Até 2010, espera-se que este rácio aumente para 27% (*Eurostat*).

De acordo com o *Eurostat*, a população europeia, em 2025, deverá aumentar apenas 366 milhões de habitantes e depois sofrer um declino até aos 367 milhões em 2050. Paralelamente, a população com mais de 65 anos tenderá a passar de 49 milhões para 80 milhões em 2025.

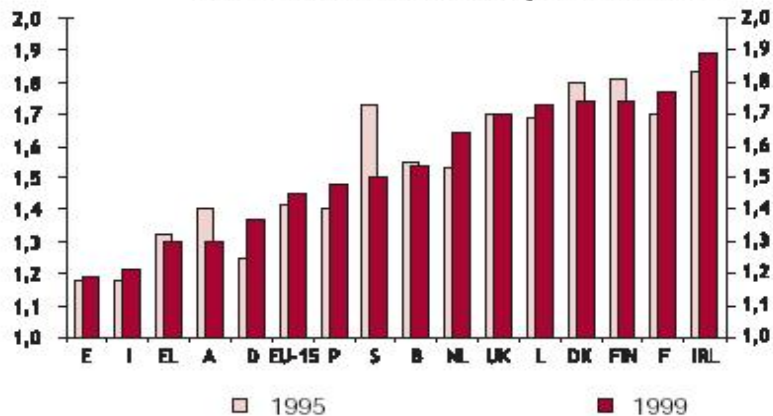
O número de jovens com menos de 15 anos, durante este mesmo período, passará de 66 milhões para 59 milhões

Para além da esperança de vida à nascença e saldos migratórios, um dos factores que mais contribui para os actuais índices de envelhecimento é a diminuição das taxas de fecundidade.

A generalidade dos países europeus registou um equilíbrio entre as taxas de fecundidade e de mortalidade, que resultou num crescimento demográfico quase nulo neste século, até finais da década de 30. Na década seguinte operou-se uma inversão desta tendência, com um crescimento rápido das taxas de fecundidade acompanhadas por uma estabilização das taxas de mortalidade.

A partir de meados da década de 60 e até à actualidade, operou-se uma nova regressão da fecundidade, a qual é bastante notória em alguns países da Europa, principalmente entre 1995-1999, conforme podemos verificar no gráfico seguinte:

**Grafico 1 Indicador conjuntural de fecundidade de 1995-1999 (filhos por mulher)**



Fonte: Eurostat - Estatísticas demográficas

### 1.3.2 – Em Portugal

Em Portugal, tendo por base os censos de 2001, o número de residentes é de 10.355.824 indivíduos: 4.999.964 homens e 5.355.860 mulheres. É na zona litoral que se verifica a maior densidade populacional, desde Viana do Castelo à área de Setúbal, com um maior destaque para Lisboa e Porto. Evidencia-se também uma grande densidade populacional, nos conselhos litorais do Algarve. Quanto às ilhas, a grande densidade populacional da Madeira, é visível a sul, com maior relevo no Funchal. No arquipélago dos Açores, a população densifica-se na ilha de S. Miguel, em particular nos concelhos de Lagoa e Ponta Delgada.

Correia, (2003:18), citando os resultados provisórios do XIV Recenseamento Geral da População – 2001, refere que “(...) a evolução da população caracteriza-se pela manutenção de baixos níveis de crescimento nas zonas do interior do país, e, em alguns casos, pela perda acentuada de efectivos populacionais. Por outro lado, continua também a verificar-se um maior dinamismo em alguns concelhos localizados, quase exclusivamente, no litoral do território. De salientar o crescimento populacional em alguns concelhos do interior que integram centros urbanos de média dimensão”.

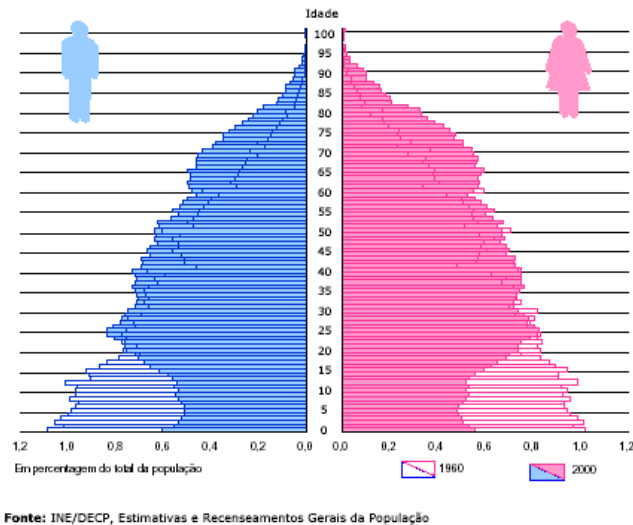
Ainda segundo o mesmo autor, a alteração mais relevante desta evolução demográfica verificada nos últimos tempos, foi o rápido envelhecimento da população, ou seja, ocorreu uma diminuição da população jovem (0-14), em oposição ao aumento da população com 65 anos ou mais. Como referido anteriormente, a redução da natalidade e mortalidade e o avolumado número de migrações, são os principais factores responsáveis pelo envelhecimento da população portuguesa.

Esta situação, resulta, principalmente, de dois aspectos: o decréscimo das taxas de natalidade, que se traduz na não renovação das gerações em termos numéricos, aumentando a população adulta e idosa e por outro lado, o progressivo aumento da longevidade, na sequência de melhores condições de vida quer ao nível sócio-económico, quer científico-tecnológico e médico.

Nesta perspectiva, o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: o envelhecimento individual, em que o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida e o envelhecimento demográfico, que se caracteriza pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa (INE, censos de 2001).

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000 (INE, censos de 2001).

**Figura 1 – Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000**



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

De acordo com o INE, entre 1960 e 2000, a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu dos 37% para os 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

Contrariamente, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. Perante este panorama, podemos referir, que o ritmo de crescimento da população idosa é, aproximadamente, quatro vezes superior ao da população jovem.

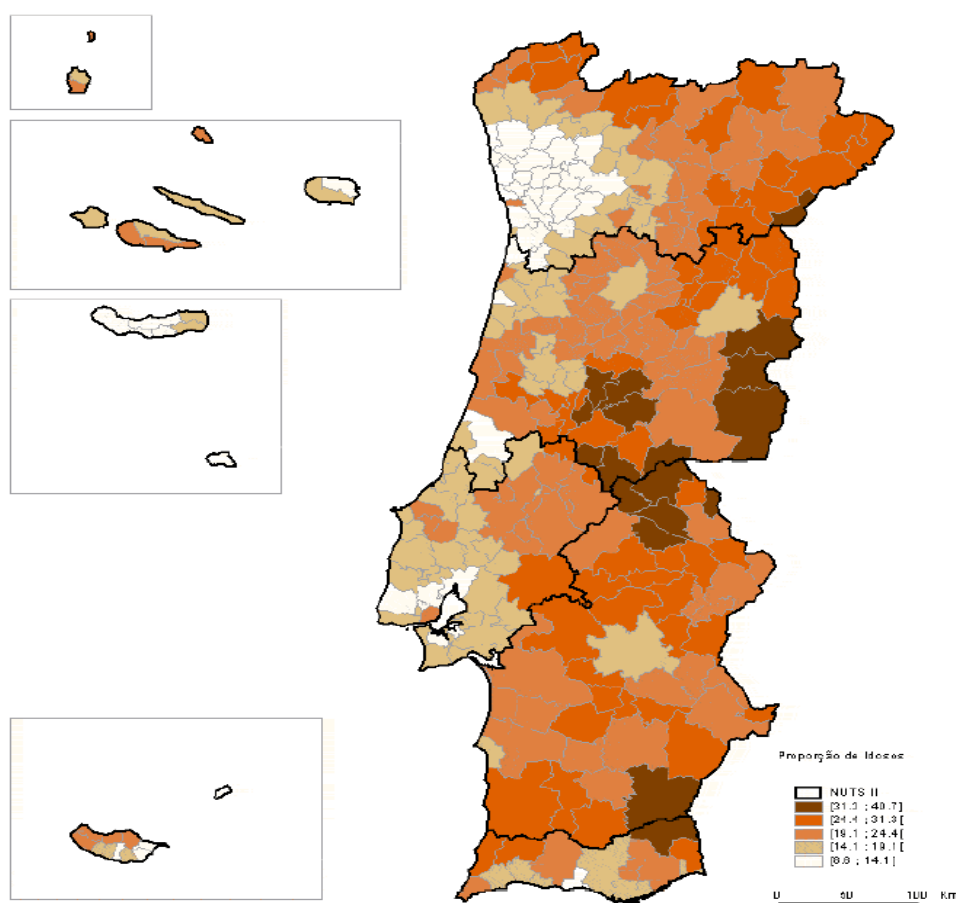
Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica na Europa e no mundo, também Portugal apresenta um envelhecimento demográfico acentuado. Nem todas as regiões do país apresentam a mesma distribuição da população idosa, diferindo esta de acordo com a região do país.

Tendo em conta os resultados provisórios dos Censos 2001, verifica-se que a mais baixa percentagem de idosos no Continente, se situa no norte do país. O

Alentejo, apresenta a maior distribuição de idosos, seguido do Algarve e do Centro. A zona litoral é aquela que apresenta uma população menos envelhecida. Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, verificam-se os mais baixos níveis de envelhecimento do país, sendo também estas as zonas geográficas com maior taxa de fecundidade.

Os aspectos anteriormente referidos podem comprovar-se, na observação da figura seguinte, a qual corresponde à distribuição da população idosa, por todo o país incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira:

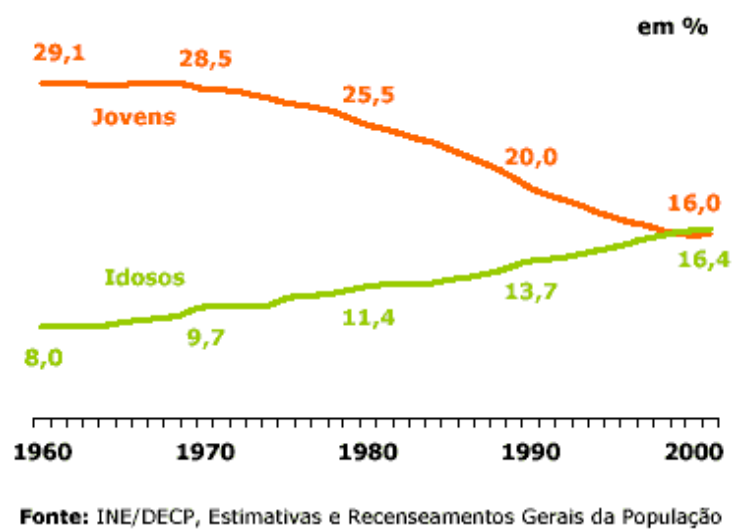
**Figura 2 – Distribuição da População idosa por concelhos, Portugal 2001**



Fonte: INE / DME, Serviço de Geoinformação

O fenómeno do envelhecimento demográfico, de acordo com o último Recenseamento da População, pode ser representado pelo gráfico que se segue, o qual traduz o visível decréscimo da população jovem em oposição ao evidente aumento da população idosa ocorrido no período de 1960 a 2001.

Figura 3 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 – 2001



#### 1.4 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, MITOS E ESTEREÓTIPOS EM RELAÇÃO AOS IDOSOS

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

Na sociedade actual, o poder económico é sinónimo de aumento da qualidade de vida, uma vez que, as sociedades ditas modernas, têm uma forte identificação com o lucro e o poder de compra. A diminuição da capacidade

produtiva e o aumento da dependência e das necessidades, contrariam o que é considerado desejável ao *“bom funcionamento social”*. Nesta perspectiva, a terceira idade torna-se um objecto de fracasso e de inutilidade, pelo que é frequentemente marginalizada, como grupo social, e vítima de preconceitos e imagens pré-concebidas.

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

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

Mauritti (2004), aponta dois grandes grupos de representações sobre a velhice e o envelhecimento. Por um lado, uma abordagem da velhice negativa, fundamentada nas situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência, restringindo o indivíduo, nesta fase do ciclo vital a uma existência, desprovida de interesses, integração social e oportunidades. Por outro lado, o envelhecimento relacionado com uma vertente mais positiva, onde imperam factores como a liberdade, maior estabilidade económica, mais disponibilidade e tempo para o lazer.

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

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

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

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

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

- “São relativamente limpos e não se preocupam com a sua aparência”;
- “São muito religiosos e rezam muito”;
- “São muito sensíveis e inseguros”;
- “Já não se interessam pela sexualidade”;
- “São muito frágeis para fazerem exercício físico”;
- “São quase todos pobres”;

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

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

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

Segundo Fonseca e Sousa et al (2004), os idosos são encarados, pela sociedade em geral, como doentes, ou no caso de o não estarem, como seres

incapazes ou dependentes. Outra ideia que é comum sobre a velhice é a de que os idosos voltam a ser crianças nesta fase do ciclo vital. Assim, são várias as crenças, os mitos e os estereótipos sobre a velhice e o envelhecimento, que na sua maioria são de carácter negativo e desvalorizador, o que reduz de forma significativa a imagem e estatuto social do idoso. Conforme Hoffman, et al (1999:509), *“a visão de que as pessoas idosas são no mínimo incompetentes e talvez até senis, é parcialmente responsável pela tendência da sociedade para discriminá-las, ignorá-las, ou não levá-las a sério”*.

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

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

O **automorfismo social** traduz-se no *“não reconhecimento da unicidade do idoso”*.

O **idadismo** ou **“âgisme”** diz respeito a *“todas as formas de discriminação com base na idade”*, ou seja, a sociedade e as pessoas em geral, atribuem à idade, a principal causa para estados de doença, determinados comportamentos ou situações inexplicáveis que acontecem ao indivíduo idoso.

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

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

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

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

Tal como em relação à saúde, a senilidade, a diminuição da capacidade cognitiva, o medo da morte, o voltar a ser criança (*infantilismo*), a não produtividade, entre tantas outras ideias pré-concebidas sobre a terceira idade, constituem também aspectos que não são exclusivos da pessoa idosa, podendo estar presentes em qualquer idade.

Segundo Belmin (1999), a par de todas estas crenças é também comum o estereótipo cultural de que a sexualidade do idoso termina com o fim da função reprodutora, sendo que actividade sexual desaparece na mulher depois da menopausa e é quase inexistente no homem idoso.

Em oposição a esta ideia, Canhão (1997), considera que o processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada do indivíduo, mas sim a uma outra etapa no percurso da sexualidade humana, a qual deve ser merecidamente vivida e apreciada. Porém, face ao desconhecimento e à forte pressão sócio-cultural, é frequente os idosos experimentarem sentimentos de culpa e vergonha, chegando-se a considerar pessoas fora da normalidade, por sentirem prazer e vontade de manifestar a sua sexualidade. Em última instância, podem mesmo renunciar e ocultar a sua sexualidade para não se sentirem discriminados.

A sexualidade só por si, já é uma área considerada tabu na nossa sociedade, quanto mais quando associada ao idoso. Contudo, não nos devemos esquecer que o facto de o indivíduo ter uma esperança de vida cada vez mais alargada, prolonga também todo um conjunto dos papéis sócio-afectivos que este desempenhou ao longo da sua vida, incluindo a sua sexualidade.

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

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

manter um relacionamento. Ainda de acordo com o mesmo autor (1985), baseado nos estudos de Broderick (1982), os idosos mantêm interesse pela vida sexual, mantendo-se activos neste campo nesta fase do ciclo vital.

Lima (2003), refere-nos que muitos dos mitos acerca da sexualidade na terceira idade, estão generalizados em anedotas e ditos populares. A mesma autora (2003:110), citando Gomez et al., (1987) e Lopez e Fuertes (1989), considera que “os mais comuns são os seguintes:

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

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

O desejo, ao contrário, pode não se alterar, talvez até porque neste momento da vida, os filhos já estão criados, as dificuldades superadas, o que tende a

facilitar e favorecer o desejo sexual. A quantidade tão generosa no início da vida sexual, dá lugar a uma vivência sexual mais qualificada, em que o prazer do casal assenta na qualidade.

De acordo com Lopez e Fuertes (1989), é importante desmistificar, os aspectos relacionados com a sexualidade do idoso, para que este não desacredite dos seus potenciais e capacidades e adopte uma vida assexuada. Uma sexualidade bem vivida, facilita a resolução da problemática existencial relativa à convivência com a idade avançada, aumentando o prazer de viver e a auto estima, tanto para o homem como para a mulher.

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

## **1.5 – O IDOSO E A FAMÍLIA NA SOCIEDADE ACTUAL**

Desde a década de 60 a estrutura social tem vindo a sofrer alterações sucessivas com repercussões directas na organização familiar. O desenvolvimento sócio-económico, provocou o aumento da escolarização feminina e o acesso crescente ao mercado de trabalho, por parte das mulheres.

A nova concepção dos papéis desempenhados por homens e mulheres, o acesso ao mercado de trabalho, o aumento dos níveis de escolarização e a laicização da sociedade podem, entre outras razões, justificar a origem de diferentes formas de união, que não o casamento católico, o aumento dos divórcios e dos filhos tidos fora do casamento. Todo este conjunto de

modificações sociais teve repercussões ao nível do contexto familiar e social actual, originando a verticalização das famílias, o crescente número de idosos e a complexificação nos laços familiares.

Segundo Bolander (1998:398), *“a unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente, incluindo outras pessoas”* no entanto, definir família não é tarefa fácil e são várias as definições encontradas para este conceito.

Rebelo e Agostinho (1998:6), definem família como *“um conjunto de pessoas, frequentemente mas não necessariamente, relacionadas pelo sangue ou pelo casamento, que vivem na mesma casa, com o compromisso mútuo de cuidarem uns dos outros ao longo do tempo”*. Na mesma linha de pensamento, Manley (1989:13), referindo-se à definição de SmilKstein, diz-nos que uma família é como *“(...) uma unidade básica da sociedade, cujos membros estão motivados para cuidarem uns dos outros, tanto física como emocionalmente”*.

Na perspectiva de Pichon-Rivière (1988), a família constitui um pilar essencial na definição e conservação das diferenças humanas e confere uma forma objectiva aos papéis distintos, mas mutuamente vinculados, do pai, da mãe e dos filhos, elementos determinantes que constituem os papéis básicos em qualquer comunidade, independentemente dos seus aspectos culturais.

Numa definição mais abrangente e operativa adoptada por alguns autores, nomeadamente Bolander (1998), Segalen (1999) e Sousa et al (2004) pode-se considerar que a família corresponde a um grupo no qual se verificam três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais – filhos) e consanguinidade (irmãos). Tendo por base o objectivo genérico de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição das suas identidades pessoais, a família desenvolveu ao longo dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

De acordo com Segalen (1999), as grandes mudanças sócio-culturais dos anos 70, deram lugar ao aparecimento de novas formas de união, que não o convencional casamento entre homem e mulher, o qual constituía a génese das famílias tradicionais.

Na mesma perspectiva, Sousa et al (2004) refere que as famílias estão a tornar-se mais verticais em virtude da diminuição da taxa de natalidade (resultado de um planeamento familiar mais cuidado com a utilização de contraceção por parte das mulheres) e do aumento da longevidade, ou seja coexistem várias gerações, cada uma delas com poucos elementos, sendo as mais novas aquelas que menos membros têm. Assim, deixamos de ter famílias alargadas, em que pais, filhos e netos viviam juntos e em que a solidariedade e a prestação de cuidados entre gerações fica mais facilitada, para termos famílias nucleares, em que os filhos, por uma questão de trabalho, por vezes se encontram a uma distância geograficamente considerável.

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

Toda esta diversidade familiar difere de cultura para cultura e também dentro da própria cultura, já que têm vindo a mudar os papéis desempenhados por cada um no seio da família.

Antigamente, os cuidados aos idosos eram assumidos pela família, tradicionalmente extensa, sobretudo pelas mulheres com parentesco mais

próximo (esposa, filha, nora...), onde se verificava uma notória solidariedade familiar e onde predominava a ideia de que só os idosos sem família seriam institucionalizados.

Com as mudanças já anteriormente referidas ao nível das estruturas familiares, tem-se verificado um empobrecimento das relações dentro da família e uma menor disponibilidade para cuidar do idoso.

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

Durante a velhice, a família é o suporte e o lugar privilegiado de trocas entre as pessoas. O envelhecimento no seio familiar permite o entrosamento de gerações, dando aos indivíduos mais velhos um envelhecimento mais harmonioso.

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

Com a velhice verificam-se alterações nas redes sociais, que diminuem de tamanho, centrando-se mais os contactos nos familiares. Consequentemente, reduz-se a reciprocidade e o idoso passa a receber mais do que aquilo que dá, daí a grande importância de um bom suporte familiar.

O papel do idoso dentro da família, difere consoante o seu contributo na dinâmica familiar. Enquanto activo e independente, é encarado como uma mais valia e um recurso disponível, colaborando na educação dos netos, na execução das tarefas diárias e nalgumas situações, na economia doméstica. Quando o idoso começa a apresentar algumas limitações e deixa de assumir um papel activo ou se torna dependente, transforma-se, na maioria dos casos, numa sobrecarga familiar. Como refere Fernandes (1997:59), “... *as relações que se estabelecem entre os membros de uma família e as solidariedades daí decorrentes estão dependentes das condições materiais e objectivas em que se estabelecem e dos pressupostos ideológicos e culturais em que se funda a família*”.

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

De facto, cuidar de um familiar idoso e com patologias associadas, poderá conduzir a tensões entre os vários membros da família, em virtude do desgaste provocado pela situação.

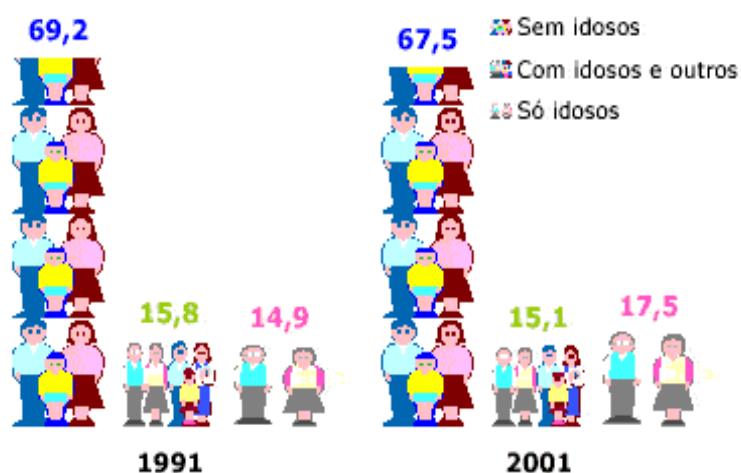
As características da actual sociedade, quer pelas exigências do mercado de trabalho e do quotidiano, quer por questões de natureza económica, conduzem frequentemente à procura de apoios fora do seio familiar, nomeadamente de instituições para idosos, o que nem sempre é a solução desejada pelo idoso.

Estimativas com base nos resultados provisórios dos Censos 2001 revelam que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias.

Entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo as famílias com idosos e outros e as só de idosos) aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%. Pode verificar-se, contudo, que enquanto as

compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período inter censitário. De referir ainda que do total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

**Figura 4 – Evolução das famílias clássicas segundo a sua composição, Portugal 1991 e 2001**



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População

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

## **CAPÍTULO II - SAÚDE, DOENÇA E ENVELHECIMENTO**

### **2.1 - ASPECTOS BIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO**

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

Para Berger (1995), as alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento classificam-se em alterações estruturais das células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos ossos e articulações; pele, tecido subcutâneo e tegumento e alterações funcionais do sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema reprodutor, sistema imunitário, ritmos biológicos e sono. Estes aspectos traduzem um envelhecimento normal sob o ponto de vista biológico, no entanto, a longevidade de cada um depende do sexo, da raça e da etnia. Segundo Fernandes (2002), citado por Anjos (2002:134), no processo de envelhecimento, registam-se *“diferentes envelhecimentos das células, dos tecidos, órgãos e aparelhos, mas o homem envelhece como um todo”*.

Bromley (1966:62), considera que *“a causa primária do envelhecimento humano consiste nas alterações físicas degenerativas que ocorrem no corpo com o tempo”*.

As modificações associadas à senescência, podem reflectir uma diminuição da capacidade de adaptação do idoso às várias agressões a que está sujeito no seu quotidiano. Porém, apesar de todas as mudanças biológicas que ocorrem durante a vida, o organismo mantém-se o mesmo em 60% ou 70% dos casos, conforme nos diz Berger (1995). Ainda de acordo com a autora (1995:123) “ *no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais. Trata-se, no entanto, de processos normais e não de sinais de doença*”.

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

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

Durante muito tempo o envelhecimento foi considerado, erradamente, como um estado patológico resultante do desgaste do organismo e das doenças desenvolvidas na infância e na idade adulta. Actualmente, tem-se uma percepção diferente, considerando a senescência como um processo multifactorial, não comparável a qualquer estado patológico específico, que reflecte uma deterioração fisiológica progressiva do organismo. Segundo Serge Laganière, citado por Berger (1995:125), *à redução fisiológica inerente à idade*

*vêm somar-se as perdas funcionais resultantes da não utilização e das sequelas de doenças agudas anteriores ou de afecções crônicas”.*

Autores como Schroots (1996) e Birren (1999), consideram três tipos de envelhecimento: envelhecimento primário ou fisiológico, fenómeno universal contínuo e progressivo; diz respeito ao processo de senescência normal, envelhecimento secundário ou patológico, associado a doenças orgânicas, por vezes múltiplas, mas potencialmente possíveis de reverter. A existência de patologias associadas às modificações normais do envelhecimento, condiciona visivelmente a capacidade de adaptação do indivíduo e influencia a sua esperança de vida. Por último, o envelhecimento terciário ou terminal que ocorre sempre que se verifiquem acentuadas perdas físicas e cognitivas num período relativamente curto e de carácter irreversível.

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

O envelhecimento, na sua componente biológica, é um fenómeno muito diferencial. Para além do desgaste e das alterações funcionais orgânicas do corpo humano em geral, Fontaine (2000), considera que, alguns aspectos sensoriais, como o olfacto, não sofrem grandes alterações com a idade, no entanto, a audição pode ser fortemente afectada no indivíduo idoso. Ainda de acordo com o autor (2000:77), ao nível perceptivo, *“a senescência, toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão. O seu envelhecimento, tem consequências importantes, por vezes graves, ao nível psicológico e social”.* Na perspectiva do autor, os défices sensoriais de

natureza auditiva e visual podem influenciar fortemente o funcionamento das actividades intelectuais e contribuir para o seu declínio.

## **2.2 – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO**

Como referido anteriormente o envelhecimento consiste num processo dinâmico, com alterações a vários níveis, incluindo os aspectos cognitivos. Durante muito tempo considerou-se que a velhice estava associada inevitavelmente a uma diminuição notável dos processos cognitivos, no entanto, nos nossos dias, sabe-se que é possível o indivíduo conservar a sua saúde mental até ao fim da vida.

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

Freud numa vertente afectivo-sexual e Piaget no campo cognitivo, referenciados por Oliveira (2005), foram os estudiosos mais representativos do desenvolvimento psicológico, embora considerassem, através de um modelo linear, definido por fases mais ou menos estanques e automáticas, que a evolução psicológica do indivíduo terminava na adolescência ou pouco mais. Hoje em dia sabe-se que o desenvolvimento é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital.

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

(2005:38), contempla que a personalidade se organiza “em torno de duas orientações ou aspectos opostos: extroversão (atitude para com o mundo exterior) e introversão (atitude para com o mundo interior da pessoa). Este autor refere que estes factores estão em equilíbrio, no entanto, com o decorrer da idade é comum uma orientação superar a outra. “Assim, na juventude prevalece a extroversão que se traduz pela necessidade de afirmação e realização pessoal e profissional. Na segunda metade da vida dominaria a introversão, voltando-se a pessoa para a análise dos seus sentimentos, para o balanço e sentido da vida e para a tomada progressiva de consciência da morte”.

Alguns autores, como Erikson, Peck e Buhler definiram diferentes teorias sobre o desenvolvimento psicológico dos indivíduos idosos, no entanto, todos eles estão de acordo relativamente ao conceito da interiorização. Tendo por base o sistematizado por Berger (1995:163), acerca das teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico de velhice, apresentamos o seguinte quadro:

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

AUTORES	ETAPAS OU ESTÁDIOS	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO BEM SUCEDIDAS	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO MAL SUCEDIDAS
<b>ERIKSON</b>	Oitava etapa do desenvolvimento humano	Integridade pessoal ou integridade do ego	Desespero ou despeito face à vida
<b>PECK</b>	Três estádios psicológicos no Envelhecimento feliz	a. diferenciação do eu (ego) b. desligamento c. transcendência do eu	Preocupação com o papel profissional Preocupação de ordem corporal Preocupação com o eu
<b>BUHLER</b>	Quinta etapa da vida	Teoria da intencionalidade ou Redefinição dos objectivos de vida	Desespero ou depressão

Fonte: Adaptado de Berger e M. Poirier (1995:163)

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

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

O envelhecimento é também influenciado pelos vários factores que integram a cultura e a vivência social de cada indivíduo no processo contínuo do desenvolvimento humano. Segundo Berger (1995), a socialização, na idade adulta, engloba três grandes dimensões: satisfação matrimonial, satisfação no trabalho e satisfação de vida. O desempenho de papéis por parte do indivíduo em cada uma destas dimensões, permite-lhe adoptar e desenvolver comportamentos que o tornam um elemento activo dentro da sociedade. Para a autora (1995:190), *“o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos”*. Nesta linha de pensamento, Fontaine (2000:154), citando estudos desenvolvidos por Antonucci e col. (1989) e Avorn e col. (1982), referem que: *“o isolamento é um factor de risco para a saúde”, “os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde”* e que *“não existe um apoio universal eficaz para todos os*

*indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo”.*

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

Um dos aspectos mais significativos para a qualidade de vida é o suporte e apoio familiar, dos amigos e o envolvimento nas actividades sociais. Monteiro (2005:103), diz-nos que *“baixos níveis de contactos sociais estão associados a uma pobre qualidade de vida, pois actualmente há um grande número de pessoas que vivem sós, que perderam o/a companheiro/a de toda a sua vida (solidão emocional), ou perderam os amigos que foram falecendo e podem experienciar a solidão social”*. Estes dois tipos de solidão, diferem entre si, já que a solidão social significa não integrar um grupo de amigos e a solidão emocional traduz a incapacidade de ser íntimo de alguém ou ser capaz de depender de outrem.

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

Malvar (2002:36), citando Saldanha (1996), diz-nos que *“a qualidade e a quantidade de anos que o idoso vive são influenciadas pelos factores macro-sociais (desenvolvimento do país onde vive, recursos sociais, estrato social do indivíduo), políticas sociais em vigor no país para apoio à terceira idade, pelo*

*ambiente familiar e meio em que o idoso está inserido, pela sua cultura, capacidade económica, religião, etnia, etc.”.*

### **2.3 – SAÚDE/DOENÇA NO IDOSO**

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

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

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

O conceito de Doença tem vindo a tornar-se mais abrangente, não sendo apenas considerado um estado de ausência de saúde, como era definido, de forma redutora, por alguns investigadores, num passado muito recente. Tal como a Saúde, também a Doença é influenciada por inúmeros factores de

ordem física, psicológica, sócio-cultural, entre outros, sendo definida por cada pessoa de acordo com o seu próprio sistema de valores e experiências de vida anteriores.

Ribeiro (1998) e Ramos (2004), diz-nos que, a concepção da Doença pode englobar várias dimensões que a língua portuguesa não distingue. Por exemplo, o inglês utiliza três termos diferentes para o conceito de Doença – *disease*, *illness* e *sickness* – as quais em português podem significar “*ter uma doença*”, “*sentir-se doente*” e “*comportar-se como doente*”.

Com base nestas definições, é bem possível uma pessoa sentir-se doente sem apresentar sinais de doença, ou sofrer de alguma doença sem ter sintomas da mesma.

Os diferentes significados atribuídos à Doença conferem-lhe um maior grau de complexidade e conseqüentemente podem dificultar qualquer intervenção ao nível da Saúde/Doença.

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

Segundo Bolander (1998), verifica-se que actualmente não existe uma nítida separação entre Saúde e Doença, podendo-se mesmo designar estes conceitos pelo termo “*contínuo saúde - doença*”, em que a sequência do bem-estar vai desde um estado de saúde excelente, num dos extremos, passando pela saúde regular e pela doença até à morte, no extremo oposto.

Cada indivíduo assume um lugar distinto no “*contínuo saúde – doença*”, o qual é determinado pelo impacto dos acontecimentos quotidianos, estilos de vida e

por questões sócio-culturais, bem como pelo próprio processo de envelhecimento, Ramos (2004).

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

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

Concluindo, haverá poucas realidades tão universais como o envelhecimento, devendo este ser visto como uma dimensão complexa, multidimensional, individual e cultural. A velhice é uma problemática que deverá ser encarada, cada vez mais, na perspectiva da “pessoa” que antes de ser “velha” ou “idosa”, é uma pessoa em desenvolvimento. Um desenvolvimento marcado por modificações, quer a nível físico quer a nível psicológico na forma como cada um dá sentido ao mundo e às coisas que nele, na própria pessoa, vão acontecendo, o que passa também pela vivência da sexualidade.

## **CAPÍTULO III – SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO**

### **3.1 – FISIOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR**

Ao longo dos tempos, muitas foram as explicações relativas à reprodução, sendo a maioria delas, mais de carácter mítico do que científico, no entanto, é ao conjunto de todos os estudos e teorias sobre esta temática, que se deve todo o conhecimento que hoje existe sobre reprodução e sexualidade.

Hipócrates, citado por Jacob, Francone e Lossow (1980:536), acreditava que existiam *“sementes que emanavam de todas as partes do corpo do homem e da mulher e se juntavam para formar o fruto”*. Aristóteles opinava que os factores masculinos originavam os movimentos e os femininos forneciam a substância, estando o sexo da criança dependente dos factores predominantes. Ainda de acordo com a mesma fonte, Graaf, em 1672, terá observado os folículos de um ovário e considerado, de forma errada que estes fossem ovos. Os ovos só foram observados por Von Baer em 1827, quando o referido cientista, traçou o percurso do ovo da trompa até ao útero. A denominação de espermatozóide surge, porque se pensava originalmente que se tratassem de *“pequenos animais parasitas”* e a fecundação propriamente dita, só foi descrita, de forma apropriada, em 1853.

Entre o aparelho reprodutor masculino e feminino existem algumas diferenças como se pode verificar nos sub capítulos que se seguem. Tanto estas diferenças, como a própria natureza biopsicosocial do Homem e da Mulher, são as principais determinantes das divergências verificadas, em cada género, ao nível da reprodução e sexualidade.

### **3.1.1 - Aparelho reprodutor masculino**

Tendo por base o descrito por Jacob, Francone e Lossow (1980), o aparelho reprodutor masculino é constituído por, órgãos internos e externos os quais têm funções distintas e específicas.

O escroto e o pénis são os órgãos externos do sistema reprodutor masculino. O escroto consiste numa bolsa localizada na região posterior ao pénis, sustentada pela zona púbica. É uma continuação da parede abdominal e é dividido em dois sacos através de um septo, cada um, na generalidade, com um testículo. A partir da adolescência, a pele do escroto torna-se mais pigmentada do que a restante pele do corpo. No tecido subcutâneo do escroto encontram-se as fibras musculares lisas, as quais se contraem sempre que a temperatura ambiente ou corporal diminui, dando ao escroto uma aparência mais enrugada e firme. A contracção destas fibras musculares, faz com que os testículos fiquem encostados ao períneo e mantenham uma temperatura compatível com a viabilidade dos espermatozóides. Em condições normais de temperatura, as fibras musculares encontram-se relaxadas e o escroto apresenta-se mais liso e flácido.

O pénis é o órgão masculino da cópula e está ligado às paredes anterior e lateral da púbis, na frente do escroto. É constituído por três tubos longitudinais de tecido erétil, delimitados conjuntamente por bandas fibrosas cobertas de pele. A pele do pénis assim como a do escroto, é mais pigmentada do que a do resto do corpo e é coberta de pelos apenas na sua base.

A erecção é um fenómeno que ocorre com a estimulação sexual e traduz-se pela dilatação das artérias que irrigam o pénis. Os espaços cavernosos do tecido erétil enchem-se de sangue, expandem-se e comprimem as veias penianas, retendo assim todo o sangue que entra, o que faz com que o pénis fique rijo e erecto e permita a penetração na vagina durante o coito.

O corpo esponjoso ou corpo cavernoso da uretra, é outra estrutura do pénis que contribui para o fenómeno da erecção, e, contém a uretra que transporta a

urina e o sémen, a secreção sexual masculina. Na extremidade distal, o corpo esponjoso, torna-se mais largo, dando origem à glândula do pénis. Sobre a glândula situa-se o prepúcio, que consiste numa pele flácida dobrada sobre si mesma.

Os órgãos sexuais internos podem-se dividir em três grupos: testículos, epidídimo, ducto deferente e uretra e por último, as vesículas seminais, a próstata e as glândulas de Cowper.

Os testículos são órgãos ovais com cerca de 5 cm de comprimento, localizados na cavidade abdominal durante a fase fetal. Aproximadamente aos sete meses de gestação, em condições normais, os testículos descem para o escroto.

Ainda de acordo com Jacob; Francone e Lossow (1980), a camada interna dos testículos, denominada por *túnica albugínea*, é composta por uma compacta camada de tecido conjuntivo fibroelástico. Internamente o testículo é dividido em cerca de 250 lóbulos que contêm, cada um, os chamados *túbulos seminíferos*. No interior destes túbulos, encontram-se as células reprodutoras masculinas, em diferentes estádios de desenvolvimento.

Os *túbulos seminíferos* juntam-se para dar origem a uma série de túbulos rectos e mais largos, os quais formam a *rede do testículo*. Um conjunto de pequenos ductos enovelados, os vasos eferentes, perfura a *túnica albugínea* e abrem-se no *epidídimo*. Esta estrutura consiste num tubo enovelado que se localiza na porção posterior do testículo. Da parte inferior de cada epidídimo, sai um tubo recto denominada de *ducto deferente*. Este tubo pode ser considerado como uma continuação do epidídimo e conjuntamente com alguns nervos, vasos sanguíneos e linfáticos dá origem ao chamado *funículo espermático*.

As *vesículas seminais* são duas bolsas membranosas que se situam na parte posterior da bexiga, junto à sua base. Estas vesículas segregam um líquido espesso que contem nutrientes. Cada vesícula seminal termina num tubo recto

que se une ao ducto deferente para dar origem ao *ducto ejaculatório*. Por sua vez, esta estrutura, penetra na base da próstata e termina na porção prostática da uretra, permitindo a saída de líquido seminal e de espermatozóides.

A próstata encontra-se na região inferior da bexiga e envolve a primeira parte da uretra e segrega um líquido alcalino, fino e leitoso, que contribui para a viabilidade das células espermáticas. Nos homens idosos, verifica-se um aumento progressivo do tamanho da próstata que frequentemente obstrui a uretra e dificulta a passagem da urina. Nos homens, para além de constituir um local frequente de cancro, a sua patologia pode contribuir para uma série de complicações de natureza urinária e/ou sexual.

As glândulas de Cowper encontram-se na parte inferior da próstata, de cada lado da uretra (órgão tubular responsável pelo transporte do sémen e da urina e que percorre todo o pénis até ao seu exterior), e são responsáveis por uma secreção mucosa lubrificante, que precede a ejaculação, mas que também faz parte do sémen.

### **3.1.2 – Aparelho reprodutor feminino**

De acordo com Jacob, Francone e Lossow (1980), o sistema reprodutor feminino é constituído pelos seguintes órgãos internos e externos: dois ovários, duas trompas de Falópio, um útero, uma vagina e uma vulva. A estrutura óssea da região pélvica constitui uma componente protectora do sistema reprodutor feminino.

A estrutura vulvar mais anterior, é o monte púbico ou monte-de-vénus, constituída por tecido esponjoso e acolchoado por um tecido adiposo e coberto de pelos.

Os genitais externos (ou vulva) são delimitados e protegidos por duas pregas cutâneas intensamente irrigadas e enervadas, que são os grandes lábios. Mais

internamente, outra prega cutâneo-mucosa envolve a abertura da vagina e da uretra: os pequenos lábios.

Na vulva está também o clítoris, formado por tecido esponjoso erétil, parcialmente coberto pelas extremidades anteriores dos pequenos lábios e que é fortemente sensível á estimulação táctil. O clítoris é fundamental na excitação sexual da mulher e desempenha um papel homólogo ao pénis do homem, embora não seja atravessado pela uretra.

A vagina é um canal de 10 a 15 cm de comprimento, de paredes elásticas, que liga o colo do útero aos genitais externos. Está localizada entre a bexiga e o recto e tendo em conta o seu revestimento membranoso e muscular, tem uma grande capacidade de dilatação e de contracção, factores importantes tanto no desempenho sexual como durante o parto. A membrana mucosa, forma densas pregas transversais que se mantêm humedecidas através das secreções cervicais (a cervix ou colo do útero corresponde à parte inferior do útero).

O hímen é uma membrana circular que se encontra na entrada vaginal e que fecha parcialmente o orifício vulvo-vaginal, sendo, de um modo geral, rompida na primeira relação sexual. Internamente, de cada lado do orifício vaginal, encontram-se as glândulas de Bartholin, que segregam um líquido lubrificante.

A vagina é o local onde o pénis deposita os espermatozóides aquando da relação sexual e para além de possibilitar a penetração do pénis, permite a expulsão da menstruação e, na hora do parto, a saída do bebé.

O útero é um órgão de parede espessa, musculada, que se encontra suspenso na parede anterior da cavidade pélvica, sobre a bexiga e à frente do recto. As trompas uterinas ligam-se bilateralmente na sua parte superior e a sua extremidade inferior tem conexão com a vagina. A cavidade uterina é habitualmente de forma triangular e achatada no sentido antero posterior e é ligado à cavidade abdominal, por ambos os lados, através dos ligamentos largos. Os principais suportes do útero são, como referem Jacob, Francone e

Lossow (1980), os ligamentos cardinais que se encontram na base dos ligamentos largos e que integram as artérias uterinas. Os ligamentos uterossacrais (feixes fibrosos ao longo da pélvis), são essenciais ao suporte e manutenção da posição uterina.

O útero na sua camada externa é revestido pelo peritoneu e pelos ligamentos largos, numa camada intermédia é constituído por feixes entrelaçados de fibras musculares lisas envolvidas em tecido conjuntivo, o *miométrio*. Sendo a parede uterina muito irrigada, são estas fibras musculares entrelaçadas que permitem parar o sangramento após o parto. A parte interna da cavidade uterina é denominada de *endométrio* que é composto por uma camada de epitélio e tecido conjuntivo, também chamado estroma endometrial. É todo o conjunto de fibras musculares e vasos sanguíneos que torna possível o fenómeno da menstruação, a distensão e crescimento uterino durante a gravidez, bem como a sua natural regressão no pós-parto.

As trompas uterinas, também conhecidas por trompas de Falópio, consistem em dois tubos musculares, flexíveis que derivam do fundo do útero bilateralmente. A composição da parede das trompas é semelhante à do útero, sendo que a sua extremidade ou *istmo*, tem ligação à cavidade uterina e com a ampola (parte dilatada e central da trompa que se encontra curvada sobre o ovário). Os óvulos são expelidos pelos ovários e conduzidos para o interior das trompas onde podem ser fecundados pelos espermatozóides. Posteriormente através de movimentos peristálticos e por actividade ciliar, a trompa conduz o óvulo para o interior da cavidade uterina.

Os ovários, como nos dizem Jacob, Francone e Lossow (1980), são muitas vezes considerados os principais órgãos reprodutores femininos. Consistem em duas estruturas de forma oval, situadas na parte superior da cavidade pélvica, um de cada lado do útero. Cada ovário é coberto por uma fina camada de células cúbicas, o chamado *epitélio germinativo*. A parte interior ou *estroma do ovário* é composto por um conjunto de células fusiformes, tecido conjuntivo e vasos sanguíneos. Encontram-se ainda no interior de cada ovário, pequenos

folículos vesiculares em diferentes fases de maturação. O desenvolvimento dos óvulos ocorre no interior de cada folículo.

As principais funções dos ovários são o desenvolvimento e expulsão do óvulo através das trompas uterinas, bem como a produção e segregação das hormonas sexuais da mulher.

### **3.2 – CONCEITO DE SEXUALIDADE**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, sexualidade, é “uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura, e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental.”

De acordo com Sorensen (1998), sexualidade é o estado ou a qualidade de ser sexual. Refere-se às características colectivas que marcam as diferenças entre o macho e a fêmea. Holisticamente, o termo sexualidade tem tido dois significados: a procura de prazer sexual, reprodução, a necessidade de amor e realização pessoal e a tomada de consciência da sua identidade sexual, ou seja, o sentimento de ser macho ou fêmea.

A sexualidade, bem com todos os sentimentos e sensações que lhe estão associados, sempre fizeram parte da história da humanidade quer de forma mais subtil, quer de uma forma mais clara e explícita. Ao longo dos tempos a expressão e vivência da sexualidade tem estado associada a conceitos de pecado e a ideias pré-concebidas, resultantes da rigidez ético moral da Igreja Católica vigente na nossa sociedade.

Os próprios órgãos genitais (principalmente os masculinos), assim como outras áreas do corpo humano, têm sido idolatrados pelas diversas culturas e retratados em várias obras de arte desde as eras mais pré-históricas.

São encontradas referências ao estudo do amor e do apetite sexual desde a Idade Antiga, nos escritos do filósofo Platão, que identificava Eros como o Deus do amor e dos apetites sexuais, Deus do instinto básico da vida, responsável pela atracção entre os corpos.

O estudo da sexualidade humana, teve o seu grande contributo com Sigmund Freud. De acordo com este investigador, o desenvolvimento da sexualidade está presente desde a infância, sendo ele, o primeiro a referir que as crianças se auto manipulavam em busca de prazer. Inicialmente tratar-se-ia de um prazer oral, depois anal e por fim tomaria a forma de prazer genital. Freud referiu-se ao Deus Eros de Platão como a Libido, a força vital do amor.

A procura de novos conhecimentos e novos conceitos relacionados com a sexualidade, como complexo fenómeno bio psicossocial que é, teve lugar a partir do trabalho desenvolvido por Freud intitulado: “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”.

Masters e Johnson (1954), citados por Sorensen (1998), foram dois investigadores americanos que clarificaram diversos aspectos da fisiologia da resposta sexual humana. Destacaram-se na compreensão da função sexual, ao descreverem o Ciclo da Resposta Sexual Humana em quatro diferentes fases: excitação, plateau, orgasmo e resolução. No entanto, a sexualidade abarca muito mais do que a resposta sexual humana, envolve toda uma série de sensações, emoções e afectos, que acompanham o indivíduo no seu dia a dia ao longo de todo o seu ciclo vital. Na perspectiva de Nodin (2002), o ser humano é sexual desde o nascimento até à morte, sendo esta uma parte importante da pessoa, ao longo de todo o seu ciclo vital.

Fuertes e López (1989:9), referem que *“não só somos biologicamente sexuados, como também o nosso psiquismo, toda a nossa organização social e a nossa cultura são sexuados. Desde o nosso nascimento são-nos atribuídos um nome, roupas, brinquedos e actividades sexuados.”*

Nesta linha de pensamento, Cordeiro (2003) afirma que o Homem é um ser altamente sexual e sexualizante, referindo a existência de diversas provas que clarificam este assunto, nomeadamente a nível orgânico e psicossocial. O autor conclui que cada célula humana, logo cada órgão, aparelho e sistema tem um grau menor ou maior de sexualidade. Todos os actos humanos estão carregados de sexualidade. O mesmo autor refere também que a sexualidade tem a sua expressão em vários níveis *“orgânico ou físico, revelado no crescimento e na maturação sexual, ou psicológico e cultural/social, revelado nos comportamentos e na vida de relação”*. Ainda no âmbito dos níveis de expressão da sexualidade o autor deixa bem clara a seguinte ideia: *“sexualidade não é sinónimo de relações sexuais!”*.

As crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos são sexuados, apresentam interesses de índole sexual e manifestam a sua sexualidade por meio de comportamentos. Ao longo da infância e da adolescência as experiências serão determinantes para um adulto sexualmente feliz. Fuertes e López (1989:10), defendem que *“o sistema de crenças, a organização social e a própria capacidade de controlo da pulsação ou a habilidade para encontrar companheiro sexual definem, entre muitos outros factores, o comportamento sexual das pessoas”*.

É de realçar que a sexualidade sempre se revestiu de grande importância nos chamados *“rituais de passagem”* da infância para a idade adulta. Segundo Feldman (1996), as crianças atingiam o estado adulto, quando ocorria a menarca nas raparigas, transformando-as em mulheres prontas para a maternidade e nos rapazes quando se verificavam determinados rituais, que demonstravam a sua capacidade física e a sua virilidade.

Embora a progressão da infância à idade adulta, quer nos homens quer nas mulheres, tenha sofrido algumas alterações ao longo dos tempos e difira de sociedade para sociedade, podemos constatar através da bibliografia consultada, que o desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo. Não só depende das suas características genéticas, como

também das suas interações ambientais e condições sócio-culturais, uma vez que o Homem é um ser inteligente e que vive em sociedade. Neste sentido, muitos aspectos da sua vida sofrem influências, mais ou menos marcadas, das ideias, valores e circunstâncias da sua época, não sendo excepção à regra, a vivência e expressão da sua sexualidade.

A sexualidade conhece ao longo da vida diferentes fases de acordo com as etapas fisiológicas inerentes ao desenvolvimento do indivíduo: infância, adolescência, idade adulta e idade adulta tardia (terceira idade). Fuertes e López (1999), consideram que até à adolescência, se verifica uma evolução semelhante em todas as crianças, dado que, os processos biológicos e as fases sociais pelos quais passam, são muito idênticos. A escolaridade obrigatória, horários, conteúdos e condutas parecidas, não permitem grande diversidade de comportamentos e atitudes. Porém, a partir da adolescência e durante toda a idade adulta, os indivíduos seguem percursos muito diferentes, dependendo do estado civil, escolaridade, profissão, tipo de vida, crenças e valores, assim como de um interminável número de outros factores. Desta forma, os adultos manifestam maior número de diferenças entre si, do que as crianças e os adolescentes.

Tal como em todas as etapas da vida, a sexualidade do idoso é influenciada por uma série de factores: características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de um/a companheiro/a, dependem também do contexto sócio-cultural onde se insere o idoso

### **3.3 – SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO**

É muito importante conhecer o envelhecimento fisiológico, para compreender em parte as alterações que ocorrem ao nível da sexualidade do indivíduo, nesta fase da vida. Nem sempre é possível explicar todas as mudanças que ocorrem durante o envelhecimento, é frequente confundir este último com um estado de doença.

Como nos dizem Berger (1995) e Cruz (1996), mesmo que o processo de envelhecimento inclua uma maior susceptibilidade às doenças, as mudanças fisiológicas provocadas pelo avançar da idade são universais, afectando todos indivíduos de todas as espécies, enquanto que as doenças só afectam alguns.

É sempre importante sublinhar as grandes diferenças individuais aos efeitos da idade na vivência e expressão da sexualidade. De um modo geral podemos afirmar, em consonância com a perspectiva de Schiavi (1995) e Richardsom (1995), que, na ausência de doenças, apesar das mudanças fisiológicas e anatómicas associadas ao processo de envelhecimento, tanto os homens como as mulheres podem continuar a desfrutar da sua sexualidade, mesmo no seu campo mais restrito que são as relações sexuais. Ainda segundo os autores é sabido que, na generalidade, as mulheres demonstram menor preocupação com a função/desempenho sexual do que com as alterações estéticas do corpo e a perda de juventude. Relativamente aos homens as mudanças fisiológicas no âmbito da sexualidade podem conduzir a estados de ansiedade. Nos homens idosos, o desejo e o interesse sexual costumam estar mais presentes do que a própria actividade sexual, enquanto que nas mulheres se verifica um declínio tanto ao nível do desejo como do desempenho sexual. Embora esta realidade aconteça comumente, não implica que se acredite comodamente que a actividade sexual desapareça com a idade.

No decorrer do processo de envelhecimento, verificam-se algumas modificações hormonais, sendo as mais evidentes ao nível do sistema reprodutor masculino e feminino, no entanto, de acordo com resultados apresentados por Schiavi (1995), muitas pessoas na oitava década de vida, mantêm a sua actividade sexual. A crença de que o avançar da idade e o declínio da actividade sexual estão inexoravelmente associados, tem sido responsável pela desatenção relativamente a uma das actividades mais fortemente ligadas à qualidade de vida como é a sexualidade.

Nas consultas médicas, mesmo algumas mais específicas, dificilmente são valorizadas as queixas sexuais dos utentes idosos. Para Steinke (1997), se os

médicos evitam o assunto, provavelmente pelo medo de não saberem lidar com as situações que surjam, se a sociedade evita o assunto e se os próprios idosos se sentem constrangidos a abordar o tema, então podemos dizer que o panorama sexual da terceira idade ficará inexoravelmente abandonado ao conformismo e apatia cultural.

Como já referimos anteriormente, a actividade sexual humana é influenciada pelas características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, pela existência ou não de um companheiro, bem como do contexto sócio-cultural em que o idoso está inserido.

Fuertes e López (1989), revelam-nos que, culturalmente, os relacionamentos sexuais têm sido considerados comportamentos exclusivos das pessoas jovens, saudáveis e fisicamente atraentes. A concepção de que os idosos também possam manter actividade sexual não é muito bem aceite socialmente, preferindo-se mesmo ignorar a sexualidade da pessoa idosa. Apesar destes tópicos culturais, durante a velhice, é frequentemente conservada, a necessidade psicológica de manter viva a sexualidade, não podendo delimitar-se uma idade própria para que a actividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo terminem.

Limentani (1995), diz-nos que os idosos se distanciam e se esquecem do seu próprio corpo, tanto mais quanto na infância, a sociedade preconizar que a sexualidade deve ser ignorada na velhice. A par desta situação, refere-nos ainda que persiste o problema de grande parte da literatura médica, incidir os seus estudos sobre as vivências da sexualidade exclusivamente baseadas no coito, não compreendendo ou concebendo outros comportamentos ou práticas igualmente promotoras de prazer.

Kaiser (1996), realizou uma revisão dos diferentes trabalhos publicados até então sobre a actividade sexual em pessoas de mais idade. Entre esses estudos destaca-se o de Pfeiffer (1968), que encontrou, em 95% dos homens com idade entre 46 e 50 anos, uma frequência semanal de relacionamentos

sexuais, baixando esta percentagem para 28%, nos homens entre 66 e 71 anos. No caso das pessoas regularmente casadas, os estudos revelaram que, 53% dos casais com idade de 60 anos se mantinham sexualmente activos, o mesmo acontecendo a 24% daqueles cujas idades eram superiores a 76 anos. Outro trabalho descrito na revisão de Kaiser, foi o realizado por Bretschneider. Este autor indicou que 63% dos homens e 30% das mulheres, entre 80 e 102 anos, eram sexualmente activos. Nesse estudo verificou-se que a actividade sexual mais frequente entre os idosos eram as carícias, os toques e, finalmente, o coito. Esta investigação, revelou ainda, ser frequente a prática da masturbação em 74% dos homens e 42% das mulheres estudadas. Tanto os homens como as mulheres idosas mais activas sexualmente, eram pessoas que tinham tido mais parceiros (as) sexuais e maior actividade sexual na juventude.

Lima (2006), referindo a perspectiva de Levine (1998), indica-nos que o avançar da idade é um factor relevante nas alterações do desejo sexual, tanto para os homens como para as mulheres. Aponta ainda, que os comportamentos sexuais de ambos os sexos sofrem um notório declínio ao longo da vida. Os estudos de Feldman (1994) e Schiavi (1999), demonstram que o desejo sexual, pensamentos e sonhos sexuais sofrem um decréscimo entre os 40 e 70 anos de idade. Outros autores como Masters, Johnson e Kolodny (1994), ainda designados por Lima (2006), consideram que a idade não interfere no desejo sexual feminino. A autora (2006:86), explica que o *“facto dos resultados das investigações serem controversos deve-se, por um lado, à diversidade de formas de medir e operacionalizar o comportamento e o desejo sexual e, por outro, à influência mediadora de outras variáveis”*.

Algumas das variáveis que podem ser descritas como comprometedoras da actividade sexual na idade adulta avançada são as seguintes:

- A ausência ou não de companheiro (a);
- A capacidade e interesse do(a) companheiro(a);
- O estado de saúde;

- Problemas de impotência no homem ou de dispareunia na mulher;
- Efeitos colaterais de medicamentos;
- Perda de privacidade, como por exemplo, viver na casa dos filhos.

Entre as eventuais causas que podem influenciar a sexualidade na terceira idade, vários autores têm tido opiniões divergentes, embora todos os estudos por eles realizados, tenham inegável importância para um conhecimento mais abrangente do problema.

Steinke (1997), por exemplo, apontou como um dos principais fatores a influir negativamente na sexualidade do idoso, o importante desconhecimento nesta área, assim como aspectos culturalmente proibitivos relativamente às relações sexuais entre idosos.

Existem diferenças individuais significativas quanto à sexualidade na terceira idade, as quais têm na sua base fatores como as características das relações sexuais na juventude, as próprias alterações fisiológicas decorrentes do avançar da idade, o estado de saúde do indivíduo, a influência da medicação, a existência de alterações psicopatológicas, variáveis psicossociais, a existência de parceiro(a) estável, a qualidade da relação, o funcionamento social e o nível educacional.

No que respeita às alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade na velhice, López e Fuertes (1989) lembram-nos que estas alterações se verificam de forma distinta e em tempos diferentes e não devem ser, de forma alguma, classificadas como decadência sexual, já que a sexualidade é uma área que não se restringe à vertente meramente genital, coital ou reprodutiva. Assim, ainda segundo estes autores as principais alterações biofisiológicas que ocorrem nos homens são as seguintes:

- Decréscimo na produção de esperma com início por volta dos 40 anos;
- Redução progressiva da produção de testosterona, por volta dos 55 anos. Para alguns autores esta descida, provoca alterações no homem (aproximadamente 5%) que eles designam por *climatério masculino*,

como a irritabilidade, cansaço, diminuição do apetite sexual, dificuldades na concentração, etc.

- A capacidade de erecção torna-se mais demorada e precisa de uma maior estimulação.
- A quantidade de sémen ejaculado é menor e a sensação de orgasmo é menos intensa e de menor duração.
- Verifica-se uma menor e mais lenta elevação dos testículos, bem como uma redução da tensão muscular durante a relação sexual.
- Há um aumento do período refractário (tempo decorrido entre uma ejaculação e a seguinte).

Belsky (1999), acrescenta que a par de todas estas alterações físicas, podem ainda verificar-se uma série de situações relacionadas com a idade que podem contribuir para a dificuldade do desempenho sexual masculino, como é o caso de doenças como a hipertensão arterial, a diabetes a arteriosclerose, intervenções cirúrgicas à bexiga, à próstata e à espinal medula.

Não obstante todas estas alterações, elas podem ser incorrectamente compreendidas e mal aceites pela sociedade em geral que preconiza como nos dizem López e Fuertes (1989:135), *“um modelo de sexualidade juvenil, genital e coital, o qual, obviamente, é encarado como perdido”*. Estes problemas podem ser agravados se a incompreensão parte da mulher, a qual não aceita e faz sentir ao homem que este perdeu a sua virilidade e ridiculariza-o por isso. De acordo com os autores (1999:135-136), a *“insegurança e o desejo de demonstrar que nada mudou, adoptando padrões de comportamento sexual baseados no que os terapeutas sexuais chamam ansiedade de execução (desejo de realizar frequentes comportamentos coitais no menor tempo possível, etc.)*, são os piores inimigos da sexualidade do homem, especialmente quando tem uma idade avançada”.

Relativamente às modificações que ocorrem na mulher, e também de acordo com López e Fuertes (1989), as mais frequentes são:

- Perda de elasticidade da vagina, que se torna mais estreita e reduzida no seu tamanho.
- Seios mais flácidos e menos volumosos em grande parte das mulheres.
- A lubrificação vaginal é mais lenta e menos acentuada, em virtude das alterações de estrogénio.
- Alterações nas formas do corpo por acumulação de gordura em determinadas zonas o que compromete, em grande parte dos casos, a manutenção de uma silhueta tipicamente feminina.
- As mamas embora mantenham o seu carácter de zona erógena de eleição, praticamente não aumentam de tamanho e verifica-se uma menor vaso congestão ao nível dos genitais e uma menor capacidade, intensidade e frequência de contracções.
- As modificações da estrutura vaginal, bem como as relacionadas com a lubrificação podem tornar o coito doloroso e desagradável (dispareunia). No entanto, não se verificam alterações significativas na resposta clitoridiana.

Raramente as mulheres em idade avançada, particularmente se receberam e foram influenciadas por uma educação mais convencional, procuram a ajuda de especialistas para este tipo de problemas. É cada vez mais importante que os profissionais de saúde estejam atentos e sensíveis a estas alterações que podem condicionar negativamente a vivência da sexualidade da mulher idosa.

Tal como no homem, acontecem na mulher situações muitas vezes associadas à idade que comprometem o seu desempenho sexual. A par da dispareunia, podemos ainda referir a incontinência urinária, a necessidade de uma histerectomia (cirurgia ablativa do útero, frequente nas mulheres com mais de 50 anos) que para além da componente patológica, assume também uma representação psicológica que traduz a perda de feminilidade ou mesmo um quadro depressivo concomitante.

Na generalidade, as mulheres aceitam melhor do que os homens as modificações que ocorrem ao nível estritamente sexual, contudo, encaram

mais negativamente todo o processo de envelhecimento, particularmente no que se refere à sua imagem corporal.

## **CAPÍTULO IV – INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO**

Actualmente, verifica-se outra situação que pode também comprometer o bem-estar global do idoso e condicionar a maneira como vive e manifesta a sua sexualidade e que é a necessidade deste ser institucionalizado. A institucionalização surge por vezes da vontade do idoso que já sofreu algumas perdas e se sente um peso para a família e sociedade, ou porque a família não tem condições para assegurar a sua permanência no domicílio.

Em Portugal, os cuidados aos mais velhos continuam culturalmente entendidos como um dever/obrigação familiar. Ainda há poucas décadas atrás, os idosos viviam no seio da família, em casa dos filhos e acompanhados pelos netos incluídos assim na dinâmica familiar. Hoje, com a concentração dos cuidados aos idosos num número tendencialmente cada vez menor de descendentes, regista-se de facto um maior afluxo a instituições de apoio, contudo conforme refere Sousa et al (2004:156) *“A ideia de que, nos dias que correm, os descendentes expeditamente delegam as responsabilidades familiares nas instituições ou, simplesmente, entregam os idosos à sua sorte, continua a imperar no senso comum das pessoas”*.

O recurso à Instituição é por isso negativamente conotado com negligência de uma obrigação inerente aos laços familiares, quer pelos familiares cuidadores quer pelo idoso necessitado de cuidados, estigmatizando e produzindo sentimentos de culpabilidade aos familiares que se vêem confrontados com a perspectiva de recorrer a este recurso. Na sociedade actual ainda se interpreta a ida para um lar ou a frequência de uma instituição de apoio como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares.

Por outro lado, os serviços para idosos são escassos, sem tradição, desenvolvidos em instituições com pouca história e experiência e desempenhados por técnicos sem formação específica na área e muitas vezes por indivíduos pouco diferenciados tecnicamente, na sua maior parte

desempregados, que auferindo baixos salários desempenham funções cuidativas ao idoso. Esta realidade concorre de alguma forma para o conceito negativo existente no nosso país relativamente à Institucionalização do idoso. Contudo, quando a situação de saúde do idoso se deteriora, os familiares cuidadores já estão muitas vezes exaustos, não conseguindo fazer face à situação. Nestas circunstâncias, é muitas vezes necessário encarar a institucionalização do idoso, que de acordo com as suas limitações, poderá ser temporária ou permanente. Todo este aspecto de vulnerabilidade e de pouco suporte familiar, conduz em grande parte das situações, à institucionalização dos idosos da família.

Segundo Sousa (2004), o processo de institucionalização, traduzido pela saída de casa e pela perda de laços e papéis sociais, pode ser mais prolongado ou de menor duração e comporta um conjunto de processos que passa pela decisão de escolher a instituição que melhor se ajusta às necessidades do idoso.

A institucionalização, se por um lado corta alguns dos laços que o idoso tem com a sociedade, por outro pode também constituir o acesso ao estabelecimento de novas relações afectivas que podem induzir ao “*redesperta*” da sua sexualidade, sendo cada vez mais frequente, a ocorrência de casamentos entre idosos da mesma instituição, situação comprovada pela divulgação que é feita através dos órgãos de comunicação social.

Deste modo é fundamental compreender as necessidades do idoso nas suas várias vertentes, dando-lhe espaço, autonomia e privacidade para vivenciar e exprimir a sua sexualidade, assegurando a sua dignidade e singularidade como pessoa, o que nem sempre é fácil em virtude dos preconceitos e tabus existentes e associados a esta temática.

## 4.1 – INSTITUCIONALIZAÇÃO TEMPORÁRIA

Paralelamente ao envelhecimento da população surge o incremento de doenças crónicas no indivíduo idoso, nomeadamente cardiovasculares, respiratórias e do aparelho osteomuscular que em surtos de agudização levam o idoso, numa primeira fase às urgências hospitalares (pois funcionam 24 horas por dia e estão sempre disponíveis) e numa eventual segunda fase ao internamento hospitalar.

A hospitalização decorrente de um problema de saúde, é por si só desagradável, pelas incertezas inerentes ao futuro, mas sobretudo pelo mal-estar associado à doença. Esta realidade é muito mais exuberante se este internamento é num serviço de urgência.

O serviço de urgência pelas características que encerra, é então indutor da perda de independência e autonomia, a sua exclusão das decisões a tomar pode provocar-lhe um sentimento de inutilidade e rejeição.

Tudo acontece muito depressa, o ritmo acelerado que se impõe na prestação de cuidados não permite ao idoso perceber de imediato o que se está a passar. Os profissionais são por vezes impacientes com défices de desempenho, próprios do idoso, que por sua vez se pode sentir desadequado e culpabilizado. O internamento no serviço de urgência desencadeia assim no idoso uma panóplia de emoções e conflitos que este tem geralmente dificuldade em verbalizar, mas que o levam frequentemente a um estado de depressão e desorientação por vezes irreversível e comprometedor da sua qualidade de vida futura. Isto porque o Hospital significa para o idoso um mundo:

- *Desconhecido*, onde rostos estranhos se movimentam causando vazio e solidão;
- *Despersonalizado*, pois a sua identidade muitas vezes não é respeitada;
- *Agressivo*, porque a sua função curativa, com a utilização de técnicas e meios dolorosos e desconfortáveis, implica quase sempre sofrimento.

O internamento hospitalar representa sempre uma ameaça para o idoso porque vem alterar o decorrer normal do seu quotidiano, de uma forma mais ou menos agressiva, mais ou menos violenta, mas sempre imprevista, incómoda e desconfortante. A saúde, segundo a sua perspectiva está deteriorada, a perda gradual de autonomia para tarefas que realizava com prazer causa-lhe grande sofrimento e dor.

Os idosos sentem-se ansiosos porque foram afastados do seu ambiente familiar, porque têm restrições nas visitas e porque dependem dos outros para as suas actividades mais básicas. Receiam a morte ou a perda definitiva de autonomia e sentem sobretudo a invasão da sua privacidade; perdem a motivação e tomam a decisão de nada fazerem, de renunciar e recusar tentar conseguir qualquer coisa.

Como refere Sousa (2004:125) “... a hospitalização aparece como uma situação de intenções duplas: por um lado, uma doença, por outro uma opção de institucionalização temporária”.

## **4.2 – INSTITUCIONALIZAÇÃO PERMANENTE**

A institucionalização permanente é sempre uma decisão difícil, quer seja para o idoso, ainda apto para decidir sobre o seu destino, quer seja para os familiares daqueles que pelas suas limitações já não o conseguem fazer sozinhos.

Reed et al (2003) sugere que “a participação do idoso na opção por um lar, pode ser de quatro tipos:

- *Preferencial, quando o idoso exerce o direito da decisão.*
- *Estratégica, quando o idoso ao longo de toda a sua vida definiu uma estratégia no sentido de adoptar esta solução.*
- *Relutante, quando o idoso resistiu ou discordou activamente nesta decisão.*
- *Passiva, quando o idoso aceita sem questionar a decisão tomada.”*

De acordo com a nossa experiência profissional, do contacto permanente e das conversas que mantemos diariamente com alguns idosos parece-nos poder concluir que na maioria dos casos, independentemente do grau de participação que teve na decisão, o idoso sente-se vulgarmente triste só e abandonado.

Muitos destes idosos demonstram grandes dificuldades de adaptação neste processo de institucionalização e mesmo aqueles que parecem estar bem integrados quase sempre manifestam a preferência de permanecer na sua casa.

Grogger (1995) defende que todo o processo de adaptação e integração no lar depende de três factores: *“circunstâncias da institucionalização, definições subjectivas de lar de idosos e continuidade alcançada após a mudança para o lar”*.

Também Sousa et al (2004:135), relativamente a este assunto refere que *“o processo de adaptação é facilitado se a decisão for do tipo preferencial ou estratégico; por oposição, é dificultada se a decisão for relutante; se for passiva por demência, o idoso continua no seu mundo; se for por resignação, normalmente desencadeia alguma depressão”*.

Há contudo, na nossa perspectiva, outro factor concorrente para uma melhor adaptação do idoso à sua nova residência, por um lado as relações mantidas com os familiares e amigos, por outro as relações com os profissionais da instituição. Esta visão é também confirmada por Berger et al (1995:95) ao referir que *“a rede informal de apoio aos idosos é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos”*. De facto, para o idoso é importante que mantenha a sua rede de contactos habitual, que seja visitado regularmente por os que lhe são próximos, por aqueles que falam a sua linguagem e conhecem o seu passado, que o olham e percebem o que sente. Como refere Watzlawick (1967:61), *“a comunicação não verbal é quatro vezes mais importante que a comunicação verbal”* isto é ainda mais real neste

grupo etário, onde por vezes, pela patologia associada há défices na comunicação verbal.

Também os profissionais da instituição têm um papel fundamental, facilitando ou dificultando este complexo processo. Hansson e Carpenter (1994) referidos por Sousa (2004:125) definem “*vários problemas que consideram típicos na relação dos idosos com os profissionais de saúde: dificuldades sensoriais que complicam a comunicação de sintomas; gerações diferentes, com valores e crenças de saúde discrepantes; estatuto sócio-económico desigual*”.

Sendo por isso fundamental que os profissionais adquiram formação específica nesta área, aceitando as limitações inerentes ao processo de envelhecimento, respeitando a privacidade, a autonomia, direito de escolha, independência e singularidade do idoso, evitando a generalização dos cuidados e promovendo a individualidade de cada um.

Como refere Sousa et al (2004:137) “*A funcionalidade das relações fica na dependência de clarificação de dilemas, tais como, conciliar e gerir o facto dos idosos serem adultos com a sua dimensão de dependência*”.

### **4.3 – CUIDAR O IDOSO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

Os cuidados ao idoso, exigem o respeito pela pessoa humana como ser único, cujo significado e finalidade de vida é a prioridade máxima do cuidador, o qual deve canalizar todos os esforços no respeito à liberdade, pontos de vista e comportamentos do indivíduo que está a cuidar.

Parafraseando Collière (1989:235) “*Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais*”.

Para Honoré (2001:17), cuidar *“indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”*.

Os enfermeiros, bem como os profissionais que prestam cuidados ao indivíduo idoso em instituições, dispõem de oportunidades únicas para exercerem a arte de cuidar. Têm a possibilidade de, ao longo do dia, estar mais próximos dos idosos e prestar-lhes uma variedade de cuidados, os quais, segundo Hesbeen (2000:47), são *“compostos por múltiplas acções, que são sobretudo uma imensidão de pequenas coisas”*. Estas pequenas coisas, são aquilo que dá sentido à vida e são importantes para uma determinada pessoa. São estas pequenas coisas que fazem parte do nosso dia-a-dia e que por vezes nos passam despercebidas, ou não lhes damos o devido valor.

Cuidar envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas. Cuidar envolve um processo de relação com o outro. Requer determinadas capacidades, indispensáveis ao bom desempenho profissional, sobretudo quando se quer imprimir uma visão humanista à prática do cuidar. Neste sentido, cada vez mais se aposta na selecção e formação dos cuidadores de idosos que desenvolvem a sua actividade em instituições, sobretudo as de carácter permanente.

Lazure (1994), preconiza que qualquer circunstância que implique cuidados, pressupõe uma ajuda para continuar a viver, pelo que se torna fundamental focalizarmos a nossa acção no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais no cuidado ao idoso. Segundo Castro (2007:66), *“os idosos requerem uma maximização dos recursos de saúde sociais e humanos para lhes ajudar a manter a autonomia, a auto estima, a valorização e a individualidade”*.

Ramos (2007:150), diz-nos que *“a relação do indivíduo com a saúde e a doença está dependente de uma variedade de factores biopsicossociais e culturais”*, a autora continua afirmando que *“a comunicação constitui um*

*conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as instituições, entre a sociedade e a cultura”.*

A comunicação é uma actividade humana básica sendo a necessidade de comunicar inata e universal. Na realidade comunicar faz parte da nossa vida desde que nascemos e por vezes fazemo-lo tão espontaneamente que nem reflectimos no modo como o fazemos, ou seja, a comunicação não acontece só quando é intencional e consciente. A comunicação existe sempre, quer naquilo que se faz ou até no que não se faz. Segundo Ramos (2001:167): “*A comunicação é uma relação que se estabelece entre pessoas, a partir de significações comuns que as mesmas atribuem à comunicação verbal (palavras, entoações), assim como à comunicação não verbal (expressões faciais, gestos, olhares, posturas, posições no espaço, objectos, vestuário, etc.)”.*

Mcwhinney (1994:87), consolida esta concepção, quando ao citar Rogers (1989), afirma que “*como consultores, ouvimos não apenas com os nossos ouvidos, mas também com os nossos olhos, mente, coração e também imaginação. (...) Nós ouvimos as palavras do outro, mas também ouvimos as mensagens escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito”.*

A comunicação permite-nos ensinar e aprender acerca de nós próprios e simultaneamente ajudar o outro no seu processo de auto-reconhecimento. Isto torna-se particularmente verdade na área dos cuidados de saúde aos idosos, se tivermos em conta, como nos diz Ramos (2007:153), que: “*a comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente”.*

No processo de cuidados ao indivíduo, nomeadamente ao idoso, torna-se fundamental a criação de todo um ambiente de confiança e entendimento, entre aquele que cuida e o que é cuidado. Esta ligação tornar-se-á de imensurável valor terapêutico ou numa relação de ajuda crescente e eficaz, se tivermos em conta, tal como refere Ramos (2007:155), comportamentos que passam “(...) *por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade*”.

Mailloux – Poirier (1995:476) refere que “*a comunicação é um processo muito complexo, baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e/ou espiritual*”. Durante o processo de envelhecimento, algumas destas dimensões do indivíduo podem ficar comprometidas e influenciar/modificar as competências comunicativas do idoso. A mesma autora (1995:478), citando Stevens (1976), salienta que: “*não ser capaz de comunicar é uma atrofia ameaçadora para o equilíbrio emotivo*”.

A sexualidade integra também uma das vertentes comunicacionais inerentes ao ser humano, assumindo primordial importância pela sua expressão desde a primeira infância até à velhice. Como revela Mailloux – Poirier (1995), é exemplo desta realidade a escolha do vestuário, os relacionamentos sociais, as manifestações de personalidade, etc. Para esta autora (1995:476), “*no seu sentido mais restrito de genitalidade, a sexualidade constitui uma forma privilegiada de comunicação verbal e não verbal*”. Desta forma, urge compreender as modificações de carácter sexual que ocorrem no indivíduo durante o processo de envelhecimento, as suas necessidades afectivas, as alterações no relacionamento conjugal, as perdas, o isolamento social, bem como a influência que certas doenças e medicações têm sobre a expressão e vivência da sexualidade.

Compreender o idoso e estabelecer com ele uma comunicação eficaz, exige tempo, disponibilidade para permanecer junto dele, falar com ele e sobretudo

escutá-lo. Para além destes aspectos é de salientar o toque como forma de comunicação já que, como refere Saman (1982), citado por Poirier (1995: 490), *“a necessidade de tocar e ser tocado persiste ao longo de toda a vida e pode ser intensificada pelos défices sensoriais e as perdas pessoais que sobrevêm no decurso da velhice”*.

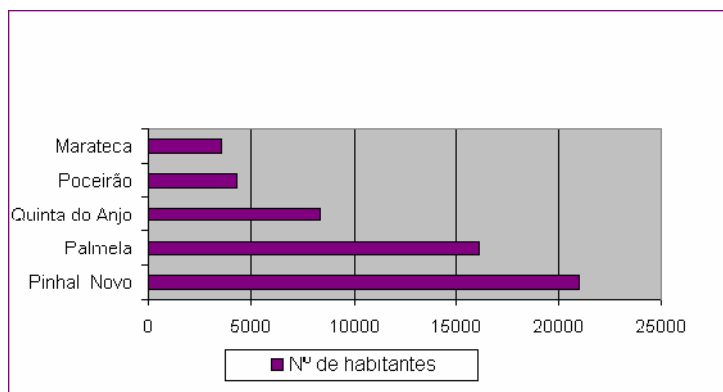


Região de Lisboa e Vale do Tejo (470 hab/km<sup>2</sup> e 291 hab/km<sup>2</sup>, respectivamente).

Ao longo das últimas décadas, verificou-se no Concelho, um dos mais acentuados crescimentos demográficos do país, em parte, devido à sua boa localização geográfica e às novas infra-estruturas rodoviárias (ponte Vasco da Gama e IC3), as quais facilitam o acesso aos concelhos vizinhos.

Ainda de acordo com a mesma fonte e tendo em conta os dados do último período censitário, “... o assinalável crescimento demográfico das freguesias de Palmela, de Quinta do Anjo e principalmente, de Pinhal Novo, assim como do Concelho, deveu-se sobretudo à entrada de população, uma vez que nessas freguesias, com excepção de Pinhal Novo, o número de óbitos superou o de nados-vivos” (INE). Em 2001 a freguesia de Pinhal Novo apresentava a maior densidade populacional do Concelho (389 hab/km<sup>2</sup>) pelo que, constitui actualmente, a sua maior área urbana.

**Gráfico 2 – População residente nas freguesias do Concelho de Palmela**



Fonte: CMP

Nesta mesma data, a população do Concelho de Palmela era constituída por 53.352 habitantes (Quadro 1), o que corresponde a 7,5% da população da Península de Setúbal e a 1,5% da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Ainda em conformidade com o gráfico anterior e o quadro seguinte, mais

de dois terços da população do Concelho está concentrada em Pinhal Novo e em Palmela (37.108 habitantes). A freguesia de Pinhal Novo mantém-se uma área em contínua expansão e crescimento o que a tornará, futuramente, ainda mais populosa.

#### **Quadro 2 – População Residente nas Freguesias do Concelho de Palmela**

<b>FREGUSIAS</b>	<b>Nº TOTAL DE HABITANTES</b>
MARATECA	3.586
POCEIRÃO	4.304
QUINTA DO ANJO	8.354
PALMELA	16.115
PINHAL NOVO	20.993
<b>TOTAL</b>	<b>53.352</b>

Fonte: CMP

A distribuição populacional pelos vários grupos etários no Concelho de Palmela e respectivas freguesias revela, em geral, um crescimento demográfico, sendo os indivíduos de 65 e mais anos, um grupo em destaque (crescimento de 52,5%). Ainda de acordo com a mesma fonte, verifica-se um aumento tendencial da população pertencente a este grupo etário em todas as freguesias, no entanto, observam-se algumas diferenças:

**Marateca e Poceirão:** apresentam valores negativos ou muito baixos nos três primeiros grupos etários, enquanto que, comparativamente às outras freguesias, as taxas de crescimento das pessoas com 65 e mais anos, são menores;

**Palmela e Quinta do Anjo:** embora se verifique a tendência de crescimento semelhante às outras freguesias do concelho, só a partir dos 25 anos os valores observados assumem alguma relevância, com destaque significativo a partir dos 65 anos, apresentando este grupo etário os valores mais elevados;

**Pinhal Novo:** observa-se um crescimento demográfico em todos os grupos etários;

**Quadro 3 – Taxa de crescimento dos grupos etários no Concelho de Palmela, por Freguesia, e na Península de Setúbal (1991-2001, %)**

Freguesia	0-14	15-24	25-64	65 e +
Marateca	-25,4	-15,1	2,6	41,2
Palmela	-8	2,1	19,7	56,3
Pinhal Novo	22,2	26,7	41	54,1
Poceirão	-16,2	-17,2	-1,3	42,1
Quinta do Anjo	9,8	4,6	29,8	58
Concelho	2,7	7,7	25,4	52,5

Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 1991 (Resultados Definitivos); 2001 (Resultados Provisórios para a Freguesia e Resultados Definitivos para o Concelho)

Tendo em conta a análise do quadro que se segue, em 2001, verificou-se um acentuado aumento demográfico nos vários grupos etários, incluindo a população com 65 ou mais anos, que segue a tendência encontrada para a Península de Setúbal.

**Quadro 4 – Distribuição da população por grupos etários, no Concelho de Palmela (por freguesia) e na Península de Setúbal, em 2001**

Freguesia	0-14		15-24		25-64		65 e +	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Marateca	563	15,7	484	13,5	1953	54,5	586	16,3
Palmela	2355	14,6	2164	13,4	9074	56,3	2522	15,7
Pinhal Novo	3693	17,6	2878	13,7	11616	55,3	2806	13,4
Poceirão	723	16,8	589	13,7	2307	53,6	685	15,9
Quinta do Anjo	1259	15,1	991	11,9	4608	55,2	1496	17,9
Concelho	8593	16,1	7106	13,3	29558	55,4	8095	15,2
Península de Setúbal	109933	15,4	100235	14	401365	56,2	103056	14,4

Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 1991 (Resultados Definitivos); 2001 (Resultados Provisórios)

Ainda tomando por referência o quadro anterior, pode-se inferir que a população do concelho de Palmela, em 2001, se encontra “tendencialmente envelhecida” o que denota um evidente envelhecimento demográfico.

Analisando os dados por freguesia, verifica-se que os índices que classificam a população como “muito envelhecida” dizem respeito às freguesias de Palmela, Marateca e Quinta do Anjo. A variabilidade do índice de envelhecimento da população entre 1991 e 2001 nas freguesias do concelho de Palmela, confirma o anteriormente referido conforme se pode observar no quadro seguinte:

**Quadro 5 – Índice de Envelhecimento no Concelho de Palmela (por freguesia) e na Península de Setúbal, em 1991 e 2001 (e respectiva evolução)**

Freguesia	1991	2001	Var. 1991-2001 (%)
Marateca	55	104,1	89,3
Palmela	63,1	107,1	69,7
Pinhal Novo	60,3	76	26,0
Poceirão	55,9	94,7	69,4
Quinta do Anjo	82,6	118,8	43,8
Total	63,3	94,2	48,8
Península de Setúbal	56,5	93,7	65,8

Fonte: INE, Recenseamento Geral da População e Habitação – 1991 (Resultados Definitivos); 2001 (Resultados Provisórios)

Ainda de acordo com o apresentado no trabalho desenvolvido pela CMP, as *“tendências encontradas para o Concelho de Palmela, no que respeita à problemática da “velhice decretada”, impõem que se olhe para este grupo e respectivas dinâmicas com especial atenção, no sentido de garantir condições de vida dignas para este grupo social – ainda para mais tendo em conta as dependências que o aumento de idosos acarreta”*.

Ainda segundo a mesma fonte, pode-se prever a seguinte evolução da população neste concelho:

- *“Os Idosos representam **15,2% da população total residente no Concelho**, sobressaindo as Freguesias de Marateca, Palmela e Quinta*

*do Anjo, com pesos mais elevados face ao conjunto dos seus habitantes”;*

- *“Observou-se um **acréscimo de 52,5% de indivíduos com 65 ou mais anos**, entre 1991 e 2001, com maior evidência nas Freguesias de Quinta do Anjo, Palmela e Pinhal Novo”;*
- *“Palmela classifica-se como um **concelho “tendencialmente envelhecido”**, muito próximo do patamar do muito envelhecido – o qual é atingido por Marateca, Palmela e Quinta do Anjo”.*

## **1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO/RESIDÊNCIA DE IDOSOS COI – PINHAL NOVO**

O Centro de Ocupação Infantil (COI) iniciou a sua actividade a 28 de Maio de 1980. Surgiu da necessidade sentida por um grupo de pais, em assegurar aos seus filhos, um espaço lúdico/educativo que os acompanhasse diariamente nos períodos em que, por motivos profissionais, a família não o podia fazer, nem a escola oferecia resposta.

Foi constituído por escritura pública em 23 de Fevereiro de 1981, na Secretaria Notarial de Setúbal, tendo a sua publicação sido feita no Diário da República de 28 de Abril de 1981.

No início de 1981, foram adquiridas instalações e o COI inaugura a valência de A.T.L. (Actividade de Tempos Livres), a cerca de 30 crianças. Colmatando assim esta necessidade da Comunidade.

Foi oficialmente reconhecido como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com o estatuto de Pessoa Colectiva de Utilidade Pública a 19 de Setembro de 1981, sendo registado no livro das “Associações de Solidariedade Social “.

Logo em 1982, procurando dar resposta às solicitações da comunidade, alarga o seu âmbito de intervenção à valência de Jardim Infantil, passando a acolher crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos.

Em Maio de 1987 transferiu-se para o actual edifício na Av. Zeca Afonso, instalações construídas e cedidas pela Câmara Municipal de Palmela, com o objectivo de alargar o âmbito da sua intervenção social abrindo a valência de creche.

Em 1990 obteve alvará para a leccionação do 1º Ciclo.

No mesmo ano alarga a sua acção à Herdade de Rio Frio, desenvolvendo aí actividades na área de Creche e Jardim-de-infância, além de ocupação de tempos livres em férias, actividades culturais e recreativas.

Posteriormente, a 3 de Março de 1995, aprovou em Assembleia Geral, alterações aos estatutos, tendo o seu averbamento sido efectuado em 18 de Maio de 1995, nos termos do Nº2 do Artº13 do livro das “Associações de Solidariedade Social”, passando o Artigo Terceiro dos Estatutos da Instituição a permitir alargamento da sua actividade às áreas:

- a) Creches e Jardins-de-infância
- b) Centros de Actividades de Tempos Livres
- c) Lares de Apoio a Crianças e Jovens
- d) Lares e Centros de Dia ou de Convívio para Idosos
- e) Colónias de Férias
- f) Comunidades Terapêuticas, Centros de Dia para Toxicodependentes e Lares de Reinserção
- g) Centros Comunitários e Interinstitucionais de Intervenção Sócio Educativa
- h) Creche Familiar e Apoio Domiciliário

Dando cumprimento ao preceituado na nova redacção dos estatutos, a 4 de Outubro de 2001, inaugurou-se um Centro de Acolhimento Temporário para Crianças em Risco, dos 0 aos 6 anos, nas suas instalações de Rio Frio.

A 10 de Janeiro de 2003 foi ainda aprovada, em Assembleia-geral, nova alteração ao artigo 3.º dos estatutos no sentido de uma adaptação às novas realidades sócio-económicas da freguesia, tendo sido incluída a alínea i):

i) “Criar e fomentar oportunidades, programas de formação profissional e medidas de Inserção Social, quer segundo projectos da sua própria iniciativa, quer mediante acordos com outras entidades, públicas ou privadas”. Para o efeito levou a cabo um processo de certificação pelo Instituto da Qualidade de Formação, sendo neste momento reconhecido como entidade formadora.

Em 14 de Fevereiro de 2003, foi inaugurada a Residência de Idosos, com capacidade para 30 Idosos, no âmbito do Projecto “Ser Criança Ser Idoso”, numa perspectiva intergeracional de abranger todas as faixas etárias da população.

A Residência de Idosos é um espaço com dois pisos preparados, mediante diversas ajudas técnicas e adaptações de espaço físico, para receber idosos com diferentes graus de dependência, que se encontram distribuídos da seguinte forma: 15 idosos no piso superior, mais independentes e com melhores capacidades motoras e cognitivas e 15 idosos no piso térreo, mais dependentes e com maior necessidade de intervenção quer de cuidados directos quer de apoio técnico. Os 30 idosos que aqui residem, são de ambos os sexos e a sua média de idades situa-se nos oitenta anos. Na residência prestam cuidados directos e diários aos utentes, 14 funcionárias, que trabalham por turnos, assegurando o acompanhamento destes durante as 24 horas, 7 dias por semana. Nestas 14 funcionárias está incluída a responsável pela residência que coordena e acompanha a prestação de cuidados durante o dia, incluindo aos fins-de-semana. Para além destas funcionárias, existem

outros trabalhadores que dão apoio técnico (psicólogos, assistentes sociais e outros) e administrativo, contactando com os idosos por vezes de forma directa, mas menos frequente e que exercem habitualmente funções na sede da Instituição Fundação COI.

Ainda em 2003, foram feitas as obras de Remodelação/Adaptação de um imóvel para a abertura de um Lar de Crianças e Jovens em risco. Este equipamento, cuja inauguração teve lugar a 28 de Fevereiro de 2004, destinase a proporcionar acolhimento prolongado a um grupo de 14 crianças e jovens de ambos os sexos, abrangendo uma faixa etária dos 0 aos 18 anos, podendo ser encaminhados pelo Tribunal de Família e Menores, pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens ou pela Segurança Social.

Em 2005 foi adquirido um imóvel na rua S. Francisco Xavier, nº30 em Pinhal Novo, o qual irá sofrer as remodelações necessárias para a abertura de um novo Centro de Acolhimento Temporário para a faixa etária dos 12 aos 18 anos, resposta social inexistente até ao momento, no Concelho de Palmela.

Iniciou-se igualmente, em Setembro de 2005, um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) no sentido de dar resposta a idosos que, com o devido apoio, podem permanecer no seu lar, de forma a retardar o seu processo de envelhecimento e/ou integração em Lar.

Devido à forte dinâmica de crescimento da Instituição e após decisão em Assembleia-geral, iniciou-se o processo de mudança da figura jurídica de associação Centro de Ocupação Infantil, para uma Fundação IPSS.

Em Dezembro 2005 é lavrada escritura pública através da qual a Associação Centro de Ocupação Infantil se constitui FUNDAÇÃO COI.

Em 10 de Fevereiro de 2006 é entregue o processo, devidamente instruído, para reconhecimento da Fundação COI, no Ministério do Trabalho e Segurança Social.

Por despacho de 05/12/2006 do Secretário de Estado da Segurança Social é-lhe conferido o estatuto de Fundação de Solidariedade Social, sendo o registo lavrado em 27/12/2006 pela inscrição nº25/05 nas fls.115 e 116 do livro nº 6 das Fundações de Solidariedade Social, cujos estatutos foram publicados na 2ª série do Diário da República de 18 de Janeiro de 2007.

Em 16 de Março de 2007 realiza-se a cerimónia de tomada de posse dos membros do Conselho de Fundadores e do Conselho de Administração.

Actualmente, vinte e sete anos passados, o dinamismo característico da Instituição, tornou-a um interveniente activo na comunidade, estando permanentemente atenta às suas evoluções e procurando adaptar as suas actividades às necessidades da mesma e integrando todas as estruturas de parceria social e trabalho em rede do Concelho de Palmela e Distrito de Setúbal, em particular, e do país em geral, de modo a aprofundar um desenvolvimento sustentado das suas respostas sociais.

As unidades de alojamento para idosos constituem uma resposta social a esta realidade. Em conformidade, a residência de idosos dá prioridade a situações de grande dependência, abandono por parte dos familiares ou ausência dos mesmos, situações sócio-habitacionais precárias e carência económica, promovendo sempre e incondicionalmente a SOLIDARIEDADE, dando aos idosos um apoio de qualidade, a que todos têm direito.

Neste âmbito, e numa primeira fase, o objectivo geral da residência de idosos visa desenvolver actividades de apoio social a pessoas idosas, criando estruturas de alojamento colectivo de pequena dimensão que prestem, nas 24h do dia, em sete dias por semana, cuidados de saúde, higiene e conforto.

Fornece alimentação, promove a autonomia e o bem-estar biopsicossocial, através de situações de convívio e animação social.

Pretende-se criar um Projecto intergeracional, de ligação criança/idoso, através do incentivo à participação na vida social e cultural, reconhecendo e aproveitando o saber e experiência acumulada da pessoa idosa.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

### **2.1 – POPULAÇÃO ESTUDADA**

#### **2.1.1 – Dimensão da Amostra e Sistema de Recrutamento**

O estudo é composto por duas amostras, uma relativa aos idosos da Residência de Idosos do Centro de Ocupação Infantil e outra respeitante aos cuidadores dos idosos ou funcionários da instituição, que de diferentes formas contactem com eles.

A primeira amostra é constituída por seis indivíduos de ambos os sexos, cujas idades variam entre os 82 e os 100 anos, residentes numa instituição para idosos do concelho de Palmela: Residência de Idosos do Centro de Ocupação Infantil no Pinhal Novo e a outra, pelos seus cuidadores e outros funcionários que de forma mais ou menos directa, contactam com os idosos. A dimensão das amostras dependeu, por um lado do número de idosos da instituição enquadráveis nos critérios pré-definidos, conforme descreveremos adiante, e, do número de funcionários da instituição, que contactam (directa ou indirectamente) com os idosos que nela residem e aceitem participar no estudo.

Os idosos foram seleccionados na sequência de várias visitas à instituição para apresentação da entrevistadora e explicação da natureza e objectivos do estudo. Durante estas visitas, foi pedida a colaboração para participar na investigação aos utentes da residência e aos funcionários, e, colhida informação junto dos técnicos da instituição que dão apoio aos idosos (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais), no sentido de avaliar o seu estado cognitivo.

A técnica de amostragem é não probabilista de conveniência, ou seja, tal como refere Carmo e Ferreira (1998:197), dá-nos acesso a “*um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários*” que aceitem colaborar no nosso estudo.

### **2.1.2 – Critérios de Inclusão**

Na amostra dos idosos foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Não apresentar défice cognitivo;
- Estar na residência há pelo menos 6 meses;
- Consentir e demonstrar disponibilidade para participar no estudo.

Os critérios de inclusão relativamente aos funcionários da instituição foram:

- Contactar com os idosos directamente na prestação de cuidados;
- Contactar com os idosos directa ou indirectamente através de serviços técnicos ou de apoio;
- Demonstrar disponibilidade para participar voluntariamente no estudo.

### **2.1.3 - Procedimentos Formais e Éticos**

A palavra ética deriva do latim *ethica* e do grego *ethiké*, que no seu sentido mais lato significa ciência da moral e a arte de cada indivíduo gerir a sua conduta uma vez inserido numa sociedade. Enquanto disciplina filosófica, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (1990:708), a ética “*procura determinar a finalidade da vida humana e os meios de a alcançar*”, é a “*ciência que tem por objecto o juízo de apreciação com vista à distinção entre o bem e o mal*”, é “*a ciência da moral*”.

Quando falamos de ética, existem conceitos que lhe estão intrinsecamente ligados, tais como o direito ao anonimato e à confidencialidade. Segundo Streubert e Carpenter (2002), os investigadores devem respeitar princípios

importantes quando fazem investigação, pois os participantes não devem de forma alguma ser prejudicados, esta ideia relaciona-se com o princípio da não maleficência. Os mesmos autores referem ainda que a participação dos entrevistados deve ser voluntária e consciente, facto que é sustentado pelo princípio da autonomia. Quando se leva a cabo qualquer tipo de investigação que envolva a participação da pessoa humana, deve-se assegurar aos participantes, a confidencialidade e o anonimato das informações prestadas, garantindo que os seus dados pessoais, não serão divulgados ou partilhados sem a sua expressa autorização. Os participantes de qualquer estudo, devem ser sempre tratados com dignidade e respeito, conforme ditam os princípios de beneficência e justiça.

Relativamente ao nosso trabalho, é de referir que todos os dados colhidos durante o estudo foram tratados de forma confidencial. Os resultados de grupo são apresentados através deste trabalho, mas os participantes não são nem serão nunca identificados de forma individual. Estas garantias ficaram bem patentes na carta de pedido de autorização que enviámos à Direcção da Residência de idosos – COI no Pinhal Novo, local onde realizámos a nossa colheita de dados (Anexo I).

Ainda neste capítulo, consideramos importante referir que no início de cada entrevista, ou entrega do questionário, elucidámos os participantes acerca dos objectivos do nosso estudo, bem como dos motivos que nos levaram a fazê-lo e explicou-se-lhes que os dados colhidos não seriam indevidamente divulgados. Tratando-se de pessoas adultas, conscientes e lúcidas, optamos por informá-las oralmente do nosso propósito ao invés de utilizarmos um documento escrito de consentimento informado, o que considerámos não ser necessário na nossa amostra de idosos. Na nossa opinião, esta abordagem favoreceu a colheita de dados, já que o tema em questão é algo sensível e entra na intimidade das pessoas.

## **2.2 – TIPO DE ESTUDO**

Foi efectuado um estudo exploratório, do tipo descritivo e feita uma análise quantitativa e qualitativa dos dados.

## **2.3 – OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Verificámos na nossa prática de enfermeira em contacto diário com idosos, que a sexualidade é uma área pouco abordada e à qual é dada menor importância, em comparação com o trabalho que é desenvolvido com outros grupos etários, nomeadamente adolescentes e pessoas em idade fértil. Existem poucos estudos relativos à vivência e expressão da sexualidade/afectividade dos idosos em particular quando estão institucionalizados pelo que consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre esta problemática.

Assim considerámos como principais objectivos deste estudo:

- Identificar quais são as representações da sexualidade/afectividade para os idosos institucionalizados;
- Identificar quais são as representações da sexualidade/afectividade para os idosos na perspectiva dos cuidadores;
- Conhecer como é a vivência da sexualidade/afectividade nos idosos;
- Identificar os factores que influenciam a vivência da sexualidade/afectividade no idoso;
- Conhecer em que medida a institucionalização condiciona a sexualidade/afectividade no idoso.

## 2.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### 2.4.1 - Recolha de dados

A colheita dos dados decorreu na instituição, por facilitar o acesso à população em estudo uma vez que constitui, respectivamente, a residência habitual dos idosos e o local de trabalho dos cuidadores e funcionários. Paralelamente, o facto de residirmos na proximidade da instituição favoreceu a nossa deslocação ao local para recolha da informação pretendida. A colheita de dados foi efectuada através de entrevistas semi-estruturadas (aos idosos), com apoio de um guião e aplicação de um questionário aos funcionários.

### 2.4.2 – Entrevistas

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

Savoie-Zajc (2003:284), considera que um dos objectivos deste tipo de entrevista *“é o de tornar explícito o universo de outro”*, permitindo ao participante exprimir as suas representações, crenças e valores relativamente ao tema em estudo.

Segundo Quivy (1998:79), as entrevistas permitem *“(...) abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência das dimensões e dos aspectos de um dado problema”*, ao mesmo tempo que podem *“(...) ajudar o investigador a colocar o problema da forma mais correcta possível”*. A par da linguagem verbal, a linguagem não verbal (entoação,

sorrisos, franzir de sobrolhos, choro, etc.), permite obter um vasto leque de informações sobre as respostas obtidas às questões em estudo.

A entrevista foi elaborada por nós e constou de perguntas referentes a dados demográficos (idade, sexo, estado civil, religião, profissão, nº de filhos, local de residência anterior), casamento, vivência sexual e sua importância, satisfação da vida sexual, solidão, percepção sobre relacionamentos amorosos dentro da instituição, tendo por base um guião orientador (Anexo II).

As entrevistas foram aplicadas por nós a seis idosos de ambos os sexos, na Residência de Idosos – COI, e transcritas imediatamente após a sua realização, no sentido de assegurar toda a informação obtida. Foram efectuadas num único tempo e tiveram uma duração aproximadamente de duas horas e meia cada. As entrevistas tiveram lugar no quarto dos idosos quando estes estavam sós de forma a facilitar o diálogo e preservar a sua privacidade.

Inicialmente, pensámos recorrer a uma avaliação prévia do estado mental dos idosos através de uma escala do tipo “ *Mini Mental State Examination*” (MMSE), hipótese que foi posta de lado por se tratar de um instrumento de aplicação muito morosa. Tendo em conta a natureza do estudo e as características da população, optámos por avaliar o seu estado cognitivo, junto dos técnicos que dão apoio a esta valência (psicólogos, enfermeiros e técnicos de serviço social) e simultaneamente, pelo contacto prévio com os idosos para apresentação da investigadora, dos objectivos do trabalho a desenvolver e pedido de colaboração para participar no estudo.

### **2.4.3 – Questionário**

O questionário, conforme refere Carmo (1998), reporta-se à recolha de dados em situações em que o inquiridor está ausente “ *no acto da inquirição*”. Por ser mais fácil e rápido obter a informação desejada, optámos por elaborar e aplicar

um questionário aos cuidadores directos e funcionários que de alguma forma contactam com os idosos.

Foram entregues 35 questionários, nos sectores onde os funcionários, que correspondiam aos critérios pré-definidos para a nossa amostra, exerciam funções e estipulado um prazo de duas semanas para a sua recolha. Foi solicitada a colaboração dos responsáveis de sector, no sentido de assegurar o cumprimento do prazo de entrega e a recolha dos questionários. Foram recolhidos trinta questionários.

Elaborámos um questionário constituído por três partes. A primeira parte, composta por seis questões de caracterização pessoal/profissional dos inquiridos, a segunda, incluía a definição de nove conceitos, em três palavras cada, e por último, a terceira parte integrava uma grelha de quarenta e três afirmações, cujas respostas consideravam quatro cinco de opinião: discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente (Anexo III).

#### **2.4.4 – Pré-Teste**

Foi realizado um Pré-Teste a um grupo de 5 funcionários de um centro de dia de idosos, os quais não fazem parte da nossa amostra. As funções desempenhadas por estes funcionários eram de natureza diversificada, nos cuidados prestados aos idosos, tal como o que se pretendia com a nossa amostra e permitiu verificar se:

- O texto introdutório para apresentação do estudo e pedido de colaboração aos inquiridos era adequado e explícito;
- Se as questões eram facilmente compreendidas e não levavam a erros de interpretação.

## 2.5 – ANÁLISE DOS DADOS

### 2.5.1 – Análise quantitativa

Os dados dos questionários foram tratados informaticamente através do programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” na sua versão 15.

### 2.5.2 – Análise de conteúdo

Os dados foram analisados numa perspectiva qualitativa, tendo por base a técnica de análise de conteúdo. Para Streubert e Carpenter (2002), o principal objectivo do rigor na investigação qualitativa é apresentar da forma mais fiel possível, as experiências dos sujeitos em estudo, tal como elas aconteceram.

Segundo QUIVY (1998:227), a análise de conteúdo, na investigação social, “(...) oferece, a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, como, por exemplo, os relatórios de entrevistas pouco directivas”.

Ao escolhermos tratar os dados resultantes das nossas entrevistas através da análise de conteúdo, pretendemos, conforme refere Castro (2007:102), “organizar a informação recolhida dando ênfase ao que foi valorizado pelos entrevistados”. Ainda segundo Castro (2007:102-103), citando Vala (1986), a análise de conteúdo “é uma técnica de tratamento de informação que faz a desmontagem do discurso e produz um novo discurso através de um processo de localização”. Para Vala (1986), o processo de análise de conteúdo prevê a determinação de três tipos de unidades:

- **Unidade de contexto** – é o segmento mais amplo de conteúdo, que o analista observa quando caracteriza uma unidade de registo;

- **Unidade de registo** – *é o segmento de conteúdo mais pequeno que é considerado pela análise, podendo incluir uma palavra ou frase;*
- **Unidade de enumeração** – *é aquela que permite proceder à quantificação”.*

Neste estudo fizemos uma análise a partir da criação de categorias e sub categorias elaboradas com base nos temas abordados nas entrevistas e a frequência com que surgiam.

## **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo reserva-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas aos idosos e dos questionários aplicados aos funcionários que deles cuidam. As primeiras serão tratadas à luz da análise de conteúdo, enquanto que os segundos foram tratados informaticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* na sua versão 15.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à estatística descritiva, bem como à estatística não paramétrica, pois o nível de medida da maior parte das nossas variáveis é de escala ordinal (relativamente ao questionário).

Na estatística indutiva, tentou-se averiguar a existência de discrepâncias significativas quanto às diferentes actividades profissionais em função da faixa etária, sexo, estado civil, religião, habilitações académicas e tempo de serviço na instituição. Procedeu-se ainda à análise factorial exploratória, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. Salientamos que a significância dos testes efectuados foi aceite para  $p < 0.05$ .

### **3.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS**

#### **3.1.1 – Caracterização da amostra dos idosos**

A amostra relativa aos idosos é constituída por seis indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 82 e 100 anos idade e cujas histórias de vida relatamos seguidamente de forma resumida e cujos nomes são fictícios.

## 1 - Manuel

O Sr. Manuel, é um idoso de 83 anos de idade e viúvo há um ano, que se encontra em muito bom estado físico e psicológico. É natural de Silves, mas reside no Pinhal Novo há 43 anos. É católico e tem a 4ª classe.

O Sr. Manuel trabalhou no campo, nas terras dos pais, antes de casar e só depois de cumprir o serviço militar começou a trabalhar nos caminhos-de-ferro, como revisor de material.

Casou com 23 anos e tem três filhos. É viúvo há um ano. Veio para a Residência de Idosos há 7 meses, por opção pessoal e diz gostar de ali estar – *“Gosto muito. Fui eu que pedi para vir para cá. Em casa sentia-me muito sozinho ... não queria incomodar os filhos. Aqui sou bem tratado e é melhor ter vindo agora que ainda estou bem... mais tarde era bem pior...”*, o seu olhar expressava alguma tristeza o que parecia contrariar as suas palavras. Os filhos e os netos visitam-no quase todas as semanas. Quando não podem vir, ele vai a casa deles, pois ainda se pode deslocar com facilidade e os filhos moram no Pinhal Novo. Mesmo quando não visita os filhos o Sr. Manuel gosta de passear e fazer umas caminhadas pela vila.

O Sr. Manuel começou a namorar com 17 anos e casou aos 23 anos. Descreve o seu casamento como *“um bom casamento, foi aquele que eu escolhi... acho que não podia ter sido melhor... fomos felizes até ao fim...nos últimos tempos houve muito sofrimento por causa da doença da minha mulher... tinha um problema canceroso na barriga, depois afectou-lhe a cabeça tinha que a ajudar em tudo”*. Com muita tristeza e com um olhar angustiado, continuou: *“já não tinha forças para tratar dela sozinho, passava a vida a chamar os filhos e resolvemos pô-la num lar... ia lá vê-la todos os dias, até lá fui no dia em que ela morreu, mas ela já tinha morrido e por isso já não a vi. É assim a vida.... Demo-nos sempre bem éramos muito amigos. Não há casa onde não entre o sol... mas resolvíamos sempre as nossas coisas”*.

No decorrer da nossa entrevista, perguntamos-lhe se voltaria a casar com a mesma pessoa ou se faria as coisas de maneira diferente ao que respondeu muito seguro: *“Sim com certeza que voltaria, foi a mulher que eu escolhi, começamos a namorar cedo e quando casamos fomos viver para a casa dos meus pais, porque ainda não tínhamos a vida organizada. Nessa altura não foi fácil, principalmente para ela que foi um bocado maltratada pela minha família que não concordava muito com o casamento. Mais tarde tive a possibilidade de construir uma casa lá nos terrenos dos meus pais, mas ela disse-me: podes fazer lá a casa, mas é só para ti, eu nunca mais lá volto. E não voltou, os meus pais vinham à nossa casa, em Lagos ou já no Pinhal Novo, ela trava-os bem, mas nunca mais voltou à casa deles. Eu respeitei sempre a ideia dela, pois era com ela que eu tinha casado e escolhido viver a minha vida. Era uma mulher recta e como deve ser e foi sempre minha amiga e dos filhos. Foi uma vida de muito trabalho, às vezes pouco dinheiro, mas bem dividido e com muito amor chegava. Fazia tudo outra vez da mesma maneira”*.

O Sr. Manuel, não considera a possibilidade de voltar a casar ou de arranjar nova companheira, referindo de forma assertiva: *“Não, nunca pensei voltar a casar! Fizemos um juramento um ao outro que se um de nós partisse primeiro,*

*o outro não voltava a casar nem a arranjar outra pessoa. Juramos que éramos só nós.”*

*Com lágrimas nos olhos, diz-nos: “ Sinto muito a falta dela, foi uma vida inteira. Tenho muitas saudades, sinto-me muito sozinho, mas em casa era pior, sentia-me abandonado. Os filhos têm a vida deles, e chegava a casa era aquele vazio... sentia-me mesmo mal! Decidi vir para aqui e faço de conta que agora tenho uma nova família”.*

O Sr. Manuel considera a vida sexual um aspecto muito importante na vida de um casal. Descreve e justifica esta situação da seguinte forma: *“É um aspecto muito importante. É a vida do casal, é a nossa união. É uma forma de vivermos mais próximos, é uma forma de entendimento do casal, (...) quando acaba também não é o fim do casamento, há a amizade, a companhia, uma vida em conjunto; (...) sempre nos entendemos nesse sentido, a minha mulher muitas vezes conservava a sua opinião, mas eu respeitava e quando acontecia era sempre de mutuo acordo, só assim é que as coisas funcionam...Acontecia quando apetecia, naturalmente. Por fim surgem os problemas de saúde que também interferem na nossa vida de casal. Há cinco anos fui operado à próstata e o médico disse-me que já não havia nada. Ainda continuámos casados mais cinco anos, sem haver nada e fomos felizes, havia amizade, amor e compreensão. Um carinho, uma festa às vezes é tão importante ou mais do que a vida sexual”.*

Não considera a possibilidade de iniciar um relacionamento com alguém da instituição, ou mesmo fora desta, alegando que: *“nestas idades já não há nada, só mesmo para o convívio”.* Continuou, manifestando algum orgulho: *“Se eu quisesse um casamento arranjava-o lá ao pé de casa, e olhe que havia quem estivesse interessado. Nestas idades é só por interesse. Até aos 40, 50 anos, ainda é possível, agora depois dos sessenta, praticamente é interesse, viver o resto dos dias com melhores condições económicas”.*

Na instituição gosta de falar com pessoas de ambos os sexos não demonstrando nenhuma preferência em particular, no entanto, diz-nos que há pessoas com quem tem mais afinidade.

O Sr. Manuel considera a opinião dos filhos muito importante no caso de casamentos/relacionamentos que ocorram nesta idade. Acha que existe um relacionamento amoroso entre um homem e uma mulher da instituição, mas não especifica, acrescenta com um ar envergonhado e com alguma reprovação: *“Há aí um homem e uma senhora, parece que há qualquer coisa entre eles. Eles é que sabem, se querem é lá com eles, mas acho que é uma falta de respeito”.* Para o Sr. Manuel, casos como este, não são levados a sério pelas funcionárias da instituição, mas sim considerados como uma *brincadeira* *“(...) elas riem-se e brincam com a situação”.* Não conhece ninguém que se tenha casado numa instituição, mas já ouviu falar dessas situações na comunicação social.

## 2 - Maria

A D<sup>a</sup> Maria tem 97 anos, é viúva há 37 anos e foi das primeiras utentes da residência, está lá há 4 anos. É uma senhora muito simpática, mas reservada. É natural de Coimbra, residia em Lisboa até aos 43 anos, altura em que veio morar para o Pinhal Novo. É católica, gosta de ir à missa sempre que pode e tem a 4<sup>a</sup> classe.

Aprendeu o ofício de costureira, mas nunca trabalhou para fora porque o marido não deixou. Não tem filhos, o que lamenta bastante, revelando-nos com grande tristeza: *“tive uma filha que nasceu morta, tive muita pena, chorei muito. A parteira que me fez o parto disse-me que a menina tinha uma perninha torta, (...) o meu marido nunca mais quis outros filhos, prevenia-se para eu não engravidar”*. Tem um sobrinho que a visita esporadicamente e com quem não tem uma relação muito próxima, sendo as visitas mais regulares que recebe de alguns amigos que tem no Pinhal Novo.

Casou com 21 anos e descreve o seu casamento como: *“muito bom, (...) o casamento com que qualquer mulher sonha. Foi muito feliz, dava-me muito bem com o meu marido. (...) Foi o único namorado que tive, foi o único homem que conheci. Acho que não podia haver outro melhor”*. Inicialmente não queria vir para a residência, mas como não se deu bem em casa do sobrinho, optou por vir e refere estar satisfeita. Ainda é uma senhora autónoma, muito comunicativa embora com dificuldades auditivas o que a leva a isolar-se por vezes no seu quarto, no entanto, refere que gosta de conversar com toda a gente.

Embora se sinta muito sozinha e com saudades do seu marido, não considera a possibilidade de voltar a casar ou a relacionar-se com outro homem, nem dentro nem fora da residência. Abanando a cabeça relutantemente, justifica-se dizendo: *“ (...) acho que não me conseguia deitar com outro homem. Comecei a namorar com o meu marido aos 17 anos e foi com ele que aprendi tudo. (...) Dantes as nossas mães não nos diziam nada, não eram assuntos que se falassem, por isso quando casávamos só sabíamos algumas conversas que ouvíamos aqui ou ali. Na primeira noite tive tanta vergonha, mas ele foi atencioso e paciente. Depois foi tudo acontecendo ao longo da nossa vida. Não conseguia ter outro homem (...)”*. Com muito carinho e com um olhar triste a D<sup>a</sup> Maria confessa-nos: *“tenho muitas saudades do meu Júlio (...) todos os dias choro por ele. Quando me vou deitar, todos os dias lhe faço uma festa antes de dormir”* e ao dizer isto acaricia a fotografia do marido que tem em cima da mesa-de-cabeceira. Teve outros pretendentes, mas nunca lhe interessaram.

Atribui uma grande importância à vida sexual no seio do casamento e considera que a sua foi satisfatória. Com um ar sério e pensativo, partilha connosco: *“acho que foi muito boa. Havia muito amor e muito respeito. (...) A nossa vida sexual acontecia quando apetecia, era sempre de acordo dos dois, ele nunca me obrigava a nada. (...) Às vezes sentava-me ao colo dele e ele fazia-me festas até que acontecia o resto, só nessa altura é que nos despíamos. (...) Com a idade o fogo vai-se apagando, mas mantém-se o amor e o carinho”*.

Tem conhecimento que existe qualquer tipo de relacionamento entre duas pessoas da residência, mas refere nunca ter visto nada. Fala-nos da situação com algum constrangimento e reprovação: “ (...) *há aí uma senhora que parece que anda interessada no Sr. António. (...) Ficou viúva e começou logo a andar atrás dele. A mim pareceu-me muito mal porque achei muito cedo. (...) Não tive conhecimento de outros casos. A D<sup>a</sup> Teresa (funcionária), já os proibiu de ir no elevador. Parece que era no elevador que namoravam, Eu nunca vi mas parece que foram apanhados por outras pessoas. Aqui acho mal, tem que haver respeito pelos outros. Havia aí um casal que veio para cá, mas isso era diferente, eram marido e mulher, dormiam no mesmo quarto. (...) Ele ficou viúvo e está muito em baixo*”.

Depois do marido morrer teve alguns pretendentes, mas não quer voltar a casar ou a ter outro homem. A D<sup>a</sup> Maria acha que as funcionárias não levam a sério os relacionamentos que possam existir na residência, mas devem reprovar e garantir o respeito. Já ouviu falar de casamentos em instituições de idosos, não conhece ninguém e afirma mesmo: “*devem ser casos raros*”.

### **3 - Amélia**

A D<sup>a</sup> Amélia é uma senhora de 100 anos, viúva há 7 e que está na residência há dois anos, juntamente com uma irmã de 104 anos. É natural de Seia – Serra da Estrela e veio para Lisboa aos 22 anos. Morou em Lisboa até 2000, altura em que veio para o Pinhal Novo, com o marido, viver para a casa de um sobrinho. Casou aos 32 anos. Não tem filhos porque, segundo refere, o marido nunca quis, decisão que respeitou, mas que lamenta, dizendo: “*tive pena, o meu marido nunca me disse porquê, tomava as suas precauções pois não queria que eu engravidasse*”.

É católica, tem a 4<sup>a</sup> classe, trabalhou no campo até se casar e desde então cuidou da casa e do marido, o que para ela já era trabalho suficiente. Veio para a residência por opção e para fazer companhia à irmã e gosta de lá estar. Recebe a visita dos sobrinhos, já sai pouco porque tem alguma dificuldade em deslocar-se embora apresente um grau de independência muito razoável.

Considera que o seu casamento foi feliz e que voltaria a casar com a mesma pessoa outra vez, com um ar saudoso, algo sonhador, diz-nos: “*era um homem muito perfeito, muito bonito. Tinha muitas mulheres atrás dele, elas não o largavam, mas eu nunca o ralei por causa disso. Nunca me importei com isso, ele contava-me tudo e dizia que eram coisas sem importância, que ia com elas era isso que esperavam que ele fizesse. (...) Nunca me faltou nada nem na mesa nem na cama, por isso eu nunca me ralei e ele sempre saiu comigo e sempre foi meu amigo. Tenho a certeza que ele gostava muito de mim e sabia que também gostava dele*”. Sente a falta do marido, nunca voltou a casar e mostrando indignação perante a possibilidade de arranjar um novo companheiro, revela-nos: “*não, nunca me passou isso pela cabeça (...), já não encontrava nenhum homem como ele. Para mim ele era único*”.

Na sua opinião, a vida sexual é um aspecto importante no casamento porque constitui “um acto de amor. É um acto de amor para toda a vida. (...) a vida

sexual é importante para toda a vida”. Considera satisfatória a sua vida sexual e partilha connosco a este respeito o seguinte: “ (...) o meu marido nunca me faltou com nada e sempre nos demos bem nesse campo. (...) Não havia vergonhas, no princípio sim, os tempos eram outros, mas o meu marido via-me nua e eu a ele quando tomávamos banho, lavávamos as costas um ao outro”. Continua ainda com um ar tristonho: “ (...) sinto muito a falta dele, (...) sonho muitas noites com ele, às vezes sonho que estou a falar com ele se ele estivesse aqui, depois acordo e vejo que estou sozinha e que era tudo um sonho...”.

A D<sup>a</sup> Amélia tanto gosta de falar com homens como com mulheres na residência de idosos, mas a pessoa com quem mais fala é com a irmã.

Pensa que há um senhor que vem buscar a D<sup>a</sup> Mariana ao 1<sup>o</sup> andar e que depois a leva no elevador, porém nunca viu nada entre eles e acha que os relacionamentos dentro da instituição e nestas idades não deviam existir. Abanando a cabeça com ar reprovador diz-nos, “ (...) nunca vi nada. Acho que isso pode acontecer mas acho que isso era uma grande asneira. Só se for uma grande viciosa, que não possa estar sem homem”. Considera que as funcionárias deviam proibir estas situações para impor o respeito e não conhece ninguém que tenha iniciado um relacionamento amoroso dentro de uma instituição, embora já tenha ouvido falar dessas situações.

#### **4 - Isabel**

A D<sup>a</sup> Isabel tem 82 anos, é viúva há 5 e encontra-se na residência há dois anos. É natural do Alentejo, e veio morar para o Pinhal Novo aos 27 anos, um ano depois de se ter casado. Tem um filho, que vem visitá-la regularmente. Tem a 4<sup>a</sup> classe, e nunca trabalhou fora de casa. É católica e refere que embora gostasse mais de estar em sua casa resolveu vir para a residência para se sentir mais acompanhada, dizendo-nos com um ar resignado: “ (...) gostava mais de estar na minha casinha, mas compreendo que aqui é melhor para mim, estou mais acompanhada”.

Nunca trabalhou fora de casa e, relativamente ao seu casamento confessa-nos sem grandes rodeios e demonstrando algum conformismo que: “ teve altos e baixos como tudo na vida. (...) O casamento, graças a Deus sempre correu bem porque eu sempre fui uma mulher muito séria e o meu marido também não era de andar com uma e com outra.” Nunca pensou voltar a casar afirmando mesmo com grande indignação: “ (...) nem pensar nisso. Não queria outro homem na minha casa sem ser o pai do meu filho”.

A D<sup>a</sup> Isabel sente-se sozinha com a morte do seu marido. Traçando as mãos no colo e olhando para baixo, justifica a sua solidão da seguinte forma: “ (...) o meu marido coitadinho estava muito doente e já pouca companhia me fazia. Depois morreu, já lá vão 5 anos e a solidão apoderou-se de mim. Aqui no lar sempre estamos acompanhados. Enquanto ele estava vivo sempre tinha algumas ocupações com ele, quando ele morreu pouca coisa tinha para fazer”.

Em relação à importância da vida sexual no casamento, a D<sup>a</sup> Maria, com um ar envergonhado e com poucas falas, revela-nos: *“para mim não (...), já sabe como são os homens. Eu nunca liguei muito a isso no meu tempo essas coisas não se falavam assim como agora, em todo o lado”*. No que respeita à sua vida sexual, classifica-a, com algum embaraço, de: *“(...) normal.”* Continua ainda, justificando-se: *“(...) acho que foi como a das outras raparigas do meu tempo, já se sabe como é, quando o meu marido queria eu também queria, faz parte da obrigação da mulher casada”*. Como quem quer por termo à conversa e com um ar sério e firme, diz-nos: *“(...) Deus levou-me o meu marido antes de mim, era a minha companhia, não quero mais ninguém. Nesta idade eu quero é descanso. O meu filho não ia gostar de me ver com outro homem, naturalmente pensaria que a mãe não regulava bem do juízo se eu resolvesse casar com esta idade”*.

Gosta de conviver com as pessoas da residência, quer sejam homens ou mulheres sem ter especial interesse por ninguém. Nunca assistiu a nenhum tipo de relacionamento, mas não concorda que tal aconteça dizendo: *“Não nunca vi nada. Como já lhe disse com esta idade, todos coxos, todos velhos, só quem não tiver juízo é que se mete numa aventura dessas. Acho que as funcionárias não devem deixar que isso aconteça, Isto é um sítio de respeito, o que é que vão pensar os filhos e as famílias se souberem que se passam coisas dessas aqui?”*.

Já tem ouvido falar de casamentos que ocorrem em instituições de idosos, mas não conhece ninguém que o tenha feito e é de opinião que quem quer casar deve fazê-lo lá fora e não dentro da instituição.

## **5 - João**

O Sr. João tem 85 anos, é natural de Beja e mora no Pinhal Novo desde os 40 anos. É viúvo pela segunda vez há cerca de 8 meses e encontra-se na residência há 7 meses. Casou pela 1<sup>a</sup> vez aos 27 anos, ficou viúvo aos 60 e voltou a casar aos 70 anos. Tem cinco filhos do 1<sup>o</sup> casamento e optou por ir para a residência, atendendo ao seu estado de saúde que já não lhe permitia ser autónomo nas suas actividades de vida diárias. Refere gostar de estar na residência, mas preferia estar em casa a tratar da sua vida como fazia quando não estava doente. Recebe a visita dos filhos e netos com regularidade. O Sr. João tem a 4<sup>a</sup> classe e trabalhava nos caminhos-de-ferro até se reformar. Embora se desloque em cadeira de rodas é muito activo e atento.

Relativamente à religião não sabe especificar, dizendo-nos: *“nem sei, acho que não acredito nessas coisas... tenho a minha devoção mas não sei se é religião”*. O Sr. João considera que os dois casamentos que teve foram bons e descreve-os da seguinte forma: *“foram os dois bons, cada um à sua maneira. O primeiro, era novo cheio de energia e juventude e a minha Ana também era nova e foi a mãe dos meus filhos. A segunda vez, casei para ter uma companhia e também porque um homem precisa de uma mulher”*. Continua referindo que: *“(...) foram casamentos felizes. Éramos amigos, embora tivéssemos as nossas coisas. No primeiro talvez houvesse mais o fogo da paixão, éramos mais novos, no segundo, foi mais pela companhia, a idade era*

*outra... Gostei das minhas duas mulheres e acho que elas também gostavam de mim. Voltava a casar com elas, só tenho pena que me tenham faltado". Com um ar risonho, algo malandro, o Sr. João diz-nos que: "(...) se fosse mais novo e tivesse saúde casava a terceira vez". No decorrer da entrevista, relativamente ao facto de se sentir sozinho, assume uma expressão triste e sofredora e confessa-nos: "(...) sinto-me muito sozinho, a nossa companhia é uma parte da nossa vida, quando ela parte há um bocado de nós que também morre... a mim já me morreram dois bocados".*

Na sua opinião, a vida sexual do casal é muito importante e classifica a sua como satisfatória pelo facto de ter sempre respeitado as suas mulheres. Ainda relativamente a este aspecto, este senhor diz-nos com um ar sério: *"a vida sexual é muito importante, acho que é importante para o casal, mas talvez mais para o homem. O homem tem que ter uma mulher, se não houver vida sexual em casa o homem tem que procurar noutro sítio. Um casal sem vida sexual não é um casal, não há união... e os filhos? Os filhos nascem da vida sexual".*

Diz-nos que se estivesse na sua casa e em melhores condições de saúde, ainda gostava de conhecer alguém para voltar a casar, mas na instituição não por que estão todos piores do que ele diz-nos também que: *" (...) voltava a casar se tivesse condições, não sou homem de viver sem mulher. Agora era só para companhia, já não há nada... a idade e um problema que tenho na próstata... pelo menos ficava aconchegado".* Acha que a este respeito, os filhos não têm nada a ver com a vida dele, uma vez que ele também não se meteu na vida deles.

Nunca viu nada de relacionamentos amorosos na residência, e acha que: *" (...) é tudo amizade não há outras intenções e depois os homens dormem nuns quartos e as mulheres noutros, é tudo muito vigiado pelas empregadas".* Preconiza que manter o respeito e impedir que esse tipo de coisas aconteçam é o trabalho das funcionárias.

Tem conhecimento de casamentos nos lares através da televisão, apenas conhece alguns casais que iniciaram relacionamentos amorosos no centro de dia dos reformados onde ia aos bailes e diz-nos: *" (...) houve alguns que se ajustaram. Acho bem desde que seja da vontade dos dois".*

## **6 - Angélica**

A D<sup>a</sup> Angélica, tem 86 anos, é viúva há dois anos e meio anos e está na residência de idosos há seis meses. Estava em casa do filho, mas na sequência de um problema de saúde que lhe limitou um pouco a sua autonomia, concordou em vir para a residência e gosta de ali estar, ao falar-nos da sua vinda para a instituição, revela-nos com um ar resignado: *" (...) elas são simpáticas e tratam bem de mim. Já era um peso para o meu filho e para a minha nora. Concordei em vir pois achei que era melhor para todos".* Recebe frequentemente a visita do filho, nora e netos saindo algumas vezes com estes para passear o que a deixa muito feliz.

Casou com 25 anos e viveu em Lisboa até aos 55 anos altura em que veio com o marido para o Pinhal Novo para ajudar o filho e a nora. Até se casar foi telefonista, mas deixou de trabalhar porque o marido assim o desejou. Tem a 4ª classe e é católica.

Tem só um filho, mas teve grávida várias vezes. Com tristeza diz-nos: “ (...) *hoje tenho pena de não ter tido mais, mas naquele tempo havia muitas dificuldades. Fiz muitos desmanchos, não havia comprimidos e o meu marido nem sempre conseguia evitar*”.

Fala-nos do seu casamento com alguma saudade e mistura de sentimentos: “ não foi talvez o melhor, mas foi o que eu escolhi... Casei com o homem da minha vida, mas ele era muito mulherengo e nem sempre as coisas foram fáceis. Tive momentos de grande felicidade e outros de grande sofrimento. O meu marido chegou a sair de casa, mas eu recebi-o sempre de volta.

A Dª Angélica pensa que provavelmente voltaria a casar com a mesma pessoa, pois embora tivesse tido muitas oportunidades de o deixar, nunca o fez. Sente-se sozinha, mas nunca lhe passou pela cabeça voltar a casar ou a arranjar outro companheiro. Com um olhar triste e os olhos marginados de água diz-nos: “ (...) *para mim só houve aquele homem mesmo com todos os seus defeitos. (...) Sinto muito a falta dele (...), a gente habitua-se a uma pessoa e depois quando ela lhe falta sente-se muito sozinha. Era a minha companhia, agora estou sozinha e tenho muitas saudades do tempo que estávamos juntos*”.

Relativamente à importância que atribui à vida sexual no casamento, responde-nos baixando os olhos e com alguma apreensão que: “*é um aspecto importante, talvez mais para os homens do que para as mulheres. A mulher tem que respeitar a vontade do homem, era o que eu tentava fazer, mas mesmo assim ele andava com outras. Há homens com grande necessidade, é mesmo da sua natureza, a mulher tem o dever de corresponder*”. Continua referindo que considera que a sua vida sexual foi satisfatória porque tentou tudo para que resultasse. Volta a insistir com firmeza e indignação que não pretende arranjar mais ninguém. Verbaliza-nos: “ (...) *já não quero mais nenhum homem na minha vida, isso nem me passa pela cabeça. (...) A gente conhece pessoas quando quer conhecer e já não quero conhecer ninguém, o meu amor morreu com o meu marido, não quero mais ninguém*”.

Gosta de conversar com toda a gente da instituição sem nenhum interesse particular por ninguém. Considera que a opinião dos filhos é importante nas questões dos casamentos nestas idades e nestas circunstâncias, salientando mesmo que, caso pensasse em tal coisa o filho não ia gostar e só por isso respeitaria a opinião dele.

Nunca assistiu a nenhum tipo de relacionamento dentro da instituição, expressando-nos: “*não, aqui nunca vi nada. Acho que nestas idades já não acontece nada. Nesta idade ou as pessoas ainda estão vivas e juntas ou mais vale estarem sossegadas à espera do fim... já se viveu o que tinha que se viver*”.

A Dª Angélica pensa que os relacionamentos amorosos dentro da instituição não são bem aceites pelas funcionárias e diz-nos o seguinte: “*acho que elas*

*não iam gostar, de certa forma são como os nossos filhos, têm a obrigação de olhar por nós e não iam ver com bons olhos se se andassem para aí a arranjar casamentos. Outras talvez não se importassem, não nos são nada... eram até capazes de achar graça”.*

Não conhece ninguém que se tenha conhecido numa instituição e se tenha casado, embora já tenha ouvido notícias de tais casos na televisão. Com um ar decidido, mas algo reprovador, expressa-nos a sua opinião: *“eu não queria para mim, mas cada um sabe de si, são velhos sem juízo, aqueles que ainda se querem casar aos 80 anos”.*

No quadro seguinte, apresentamos de forma sistematizada e resumida algumas das características da amostra de idosos estudada.

**Quadro 6 – Caracterização da amostra de idosos**

	<b>(E1)</b>	<b>E (2)</b>	<b>E (3)</b>	<b>E (4)</b>	<b>E (5)</b>	<b>E (6)</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Idade</b>	83	97	100	82	85	86
<b>Naturalidade</b>	Algarve	Coimbra	Serra da Estrela	Alentejo	Alentejo	Lisboa
<b>Estado Civil</b>	Viúvo	Viúva	Viúva	Viúva	Viúvo	Viúva
<b>Escolaridade</b>	4 <sup>a</sup> Classe	4 <sup>a</sup> Classe	4 <sup>a</sup> Classe	4 <sup>a</sup> Classe	4 <sup>a</sup> Classe	4 <sup>a</sup> Classe
<b>Religião</b>	Católica	Católica	Católica	Católica	Sem religião definida	Católica
<b>Profissão</b>	Ferrovário	Costureira	Doméstica	Doméstica	Ferrovário	Telefonista
<b>Idade com que casou</b>	23	21	32	27	27	25
<b>Número de filhos</b>	3	0	0	1	5	1
<b>Residência anterior</b>	Pinhal Novo	Pinhal Novo	Pinhal Novo	Pinhal Novo	Pinhal Novo	Pinhal Novo
<b>Tempo na Residência (anos/meses)</b>	~ 7 Meses	4 Anos	2 Anos	2 Anos	8 Meses	6 Meses

A média de idades dos idosos inquiridos é de 88,8 anos, todos viúvos e com a escolaridade correspondente à 4<sup>a</sup> classe. Maioritariamente são mulheres e de religião católica. Um inquirido não especificou nenhuma religião:

- *“ Nem sei, acho que não acredito nessas coisas... tenho a minha devoção mas não sei se é uma religião” (E5)*

A média de idades com que casaram, situa-se nos 25,8 anos (de salientar um inquirido que se casou já depois dos 30 anos (E3)) e quatro dos inquiridos têm um ou mais filhos, sendo que dois não têm nenhum:

- *“Tive uma filha mas nasceu morta. Tive muita pena, chorei muito.”. “ A parteira que me fez o parto disse-me que a menina tinha uma perninha torta” “Depois o meu marido nunca mais quis outros filhos, prevenia-se para eu não engravidar” (E2).*
- *“Nunca tive filhos, o meu marido nunca quis ter filhos”. “ Tive pena”. “ O meu marido nunca me disse porquê, tomava as suas precauções pois não queria que eu engravidasse”. “ Tive pena de não ter filhos mas respeitei sempre a vontade dele “ (E3)*

Ambas as entrevistadas revelavam um olhar triste e conformado aquando desta questão.

Dos idosos entrevistados, 50% estão há 2 anos ou mais a morar na Residência e todos os inquiridos referem gostar de ali estar. Embora todos os idosos entrevistados, residissem no Pinhal Novo antes de entrarem para a residência, há uma notória diversidade quanto ao local de onde são naturais, conforme se pode observar no quadro anterior.

### **3.1.2 – Análise das entrevistas aos idosos**

Após a caracterização dos idosos entrevistados na sequência do nosso trabalho de investigação, iniciámos o processo de análise, a partir da criação

de uma grelha, com o Tema, as Categorias, Sub categorias e frequências encontradas para cada Sub categoria.

Considerámos como único tema a Sexualidade na Terceira idade em contexto de institucionalização, o qual foi posteriormente subdividido em quatro categorias.

Por se tornar de mais fácil leitura e análise, subdividiremos o conteúdo da grelha de análise em quatro quadros, cada um referente às categorias, sub categorias e frequência de ocorrência de cada uma delas.

**Quadro 7 – Grelha de Análise, Tema, Categorias, Subcategorias e Entrevistados**

Tema	Categoria	Sub categorias	Entrevistados
Sexualidade na Terceira Idade	Casamento	Bom	E1; E2; E3; E5
		Aquele que escolheu	E1; E6
		Feliz	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Casar com a mesma pessoa	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Casar novamente	E5
		Saudades do companheiro/a	E1; E2; E3; E4; E5; E6
	Vida sexual	Aspecto importante no casamento	E1; E2; E3; E5; E6
		Satisfação sexual	E1; E2; E3; E5; E6
	Relacionamentos afectivos	Fora da instituição	E1; E5
		O amor não tem idade	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Importância da opinião dos filhos num relacionamento	E1; E2; E3; E4; E6
		Sem interesse especial por ninguém	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Importância da aparência física no dia-a-dia	E1; E2; E3; E4; E5; E6
	Relacionamentos/ casamentos dentro da instituição	Indiferente conversar com H ou M na instituição	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Conhecimento de algum caso	E1; E2
		Nunca viu	E1; E2; E3; E4; E5; E6
		Reprovação das funcionárias	E2; E3; E4; E5; E6
		Indiferença das funcionárias	E1
Já ouviu falar de alguém que tenha casado numa instituição		E1; E2; E3; E4; E5; E6	

### Quadro 8 – Categoria “ Casamento ”

Categoria	Sub categorias	Entrevistados
Casamento	Bom	E1; E2; E3; E5
	Aquele que escolheu	E1; E6
	Feliz	E1; E2; E3; E4; E5; E6
	Casar com a mesma pessoa	E1; E2; E3; E4; E5; E6
	Casar novamente	E5
	Saudades do companheiro/a	E1; E2; E3; E4; E5; E6

Relativamente ao casamento, mais de 50% dos entrevistados, classificaram o seu casamento como: “*um bom casamento*”. Quando inquiridas sobre este aspecto, duas idosas não foram muito claras, respondendo:

- “(...) o casamento graças a Deus sempre correu bem, porque eu sempre fui uma mulher muito séria e o meu marido também não era de andar com uma e com outra”. (E4)
- “Não foi talvez o melhor. (...) Casei com o homem da minha vida, mas ele era muito mulherengo e nem sempre as coisas foram fáceis”. (E6)

O seu olhar demonstrava alguma tristeza e o balanço que fizeram do seu casamento, talvez se prenda com os maus momentos que passaram e desejo de terem tido uma vida diferente.

Um terço da amostra considera que foi o casamento que escolheu e todos os idosos descreveram o seu casamento, como tendo sido um casamento feliz, salientamos um dos entrevistados que foi casado duas vezes e refere o mesmo em relação aos dois casamentos:

- “Eu acho que foram casamentos felizes. (...) No primeiro talvez houvesse mais o fogo da paixão, éramos mais novos. No segundo, foi mais pela companhia, a idade também era outra...”. (E5)

O facto deste participante ter contraído matrimónio duas vezes, vai de encontro aos dados estatísticos que nos dizem que é mais frequente os homens viúvos voltarem a casar do que as mulheres.

A totalidade da amostra de idosos, considera que voltaria a casar com a mesma pessoa, no entanto, apenas um idoso refere que voltaria a casar novamente. Todos os outros afirmam, seguramente, nunca ter pensado em voltar a casar nem ponderam fazê-lo:

- *“Agora já é tarde, estou doente, estou aqui e já não tenho forças; se fosse mais novo e tivesse saúde casava a terceira vez”. (E5)*

A dificuldade organizativa e a dependência da mulher para as necessidades quotidianas, na sequência de questões culturais e educacionais, são provavelmente a principal razão para os homens idosos voltarem a casar, mas também poderá estar associado ao facto de ainda terem desejo sexual e quererem uma companheira para um envolvimento mais íntimo.

Todos os idosos entrevistados sentem saudades do companheiro/a, remetendo para sentimentos de solidão, abandono e tristeza:

- *“Sinto muito a falta dela, foi uma vida inteira. Tenho muitas saudades, sinto-me muito sozinho, mas em casa era pior, sentia-me abandonado. Os filhos têm a vida deles, e chegava a casa era aquele vazio... sentia-me mesmo mal. Decidi vir para aqui e faço de conta que agora tenho uma nova família”. (E1)*
- *“Tenho muitas saudades do meu Júlio. Sinto muito a falta do meu marido, todos os dias choro por ele. Quando me vou deitar, todos os dias lhe faço uma festa antes de dormir (apontou e olhou para o retrato do marido que tem na mesa de cabeceira) (...). (E2)*
- *“Sim, sinto muita falta dele minha senhora. Sonho muitas noites com ele, às vezes sonho que estou a falar com ele como se ele estivesse aqui, depois acordo e vejo que estou sozinha e que era tudo um sonho... (...). (E3)*

- “(...) o meu marido coitadinho estava muito doente e já pouca companhia me fazia. Depois morreu, já lá vão cinco anos e a solidão apoderou-se de mim. Aqui no lar sempre estamos mais acompanhados. Enquanto ele estava vivo sempre tinha algumas ocupações com ele, quando ele morreu pouca coisa tinha para fazer”. (E4)
- “Sim, sinto muito a falta dela minha senhora. Sinto-me sozinho, a nossa companhia é uma parte da nossa vida, quando ela parte, há um bocado de nós que também morre... a mim já me morreram dois bocados”. (E5)
- “Sim, sinto muito a falta dele minha senhora. A gente habitua-se a uma pessoa e depois quando ela lhe falta sente-se muito sozinha. Era a minha companhia, agora estou sozinha e tenho muitas saudades do tempo em que estávamos juntos”. (E6)

Mesmo quando vão por opção pessoal para as instituições, são comuns e descritos na literatura, sentimentos de abandono, isolamento e solidão, muitas das vezes reprimidos pelo idoso e que passam despercebidos aos familiares, por um lado pela negação da situação, por outro porque a vida agitada não permite dar atenção a “estes pormenores”.

Relativamente a esta categoria podemos inferir da análise que, os idosos na sua maioria, consideram o seu casamento de uma forma positiva, embora se verifique que duas das inquiridas passaram por fases difíceis no decorrer da vida de casadas. Todos voltavam a casar com a mesma pessoa e apenas um colocou a hipótese de casar novamente. É comum a todos, o sentimento de saudade pelo companheiro já falecido e a sensação de nada mais haver para fazer após a sua morte.

Estes resultados confirmam o descrito por autores como Fontaine (2000) e Berger (1995) que nos dizem que o idoso ao longo da vida vai sofrendo perdas a vários níveis: social, físico e emocional o que o leva a adoptar determinadas escolhas, como é o caso da institucionalização, e, a assumir novos comportamentos que lhes assegurem um certo equilíbrio e bem-estar.

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

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

**Quadro 9 – Categoria “ Vida Sexual”**

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Entrevistados</b>
<b>Vida Sexual</b>	<b>Aspecto importante no casamento</b>	<b>E1; E2; E3; E5; E6</b>
	<b>Satisfação sexual</b>	<b>E1; E2; E3; E5; E6</b>

Na leitura deste quadro, podemos verificar que todos os idosos entrevistados consideram a vida sexual um aspecto importante do casamento e descrevem a sua como satisfatória, à excepção de uma entrevistada que desvaloriza esta questão. A forma como falam deste assunto, toca em muitos aspectos, o

referido por estudiosos nesta área, conforme se pode ver nas transcrições seguintes:

- *“É um aspecto muito importante”. “É a vida do casal, é a nossa união”. “(...) É uma forma de entendimento do casal (...) quando acaba também não é o fim do casamento, há a amizade, a companhia, um vida em conjunto”. “(...) Sempre nos entendemos nesse sentido. A minha mulher muitas vezes conservava a sua opinião, mas eu respeitava e quando acontecia era sempre de mutuo acordo. Só assim é que as coisas funcionam... Acontecia quando apetecia, naturalmente. Por fim surgem os problemas de saúde que também interferem na nossa vida de casal. Há cinco anos fui operado à próstata e o médico disse-me que já não havia nada. (...) Havia amizade, amor e compreensão. Um carinho, uma festa às vezes é tão ou mais importante do que a vida sexual”. (E1)*
- *“(...) é um aspecto muito importante. É o que acontece entre um homem e uma mulher que se amam. É a vida”. “(...) a nossa vida sexual acontecia quando apetecia, era sempre de acordo dos dois, ele nunca me obrigava a nada. (...) às vezes sentava-me ao colo dele e ele fazia-me festas até que acontecia o resto, só nessa altura é que nos despíamos. Quando tomávamos banho, nem eu entrava na casa de banho nem ele. Tem a ver com a nossa educação. Com a idade o fogo vai-se apagando, mas mantém-se o amor e o carinho”. (E2)*
- *“A vida sexual é muito importante, é um acto de amor. (...) o meu marido nunca me faltou com nada e sempre nos demos bem nesse campo. (...) Nunca o ralei por causa de ele andar com outras mulheres. Eu sabia e ele nunca me tratou de maneira diferente. Não havia vergonhas, no princípio sim, os tempos eram outros, mas o meu marido via-me nua e eu a ele, quando tomávamos banho lavávamos as costas um ao outro”. (E3)*
- *“Para mim não, mas a menina já sabe como são os homens. Eu nunca liguei muito a isso e no meu tempo essas coisas também não se falavam assim, como agora, em todo o lado. (...) Acho que foi como a das outras raparigas do meu tempo, já se sabe como é, quando o meu marido*

*queria eu também queria, faz parte da obrigação da mulher casada”.*  
(E4)

- *“(...) Acho que é importante para o casal, mas talvez mais para o homem. O homem tem que ter uma mulher, se não houver vida sexual em casa o homem tem que procurar noutra sítio. Um casal sem vida sexual não é um casal, não há união... e os filhos? Os filhos nascem da vida sexual”. (E5)*
- *“É um aspecto importante, talvez mais para os homens do que para as mulheres. A mulher tem que respeitar a vontade do homem, era o que eu tentava fazer, mas mesmo assim ele andava com outras. Há homens com uma grande necessidade, é mesmo da sua natureza, a mulher tem o dever de corresponder”. (E6)*

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

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

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

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

**Quadro 10 – Categoria “Relacionamentos afectivos”**

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Entrevistados</b>
<b>Relacionamentos afectivos</b>	<b>Fora da instituição</b>	<b>E1; E5</b>
	<b>O amor não tem idade</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>
	<b>Importância da opinião dos filhos num relacionamento</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E6</b>
	<b>Sem interesse especial por ninguém</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>
	<b>Importância da aparência física no dia-a-dia</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>

Dos seis idosos entrevistados, apenas dois consideraram a hipótese de relacionamentos amorosos fora da instituição:

- “(...) Se eu quisesse um casamento arranjava-o lá ao pé de casa, e olhe que havia quem estivesse interessado” (E1)
- “(...) Gosto muito de dançar e ir muito aos bailes... lá podem-se arranjar bons namoros; há também muitas mulheres à procura de homem, a mim nunca me faltaram” (E5)

O facto de serem idosos do sexo masculino a manifestarem este sentimento, mais uma vez nos leva a pensar, que por questões inerentes à natureza feminina e também culturais é mais fácil para os homens aceitarem novos relacionamentos após a viuvez na terceira idade.

Todos os idosos concordam que o amor não tem idade, mas na sua maioria referem que o amor começa na juventude e acaba quando um elemento do casal morre. Há mesmo quem refira que:

- *“O amor não é só para os jovens, mas acaba quando a nossa companhia parte”. (E1)*
- *“O amor começa nos jovens e é uma coisa para a vida”. (E2)*
- *“O amor é para sempre, mas com a pessoa que nós escolhemos em novas. Amei o meu marido até ele morrer e já não conseguia amar outro homem”. (E3)*
- *“(…) as pessoas podem gostar de alguém mais tarde na vida, mas as ilusões menina, essas só existem enquanto somos novos, depois o que mais se pode esperar…”. (E4)*
- *“O amor é para todas as idades, tem é forças diferentes conforme a idade”. (E5)*
- *“O amor é para toda a vida, acaba quando um dos dois morre”. (E6)*

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

Todos à excepção de um idoso, consideram que mesmo não estando interessados em novos relacionamentos, a opinião dos filhos seria importante para iniciarem uma relação amorosa. O entrevistado que não valoriza a opinião dos filhos refere:

- *“Os meus filhos não têm nada a ver com a minha vida, nunca me meti na deles, eles não têm nada que se meter na minha”. (E5)*

Todos os entrevistados não sentem particular interesse por ninguém dentro da Residência, referindo que os relacionamentos que ali acontecem são meramente para amizade e convívio. Assim, partilham connosco:

- *“Aqui dentro há senhoras com quem gosto de conversar, mas é só para convívio. Não estou interessado em ninguém. Algumas estão piores do que eu”. (E1)*
- *“Não. São tudo pessoas amigas para o convívio, são como família, algumas senhoras já as conhecia lá de fora, são tudo pessoas que aqui estão porque já não podiam, ou não queriam estar sozinhas em casa”. (E5)*
- *“Não. Como já lhe disse para mim o meu amor morreu, já não está ao pé de mim, mas é a ele que eu ainda amo. Interesse-me por todas as pessoas como amigos e família”. (E6)*

Na análise desta categoria, verificámos também que todos os entrevistados encaram a aparência física no dia-a-dia como um aspecto importante, embora actualmente a sua única preocupação é andarem limpos e arranjados.

À excepção de uma idosa entrevistada, que não manifestou entusiasmo e saudosismo do tempo em que era nova, todos os outros referem que tinham uma atenção especial à sua aparência quando eram mais novos e com contactos sociais. Dizem-nos com manifesta nostalgia:

- *“Não sei se é para parecer mais atraente. Quando era novo talvez. Agora continuo a ter cuidado para andar arranjado e não andar a fazer figuras “. (E1)*
- *“Gosto muito de me arranjar com os meus trapos velhos. Sou muito asseada, não gosto de me ver suja, mas não sou tola. Gosto que digam é uma senhora velha, mas arranjada. (...) Dantes era para o meu marido*

*que me gostava de arranjar, agora é só porque mantenho o gosto de andar arranjada e limpa”. (E2)*

- *“Gosto muito de me arranjar, gosto de andar lavada. Sempre gostei muito de me arranjar, quando era nova andava sempre bem vestida e com os lábios pintados. O meu marido levava-me a passear e gostava que eu fosse arranjada, nunca se importou que eu pintasse os lábios e até tinha orgulho em sair comigo. Agora acho que é importante andar arranjada e lavada, mas não tem nada a ver com a forma como me arranjava para o meu marido”. (E3)*
- *“Gosto de me arranjar de maneira a andar sempre lavada com a roupa limpa em condições. Perfumes, pinturas e jóias, nunca fui mulher disso!” (E4)*
- *“Sempre gostei de andar arranjado, não saía de casa sem o meu boné e sem a barba feita. Agora o importante é andar limpo”. (E5)*
- *“(…) Quando era nova gostava de me arranjar, acho até que era bonita, mas o meu marido não gostava de exageros. Agora quero andar limpa e arranjada”. (E6)*

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

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

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

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

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

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

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

**Quadro 11 – Categoria “Relacionamentos/casamentos dentro da instituição”**

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Entrevistados</b>
<b>Relacionamentos/ casamentos dentro da instituição</b>	<b>Indiferente conversar com Homem ou Mulher na instituição</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>
	<b>Impossibilidade de se relacionar com outra pessoa na instituição</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E6</b>
	<b>Conhecimento de algum caso</b>	<b>E1; E2; E3</b>
	<b>Nunca viu</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>
	<b>Reprovação das funcionárias</b>	<b>E2; E3; E4; E5; E6</b>
	<b>Indiferença das funcionárias</b>	<b>E1</b>
	<b>Já ouviu falar de alguém que tenha casado numa instituição</b>	<b>E1; E2; E3; E4; E5; E6</b>

A totalidade da nossa amostra de idosos, refere que lhe é indiferente conversar com homens ou mulheres dentro da instituição, uma vez que a única intenção que têm é a de conviver. De um modo geral todos gostam de conversar e se o não fazem tanto é porque já têm dificuldades na audição. Podemos confirmar estes dados com alguns dos seus testemunhos:

- *“Gosto de conversar com todos, depende dos feítios e eu não estou aqui para me chatear com ninguém. (...) Tanto converso com senhoras como com homens”. (E1)*
- *“Tanto gosto de conversar com homens como com senhoras, tem mais a ver com os nossos feítios. (...) Eu passo muito tempo no meu quarto, porque já ouço muito mal e tenho que estar assim próximo como estou da senhora”. (E2)*
- *“Converso muito pouco porque estou muito surda e vejo mal, mas é-me indiferente conversar com homens ou mulheres” (E3)*
- *“Converso com toda a gente, não tenho preferências”. (E4)*
- *“Gosto muito de conversar e converso com toda a gente”. (E5)*
- *“Tanto faz, gosto de conversar e converso com toda a gente. Não tenho nenhum interesse especial em homens ou mulheres” (E6)*

É uma particularidade de grande parte dos idosos, o gosto pela conversa e pelo convívio quando estão inseridos num grupo. As alterações sensoriais, como refere Fontaine (2000), nomeadamente a diminuição da acuidade auditiva e visual, estão muitas vezes na origem do isolamento dos idosos, não porque eles o assim queiram, mas sim porque desenvolvem um grande esforço para entenderem os outros e se fazerem entender, o que os leva a desistir de confraternizar. Pelo menos dois dos idosos da amostra parecem encaixar-se neste perfil.

Apenas um idoso encara a possibilidade de se relacionar com outra pessoa dentro da instituição, mas só se o seu estado de saúde o permitisse. Assim revela-nos o seguinte:

- *“Se tivesse saúde não digo que não, mas aqui estão todos iguais ou piores do que eu... Agora estou doente e mesmo que houvesse alguém ainda em condições quem é que queria um velho doente como eu?” (E5)*

Parece-nos que a baixa de auto-estima deste idoso se deve ao seu estado de saúde e não à sua idade. Nas conversas que tivemos com ele, aparentava uma forte vontade de viver e muita energia, ambas condicionadas pela sua doença.

Relativamente ao facto de conhecerem alguém na instituição que tivesse iniciado um relacionamento, 50 % dos idosos referiram ter conhecimento de um caso, embora nunca tenham visto nada:

- *“Há aí um homem e uma senhora. Parece que há qualquer coisa entre eles. Eles é que sabem. Se querem é lá com eles, mas acho que é uma falta de respeito”. (E1)*
- *“Bem há aí uma senhora que parece que anda interessada no Sr. António. Ela ficou viúva e começou logo a andar atrás dele. Aqui não tive conhecimento de outros casos. (...) Parece que era no elevador que namoravam. Eu nunca vi, mas parece que foram apanhados por outras pessoas”. (E2)*
- *“Há aí um que vem cá acima buscar a D. Mariana e leva-a no elevador, mas acho isso mal”. (E3)*

A vivência e expressão da sexualidade tem, como já foi referido anteriormente, uma forte componente cultural e educacional. Talvez por esta ser uma instituição pequena e relativamente recente, este tipo de relacionamentos sejam criticados e mal aceites. Por um lado, em virtude das raízes culturais dos utentes, por outro porque talvez seja insuficiente a formação dos funcionários e cuidadores no que respeita à sexualidade na terceira idade.

A maioria dos idosos considera que as funcionárias deviam impedir situações destas uma vez que se trata de uma falta de respeito. Um entrevistado é de opinião que as funcionárias não levam estas situações a sério e consideram o caso uma brincadeira:

- *“(...) Elas riem-se e brincam com a situação.” (E1)*
- *“(...) Já os proibiu de ir no elevador. Acho que não concordam. (...) não falam muito disso, brincam com eles e não levam isso muito a sério. Elas têm que manter o respeito aqui dentro”. (E2).*

- *“Acho que as funcionárias deviam impor o respeito. (...) Acho que já estão proibidos de ir sozinhos”. (E3)*
- *“Acho que as funcionárias não devem deixar que isso aconteça. (...) O que é que vão pensar os filhos e as famílias se souberem que se passam coisas dessas aqui?” (E4)*
- *“(...) Acho que elas não iam gostar, há que manter o respeito e esse é o trabalho delas”. (E5)*
- *“Acho que elas não iam gostar, de certa forma são como os nossos filhos, têm a obrigação de olhar por nós e não iam ver com bons olhos se se andassem aí a arranjar casamentos. Ou talvez não se importassem, não nos são nada... eram capazes até de achar graça”. (E6)*

Os idosos da nossa amostra defendem que as funcionárias estão lá para cuidar deles, não só para lhes assegurarem o bem-estar e conforto físico, mas também para garantir que não haja atentados ao pudor com manifestações no âmbito da sexualidade, como parece ser o caso mencionado.

Embora os idosos refiram que as funcionárias reprovam, mas não dão muito ênfase à situação, alguns deles referem que os intervenientes *“foram proibidos”* de se deslocar sozinhos no elevador, o que denota alguma reprovação ou uma eventual incapacidade de lidar com a situação. Isto, sugere a existência de preconceitos e tabus a este respeito assim como uma provável incapacidade em lidar com estas questões da sexualidade.

Assim, como nos diz Lima (2006:97), citando Fallowfield (2002); Stead, Falowfield, Brown & Shelby (2001), *“Como os cuidadores de saúde contribuem para o silêncio que rodeia a sexualidade no envelhecimento não falando com os seus pacientes mais velhos sobre esses aspectos, a informação por parte dos médicos e de outros técnicos, a criação de um ambiente mais educativo e permissivo nas nossas instituições, bem como, a formação dos técnicos e dos cuidados em geral (familiares ou outros) é de extrema relevância”.*

Nenhum dos nossos idosos conhece alguém que se tenha conhecido e casado numa instituição desta natureza, embora já tenham ouvido falar de tais casos através da comunicação social. Um dos inquiridos refere que no Centro de dia dos Reformados e Pensionistas que frequentava, houve alguns casais que se juntaram.

### **3.2.1 – Caracterização da amostra dos funcionários e cuidadores**

Garantindo o anonimato dos participantes procedemos então ao tratamento dos dados recolhidos através dos 30 questionários, os quais foram numerados de forma a facilitar a organização dos dados.

É nossa intenção apresentar os resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados de uma forma organizada e que possibilite a resposta ao problema de investigação, pelo que iniciamos este sub-capítulo com a caracterização da amostra dos funcionários que cuidam dos idosos do nosso estudo. Posteriormente, debruçar-nos-emos sobre a apresentação e análise dos dados referentes à da segunda e terceira parte dos questionários aplicados.

Foram recolhidos 30 questionários, preenchidos por funcionários que desempenham funções diversificadas ou seja, cuidadores directos dos idosos ou outros funcionários que directa ou indirectamente com eles contactam.

Para caracterizar a amostra contemplámos os dados pessoais (sexo, idade, estado civil e religião), os dados académicos e profissionais (habilitações académicas, actividade profissional e o tempo de serviço na instituição), bem como aspectos relacionados com o tipo e/ou frequência do contacto com pessoas idosas.

A representação em tabelas dos resultados obtidos, para a caracterização da amostra, favorece, quanto a nós, a leitura e análise dos mesmos.

**Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo**

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	27	90
<b>Masculino</b>	3	10
<b>Total</b>	30	100

A amostra é constituída por 30 sujeitos, como se pode ver na tabela anterior, 27 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Verifica-se que existe uma distribuição desequilibrada em função do sexo, com o predomínio significativo de inquiridos do sexo feminino (90%). Esta situação pode ser explicável pelo facto de ser mais comum a existência de funcionários do sexo feminino nas actividades que envolvam o cuidar de crianças e idosos, principais áreas de actividade desta instituição.

**Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade e sexo**

	<b>Média de Idades</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Idade Mínima</b>	<b>Idade Máxima</b>
<b>Ambos os sexos</b>	38,00	9,262	21	57
<b>Sexo feminino</b>	38,44	9,300	21	57
<b>Sexo masculino</b>	34,00	9,644	27	45

A observação e análise da tabela anterior, permite verificar que existe uma diferença significativa de idades, 36 anos, entre o trabalhador mais novo e o mais velho. Podemos ainda inferir da leitura da tabela que, tanto a idade mais

elevada como a mais baixa se encontra no grupo dos indivíduos do sexo feminino e que a média de idades dos trabalhadores é de 38 anos para ambos os sexos e o desvio padrão é de 9,262 anos. Em relação ao sexo feminino apresentam uma média de 38,44 anos e um desvio padrão de 9,3 anos e variam entre os 21 e os 57 anos. Quanto ao sexo masculino, a média de idades é de 34,00 anos, o desvio padrão é de 9,644 e variam entre os 27 e os 45 anos.

**Tabela 3 – Distribuição de frequências absolutas de acordo com a classe etária e sexo**

Classe Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
<25 Anos	1	0	1
≥25 e <30 Anos	5	1	6
≥30 e <35 Anos	4	1	5
≥35 e <40 Anos	4	0	4
≥40 e <45 Anos	4	0	4
≥45 e <50 Anos	6	1	7
≥50 e <55 Anos	2	0	2
≥55 Anos	1	0	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

Relativamente à idade, foram criadas classes para facilitar a apresentação e compreensão dos dados podendo-se verificar, conforme apresentado na tabela anterior, que a maioria dos inquiridos apresenta uma idade igual ou superior a 35 anos (60%).

**Tabela 4 – Distribuição das frequências quanto ao estado civil**

	<b>Solteiro</b>	<b>Casado</b>	<b>Divorciado/Separado</b>	<b>Total</b>
<b>Indivíduos</b>	23,3%	73,4%	3,3%	100%

Os inquiridos são na sua maioria casados, sendo de referir que apenas 3,3% da amostra se encontra numa situação de separação ou divórcio.

**Tabela 5 – Distribuição das frequências quanto à religião**

	<b>Católica</b>	<b>Evangélica</b>	<b>Total</b>
<b>Indivíduos</b>	90%	10%	100%

Quanto à religião, predomina a católica, como se pode observar na tabela anterior. Relativamente à questão de os inquiridos serem ou não praticantes, 72,4% refere que não o é. Um dos inquiridos não respondeu a esta pergunta.

**Tabela 6 – Distribuição das frequências quanto às habilitações académicas**

	<b>Indivíduos</b>
<b>Nenhuma</b>	3,3%
<b>Ensino Básico – do 1º ao 4º ano</b>	6,7%
<b>Ensino Básico – do 5º ao 6º ano</b>	10,0%
<b>Ensino Básico – do 7º ao 9º ano</b>	16,8%
<b>Ensino Secundário – do 10º ao 11º ano</b>	20,0%
<b>Ensino Secundário – 12º ano</b>	13,3%
<b>Bacharelato</b>	3,3%
<b>Licenciatura</b>	23,3%
<b>Pós-Graduação</b>	3,3%
<b>Total</b>	100%

A maioria dos indivíduos tem Licenciatura (23,3%) ou o Ensino Secundário – do 10º ao 11º ano (20,0%). Seguidamente, surgem os inquiridos com o Ensino Básico – do 7º ao 9º ano (16,8%) e por último podemos constatar que 3,3% dos indivíduos inquiridos não apresentam nenhum grau de habilitação académica. É de referir que igual percentagem da amostra tem uma pós-graduação.

**Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço na instituição (em anos)**

Tempo	Nº indivíduos	Média	Desvio Padrão	Tempo Mínimo	Tempo Máximo
Serviço na instituição	29	3,2862	4,086	0,05	18,00
Não respondeu	1				
<b>Total</b>	<b>30</b>				

Os indivíduos têm um tempo médio de serviço na instituição de 3,2862 anos ( $\pm 4,086$ ) e varia entre 0,05 (15 dias) e os 18 anos. Um dos inquiridos não respondeu a esta questão.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de contacto com as pessoas idosas no âmbito pessoal**

	Todos os dias	Todas as semanas	Mensalmente	Nas férias	Total
<b>Indivíduos</b>	37,9%	51,7%	6,9%	3,5%	100%

Os inquiridos que contactam com pessoas idosas no âmbito pessoal, verifica-se que predominam aqueles que mantêm um contacto semanalmente (51,7%), seguido do contacto diário.

**Tabela 9 – Distribuição da amostra de acordo com a frequência de contacto com as pessoas idosas no âmbito profissional**

	Todos os dias	Todas as semanas	Mensalmente	Total
<b>Indivíduos</b>	70,8%	25,0%	4,2%	100%

Quanto às pessoas que mantêm contacto com idosos no âmbito profissional, predominam aquelas que com eles contactam diariamente (70,8%), seguidas das que com eles contactam semanalmente (25%). Apenas 4,2% referem manter um contacto mensal com pessoas idosas.

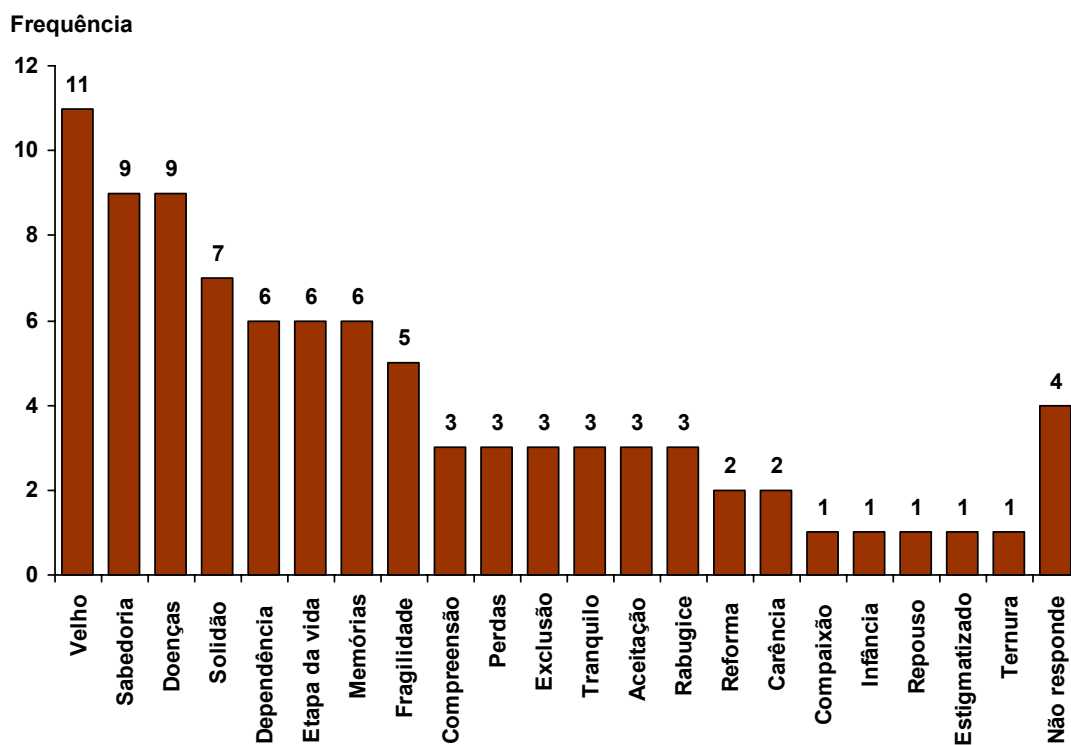
### **3.2.2 – Significados atribuídos, pelos cuidadores e funcionários da Instituição, aos conceitos: Envelhecimento, Velhice, Idoso, Solidão, Amor, Afectividade, Sexualidade, Sexo e Sexualidade na Terceira Idade**

Os significados atribuídos aos conceitos que pretendíamos definir na segunda parte do nosso questionário, foram muito diversificados e algo dispersos. Assim, agrupámo-los de acordo com as suas semelhanças/sinónimos e elaborámos os seguintes gráficos ilustrativos dos resultados apurados.

É de referir que apresentamos na última linha de cada gráfico, a frequência das não respostas para cada conceito, salientamos, no entanto, que todos os

conceitos foram definidos, só que nem sempre com as três palavras solicitadas (Anexo IV).

**Gráfico 3 – Distribuição da frequência dos significados de Envelhecimento**

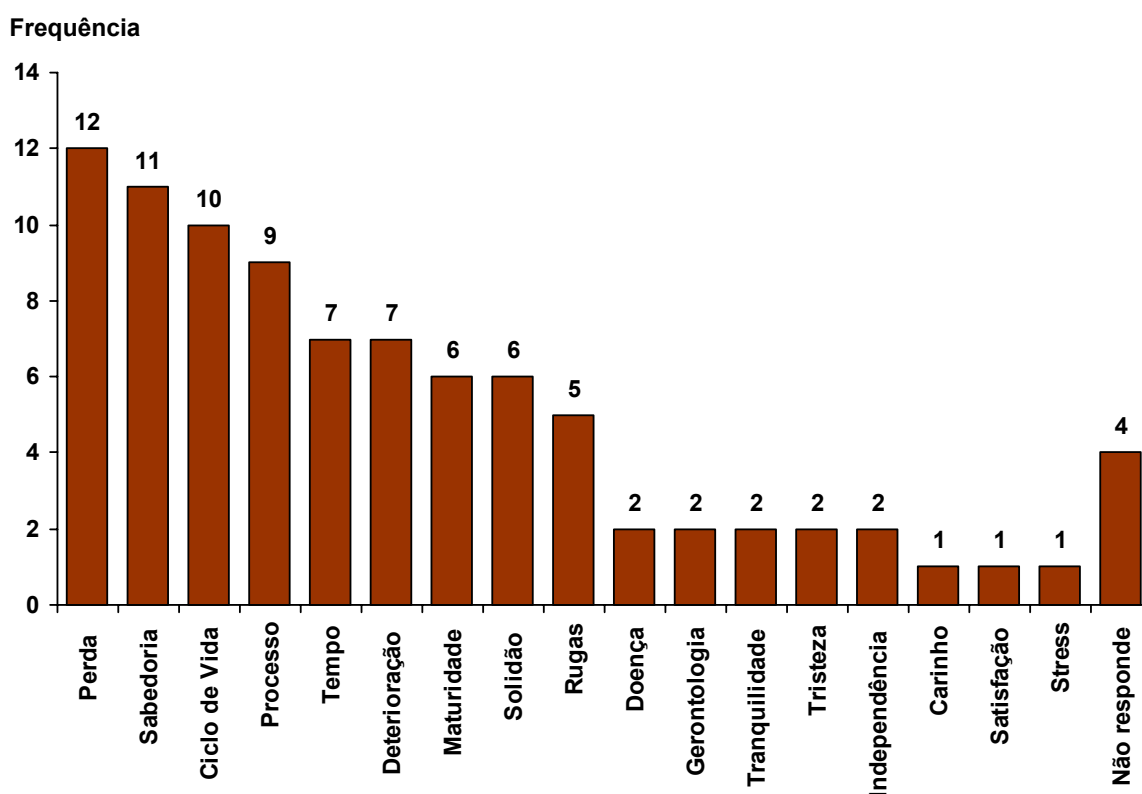


Para a palavra Envelhecimento, o significado mais apontado foi o de velho, com uma frequência de 11, seguido de sabedoria e doenças, ambas com frequência de 9. Solidão surge 7 vezes, dependência, etapa da vida e memórias, 6 e fragilidade foi apontada pelos inquiridos numa frequência de 5. Com a frequência de 3, aparecem significados como: Compreensão, perdas, exclusão, tranquilo, aceitação e rabugice. Compaixão, infância, repouso, estigmatizado e ternura, são significados apenas referidos com a frequência de 1.

Como podemos observar da análise do gráfico, tanto são referidos aspectos positivos como negativos relativamente ao envelhecimento, com frequências

altas e baixas para cada caso. Assim, a título de exemplo, se velho surge 11 vezes nesta caracterização e denota algum negativismo, a sabedoria que surge logo a seguir, traduz um aspecto positivo do envelhecimento. Contudo, na análise global deste gráfico, podemos constatar que os aspectos negativos do envelhecimento aparecem mais vezes do que os positivos.

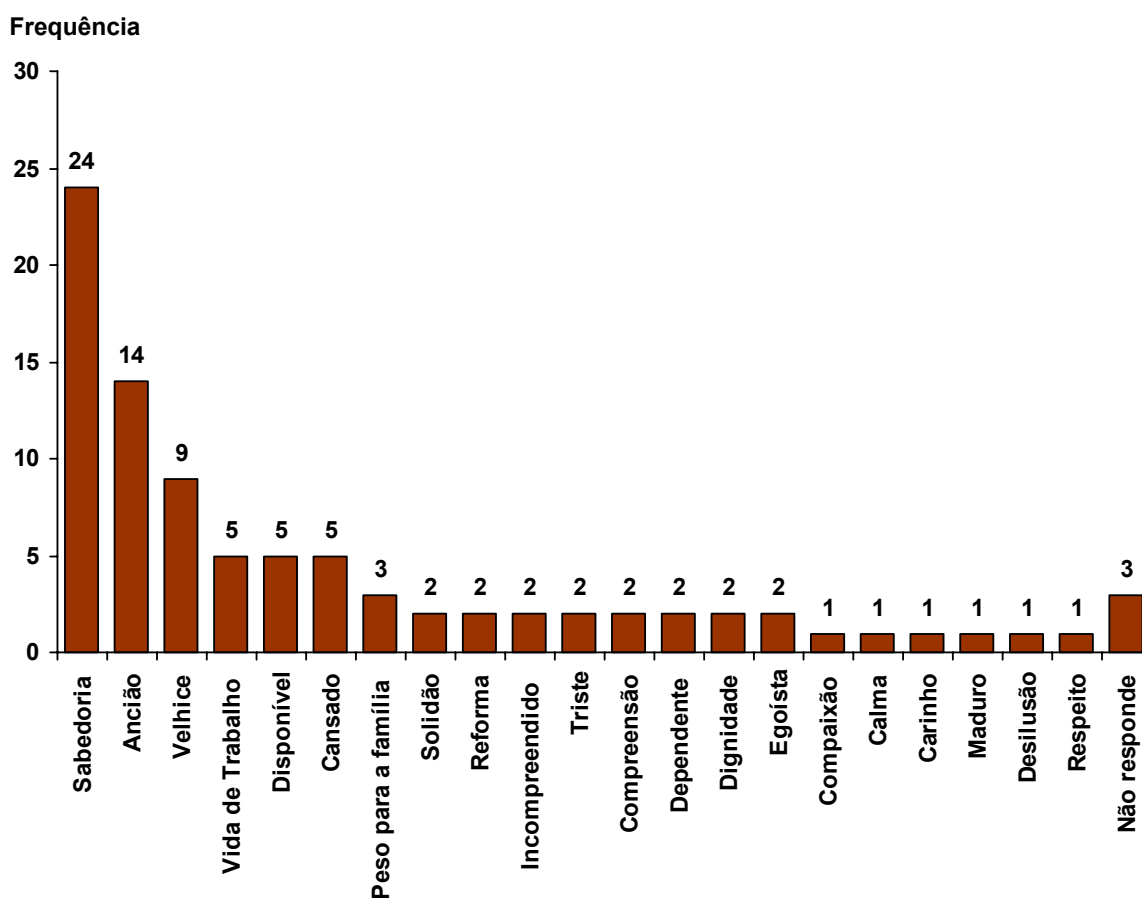
**Gráfico 4 – Distribuição da frequência dos significados de Velhice**



Perdas, sabedoria, ciclo de vida e processo, foram os significados que surgiram mais vezes, na definição da palavra Velhice, com as frequências respectivas de 12, 11, 10 e 9. Tempo e deterioração, são também apontados na frequência de 7 pelos inquiridos. Dos significados caracterizadores do termo velhice, surgem ainda a maturidade a solidão e as rugas com a frequência de 6, 6, e 5 para cada. Doença, gerontologia, tranquilidade, tristeza e independência, surgem com a frequência de 2, sendo os menos apontados, carinho, satisfação e stress.

Estes dados revelam um certo equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos da velhice, uma vez que foram atribuídos alguns significados que tanto podem sugerir positividade como o contrário. É o caso de Processo, que não explicita se é um bom ou mau processo e gerontologia pela variedade de aspectos que engloba.

**Gráfico 5 – Distribuição da frequência dos significados de Idoso**



Para o termo Idoso, os significados atribuídos que surgem com maior frequência são, sabedoria (24), ancião (14) e velhice (9). Seguidamente com a frequência de 5, temos: vida de trabalho, disponível e cansado, sendo que os inquiridos, apenas encaram o idoso como um peso para a família numa frequência de 3. É de salientar que a grande maioria dos significados para este conceito, são diversificados e surgem apenas com a frequência de 2 ou 1. Assim, solidão, reforma, incompreendido, triste, compreensão, dependente,

dignidade e egoísta, são apontados duas vezes cada e os significados como: compaixão, calma, carinho, maduro, desilusão e respeito, apenas surgem uma vez. Também aqui são revelados, maioritariamente os aspectos negativos associados ao idoso.

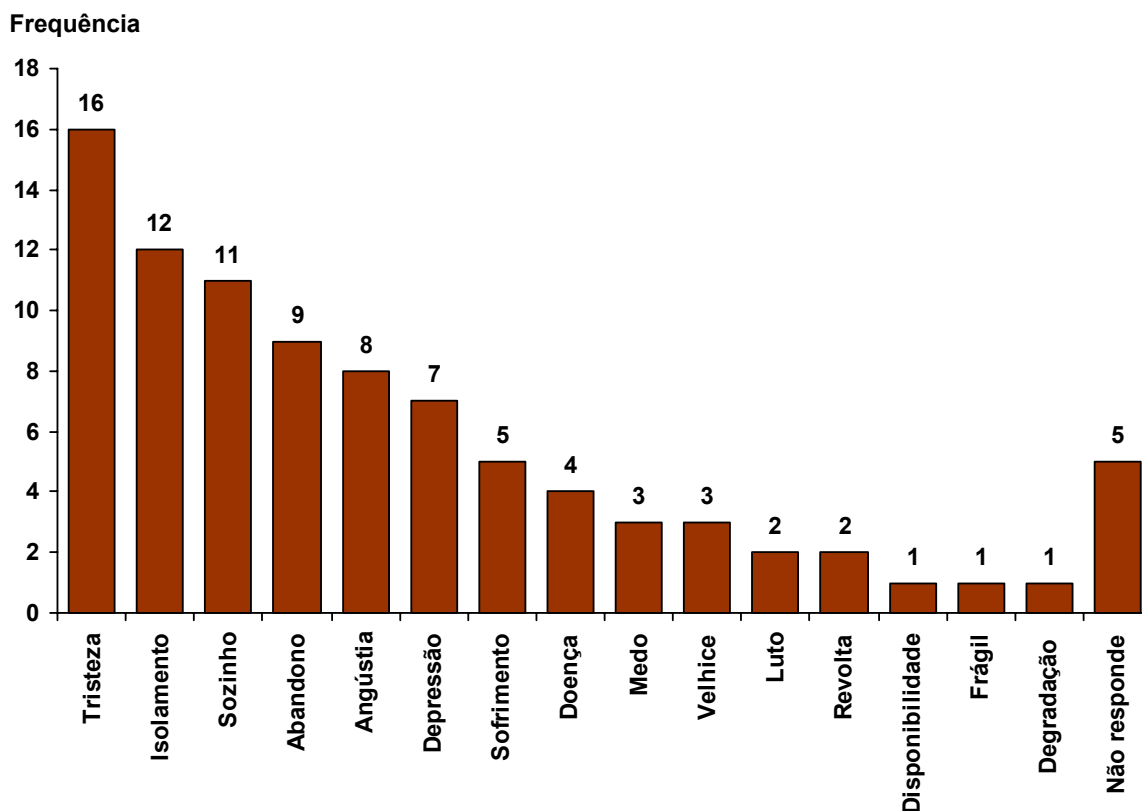
Embora tenham sido contempladas as três grandes áreas o envelhecimento: físico, psicológico e social, não é possível afirmar que os inquiridos manifestem uma tendência de significados em particular, em qualquer destas áreas. São atribuídos bastantes significados negativos ao Envelhecimento, Velhice e Idoso, o que provavelmente não deveria de acontecer com pessoas que trabalham nesta área, e que simultaneamente revela uma série de ideias pré concebidas sobre a terceira idade. Esta abordagem tão diversificada dos conceitos de Envelhecimento, Velhice e Idoso, comprova a dimensão e complexidade do processo de envelhecimento, bem como as várias áreas internas ou externas ao indivíduo que influenciam este fenómeno.

Como nos dizem Fontaine (2000) e Berger (1995), o envelhecimento ocorre ao: nível biológico, com as modificações físicas do indivíduo, como o surgir das rugas, as alterações da marcha e da postura, algumas transformações no campo sensorial, como a audição e a visão e sob o ponto de vista da saúde com o aparecimento de algumas doenças; nível social, com a perda de papéis sociais, com a passagem à reforma e a progressiva alteração das actividades até aí desempenhadas; e por último ao nível psicológico com a deterioração das funções cognitivas, intelectuais e de motivação. Neste âmbito psicológico, é de referir, que significados como egoísmo e a rabugice, apontados pelos inquiridos, possam remeter para o conceito de introversão que está associado ao envelhecimento, conforme defendem autores como Erikson, Peck e Buhler.

É ainda de salientar que a repetição de significados na definição destes três conceitos, revela-nos como é difícil, se não impossível, caracterizá-los separadamente, já que, como refere Berger (1995), citada por Castro (2007:36), *“o envelhecimento é um processo contínuo que leva ao estado de velhice”*. Assim, Envelhecimento, Velhice e Idoso são conceitos intimamente

ligados e cuja definição colide com significados semelhantes ou repetidos, facto que podemos constatar através da leitura e análise dos quadros anteriores.

**Gráfico 6 – Distribuição da frequência dos significados de Solidão**



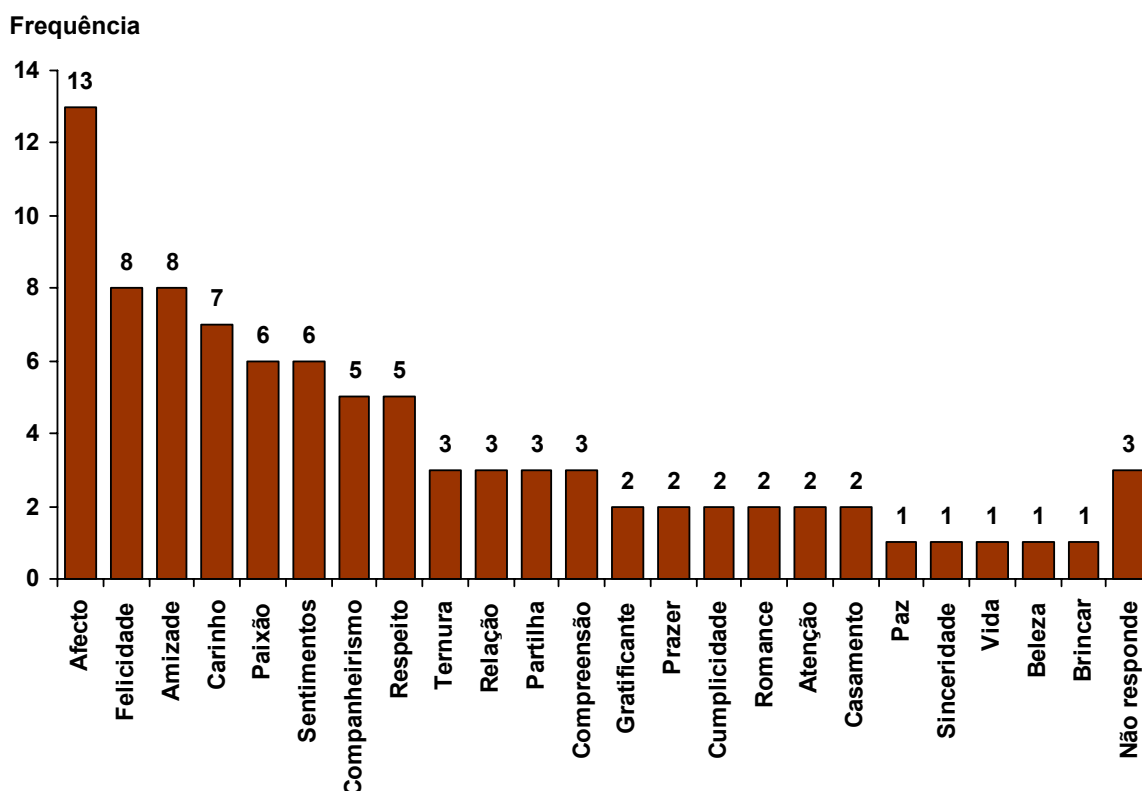
No topo dos significados atribuídos à palavra Solidão, encontram-se com maior frequência: Tristeza (16), Isolamento (12), Sozinho (11), Abandono (9), Angústia (8) e Depressão (7). Sofrimento (5), Doença (4), Medo e Velhice (3), surgem também como significados mais apontados. Mesmo as definições menos frequentes são de carácter negativo, aspectos que de facto estão associados à solidão.

Monteiro (2005:109), considera que a solidão engloba aspectos positivos e aspectos negativos e preconiza que o *“medo da solidão pode enfatizar um comportamento manipulativo, perda de intimidade, sentimentos de culpa e/ou*

de *vitimização*”. Continua, referindo que os aspectos positivos da solidão assentam, predominantemente no benefício do indivíduo identificar e reconhecer os sentimentos associados à solidão, e a partir de aí acreditar nas suas capacidades e incrementar a sua auto-confiança.

Na leitura e análise do gráfico anterior podemos verificar que apenas uma resposta apontava para um aspecto positivo da solidão e que era a disponibilidade, todas as outras respostas em maior ou menor frequência, reflectem os aspectos negativos inerentes à solidão.

**Gráfico 7 – Distribuição da frequência dos significados de Amor**



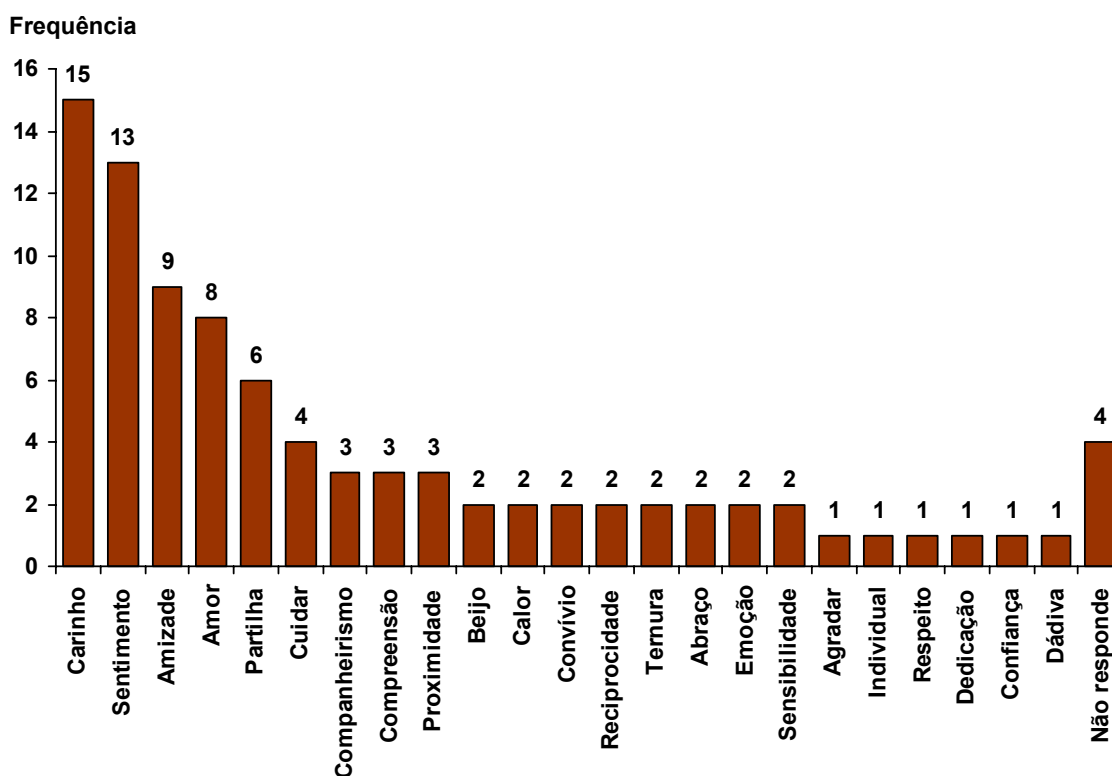
Afecto (13), Felicidade (8), Amizade (8), Carinho (7), Paixão (6), Sentimentos (6), Companheirismo e Respeito (5), são os aspectos mais referidos como

significados da palavra Amor. Os menos frequentes e que apareceram apenas uma vez são: Paz, Sinceridade, Vida, Beleza e Brincar.

Na perspectiva de Nodin (2002), este termo trata-se de um sentimento de difícil definição, sendo, provavelmente melhor caracterizado pelos poetas e autores literários do que nos dicionários. O autor (2002:28), revela-nos alguns sinónimos da palavra amor como: *“Afecto, Afeição Amança, Amoranço, Amório, Apego, Bem-querer, Devoção, Querença, Ternura”*, e oferece-nos uma breve definição de Amor como: *“o conjunto de sentimentos que nos levam a apreciar alguém como sendo especial para nós, que nos levam a querer estar junto dessa pessoa e a preocuparmo-nos com o seu bem-estar”*. O autor diz-nos ainda que esta definição também se pode aplicar ao conceito de amizade e o que difere dos sentimentos que nutrimos por familiares e amigos, é *“o desejo de um envolvimento físico e sexual”*, logo, o Amor é um termo muitas vezes ligado ao desejo e à atracção física.

Na leitura e análise do quadro anterior podemos verificar que muitos dos significados apontados pelos inquiridos se encaixam nesta definição, já que abordam, as emoções, os afectos e as sensações que podem estar inerentes a este conceito, quer na sua vertente de amor fraternal, como o que nutrimos por familiares e amigos, quer na vertente de amor entre os elementos do casal, o qual já engloba a atracção, a paixão e o relacionamento sexual. Embora este último aspecto esteja implícito na paixão e no prazer, não foi referido explicitamente por nenhum dos participantes.

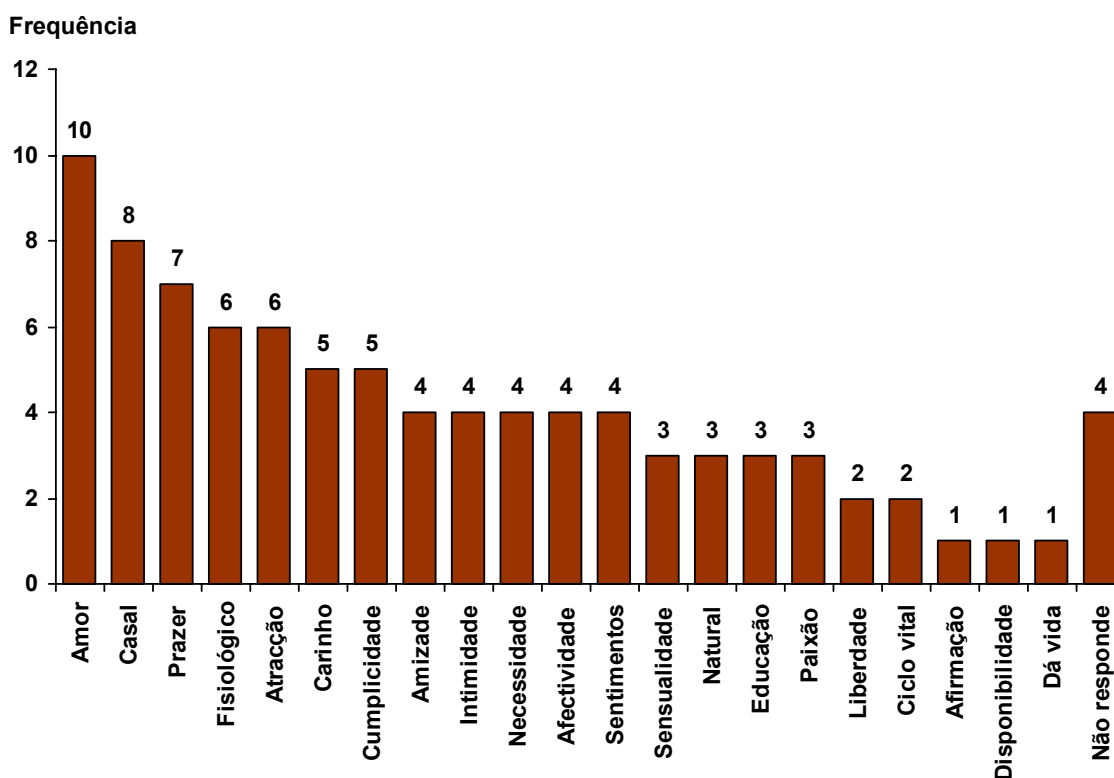
**Gráfico 8 – Distribuição da frequência dos significados de Afectividade**



Afectividade é definida pela amostra como: Carinho (16), Sentimento (13), Amizade (9), Amor (8), Partilha (6) e Cuidar (4). Como respostas menos frequentes, temos Companheirismo, Compreensão e Proximidade (3) e ainda Beijo, Calor, Convívio, Reciprocidade, Ternura, Abraço, Emoção e Sensibilidade com uma frequência de 2.

Ao observarmos o gráfico anterior podemos verificar que os significados são muito semelhantes ao do gráfico 7, o que confirma a dificuldade de definição destes sentimentos de forma única e objectiva, uma vez que estão relacionados com os afectos, pelo que assumem uma vertente puramente subjectiva, vivida e experienciada por cada um de forma singular.

**Gráfico 9 – Distribuição da frequência dos significados de Sexualidade**



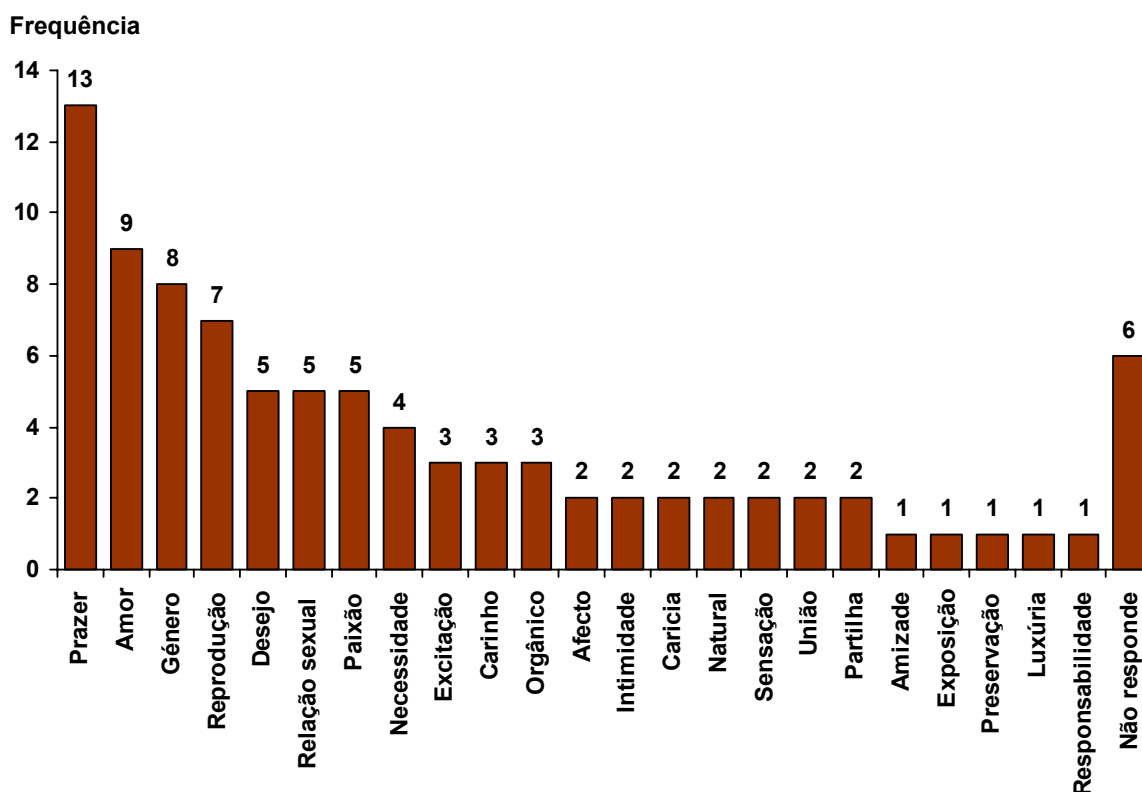
As respostas mais frequentes na caracterização do conceito de Sexualidade foram, Amor (10), Casal (8), Prazer (7), Fisiológico (6), Atracção (6), Carinho (5), Cumplicidade (5), e também, Amizade, Intimidade, Necessidade, Afectividade e Sentimentos com a frequência de 4 cada. Embora menos frequentes surgem significados como Sensualidade, Natural, Educação e Paixão (3), que tal como os anteriores, integram a definição de sexualidade de vários autores que se debruçaram sobre o tema como Berger (1995); López e Fuertes (1989) e Nodin (2002) e até a própria OMS.

Para estes autores a Sexualidade não pode ser definida tendo por base apenas um campo da ciência, mas sim como uma realidade multidimensional inerente ao indivíduo em todo o seu ciclo vital. Deste modo, López e Fuertes (1999:8) diz-nos que: *“a sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras. O que hoje sabemos sobre a sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações, feitas a partir de diferentes ciências”*.

Nesta linha de pensamento Lima (2006) e Nodin (2002), consideram que a sexualidade diz respeito às vertentes afectivas e emocionais de cada pessoa, especificamente na maneira com ela interage com os outros, sendo a sua representação e manifestação, influenciada por factores sócio-culturais, próprios de cada sociedade humana.

A leitura e análise do gráfico anterior, permite-nos verificar que os significados atribuídos a este conceito são de natureza, emocional, afectiva, física, social entre outros, o que corrobora a opinião dos autores referidos e se enquadram numa definição como a da OMS, citada por Nodin (202:275), que nos diz que: *“A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental”*.

**Gráfico 10 – Distribuição da frequência dos significados de Sexo**



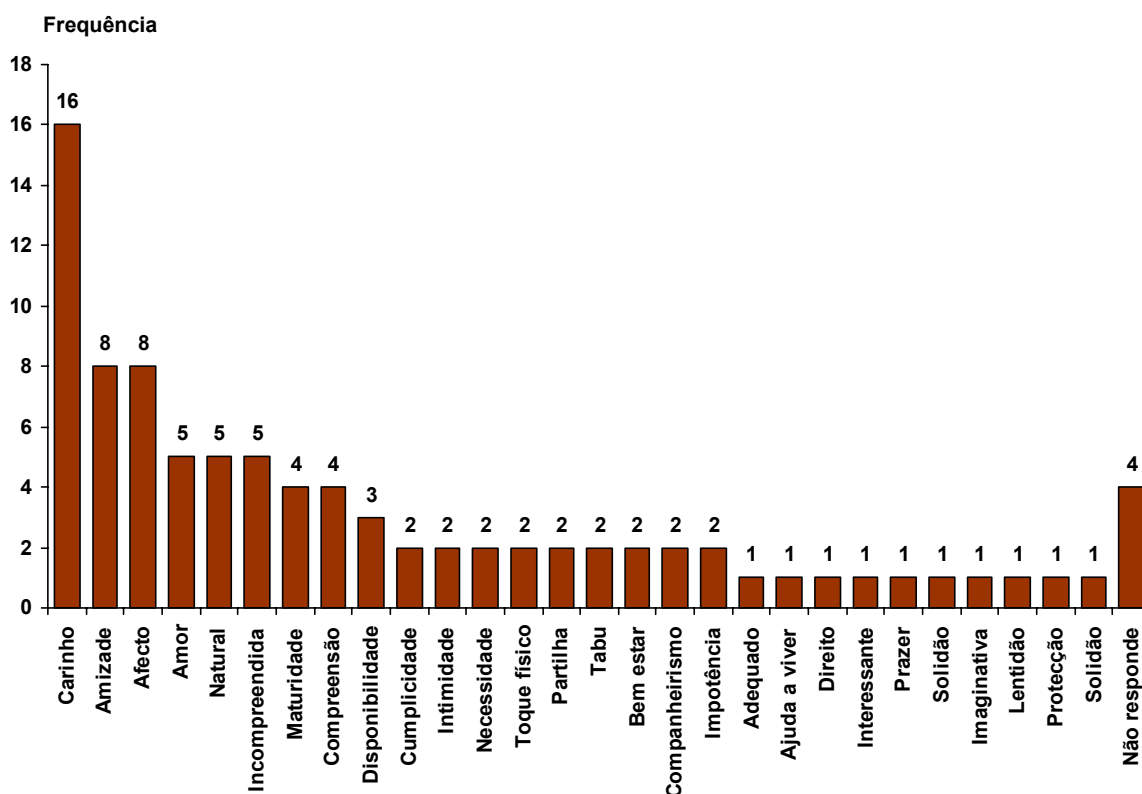
São muito dispersos os significados atribuídos ao Sexo, no entanto podemos verificar que Prazer, Amor, Género, Reprodução, Desejo, Relação sexual, Paixão e Necessidade, são os mais referidos pela amostra.

À semelhança do representado no gráfico anterior, muitos dos significados são comuns aos dois conceitos (sexualidade e sexo) sendo, no entanto, a sexualidade um termo mais abrangente.

Tomando por base os significados mais apontados podemos inferir que este conceito, está relacionado com dois aspectos: os relacionamentos sexuais e a caracterização do feminino e do masculino. Segundo Nodin (2002:260), *“a palavra sexo é utilizada na língua portuguesa pelo menos com dois sentido principais. O mais habitual é o que designa uma **relação sexual** entre duas ou mais pessoas. (...) O outro sentido em que ela é utilizada é quando serve para designar os **órgãos sexuais**, ou seja, o **pénis** ou a **vagina**. É, provavelmente, das palavras mais utilizadas do vocabulário sexual e popular, e também das que suscita as reacções mais emocionais, ainda que normalmente não de uma forma explícita”*.

Embora todos os gráficos de frequências de significados que incluímos no nosso trabalho, apresentem uma coluna relativa às não respostas, verificámos que, este é o que revela uma maior frequência a este nível. Consideramos que esta situação pode ser explicada pelo facto deste conceito e do anterior terem muitos significados semelhantes e ser um tema em que as pessoas têm dificuldade em identificar e expressar o que sentem e qual é a sua opinião sobre o assunto.

**Gráfico 11 – Distribuição da frequência dos significados de Sexualidade na Terceira Idade**



O Carinho e a Amizade são os aspectos mais frequentes que surgem na definição de Sexualidade na Terceira Idade, os quais aparecem 16 e 8 vezes respectivamente. Significados como Afecto, Amor, Natural e Incompreendida, aparecem a seguir com uma frequência de 6.

O significado de Tabu e de Impotência, apesar de só surgirem duas vezes cada, remetem-nos para as falsas crenças e mitos relacionados com a sexualidade na idade avançada.

Na análise deste gráfico, e comparativamente ao gráfico 9, podemos verificar que não surge a palavra Atracção vez nenhuma e o Prazer apenas é contemplado uma vez. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de socialmente se ter desenvolvido a ideia de que na terceira idade já não há atracção e não é possível ter prazer. Na verdade, conforme nos diz Lima (2006:94), uma das crenças com mais *“impacto na vivência da sexualidade por*

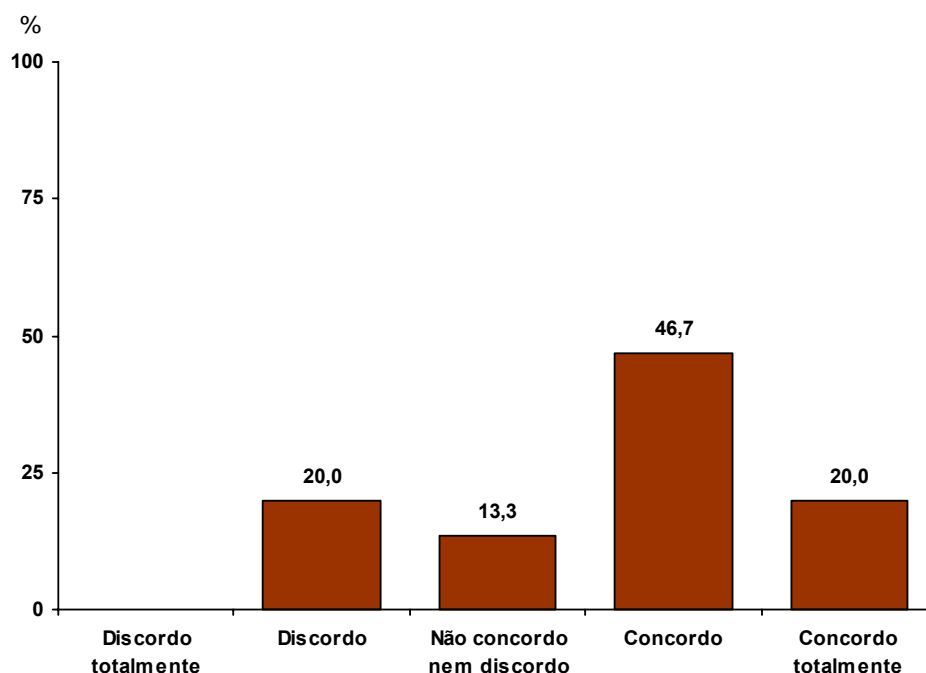
*parte das pessoas mais velhas, sobretudo do sexo feminino, é o mito da beleza física jovem. Este fomenta os sentimentos de profunda culpabilidade, e de vergonha e de baixa auto-imagem nas pessoas que não encaixam nesse padrão dificultando, conseqüentemente, as suas relações interpessoais. Este mito é favorecido pela publicidade que vende uma imagem da sexualidade como privilégio único e exclusivo da juventude”.*

### **3.2.3 – Grau de concordância dos inquiridos face às questões apresentadas na parte final do questionário**

Relativamente à terceira parte do nosso questionário, em que foram consideradas 45 afirmações para serem classificadas pelos inquiridos tendo em conta uma escala de tipo Likert, obtivemos resultados um pouco dispersos, caindo uma percentagem razoável no indicador de medida neutro (Nem concordo nem discordo). Verificamos também, na análise desta parte do questionário que na análise das frequências absolutas, o total das respostas a cada variável é de 29 ou 30, uma vez que existe uma não resposta a algumas questões. Assim, as variáveis assinaladas a vermelho indicam a falta de uma resposta em cada uma dessas questões e a azul estão assinaladas as maiores frequências para cada uma das variáveis, conforme se pode observar no quadro apresentado no Anexo V.

Nas representações gráficas que se seguem, relativamente aos itens pré-definidos, podemos observar que a maioria dos inquiridos respondeu “*concordo*” a quase todas as questões.

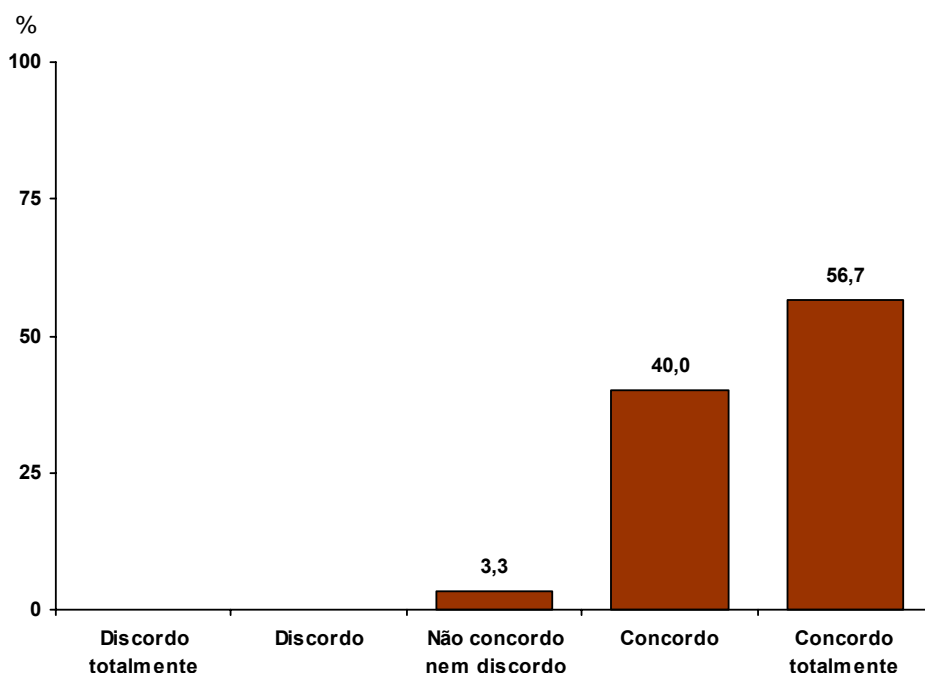
**Gráfico 12 – Distribuição da amostra relativamente à questão P1:  
O envelhecimento assusta as pessoas mais novas**



O envelhecimento é um aspecto do desenvolvimento humano que assusta as pessoas mais novas, conforme podemos inferir do gráfico anterior. A grande maioria dos inquiridos (66,7%), manifesta concordância relativamente a esta afirmação. É de salientar também que embora não haja ninguém que discorde totalmente, 20% dos inquiridos não tem medo de envelhecer.

Estes resultados vão de encontro ao que as sociedades actuais preconizam e que é largamente difundido pela comunicação social e que é a veneração de tudo o que é jovem e belo. Tratando-se de uma amostra com participantes relativamente jovem, com uma média de idades de 38 anos para ambos os sexos, é natural que considerem o envelhecimento assustador. É ainda de referir que 20% dos inquiridos não se pronunciaram a este respeito.

**Gráfico 13 – Distribuição da amostra relativamente à questão P2:  
O convívio entre velhos e novos pode ser benéfico para ambos**

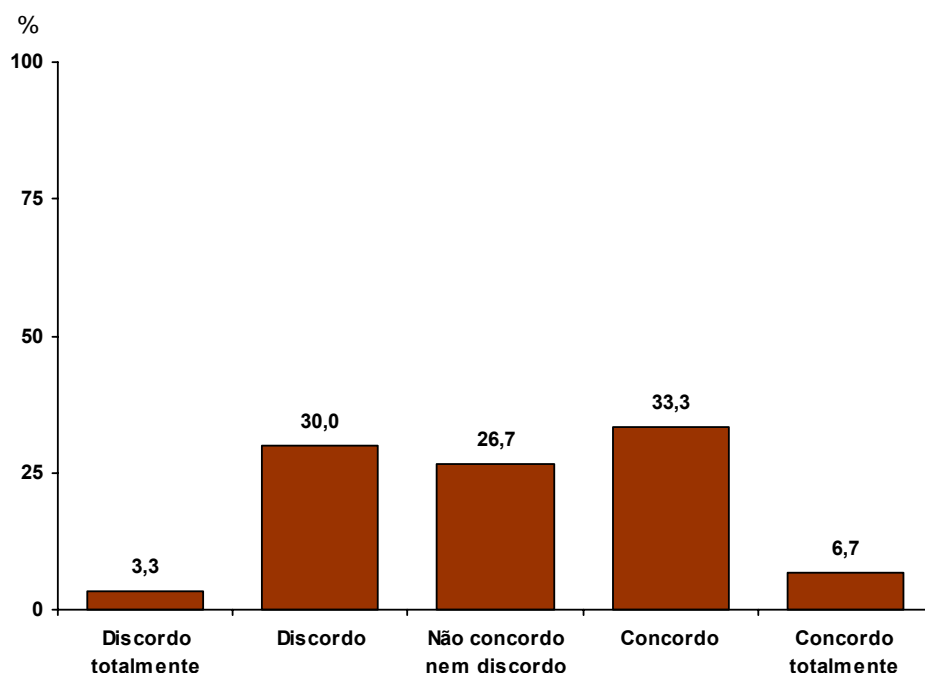


A grande maioria dos funcionários inquiridos (96,7%), concorda que é benéfico o convívio entre velhos e novos, sendo de salientar, que apenas um inquirido não tinha opinião formada.

Estes dados confirmam o que nos dizem Ramos (2005) e Belsky (2001), entre outros autores que se debruçaram sobre as relações intergeracionais e sobre o enriquecimento cultural, social e familiar que estas podem traduzir. É de referir que os benefícios do convívio entre velhos e novos não é apenas vantajoso para estes, mas sim constitui um mais valia bi-direccional.

Da nossa amostra de funcionários e cuidadores, 50% considera que o envelhecimento traduz uma perda de capacidades, mas apenas 30% classifica os idosos como dependentes (Anexo V).

**Gráfico 14 – Distribuição da amostra relativamente à questão P5:  
O envelhecimento conduz à solidão**



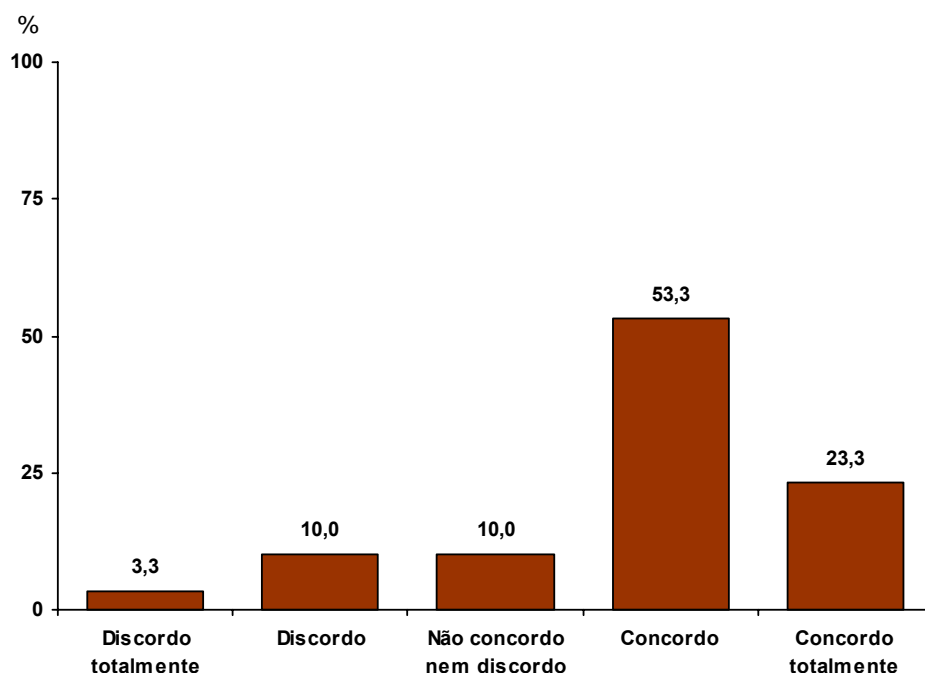
Na análise do gráfico anterior, podemos inferir que 40% da nossa amostra concorda que o envelhecimento conduz à solidão, sendo este um aspecto descrito na literatura (Monteiro, 2005; Ramos, 2005; Malvar, 2002; Rubenstein e Shaver, 1982), principalmente quando se verificam perdas significativas ou se reduz consideravelmente a rede de contactos sociais do idoso. Porém, é de salientar que dos restantes 60% dos inquiridos, 26,7% não tem opinião definida a este respeito, o que talvez esteja relacionado com a média de idades destes ser relativamente baixa (38 anos).

A maioria da amostra (70%), considera que a sociedade desvaloriza e atribui pouca importância ao idoso, no entanto, 46,7% é de opinião de que os idosos são na sua maioria um peso para a família (Anexo V).

Os resultados anteriormente apresentados, os quais parecem confirmar o descrito na bibliografia, contradizem de alguma forma o facto de 96,6% dos inquiridos, (Anexo V), considerar que os idosos constituem um veículo de transmissão de experiência e de 75,8% ser de opinião que na velhice ainda é

possível ser-se autónomo. Nesta mesma linha, verifica-se também, através da análise dos dados, que 46,6% da amostra, em oposição a 33,3%, defende que o relacionamento com as pessoas idosas não é mais difícil do que o relacionamento com os jovens. Um quinto dos inquiridos não tem uma ideia formada a este respeito.

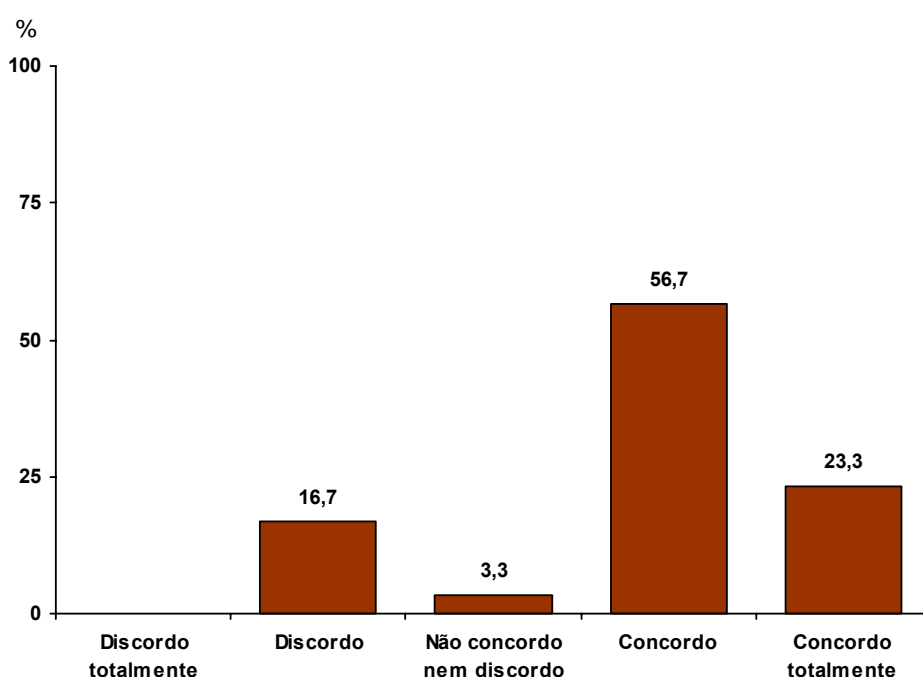
**Gráfico 15 – Distribuição da amostra relativamente à questão P12:  
A qualidade de vida dos idosos depende da forma como encaramos a velhice e o envelhecimento**



A maioria da nossa amostra (76,6%), considera que a qualidade de vida dos idosos, depende da forma como encaramos a velhice e o envelhecimento. Berger (1995), entre outros autores corrobora estes resultados, especificando mesmo, que a própria ideia que os idosos têm deles mesmos é influenciada pela forma como a sociedade e os familiares encaram o envelhecimento. A autora faz referência também à baixa auto-estima dos idosos, o que também confirma a ideia de 43,3% dos inquiridos que consideram que os idosos, em geral, têm uma auto-estima muito reduzida (Anexo V).

Berger (1995), diz-nos os comportamentos que assumimos perante os idosos, tendem a espelhar atitudes negativas ou positivas, as quais por sua vez, condicionam o nosso relacionamento com o idoso. Deste modo salientamos como atitudes positivas “o respeito, a confiança e a luta contra as atitudes negativas como a gerontofobia, o idadismo (“âgeisme”), o automorfismo social e a infantilização ou “bebeísmo”.

**Gráfico 16 – Distribuição da amostra relativamente à questão P13:  
Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente**

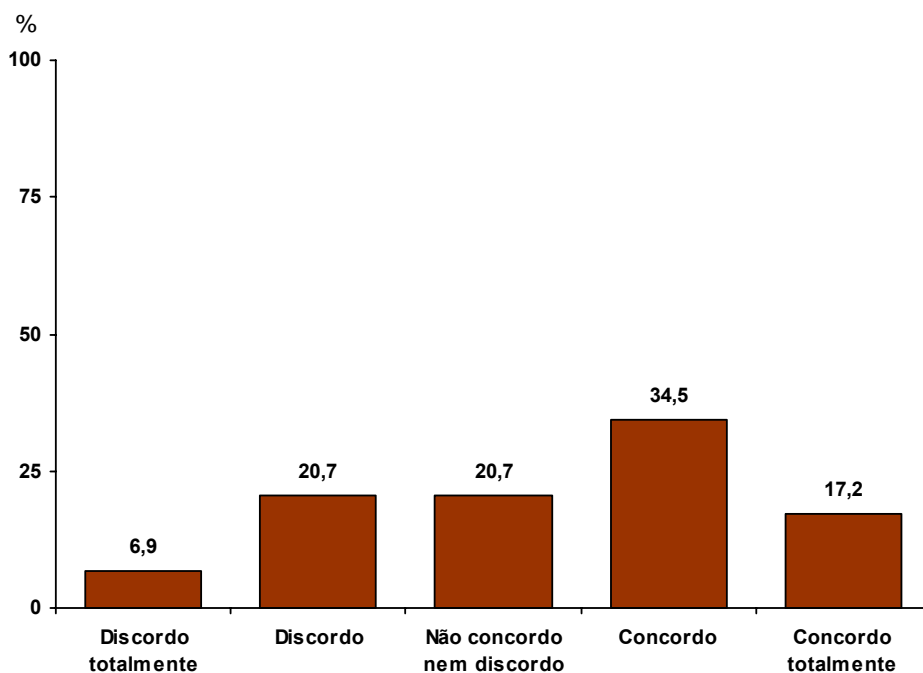


Dos funcionários e cuidadores inquiridos, 80% considera que os idosos têm uma maior ligação ao passado do que ao presente, talvez porque estes sejam bons contadores de histórias e recordem frequentemente episódios do passado, parecendo atribuir menor importância aos acontecimentos presentes.

É de salientar também alguns aspectos das teorias do Envelhecimento psicológico, mencionadas por Berger (1995), que embora divergentes em alguns pontos são unânimes em remeter o idoso para uma fase de

introspecção, o que o torna mais virado para o seu interior do que para o ambiente que o rodeia.

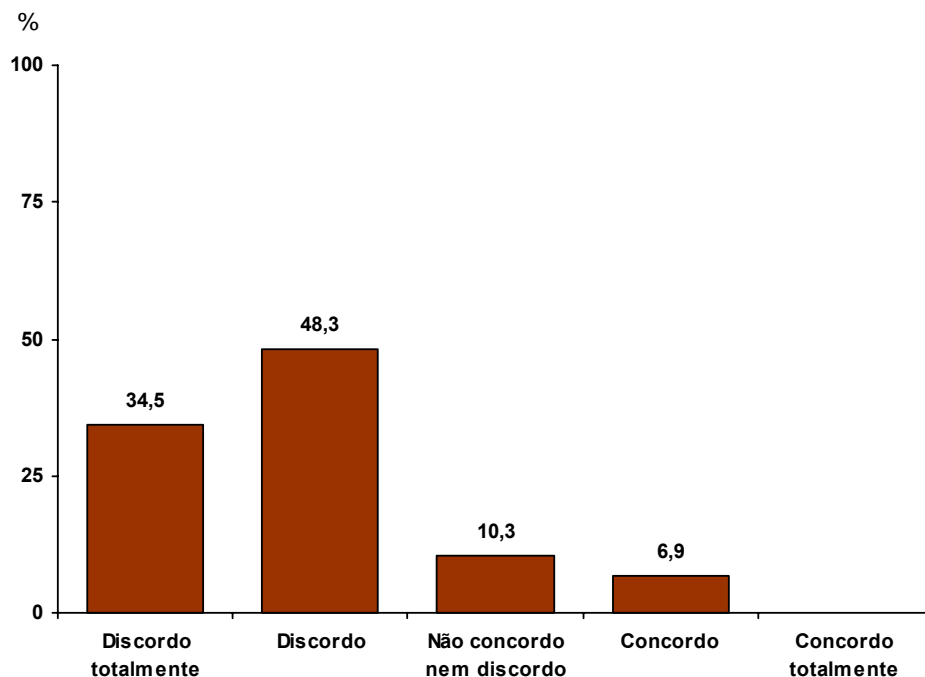
**Gráfico 17 – Distribuição da amostra relativamente à questão P14:  
A institucionalização do idoso dificulta os seus contactos sociais**



Relativamente a esta questão, podemos depreender da análise do gráfico anterior que aproximadamente metade da amostra (51,7%), concorda que a institucionalização dificulta os contactos sociais do idoso. Tendo em conta uma não resposta neste item, verifica-se que 27,6% dos inquiridos não partilha desta opinião. Sem opinião formada a este respeito, existem 20,7% de inquiridos.

Perante estes dados questionamo-nos como é que praticamente metade dos cuidadores e funcionários não tem consciência da barreira que a institucionalização constitui aos contactos sociais, quando muitos dos idosos não têm familiares nem amigos que os visitem ou a quem possam visitar, sendo que grande parte deles, desde que entra na instituição pela primeira vez, nunca mais volta a sair ou a ter qualquer contacto com o mundo exterior.

**Gráfico 18 – Distribuição da amostra relativamente à questão P16:  
Os idosos já não têm capacidade de amar nem de se relacionar  
emocionalmente**



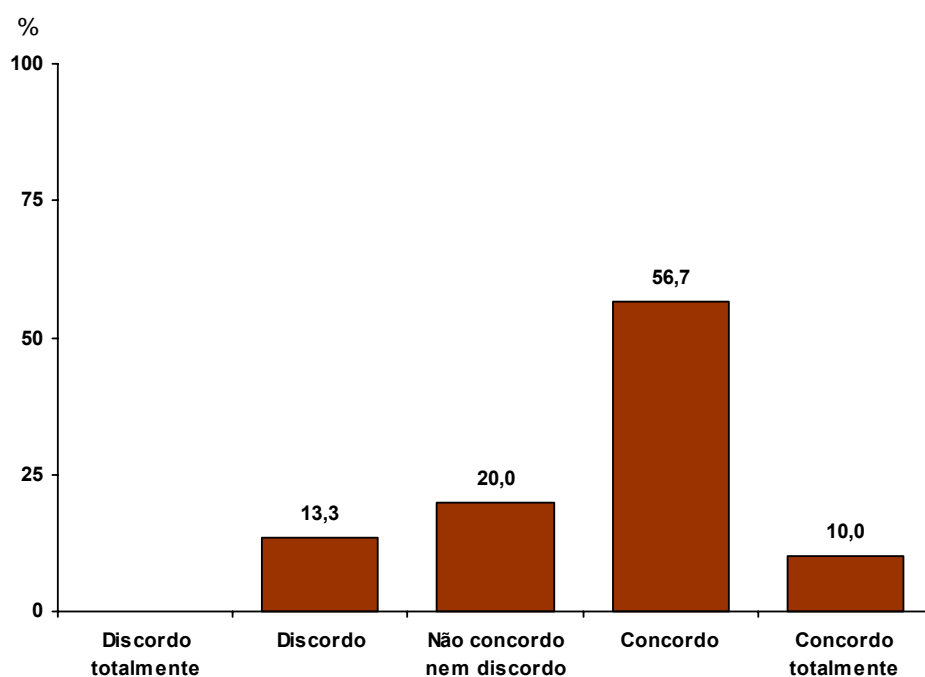
Na observação e análise deste gráfico, é de salientar que 82,8% da amostra, discorda que os idosos já não tenham capacidade de amar e de se relacionar emocionalmente. Estes dados comprovam, conforme nos dizem Lima (2006), Nodin (2002), Shell (2000) e Fuertes e López (1989) entre outros autores, que a capacidade de amar e de se relacionar emocionalmente acompanha o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital.

Muitas das vezes é a própria sociedade, familiares ou amigos que pelos seus comportamentos e atitudes condicionam os relacionamentos do indivíduo idoso, já que frequentemente a ideia que os idosos têm deles mesmos é reflexo daquilo que os outros pensam de si.

De acordo com Castro (2007: 78-79), citando Cordo (1999), *“as atitudes da sociedade para com as pessoas mais velhas determinam, em grande medida, o grau de auto-estima dos idosos: quando estes se sentem respeitados e*

*considerados como membros de pleno direito da sociedade, capazes e competentes, a sua auto-estima vê-se reforçada. Pelo contrário, como é natural, o idoso responde com um comportamento mais defensivo, céptico e desconfiado, quando a sociedade lhe induz uma auto-estima negativa”.*

**Gráfico 19 – Distribuição da amostra relativamente à questão P17:  
Os idosos são mais carentes de afecto do que as pessoas em geral**



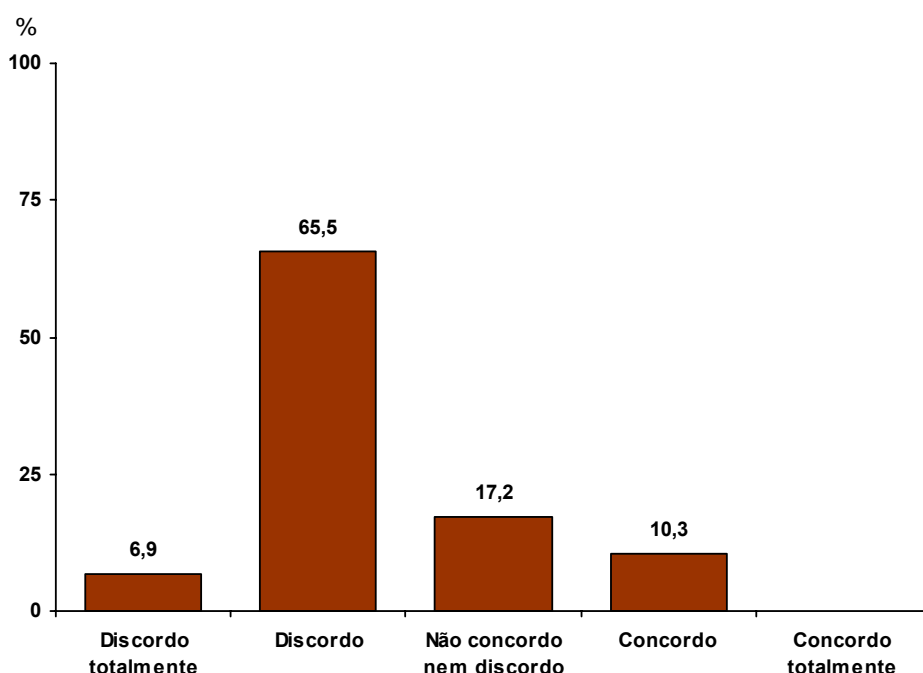
A maioria dos funcionários e cuidadores que integram a nossa amostra (66,7%), acha que os idosos são mais carentes de afecto do que as pessoas em geral. É de salientar que relativamente a esta questão, 20% não tem qualquer opinião e apenas 13,3% discorda que os idosos são mais carentes.

Partindo do pressuposto que muitas pessoas têm ideias e concepções negativas sobre a velhice e o envelhecimento, e que frequentemente estigmatizam e marginalizam as pessoas deste grupo etário, é natural que estas se tornem um grupo mais vulnerável e carente em determinadas condições mas, se não forem vitimas deste processo desvalorizador,

certamente terão as mesmas necessidades e carências que as outras pessoas em geral.

Conforme se pode observar no quadro correspondente ao Anexo V, mais de 50% da amostra considera que os idosos não reagem bem à mudança. É também possível verificar que a maioria considera que os idosos são frequentemente marginalizados (80%), que são o produto das suas vivências (75,8%) e que a velhice é uma segunda infância (56,7%). Estes resultados mais uma vez estão em consonância com o descrito na literatura, nomeadamente no que se refere aos mitos e estereótipos relativos aos idosos, conforme nos dizem, Simões (1985); Berger (1999); Lima (2005) entre outros estudiosos.

**Gráfico 20 – Distribuição da amostra relativamente à questão P23:  
Os idosos já não se interessam pela sexualidade**



Mais de 70% dos inquiridos discorda que os idosos já não se interessam pela sexualidade, no entanto, é de salientar que nesta amostra, mais de 15% não

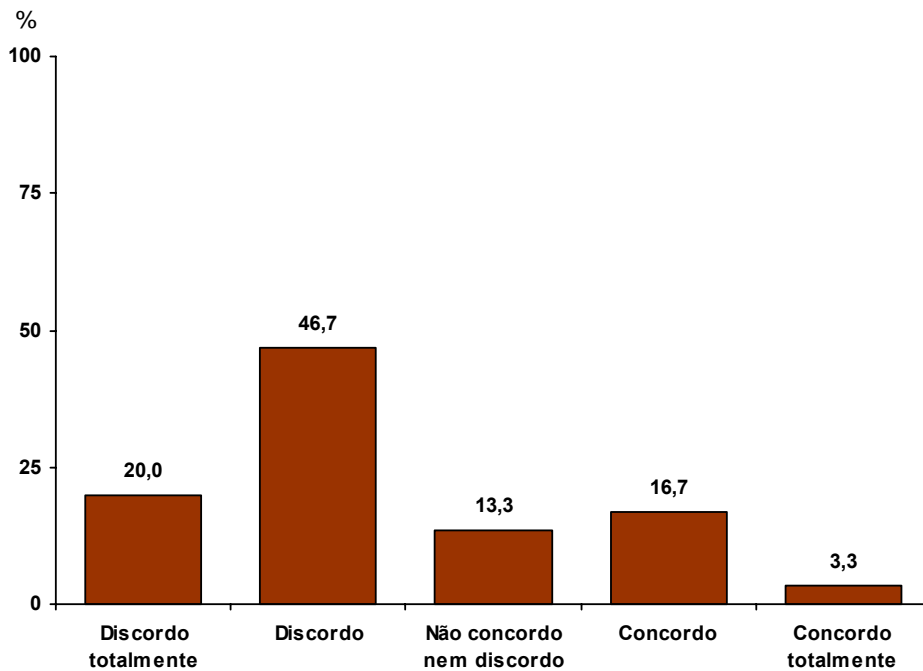
tem opinião definida a este respeito e apenas 10% concorda com esta afirmação.

Perante estes resultados, podemos inferir que a maioria da amostra, contraria um dos mais comuns estereótipos descritos por Campagne e Frenney, citados por Berger (1995: 67), num estudo realizado na “*Université de Montreal*”, em que 14 estereótipos foram identificados e testados junto da população por um grupo de estudantes universitários, sendo um deles o de que: *os idosos já não se interessam pela sexualidade*.

A mesma autora cita estudos de Ebersole (1985), que tentam desmistificar alguns mitos relativos à velhice, um dos quais respeitante à sexualidade do idoso e que nos diz que: “*os sentimentos e actividades relacionadas ao sexo não se desligam automaticamente aos 65 anos*”.

Pela análise deste gráfico e tendo em conta o descrito na literatura acerca desta temática, surge-nos a questão se os cuidadores e funcionários estarão realmente conscientes que a sexualidade não corresponde a um “*interruptor*” que se desliga no início da terceira idade e que comportamento adoptariam (ou adoptam), se confrontados na sua prática diária, a manifestações no âmbito da sexualidade, por parte dos idosos.

**Gráfico 21 – Distribuição da amostra relativamente à questão P25:  
Os idosos são pessoas doentes**

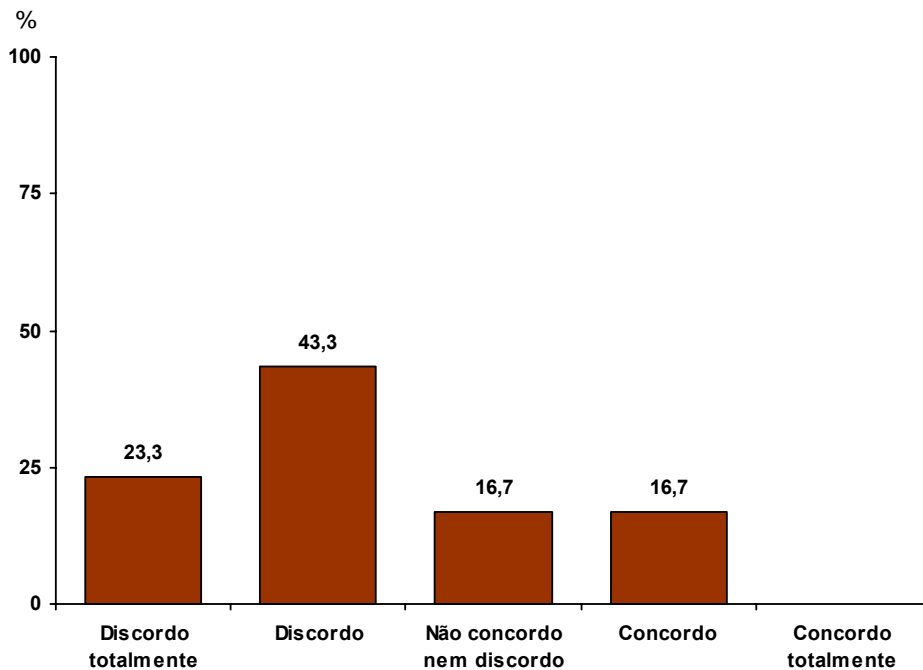


A maioria da amostra (76,7%), considera que os idosos não são pessoas doentes, em oposição a 20% que os considera como tal.

Mais uma vez é possível inferir da análise e leitura do gráfico, que os inquiridos que compõem a nossa amostra, revelam-nos estar em contrariedade com um dos mais usuais mitos associados à terceira idade.

Castro (2007:90), citando os estudos de Ebersole (1985), revelados por Berger (1995), diz-nos que: *“este mito sobre a dependência, é um dos mais persistentes. A dependência não é, de forma alguma, sinónimo de terceira idade: pelo contrário faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós. Muitos idosos cuidam de si, vivendo activa e saudavelmente. Embora alguns possam sofrer de alguma doença crónica, na maioria das vezes conseguem ultrapassar os obstáculos que acompanham a doença e viver a sua vida plenamente”*.

**Gráfico 22 – Distribuição da amostra relativamente à questão P27:  
A vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso  
institucionalizado, deve ser reprimida por se tratar de um  
comportamento pouco aceitável**

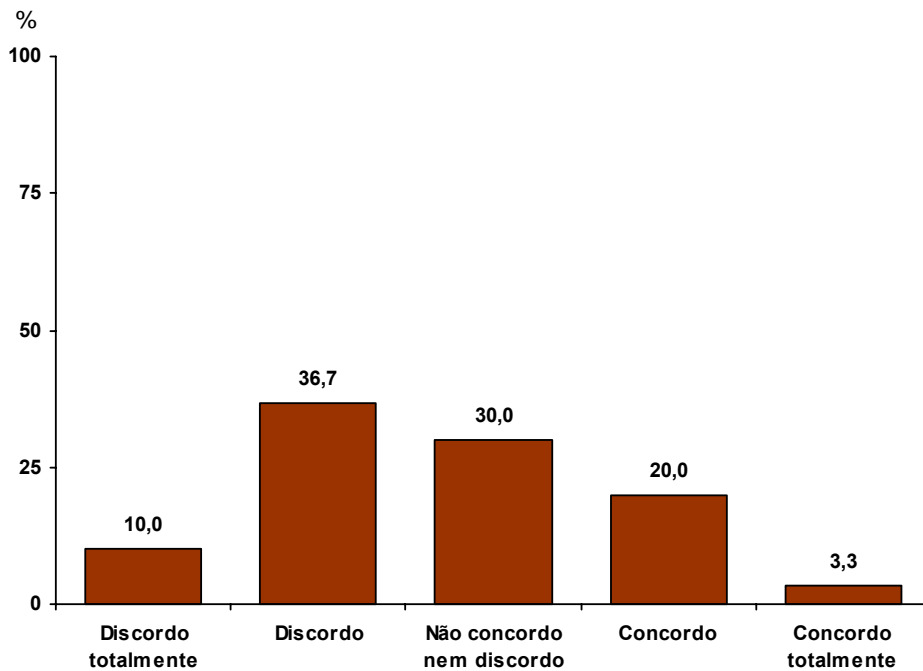


A maioria dos cuidadores e funcionários (66,6%), concorda que não se deve reprimir a vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso institucionalizado. Na leitura e análise do gráfico, verifica-se que existe uma percentagem igual relativamente aos que não têm opinião formada ou não se querem pronunciar a este respeito e os que consideram que se devem reprimir estes comportamentos (16,7%).

Estes resultados podem-nos sugerir que, pelo menos 33,4% dos participantes, revela, eventualmente, marcadas dificuldades em lidar com estas situações, quer seja por questões pessoais ou culturais.

Se compararmos estes resultados com o referido pelos idosos, no decorrer das entrevistas, verificamos que este tipo de situações é reprovado pelas funcionárias, ou no mínimo é desvalorizado e encarado com pouca seriedade.

**Gráfico 23 – Distribuição da amostra segundo a questão P28:  
Os idosos são seres assexuados**



Relativamente a esta questão, verificamos que menos de metade da amostra (46,7%), discorda que os idosos sejam seres assexuados. Dos cuidadores e funcionários inquiridos, 30% não têm opinião a este respeito e 23,3% concorda que os idosos são seres assexuados.

Mais uma vez, se pode inferir da análise dos dados que uma grande fatia dos participantes se integra no perfil preconceituoso e de tabus da nossa sociedade, já que manifestamente consideram o idoso como um ser assexuado ou, de uma forma mais velada não se pronunciam sobre o assunto.

Este de facto é dos mitos mais comuns relativamente à terceira idade e que por vezes é comprovado pelos estudos realizados, os quais, na opinião de López e Fuertes (1989), nem sempre correspondem à realidade, já que à semelhança do nosso estudo, são realizados em reduzido número e com indivíduos especiais (voluntários, residentes em instituições, etc.). Os autores continuam referindo que muitos dos participantes nestes estudos encontram-se em

situações desfavorecidas, pelo que não se pode concluir que a sexualidade na velhice corresponda somente ao que estes estudos revelam.

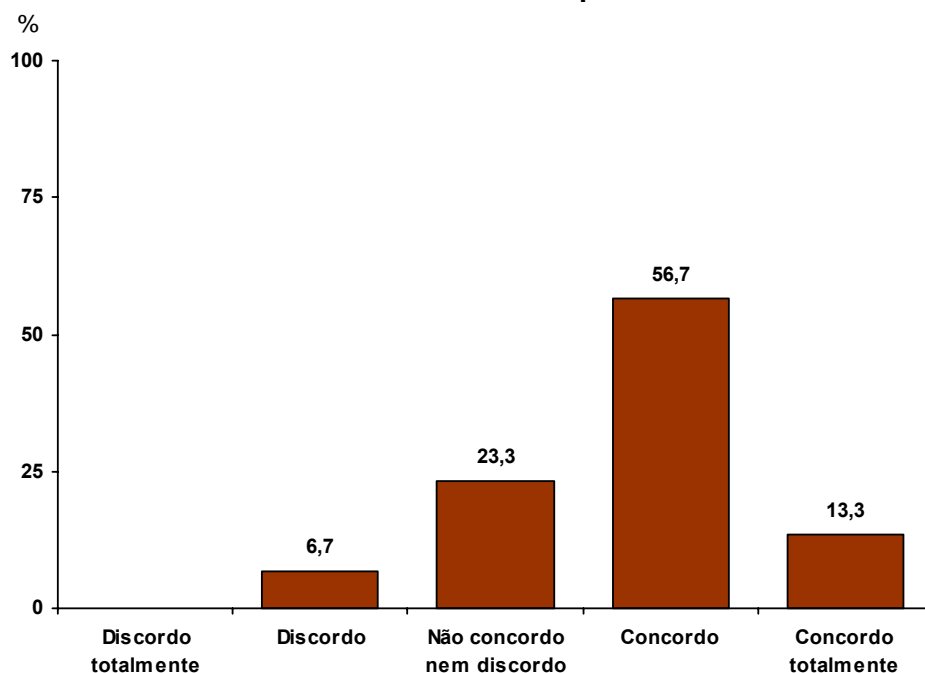
Estudos de Pfeiffer (1968), mencionados por López e Fuertes (1989), revelam que *o desejo e os interesses sexuais prevalecem na velhice* da seguinte forma, entre os 60 e 65 anos, estão presentes em 60% das mulheres e 80% dos homens. Nos indivíduos com idade superior a 78 anos verificam-se em 26% das mulheres e em 61% dos homens. Os comportamentos sexuais que envolvem o coito foram também contemplados nestes estudos e acontecem em 49% das mulheres e 69% dos homens entre os 60 e os 65 anos e em 22% das mulheres e 30% dos homens com mais de 78 anos.

Assim ao contrário do que se pensa, os idosos não são seres assexuados podendo mesmo expressar e vivenciar a sua sexualidade até idades muito avançadas, no entanto factores como.

É importante relembrar, como nos diz Castro (2007:91), que os indivíduos mais velhos também apreciam *“partilhar gestos de carinho, afecto e amor, os quais são essenciais para o bem-estar emocional de todas as pessoas”*.

Torna-se pois fundamental desmistificar estas ideias pré-concebidas acerca da sexualidade do idoso mediante o esclarecimento e formação dos próprios idosos, dos seus cuidadores e comunidade em geral, pois como nos diz López e Fuertes (1989:136), *“Se déssemos aos idosos condições de vida óptimas, a sua sexualidade seria também bastante melhorada”*.

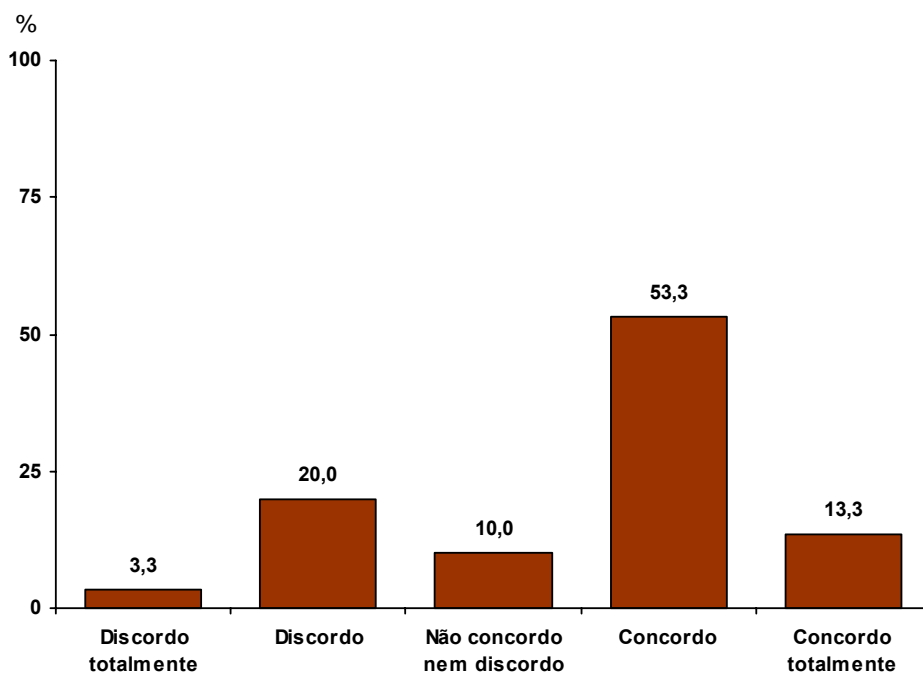
**Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo a questão P29:  
O relacionamento amoroso entre homens e mulheres  
institucionalizados é um comportamento natural**



No que respeita a esta questão, 70% dos cuidadores e funcionários, concordam que os relacionamentos entre idosos institucionalizados são um comportamento natural. Em oposição, apenas 6,7% discorda desta afirmação. A falta de companheiro/a, a diminuição ou ausência de contactos sociais e por vezes o desinteresse ou a inexistência de familiares e amigos podem fomentar a necessidade e desejo de criar laços desta natureza dentro das instituições.

Na singularidade do nosso estudo, tal parece não se verificar, já que os idosos entrevistados não manifestam interesse em estabelecer relacionamentos amorosos entre eles, o que talvez esteja relacionado, entre outros aspectos, com o facto de serem poucos, da instituição ser recente e alguns deles terem perdido o/a companheiro/a há pouco tempo.

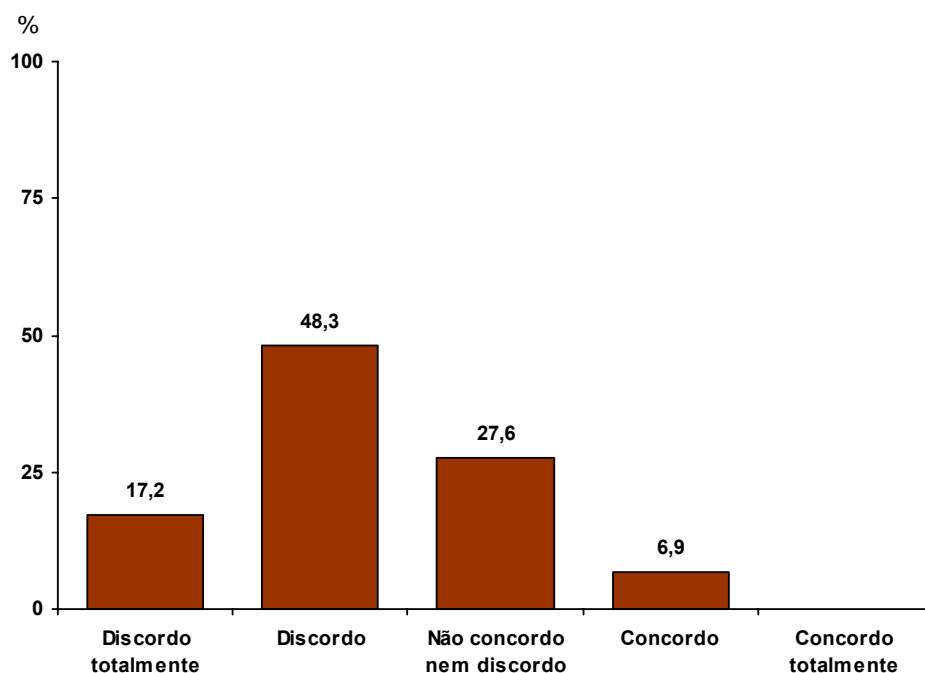
**Gráfico 25 – Distribuição da amostra segundo a questão P30:  
A proximidade entre Homens e Mulheres institucionalizados é  
resultado da solidão**



A solidão é considerada como factor de aproximação entre homens e mulheres institucionalizados, por 66,6% dos inquiridos do nosso estudo, no entanto, é de salientar que 23,3% da amostra discorda desta afirmação. Como já referimos anteriormente, a solidão pode estar relacionada com a falta de companheiro/a, não conduz necessariamente à proximidade amorosa entre os idosos. Tendo em conta os resultados das entrevistas aos idosos da nossa amostra, verificámos que a institucionalização promove a proximidade fraternal e a criação de laços de amizade, como forma de compensação das perdas que já sofreram ou sofrem.

O facto de estar longe de casa e do seu ambiente familiar, confere ao idoso um sentimento de solidão que é vivido por cada um de forma única e que frequentemente persiste ao convívio e às relações fraternais que possam ocorrer nas instituições. Têm a ver com uma história de vida passada e não com a necessidade de arranjar um companheiro ou companheira, podem estar acompanhados e sentirem-se sozinhos.

**Gráfico 26 – Distribuição da amostra segundo a questão P31:  
Os idosos já não têm contactos íntimos mesmo quando subsiste o  
casal**

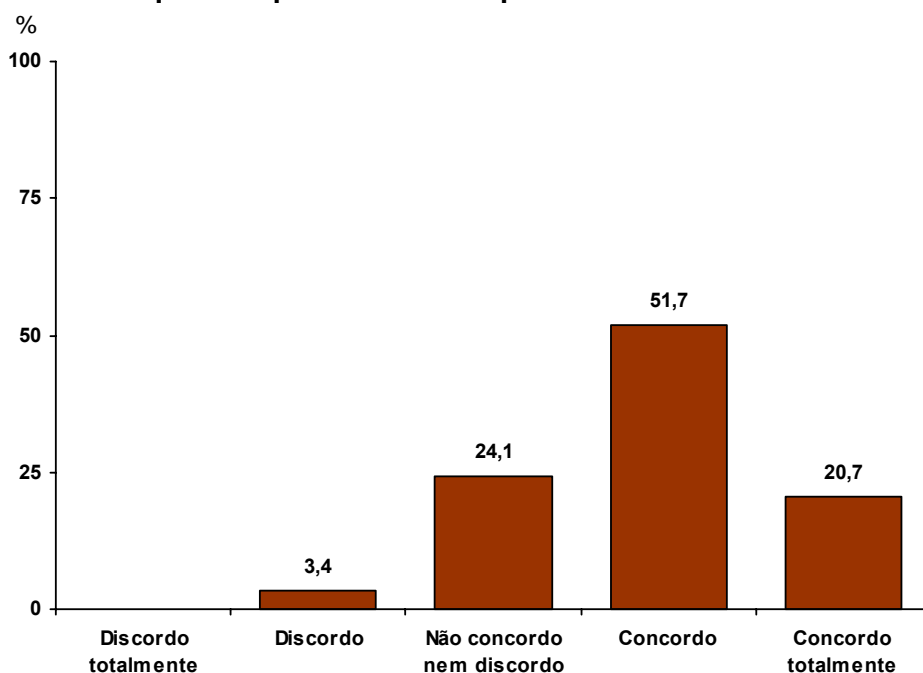


Mais de 60% da amostra considera que os idosos mantêm contactos íntimos quando ainda subsiste o casal, contrariamente, 6,9% acha que não. Não têm opinião formada sobre este assunto, ou não se quiseram pronunciar, 27,6% dos cuidadores e funcionários.

Lima (2006), considera que a existência ou não de parceiro sexual é um elemento imprescindível à compreensão da actividade sexual e das discrepâncias verificadas ao nível do desejo sexual masculino e feminino. Levy (1994), citado pela autora defende que muitas pessoas assumem a intimidade sexual como comportamento adequado e inerente ao casamento. Rossi (1994) e Schiavi (1999), também mencionados por Lima (2006), consideram o casamento como o espaço em que o desempenho sexual normativo ocorre, daí que, o desaparecimento de um dos membros do casal, possa implicar o fim da actividade sexual. A autora (2006:91), conclui que: *“apesar do desejo sexual se*

*manter nos idosos saudáveis, eles necessitam de um par, com quem manter a actividade sexual e de uma relação satisfatória, para continuarem a ter desejo”.*

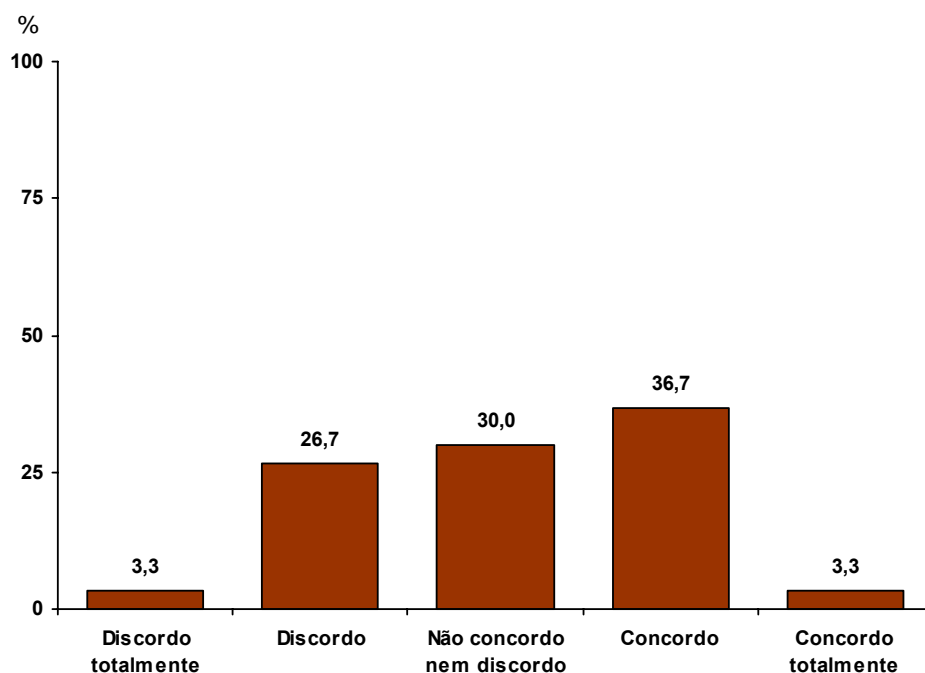
**Gráfico 27 – Distribuição da amostra segundo a questão P32:  
Deve-se promover a privacidade do idoso institucionalizado para  
que este possa viver e expressar a sua sexualidade**



A maioria dos cuidadores e funcionários (72,4%), considera que se deve promover a privacidade do idoso institucionalizado para que este possa viver e expressar a sua sexualidade. Sendo um assunto pouco estudado, estes resultados levam-nos a pensar, se de facto esta é uma preocupação real dos cuidadores e funcionários, já que alguns não vêem com bons olhos os relacionamentos entre idosos da instituição.

Por outro lado, tratando-se habitualmente de locais onde os idosos partilham, quartos, casas de banho, será que eles próprios sentem a abertura e sensibilidade adequadas, por parte dos funcionários, à expressão e vivência da sua sexualidade?

**Gráfico 28 – Distribuição da amostra segundo a questão P37:  
Ao presenciar uma manifestação, no âmbito da sexualidade, por  
parte de um idoso, o cuidador deve fingir que não vê**

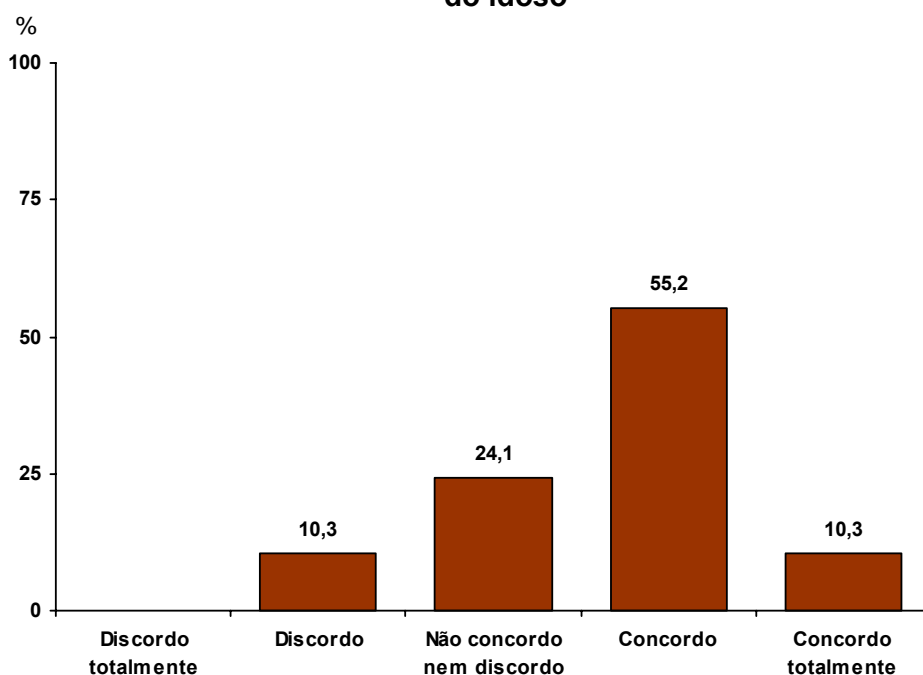


As respostas a esta questão, demonstram que 40% da amostra concorda que se deve ignorar esse tipo de manifestações, 30% pensa que não, e igual percentagem não tem opinião definida. Estes resultados sugerem que os cuidadores e funcionários, na sua maioria não estão preparados para enfrentarem estas situações e que este campo constitui uma área que requer orientação e educação a todos os intervenientes do processo.

Lima (2006), refere-nos a existência de estudos isentos de preconceitos no âmbito da sexualidade nas várias fases de desenvolvimento do indivíduo, os quais permitem educar e desmistificar tanto os idosos como os técnicos ou outros cuidadores. Revela-nos um estudo realizado por White e Catania (1982), em que o grupo experimental, de idades entre os 60 e os 83 anos, aumentou, de forma evidente, as *“atitudes sexualmente permissivas”* na sequência de formações que abordavam aspectos de natureza física, social e psicológica da sexualidade e do envelhecimento.

A autora (2006:96) esclarece-nos que: “Alguns autores têm sublinhado os direitos dos residentes à expressão sexual, incluindo aqueles que têm limitações cognitivas, no que concerne ao consentimento mútuo e à capacidade de dar consentimento. Por outro lado, encontramos estratégias de intervenção direccionadas para lidar com o comportamento sexual desadequado nas instituições, preservando um ambiente confortável para os residentes e pessoal”.

**Gráfico 29 – Distribuição da amostra segundo a questão P43:  
A forma como o cuidador encara a sexualidade condiciona a  
compreensão e aceitação da vivência e expressão da sexualidade  
do idoso**



A maioria dos inquiridos considera que a forma como o cuidador encara a sexualidade condiciona a compreensão e aceitação da vivência e expressão da sexualidade do idoso. Discorda desta afirmação cerca de 10% da amostra.

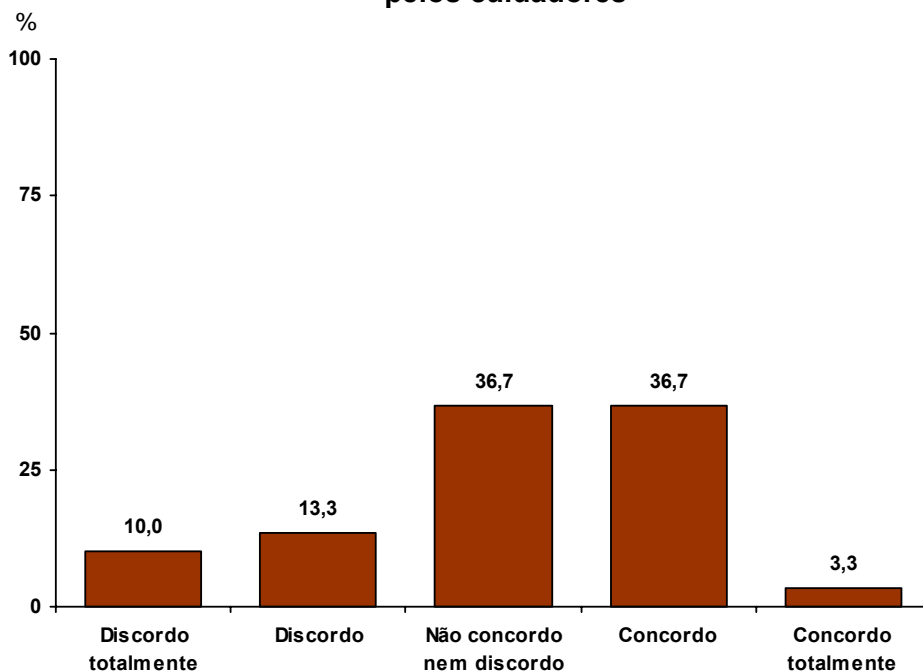
Como nos referem Lopéz e Fuertes (1989), são diversas as atitudes face à sexualidade e têm vindo a modificar-se a par das transformações sociais que

ocorreram nos últimos anos. Os autores dizem-nos que “a *censura oficial*” desapareceu e que, apesar de se continuarem a verificar comportamentos e atitudes singulares, os meios de comunicação social oferecem a possibilidade de abordar, abertamente, uma grande panóplia de temas relativos à sexualidade.

As atitudes do ponto de vista pessoal face à sexualidade, são, segundo os autores principalmente de dois tipos: conservadoras e liberais e assumem uma importância fundamental na forma como a pessoa compreende, aceita e vive a sua sexualidade e a dos que a rodeiam. Esta distinção diz respeito aos vértices de um contínuo que engloba normalmente a maior parte dos indivíduos. É frequente também que um mesmo indivíduo experimente estes dois tipos de atitude, perante diferentes situações ou em momentos diferentes da sua vida.

Lopéz e Fuertes (1989), partilham ainda connosco que: “(...) *embora tenha sido superada a atitude de negação, interdição e proibição, estamos longe de um verdadeiro reconhecimento da sexualidade como um campo de estudo (as nossas universidades não consideram que este seja um campo suficientemente digno de estudo), uma dimensão humana a introduzir no ensino (o sistema educativo apenas fez uma introdução nominal da educação sexual) e uma actividade humana que necessita de cuidados de saúde (os centros de planeamento oferecem assistência a uma parte muito pequena da população e os serviços de terapia, na maior parte dos casos, não oferecem ajuda a quem tem dificuldades sexuais)*”.

**Gráfico 30 – Distribuição da amostra segundo a questão P44:  
O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite  
pelos cuidadores**

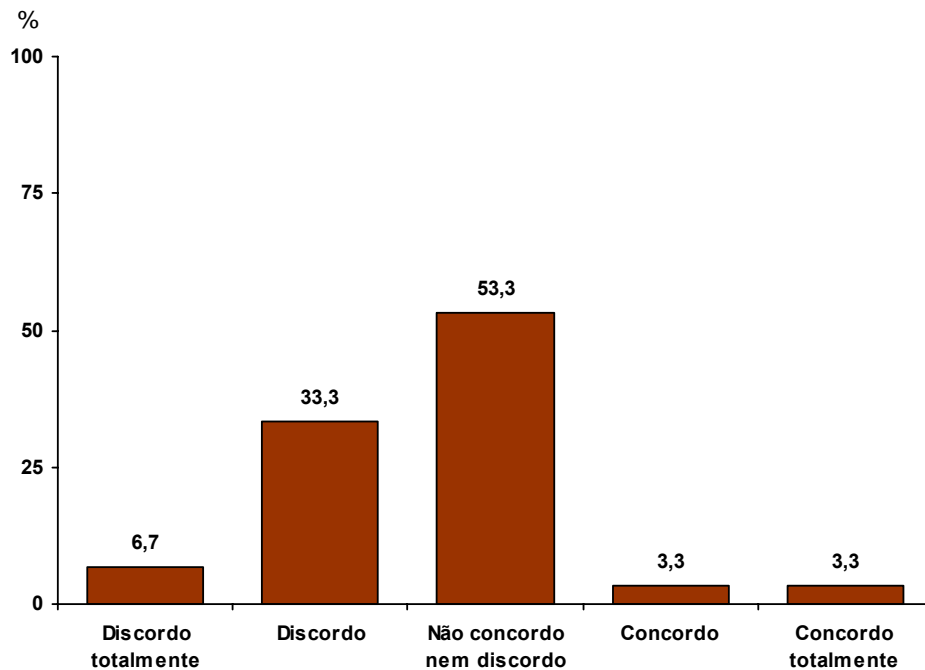


Da leitura e análise do gráfico anterior, verificamos que apenas 40% da amostra aceita bem o casamento entre idosos da instituição, 36,7% não tem uma opinião formada a este respeito e 23,3% discordam que o casamento entre idosos na instituição seja uma prática bem aceite pelos cuidadores.

Perante estes resultados podemos inferir que são quase tantos os funcionários e cuidadores que estão de acordo com esta situação, como aqueles que assumem uma posição neutra.

Comparando estes resultados com as entrevistas efectuadas aos idosos, salientamos a resposta de uma idosa que refere que os funcionários provavelmente não se importariam com tal situação uma vez que não são seus familiares. Isto leva-nos a pensar que se trata de um assunto com o qual os funcionários e cuidadores, bem como a sociedade em geral não lida muito bem.

**Gráfico 31 – Distribuição da amostra segundo a questão P45: O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceita pelos familiares**



Relativamente a esta questão verificamos o contrário do apurado na pergunta anterior, ou seja, 40% da amostra discorda que o casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceita pelos familiares. Com uma atitude neutra encontra-se a maior parte da amostra, 53,3% e a concordar com esta afirmação, apenas identificamos 6,6% dos inquiridos.

### **3.2.4 - Análise de fiabilidade**

Procedendo à análise de fiabilidade, temos os índices de consistência interna, os quais foram calculados através do coeficiente *alpha de Cronbach*.

O coeficiente *alpha de Cronbach* mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, a forma

como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Para dados com uma estrutura multidimensional, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* será baixo. Tecnicamente, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* não é um teste estatístico – é um coeficiente de fidelidade (ou consistência). Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (*reliability*) alta.

Relativamente ao grupo de questões atrás referido (45 questões) foram obtidos valores de consistência interna de 0,765 (valor de *alpha* de *Cronbach* - *Razoável*), para as questões que a caracterizam, pelo que podemos considerar os dados *como unidimensionais*: as 45 variáveis **medem eficazmente uma única dimensão**, ou seja, **“As representações dos cuidadores do Centro de Ocupação Infantil de Pinhal Novo face à vivência e expressão da sexualidade/afectividade do idoso em contexto de institucionalização”**,

Foram considerados 24 respondentes para os 45 itens considerados.

Verificámos que a variável “*P10. Os idosos são pessoas com objectivos de vida*” é a que mais contribui para que o valor do *alpha* não seja um pouco mais elevado. Se este item fosse retirado da escala, o valor de *alpha* aumentaria para 0,782, tornando-o assim um pouco mais elevado, mas ainda baixo.

## CONCLUSÕES

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

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

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

Nesta perspectiva, efectuámos este estudo, onde através da realização de entrevistas aos idosos da Residência de Idosos do Centro de Ocupação Infantil e a aplicação de um questionário aos cuidadores e funcionários desta instituição, pretendemos conhecer quais as representações e vivências da Sexualidade/Afectividade no Idoso Institucionalizado, na perspectiva dos idosos e dos cuidadores.

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

Relativamente à amostra de idosos, a análise e interpretação dos resultados obtidos permitiu-nos verificar que na sua maioria são mulheres, apresentam uma média de idades de 88,8 anos, são todos viúvos e com uma escolaridade correspondente à 4ª classe. Isto vai de encontro aos dados estatísticos, que nos dizem verificar-se uma maior longevidade das mulheres, em relação aos homens.

São naturais de várias regiões do país, mas todos residiam no Pinhal Novo antes de entrarem para a Residência, sendo o tempo médio de permanência na instituição de 1,6 anos. Os idosos do sexo masculino durante a sua actividade laboral foram ferroviários, enquanto que as mulheres ou foram domésticas (2) ou costureira (1) ou telefonista (1). Mesmo aquelas que desempenharam uma profissão deixaram de o fazer quando casaram.

Os idosos na sua maioria, consideram o seu casamento de uma forma positiva embora se verifique que duas das inquiridas passaram por fase difíceis no decorrer da vida de casadas. Todos voltavam a casar com a mesma pessoa e apenas um colocou a hipótese de casar novamente. É comum a todos, o sentimento de saudade pelo companheiro já falecido e a sensação de solidão e de nada mais haver para fazer após a sua morte.

Todos os idosos entrevistados consideram a vida sexual um aspecto importante do casamento e descrevem a sua como satisfatória, à excepção de uma entrevistada que desvaloriza esta questão.

A totalidade dos entrevistados referiu aspectos, sociais, culturais, educacionais, psico-emocionais, físicos e reprodutivos, associados à sua vida sexual, o que nos sugere que, apesar das características próprias desta geração que hoje tem mais de 80 anos, a maioria dos idosos não associa a vida sexual apenas à vertente reprodutiva, mas sim, lhe confere um carácter mais abrangente de qualidade afectiva e relacional.

Todos os idosos concordam que o amor não tem idade, mas na sua maioria referem que o amor começa na juventude e acaba quando um elemento do casal morre.

Parece ser comum a todos os idosos, um forte sentimento de perda e emoções negativas associada ao estado de viuvez. Embora alguns já sejam viúvos há algum tempo, todos partilham esta falta do “*amor das suas vidas*”, o que, associado à idade avançada que apresentam, ao escasso envolvimento social e à situação de institucionalização, sugere um estado de isolamento e de solidão emocional e/ou social.

Todos à excepção de um idoso, consideram que mesmo não estando interessados em novos relacionamentos, a opinião dos filhos seria importante para iniciarem uma relação amorosa.

A totalidade dos entrevistados não sente particular interesse por ninguém dentro da Residência, referido que os relacionamentos que ali acontecem são meramente para amizade e convívio.

Mediante os resultados obtidos, verificámos também que todos os entrevistados encaram a aparência física no dia-a-dia, como um aspecto importante, embora actualmente a sua única preocupação seja andarem limpos e arranjados.

À excepção de uma idosa entrevistada, que não manifestou entusiasmo e saudosismo do tempo em que era nova, todos os outros referem que tinham

uma atenção especial à sua aparência quando eram mais novos e com contactos sociais.

A totalidade da nossa amostra de idosos, refere que lhe é indiferente conversar com homens ou mulheres dentro da instituição, uma vez que a única intenção que têm é a de conviver. De um modo geral todos gostam de conversar e se o não fazem mais é porque já têm dificuldades na audição.

Apenas um idoso encara a possibilidade de se relacionar com outra pessoa dentro da instituição, mas só se o seu estado de saúde o permitisse.

Relativamente ao facto de conhecerem alguém na instituição que tivesse iniciado um relacionamento, 50 % dos idosos referiram ter conhecimento de um caso.

A maioria dos idosos considera que as funcionárias deviam impedir relacionamentos amorosos na instituição uma vez que se trata de uma falta de respeito. Um entrevistado é de opinião que as funcionárias não levam estas situações a sério e consideram o caso uma brincadeira.

Os idosos da nossa amostra defendem que as funcionárias estão lá para cuidar deles, não só para lhes assegurarem o bem-estar e conforto físico, mas também para garantir que não haja atentados ao pudor com manifestações no âmbito da sexualidade, como parece ser o caso mencionado.

Embora os idosos refiram que as funcionárias reprovam, mas não dão muito ênfase à situação, alguns deles referem que os intervenientes “*foram proibidos*” de se deslocar sozinhos no elevador, o que denota alguma reprovação ou uma eventual incapacidade de lidar com a situação.

Nenhum dos nossos idosos conhece alguém que se tenha conhecido e casado numa instituição desta natureza, embora já tenham ouvido falar de tais casos através da comunicação social. Um dos inquiridos refere que no Centro de dia

dos Reformados e Pensionistas que frequentava, houve alguns casais que se juntaram.

A amostra dos cuidadores e funcionários é constituída por 30 participantes, maioritariamente do sexo feminino (90%). Esta situação pode ser explicável pelo facto de ser mais comum a existência de funcionários do sexo feminino nas actividades que envolvam o cuidar de crianças e idosos, principais áreas de actividade desta instituição.

Existe uma diferença significativa de idades, 36 anos, entre o trabalhador mais novo e o mais velho, sendo a média de idades dos trabalhadores de 38 anos para ambos os sexos, verificando-se que a maioria dos inquiridos apresenta uma idade igual ou superior a 35 anos (60%). Os inquiridos são na sua maioria casados e católicos.

A maioria dos indivíduos tem Licenciatura (23,3%) ou o Ensino Secundário – do 10º ao 11º ano (20,0%). Seguidamente, surgem os inquiridos com o Ensino Básico – do 7º ao 9º ano (16,8%) e por último podemos constatar que 3,3% dos indivíduos inquiridos não apresentam nenhum grau de habilitação académica. É de referir que igual percentagem da amostra tem uma pós-graduação.

Os indivíduos têm um tempo médio de serviço na instituição de 3,3 anos, o qual varia entre os 15 dias e os 18 anos.

A atribuição de significados aos conceitos de Envelhecimento, Velhice, Idoso, Solidão, Amor, Afectividade, Sexualidade, Sexo e Sexualidade na Terceira Idade, foi muito diversificada e dispersa, memo após a associação de palavras, no entanto, concluímos que os aspectos biológicos, psicossociais, culturais, emocionais e educacionais foram amplamente contemplados, na definição/caracterização destes conceitos.

Relativamente à terceira parte do questionário aplicado aos cuidadores e funcionários, verificámos que a maioria dos inquiridos respondeu “concordo” a quase todas as questões.

As afirmações que revelam uma maior frequência em “concordo totalmente”, são:

- *P2. O convívio entre velhos e novos pode ser benéfico para ambos (56,7%);*
- *P9. Os idosos transmitem experiência (43,3%);*
- *P41. Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do que cuidar de pessoas mais novas (43,3%);*

Em oposição, as questões seguintes, apresentam uma maior frequência na parte negativa da escala em “discordo”:

- *P4. Os idosos são pessoas dependentes (36,7%);*
- *P6. A sociedade actual valoriza e atribui grande importância ao idoso (46,7%);*
- *P11. O relacionamento com pessoas idosas é mais difícil do que o relacionamento com os mais jovens (43,3%);*
- *P15. Os idosos, em geral, têm uma auto-estima muito reduzida (33,3%);*
- *P16. Os idosos já não têm capacidade de amar nem de se relacionar emocionalmente (48,3%);*
- *P18. Os idosos gostam de mudanças na sua vida (63,3%);*
- *P22. As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas (43,3%);*
- *P23. Os idosos já não se interessam pela sexualidade (65,5%);*
- *P25. Os idosos são pessoas doentes (46,7%);*
- *P27. A vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso institucionalizado, deve ser reprimida por se tratar de um comportamento pouco aceitável (43,3%);*

- *P28. Os idosos são considerados seres assexuados (36,7%);*
- *P31. Os idosos já não têm contactos íntimos, mesmo quando subsiste o casal (48,3%);*

As questões que tiveram uma maior frequência de respostas na posição neutra foram:

- *P4. Os idosos são pessoas dependentes (33,3%);*
- *P10. Os idosos são pessoas com objectivos de vida (41,4%);*
- *P28. Os idosos são considerados seres assexuados (30%);*
- *P37. Ao presenciar uma manifestação, no âmbito da sexualidade, por parte de um idoso, o cuidador deve fingir que não vê (30%);*
- *P42. Ser idoso é gratificante (33,3%);*
- *P44. O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos cuidadores (36,7%);*
- *P45. O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos familiares (53,3%);*

Concluído este trabalho podemos dizer que os resultados nos permitiram aprofundar o conhecimento das representações face à sexualidade e afectividade dos idosos do COI bem como dos cuidadores e funcionários.

Utilizados os dois tipos de análise (quantitativa e qualitativa), na realização deste trabalho, constatámos que através das entrevistas se torna mais rica a obtenção de informação e permite explorar outros aspectos que as perguntas fechadas não deixam.

Achamos que é de todo o interesse partilhar este conhecimento com os funcionários e cuidadores do COI, uma vez que pode constituir um modo de reflexão e um veículo para a modificação de comportamentos, atitudes e preconceitos dos funcionários desta instituição.

Consideramos como principais limitações deste trabalho:

- A falta de estudos nesta área;
- O limite de tempo para a realização da investigação;
- O facto dos resultados deste estudo não poderem ser generalizados, limitando-se as conclusões apenas à população estudada;
- A instituição ser recente e os idosos estarem lá há relativamente pouco tempo.
- Não ter sido possível entrevistar os idosos referidos como tendo um “*caso amoroso*”, uma vez que o estado de saúde da senhora, se deteriorou rapidamente e o idoso recusou participar no estudo (é uma pessoa considerada difícil por todos da instituição, funcionários e idosos).

Acreditamos que este estudo levanta outras hipóteses de trabalho, nomeadamente aprofundar como é que os funcionários realmente encaram estas questões da sexualidade, quer em relação a eles próprios quer em relação aos idosos, pois em relação a estes temas há muitos preconceitos e tabus.

Seria importante e de primordial interesse, estudar ao mesmo tempo as representações dos funcionários sobre a temática e observar no quotidiano as suas relações com os idosos.

Consideramos que futuramente seria interessante, a realização de um estudo sobre esta temática, com uma amostra constituída por idosos com idades entre os 65 e 75 anos e com um nível sócio cultural mais diferenciado, afim de percebermos vivências e representações diferentes.

Outro estudo que consideramos pertinente, como hipótese de trabalho futura é a abordagem deste tema numa instituição mais antiga, em que os idosos sejam residentes há mais tempo e onde eventualmente tenham estabelecido outro tipo de laços pelo prolongado tempo de institucionalização.

Finalizamos com um sentimento de satisfação pelo prazer que nos deu realizar este trabalho, não só pelos momentos de reflexão e partilha sobre estes temas, mas principalmente pelo contacto com os idosos, que constituiu sem duvida o momento mais alto deste percurso.

Por último, e para compensar todos os momentos de desânimo e cansaço, gostaríamos de, a título de pequena homenagem, lembrar uma das idosas participantes já falecida, mas que, mesmo no decurso da sua doença manifestou interesse em conhecer os resultados do trabalho, o que constitui sem qualquer dúvida uma motivação e simultaneamente confirma que valeu a pena passar por esta experiência.

## BIBLIOGRAFIA

ABDELMALEK, ALI AIT; GÉRARD, JEAN-LOUIS (1999). Ciências Humanas e Cuidados de Saúde. **Manual para profissionais de saúde**. Col. Medicina e Saúde. Instituto Piaget

ACTAS DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO (1997). **Vida com projecto ao longo de toda a vida. A nossa responsabilidade individual e colectiva**. Câmara Municipal de Lisboa. Imprensa Municipal.

ALMEIDA, M. M.P. (2005). **Idosos Institucionalizados: Estudo Comparativo em Comunidade Rural e Urbana**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta, Lisboa.

AMADO, J; NEVES M. C S. (1992). “Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico”, **Geriatrics**, Lisboa, (5, 44), Abril/Maio, pp. 15-18.

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

BARDIN; L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70

BARRETO, J. (1988). “Aspectos Psicológicos do Envelhecimento”, **Psicologia**, Lisboa, (VI, 2), pp. 159-170.

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

BÉLMIN, J. (1999). Sexualité et avance en age. **Soin Gérontologie**. N° 18, pp. 4-6.

- BELSKY, J. (1999). **Psicología del Envejecimiento**. Paraninfo, S.A. Madrid.
- BERGER, L. POIRIER, D. (1995). **Pessoas Idosas. Uma abordagem global**. Lisboa. Lusodidacta.
- BIRREN, J. E.; SHAIE, K. W. (1999). **Handbook of the psychology of aging**, Nova Iorque, Springer Publishing Company.
- BIROU, A. (1966). **Dicionário das ciências sociais**, Lisboa: Publicações Dom Quixote
- BLASS, J. P., CHERNIACK, E. P; WEKSLER, M. E. (1997). “Teorias de Envelhecimento”, in CALKINS, E; FORD, A. B., **Geriatría Prática**, 2ª ed., Rio de Janeiro, Revinter, pp. 10-18.
- BOLANDER, V. (1998). **Enfermagem Fundamental; Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa. Lusodidacta.
- BORGES, L; REIS, E; LLANO, S; CLARA, J. G. (2000). “O Impacto do Internamento nas Funções Cognitivas e Emocionais do Doente Idoso”, **Geriatría**, Lisboa, (XIII, 128), Novembro, pp. 36-42.
- BROMLEY, B. (1966). **Psicologia do Envelhecimento Humano**. Lisboa: Ulisses
- CANHÃO, A.(1997). Sexualidade e envelhecimento. **Geriatría**. Volume 10, n.º 92; pp.12-18.
- CARDOSO, F. A; MATOS, E. (1992). “Comunidade Idosa em Cuidados de Saúde Primários”, **Geriatría**, Lisboa, (42,), pp. 25-35.
- CARMO; H., FERREIRA; M. (1998). **Metodologia da Investigação: Guia para o auto aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta

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

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

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

CATARINO, A; CORREIA, A. e LEITE, H. (1996). Prevalência da Incontinência Urinária Feminina. **Ginecologia e Medicina da Reprodução**. Volume 21, n.º 3; pp.39-47.

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

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

COLLIÈRE, M. (1989). **Promover a vida**. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

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

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

CRUZ, A.J.; MERCÉ J. (1992). A Função Sexual. In: Ribera. **Geriatría**. Madrid: Idepsa.

CRUZ, AJ. (1996). Fisiopatología do Envelhecimento. In. **Psicogeriatría**. Madrid: Jarpyo Editores.

CURBELO, A., RODRIGUES, G. & LOPES da LETONA, A. (1989). Envejecimiento. In **Demografia Sanitária de la Ancianidade**, pp. 35-37. Madrid: Ministério de Sanidade e Consumo.

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

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

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

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

FERREIRA, M. P. M. R. (2002). **O Utente Idoso: Conhecer para melhor Comunicar e Intervir**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta, Lisboa

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

FONTAINE, R. (2000). **Psicologia do envelhecimento**. 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores.

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

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

GAUTHIER, B. (2003). **Investigação Social – da problemática à colheita de dados**, Loures: Lusociência.

GAULLIER, X. (1988). **La Deuxième Carrière (Ages, Emplois, Retraites)**, Éditions du Seuil, Paris.

GOMES, A; ALBUQUERQUE, A. e NUNES, S. (1987). **Sexologia em Portugal**. Lisboa: Texto Editora.

GROGGER, L. (1995). **A nursing home can be a home**. Journal of Ageing Studies, 9(2), 137-153.

GUERREIRO, M. (1988). “A Psicometria do Envelhecimento”, **Psicologia**, Lisboa, (V, 2), pp. 219-225.

GYLL, J. (1998). “Introdução à Geriatria”, **Pathos**, Lisboa, (XIV, 5), Junho, pp. 5-28.

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

HESBEEN, W. (2000). **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem**. Lisboa. Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

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

HONORÉ, B. (2001). **A Saúde em Projecto**, Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.

JACOB, S.W. ; FRANCONI, C.A. ; LOSSOW, W.J. (1980). **Anatomia e Fisiologia Humana**. Rio de Janeiro. Editora Interamericana Ltda.

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

KAISER, F.E. (1996). **Sexuality in the Elderly**. *Geriatric Urology*; 23(1): 99-107.

LAZURE, H. (1994). **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa, Lusodidata.

LEITÃO, O. R. (2000). “Envelhecer – O que é?”, *Geriatrics*, Lisboa, (XIII, 122), pp. 5-9.

LEITE, H. (1997). Incontinência Urinária Feminina e Resposta Sexual. **Acta Portuguesa de Sexologia**. Volume 1, nº 1, pp. 47-55.

LESSA, A. [et al] (1994). **Imagem e Capacidade Funcional da Pessoa Idosa**. Lisboa: Editora Internacional.

LEVI – STRAUSS, Claude (2003). **As Estruturas Elementares do Parentesco**. 3ª Edição; Editora Vozes.

LEWIS M. (1998). Sexualidade. In: Abrams WB, Berkow R. **O Manual Merck de Geriatria**. Edições.

LIMA, M. P. (2003). A sexualidade na terceira idade. **Quero-te! Psicologia da sexualidade**. Coimbra. Saúde e Sociedade nº 17, pp. 109-115.

LIMA, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na Terceira Idade? **PSYCHOLOGIA**, nº 41, pp. 83-101.

LIMENTANI A. (1995). Creativity and the Thirde Age. **International Journal of Psychoanalysis**; 76, pp. 825-833.

LÓPEZ, F. ; FUERTES, A. (1989). **Para Compreender a Sexualidade**. APF. Lisboa.

- LÓPEZ, G. (2002). **Sexualidade Humana**. 2ª Edição. São Paulo: Bibliomed Inc.
- MANLEY, K. (1989). As carências e o apoio dos familiares. In **Nursing**, (2,18), pp.13-17.
- MARTINS, A. (2002). Sexualidade e Envelhecimento. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**. Volume XV, n.º 141, pp. 40-46.
- MAURITTI, R. (2004). **Padrões de vida na velhice** In *Análise Social* Vol. XXXIX, pp. 339-363.
- MCWHINNEY, I. (1994). **Manual de medicina familiar**. Inforsalus, Lisboa.
- MEMIN, C. (1999). Sexualité et affectivité de la personne âgée. **Soin Gérontologie**. N.º 18 8-12.
- MONTEIRO, M. F. G; ALVES, M. I. C. (1995). **Aspectos demográficos da população idosa no Brasil**. In: VERAS, Renato Peixoto. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp. 65-78.
- MONTEIRO, M.H.M. (2005). **DA MOTIVAÇÃO À EXPERIÊNCIA DA SOLIDÃO – Universidade da terceira idade**. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade Aberta de Lisboa.
- NAZARETH, J. (1988). O Envelhecimento Demográfico. **Psicologia**, 6(2), pp. 135-146
- NELSON, T. (2002). **Ageism, stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge. MIT Press.
- NERI, A. L. (1995). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas, S.P.: Papyrus.
- NODIN, N. (2002). **Sexualidade de A a Z**. Lisboa, Bertrand Editora.

NOVAES, M. H. (1995). **Conquistas possíveis e rupturas necessárias: psicologia da terceira idade**. 1. Ed. Paulo de Frontin, Rio Janeiro: Grypho.

NOVO, R. (2003). **O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

OLIVEIRA, J. H. B. (2005). **Psicologia do envelhecimento**. 2º Edição, Porto, Legis Editora/Livpsic

PFEIFFER, E. et al (1968). Sexual behavior in aged men and women. **Archives of general psychiatry**. 19, pp. 753-758

PICHON-RÉVIER, E. (1988). **O Processo Grupal**. S.Paulo; Martins Fontes

PIMENTEL, L. (2001). **O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias**. Lisboa: Quarteto, 2001.

POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY; R; CAMPENHOUDT, L. (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Edição. Lisboa. Gradiva.

RAMOS, N. (2004). **Psicologia clínica da saúde**. Lisboa, Universidade Aberta

RAMOS, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos. In **Revista portuguesa de Pedagogia**, (39,1), pp. 195-216.

RAMOS, N. (2007). Comunicação e Interculturalidade nos Cuidados de saúde. In **PSYCHOLOGIA**, (45), pp. 147-169.

REBELO, L.; AGOSTINHO, M, (1998). Família: DO CONCEITO AOS MEIOS DE AVALIAÇÃO. In **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, (32), p.6

REED, J. et al (2003). Making a move: care-home residents, experiences of reallocation. **Ageing and Society**, 23, pp. 225-241.

RIBEIRO, J. L. P. (1998). **Psicologia e Saúde**. Lisboa. 1ª edição. ISPA.

RICHARDSOM JP, LAZUR A. (1995). **Sexuality in the Nursing Home Patient**. **American Family Physician**; 51(1): 121-125.

ROSA, M.J.V. (1996). **O Envelhecimento da População Portuguesa**. Lisboa: Cadernos do Jornal Público. BPI.

SAVOIE – ZAJC, L. (2003). **A entrevista Semidirigida, in Investigação Social – da problemática à colheita de dados**, GAUTHIER, B.(orgs.) Loures: Lusociência, p. 280 – 301.

SCHIAVI RC, REHMAM J. (1995). Sexuality and Aging. *Impotence*; 22(4), pp. 711-725.

SCHROOTS, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. **Gerontologist**, 36, pp. 742-748.

SECCO, C. L. T. R. (1999). As rugas do tempo na ficção. Cadernos IPUB, **Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar**. Rio de Janeiro. IPUB/UFRJ, n. 10, pp. 9-33

SEGALEN, M. (1999). **Sociologia da Família**. Lisboa. Terramar. 1ª Edição.

SERNA I. (1996). Transformaciones Físicas e Psíquicas no Anciano. En: Serna I. **Psicogeriatría**. Madrid: Jarpyo Editores.

SIMÕES; A.(1985). **Estereótipos Relacionados com os Idosos**. Separata da Revista Portuguesa de Pedagogia, Coimbra. Ano XIX.

SIMÕES; A.(1990). **Alguns mitos respeitantes ao idoso**. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra. Ano XXIV, 109-121.

SOUSA, L. et al (2004). **Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice**. Porto. Edições Âmbar.

STANHOPE, M., LANCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa, Lusociencia.

STEINKE EE. (1997) - **Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff**. *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 28(2): 59-63.

STREUBERT, H.J; CARPENTER, D.R. (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o Imperativo Humanista**, 2ª Edição, Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

VALA, J. (1986) – Análise de Conteúdo, in SILVA, A.S. e PINTO, M., **Metodologia das ciências Sociais**, Cap. IV, Lisboa, Editora Afrontamento.

WALSH, F. (1989). **The family in later life**. In B. Carter & McGoldrick (eds.) *The changing family life cycle*. Boston, Allyn and Bacon, 311-334.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H. (1967). **A Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Editora Cultrix.

WEISS, R.S. (1982). Issues in the study of loneliness. In Peplau, L.A., Perlman, D. (Eds.), **Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and Therapy**. Pp. 71-80, New York: John Wiley & Sons

WHITHEBOURNE, S. [et al] (1999). **Handbook of Assessment in Clinical Gerontology**. Toronto: John Wiley & Sons Inc.

Sites da Internet consultados:

<http://gballone.sites.uol.com.br/sexo/sexo65.html> 8/9/07 00:44

<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/se4.htm> 08/09/07 1:15

[http://www.apdemografia.pt/pdf\\_congresso/Plenarias\\_Maria\\_Goncalves.pdf](http://www.apdemografia.pt/pdf_congresso/Plenarias_Maria_Goncalves.pdf)  
8/9/07 16:42

<http://geocities.com/geopadovani/cont-demografia.html> 8/9/07 17:20

<http://www.geocities.com/claspalmela/claspalmela.htm> 8/9/07 18:04

<http://www.fundacao-coi.pt> /8/9/07 20:08

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**Pedido de autorização à Direcção do Centro de Ocupação  
Infantil no Pinhal Novo, para a realização do estudo.**

Autorizado  
2) Aprovado em Reunião  
Direção de 13/02/06  
3) Informar a Sr. Directora  
Residência, Responsável da  
Residência de Idosos  
16.03.06  
MAY

Ex.º Senhor Presidente da Direcção do  
Centro de Ocupação Infantil - Pinhal Novo  
Eng.º Carlos Taleço

Carla Maria de Faria Custódio, enfermeira graduada, a exercer funções no Centro de Saúde de Palmela, vem por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo na vossa Instituição, na valência Residência se Idosos, cujo título provisório é: "REPRESENTAÇÕES E VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: A realidade de uma instituição do distrito de Setúbal". Trata-se de um estudo a ser realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta de Lisboa.

Junto envio cópia do projecto de estudo, aprovado pela Orientadora, Professora Doutora Natália Ramos.

Grata pela atenção dispensada, aguardo resposta ao solicitado.

Pinhal Novo, 15 de Março de 2006

Carla Maria de Faria Custódio  
Rua 25 de Abril Lote 130, 3º esq.  
2955 - 123 Pinhal Novo

## **ANEXO II**

### **Guião de entrevista ao idoso**

## **GUIÃO DE ENTREVISTA AO IDOSO**

**Sexo**

**Idade**

**Estado Civil**

**Se viúvo/a ou divorciado/a há quanto tempo?**

**Se divorciado/a porque razão?**

**Naturalidade**

**Local de residência anterior**

**Há quanto tempo está na instituição (nesta e noutras)?**

**Se gosta de estar na instituição?**

**Se recebe visitas? Por quem é visitado?**

**Religião**

**Escolaridade**

**Profissão que desempenhou**

**Com que idade casou?**

**Quantos filhos?**

**Como descreve o seu casamento?**

**"Foi ou não feliz? Porquê?"**

**Se fosse hoje voltaria a casar com a mesma pessoa? Porquê?**

**Em caso de viuvez se nunca pensou em voltar a casar ou ter outro  
companheiro/a?**

**Sente falta do seu esposo/a? Sente-se sozinho/a?**

**Acha que a vida sexual é um dos aspectos mais importantes do  
casamento? Porquê?**

**Considera que a sua foi satisfatória?**

**Se uma M da residência se interessasse por si o que achava de iniciar um relacionamento?**

**Acha que se não estivesse aqui era mais fácil conhecer outra pessoa e relacionar-se com ela?**

**Acha que o amor é só para os jovens ou como diz o ditado não tem idade?**

**Cá na instituição gosta mais de conversar com H ou M? Porquê?**

**Se encontrasse um companheiro/a disponível e interessado voltaria a casar?**

**Se não porquê?**

**Se sim, acha que os seus filhos se importariam? A opinião deles é importante para si?**

**Já assistiu a algum tipo de relacionamento entre pessoas desta instituição? O que pensa disso?**

**No seu caso já alguém lhe despertou algum interesse especial?**

**Acha que a aparência física é importante no dia a dia?**

**Gosta de se arranjar com cuidado para parecer mais atraente ou não considera este, um aspecto importante?**

**Alguém já se mostrou interessado em si?**

**O que é que acha que as funcionárias pensam dos relacionamentos dentro da instituição? Acha que reprovam ou não?**

**Tem conhecimento de alguém que se tenha conhecido numa instituição e se tenha casado? O que é que pensa disso?**

## **ANEXO III**

### **Questionário**

Estimado/o Sr./a funcionário da Instituição de Privada de Solidariedade Social - COI em Pinhal Novo

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito do VI Mestrado em Comunicação em Saúde. O mesmo incide sobre: **“As Representações dos Idosos do Centro de Ocupação Infantil de Pinhal Novo e seus cuidadores face à vivência e expressão da sexualidade em contexto de institucionalização”**.

Por considerarmos as suas opiniões e experiências muito importantes e indispensáveis para a realização deste trabalho, gostaríamos de contar com a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

**O questionário é anónimo, por favor não o assine.** Os dados recolhidos são confidenciais e destinados apenas a este estudo, pelo que **solicitamos que não deixe nenhuma questão por responder.**

Agradecemos desde já a sua disponibilidade em colaborar connosco.

Carla Custódio

"Representações dos Idosos do Centro de Ocupação Infantil de Pinhal Novo e seus cuidadores face à vivência e expressão da sexualidade em contexto de institucionalização"

### QUESTIONÁRIO

#### PARTE I

1 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

2 – Sexo:

M

F

3 – Estado Civil: \_\_\_\_\_

4 – Religião: \_\_\_\_\_

4.1 – Praticante

4.2 – Não Praticante

5 – Habilitações Académicas: \_\_\_\_\_

6 – Actividade Profissional: \_\_\_\_\_

7 – Tempo de Serviço na Instituição: \_\_\_\_\_ anos

8 – Fora do Serviço, contacta com pessoas idosas:

Sim

Não

8.1– Se respondeu sim à pergunta anterior, responda por favor às seguintes questões:

8.1.1 - Contacta com pessoas idosas no âmbito:

Pessoal

Profissional

Ambas

8.1.2 - Com que frequência contacta com pessoas idosas:

Âmbito pessoal/Familiar	Âmbito profissional
Todos os dias <input type="checkbox"/>	Todos os dias <input checked="" type="checkbox"/>
Todas as semanas <input type="checkbox"/>	Todas as semanas <input type="checkbox"/>
Mensalmente <input type="checkbox"/>	Mensalmente <input type="checkbox"/>
Nas férias <input checked="" type="checkbox"/>	Nas férias <input type="checkbox"/>

**PARTE II**

Em três palavras diga o que significam para si os seguintes conceitos:

**ENVELHECIMENTO:**

---

---

---

**VELHICE :**

---

---

---

**IDOSO:**

---

---

---

**SOLIDÃO:**

---

---

---

**AMOR:**

---

---

---

**AFECTIVIDADE:**

---

---

---

**SEXUALIDADE:**

---

---

---

**SEXO:**

---

---

---

**SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE:**

---

---

---

### PARTE III

Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
DT	D		C	Ct

Considerando quatro graus de opinião anteriormente definidos, pedimos que responda às questões apresentadas, colocando um x no grau de concordância respectivo, de acordo com o que pensa em cada afirmação.

	DT	D	NC/ND	C	CT
1 – O envelhecimento assusta as pessoas mais novas					
2 – O convívio entre velhos e novos pode ser benéfico para ambos					
3 – O envelhecimento significa a perda de faculdades e de capacidades					
4 – Os idosos são pessoas dependentes					
5 – O envelhecimento conduz à solidão					
6 – A sociedade actual valoriza e atribui grande importância ao idoso					
7 – Na velhice ainda é possível ser-se autónomo					
8 – Os idosos são, na maioria, um peso para a família					
9 – Os idosos transmitem experiência					
10 – Os idosos são pessoas com objectivos de vida					
11 – O relacionamento com pessoas idosas é mais difícil do que o relacionamento com os mais jovens					
12 – A qualidade de vida dos idosos depende da forma como encaramos a velhice e o envelhecimento					
13 – Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente					

	DT	D	NC/ND	C	CT
14 – A institucionalização do idoso dificulta os seus contactos sociais					
15 – Os idosos, em geral têm uma auto estima reduzida					
16 – Os idosos já não têm capacidade de amar nem de se relacionar emocionalmente					
17 – Os idosos são mais carentes de afecto do que as pessoas em geral					
18 – Os idosos gostam de mudanças na sua vida					
19 – Os idosos são frequentemente marginalizados					
20 – O idoso é produto das suas vivências					
21 – A velhice é uma segunda infância					
22 – As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas					
23 – Os idosos já não se interessam pela sexualidade					
24 – Os idosos são pessoas inflexíveis e resistentes à mudança					
25 – Os idosos são pessoas doentes					
26 – Cuidar de idosos é um trabalho muito gratificante					
27 – A vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso institucionalizado, deve ser reprimido por se tratar de um comportamento pouco aceitável					
28 – Os idosos são considerados seres assexuados					
29 – O relacionamento amoroso entre Homens e Mulheres institucionalizados é um comportamento natural					
31 – A proximidade entre Homens e Mulheres institucionalizados, é resultado da solidão					

	DT	D	NC/ND	C	CT
32 – Os idosos já não têm contactos íntimos, mesmo quando subsiste o casal					
33 – Deve-se promover a privacidade do idoso institucionalizado para que este possa viver e expressar a sua sexualidade com naturalidade					
34 – A forma como os cuidadores vê o envelhecimento, influencia a prestação de cuidados ao idoso					
35 – Os cuidadores em geral, demonstram sempre atitude de respeito para com os utentes idosos					
36 – Os cuidadores em geral, conhecem as limitações e as capacidades dos idosos que cuidam					
37– Os cuidadores em geral, respeitam as limitações e as capacidades dos idosos que cuidam					
38 – Ao presenciar uma manifestação, no âmbito da sexualidade, por parte de um idoso, o cuidador deve fingir que não vê					
39 – Cuidar de idosos é um trabalho muito desgastante					
40 – Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a preconceitos					
41 – Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do cuidar das pessoas mais novas					
42 – Ser idoso é gratificante					
43 – A forma como o cuidador encara a sexualidade condiciona a compreensão e aceitação da vivência e expressão da sexualidade do idoso					
44 – O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos cuidadores					
45 - O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos familiares					

## **ANEXO IV**

**Significados dos conceitos: Envelhecimento, Velhice, Idoso, Solidão, Amor, Afectividade, Sexualidade, Sexo e Sexualidade na Terceira Idade**

**Uma palavra para o conceito ENVELHECIMENTO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid amadurecer	1	3,3	3,3	3,3
amadurecimento	1	3,3	3,3	6,7
conhecimento	2	6,7	6,7	13,3
degradação	1	3,3	3,3	16,7
desenvolvimento	1	3,3	3,3	20,0
dificuldades	1	3,3	3,3	23,3
experiência	1	3,3	3,3	26,7
físico	1	3,3	3,3	30,0
independência	1	3,3	3,3	33,3
maturidade	2	6,7	6,7	40,0
outra fase da vida	1	3,3	3,3	43,3
passagem do tempo	1	3,3	3,3	46,7
perda	2	6,7	6,7	53,3
perda de capacidades	2	6,7	6,7	60,0
processo	2	6,7	6,7	66,7
processo biológico	2	6,7	6,7	73,3
rugos	1	3,3	3,3	76,7
sabedoria	1	3,3	3,3	80,0
stress	1	3,3	3,3	83,3
temporal	1	3,3	3,3	86,7
tranquilidade	1	3,3	3,3	90,0
tristeza	2	6,7	6,7	96,7
velhos	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito ENVELHECIMENTO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
abandono	1	3,3	3,3	10,0
adaptação	1	3,3	3,3	13,3
amadurecimento	1	3,3	3,3	16,7
calmo	1	3,3	3,3	20,0
capacidades	1	3,3	3,3	23,3
conhecimento	1	3,3	3,3	26,7
deterioração	1	3,3	3,3	30,0
dificuldades	1	3,3	3,3	33,3
gerontologia	1	3,3	3,3	36,7
limitações	1	3,3	3,3	40,0
mudança	1	3,3	3,3	43,3
natural	2	6,7	6,7	50,0
orgânico	1	3,3	3,3	53,3
passar do tempo	1	3,3	3,3	56,7
perda de capacidade	1	3,3	3,3	60,0
perda de confiança	1	3,3	3,3	63,3
psicológico	1	3,3	3,3	66,7
queda	1	3,3	3,3	70,0
resignação	1	3,3	3,3	73,3
rugos	2	6,7	6,7	80,0
sabedoria	2	6,7	6,7	86,7
satisfação	1	3,3	3,3	90,0
solidão	1	3,3	3,3	93,3
tempo (ou falta de)	1	3,3	3,3	96,7
tornar-se mais velho	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito ENVELHECIMENTO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
capacidades	1	3,3	3,3	10,0
carinho	1	3,3	3,3	13,3
ciclo da vida	1	3,3	3,3	16,7
continuo	1	3,3	3,3	20,0
dependência	1	3,3	3,3	23,3
desenvolvimento	1	3,3	3,3	26,7
deterioração	1	3,3	3,3	30,0
disponibilidade	1	3,3	3,3	33,3
doença	1	3,3	3,3	36,7
evoluir	1	3,3	3,3	40,0
exclusão	1	3,3	3,3	43,3
experiência	1	3,3	3,3	46,7
faculdades	1	3,3	3,3	50,0
falhas	1	3,3	3,3	53,3
falta de saúde	1	3,3	3,3	56,7
independência	1	3,3	3,3	60,0
inevitável	1	3,3	3,3	63,3
maturidade	1	3,3	3,3	66,7
natural	1	3,3	3,3	70,0
pensante	1	3,3	3,3	73,3
perda de capacidades	1	3,3	3,3	76,7
rugas	2	6,7	6,7	83,3
sabedoria	2	6,7	6,7	90,0
saudável	1	3,3	3,3	93,3
silêncio	1	3,3	3,3	96,7
solidão	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito VELHICE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cabelos brancos	1	3,3	3,3	3,3
compaixão	1	3,3	3,3	6,7
conhecimento	1	3,3	3,3	10,0
dependente	1	3,3	3,3	13,3
desalento	1	3,3	3,3	16,7
doenças	1	3,3	3,3	20,0
esquecidos	1	3,3	3,3	23,3
etapa da vida	1	3,3	3,3	26,7
exclusão	1	3,3	3,3	30,0
experiência	2	6,7	6,7	36,7
falta de amparo	1	3,3	3,3	40,0
fase	1	3,3	3,3	43,3
fim de um ciclo	1	3,3	3,3	46,7
idade	3	10,0	10,0	56,7
idade avançada	1	3,3	3,3	60,0
infância	1	3,3	3,3	63,3
memória	1	3,3	3,3	66,7
memórias	1	3,3	3,3	70,0
nostalgia	1	3,3	3,3	73,3
perda de autonomia	1	3,3	3,3	76,7
reforma	1	3,3	3,3	80,0
rugos	1	3,3	3,3	83,3
sabedoria	1	3,3	3,3	86,7
solidão	1	3,3	3,3	90,0
tranquilo	1	3,3	3,3	93,3
velho	1	3,3	3,3	96,7
vulnerável	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito VELHICE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3,3	3,3	3,3
adaptação	1	3,3	3,3	6,7
avançada	1	3,3	3,3	10,0
carência	1	3,3	3,3	13,3
carentes de afecto	1	3,3	3,3	16,7
compreensão	1	3,3	3,3	20,0
consolidação	1	3,3	3,3	23,3
dependência	1	3,3	3,3	26,7
doença	2	6,7	6,7	33,3
dores	2	6,7	6,7	40,0
estado de repouso	1	3,3	3,3	43,3
experiência	2	6,7	6,7	50,0
falta de forças	1	3,3	3,3	53,3
idade	2	6,7	6,7	60,0
maturidade	1	3,3	3,3	63,3
medo de morrer	1	3,3	3,3	66,7
memórias	1	3,3	3,3	70,0
necessidades	1	3,3	3,3	73,3
perda de papéis	2	6,7	6,7	80,0
recordações	1	3,3	3,3	83,3
reforma	1	3,3	3,3	86,7
relembrar	1	3,3	3,3	90,0
sabedoria	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Uma palavra para o conceito VELHICE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
aceitação	2	6,7	6,7	16,7
baixa auto estima	1	3,3	3,3	20,0
calma	1	3,3	3,3	23,3
compreensão	2	6,7	6,7	30,0
dependência	1	3,3	3,3	33,3
doença	2	6,7	6,7	40,0
enfraquecimento do corpo	1	3,3	3,3	43,3
esquecidos	1	3,3	3,3	46,7
estigmatizado	1	3,3	3,3	50,0
evolução	1	3,3	3,3	53,3
frágil	1	3,3	3,3	56,7
fragilidade	1	3,3	3,3	60,0
mau estado	1	3,3	3,3	63,3
medicamentos	1	3,3	3,3	66,7
necessidade de ajuda	1	3,3	3,3	70,0
paciência	1	3,3	3,3	73,3
perdas	1	3,3	3,3	76,7
rabugentos	1	3,3	3,3	80,0
rabugice	1	3,3	3,3	83,3
revoltada	1	3,3	3,3	86,7
tempo	1	3,3	3,3	90,0
ternura	1	3,3	3,3	93,3
vida	1	3,3	3,3	96,7
vívuda	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Uma palavra para o conceito IDOSO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid + 65 anos	1	3,3	3,3	3,3
ancião	1	3,3	3,3	6,7
calma	1	3,3	3,3	10,0
cansado	1	3,3	3,3	13,3
carinho	1	3,3	3,3	16,7
conhecimento de vda	1	3,3	3,3	20,0
desilusão	1	3,3	3,3	23,3
experiente	1	3,3	3,3	26,7
frqueza	1	3,3	3,3	30,0
histórias	1	3,3	3,3	33,3
idade	2	6,7	6,7	40,0
incompreendido	1	3,3	3,3	43,3
patriarca	1	3,3	3,3	46,7
peessoa	1	3,3	3,3	50,0
peessoa com idade	1	3,3	3,3	53,3
peessoa com muitos conhecimentos adquiridos	1	3,3	3,3	56,7
reforma	1	3,3	3,3	60,0
respeito	1	3,3	3,3	63,3
sabedoria	2	6,7	6,7	70,0
sábio	1	3,3	3,3	73,3
solidão	1	3,3	3,3	76,7
tem muita idade	1	3,3	3,3	80,0
tempo livre	1	3,3	3,3	83,3
trabalho	1	3,3	3,3	86,7
triste	1	3,3	3,3	90,0
velhice	1	3,3	3,3	93,3
velho	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito IDOSO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3,3	3,3	3,3
abandono	1	3,3	3,3	6,7
ancião	1	3,3	3,3	10,0
anos de trabalho	1	3,3	3,3	13,3
compreensão	1	3,3	3,3	16,7
dependente	1	3,3	3,3	20,0
dignidade	1	3,3	3,3	23,3
egoísta	1	3,3	3,3	26,7
experiência	1	3,3	3,3	30,0
experiência de vida	1	3,3	3,3	33,3
experiente	2	6,7	6,7	40,0
gasto	1	3,3	3,3	43,3
incompreensão	1	3,3	3,3	46,7
muita idade	1	3,3	3,3	50,0
o que vive uma longa vida	1	3,3	3,3	53,3
ouvinte	1	3,3	3,3	56,7
peso para a família	1	3,3	3,3	60,0
reformado	1	3,3	3,3	63,3
sabedoria	4	13,3	13,3	76,7
teimoso	1	3,3	3,3	80,0
tempo livre	1	3,3	3,3	83,3
velhinho	1	3,3	3,3	86,7
velho	1	3,3	3,3	90,0
vida	1	3,3	3,3	93,3
vida de trabalho	1	3,3	3,3	96,7
vivida	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito IDOSO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
cansaço	1	3,3	3,3	13,3
compaixão	1	3,3	3,3	16,7
compreensão	1	3,3	3,3	20,0
descanso	1	3,3	3,3	23,3
despreocupado	1	3,3	3,3	26,7
dificuldade	1	3,3	3,3	30,0
direitos	1	3,3	3,3	33,3
disponível	1	3,3	3,3	36,7
experiência	2	6,7	6,7	43,3
farto	1	3,3	3,3	46,7
forreta	1	3,3	3,3	50,0
gerontologia	1	3,3	3,3	53,3
idade	1	3,3	3,3	56,7
maduro	1	3,3	3,3	60,0
mestre	1	3,3	3,3	63,3
rugos	1	3,3	3,3	66,7
sabadaia	1	3,3	3,3	70,0
sabedoria	5	16,7	16,7	86,7
sábia	1	3,3	3,3	90,0
sênior	1	3,3	3,3	93,3
triste	1	3,3	3,3	96,7
velho	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SOLIDÃO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid abandono	3	10,0	10,0	10,0
aborrecimento	1	3,3	3,3	13,3
depressão	1	3,3	3,3	16,7
desprezo	1	3,3	3,3	20,0
doença	1	3,3	3,3	23,3
é um estado de espírito	1	3,3	3,3	26,7
estar só	1	3,3	3,3	30,0
falta de amigos	1	3,3	3,3	33,3
idoso	1	3,3	3,3	36,7
isolamento	3	10,0	10,0	46,7
só	4	13,3	13,3	60,0
sofrimento	3	10,0	10,0	70,0
sozinho	1	3,3	3,3	73,3
tristeza	6	20,0	20,0	93,3
trsiteza	1	3,3	3,3	96,7
vazio	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SOLIDÃO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
abandono	1	3,3	3,3	10,0
angústia	5	16,7	16,7	26,7
ausência	1	3,3	3,3	30,0
auto-estima	1	3,3	3,3	33,3
depressão	2	6,7	6,7	40,0
desamparado	1	3,3	3,3	43,3
disponibilidade	1	3,3	3,3	46,7
frágil	1	3,3	3,3	50,0
isolado	1	3,3	3,3	53,3
isolamento	4	13,3	13,3	66,7
não ter familiares	1	3,3	3,3	70,0
negro	1	3,3	3,3	73,3
preocupação	1	3,3	3,3	76,7
revolta	1	3,3	3,3	80,0
sofrimento	1	3,3	3,3	83,3
triste	4	13,3	13,3	96,7
tristeza	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SOLIDÃO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
abandonado	1	3,3	3,3	13,3
abandono	1	3,3	3,3	16,7
amargura	1	3,3	3,3	20,0
angústia	1	3,3	3,3	23,3
carência de afectos	1	3,3	3,3	26,7
degradação	1	3,3	3,3	30,0
depressão	1	3,3	3,3	33,3
doença	1	3,3	3,3	36,7
dor	2	6,7	6,7	43,3
falta de convivência	1	3,3	3,3	46,7
ingratidão	1	3,3	3,3	50,0
isolado	1	3,3	3,3	53,3
isolamento	2	6,7	6,7	60,0
luto	1	3,3	3,3	63,3
medo	1	3,3	3,3	66,7
rejeição	1	3,3	3,3	70,0
sentimento	1	3,3	3,3	73,3
sofrimento	2	6,7	6,7	80,0
sozinho	1	3,3	3,3	83,3
sózinho	1	3,3	3,3	86,7
triste	1	3,3	3,3	90,0
tristeza	2	6,7	6,7	96,7
velhice	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AMOR**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid affecto	3	10,0	10,0	10,0
alegria	1	3,3	3,3	13,3
amizade	2	6,7	6,7	20,0
carinho	5	16,7	16,7	36,7
compreensão	1	3,3	3,3	40,0
criar novos amigos	1	3,3	3,3	43,3
felicidade	2	6,7	6,7	50,0
gratificante	1	3,3	3,3	53,3
importante	1	3,3	3,3	56,7
paixão	2	6,7	6,7	63,3
partilha	1	3,3	3,3	66,7
paz	1	3,3	3,3	70,0
prazer	1	3,3	3,3	73,3
relação	1	3,3	3,3	76,7
respeito	2	6,7	6,7	83,3
sinceridade	1	3,3	3,3	86,7
temos que amar sempre todos as pessoas	1	3,3	3,3	90,0
ternura	2	6,7	6,7	96,7
vida	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AMOR**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3,3	3,3	3,3
afecto	3	10,0	10,0	13,3
alegria	1	3,3	3,3	16,7
amizade	3	10,0	10,0	26,7
beijo	1	3,3	3,3	30,0
beleza	1	3,3	3,3	33,3
bem estar	1	3,3	3,3	36,7
carinho	3	10,0	10,0	46,7
companheirismo	1	3,3	3,3	50,0
compreensão	1	3,3	3,3	53,3
cumplicidade	1	3,3	3,3	56,7
felicidade	1	3,3	3,3	60,0
festinhas	1	3,3	3,3	63,3
gostar	1	3,3	3,3	66,7
paixão	1	3,3	3,3	70,0
paz	1	3,3	3,3	73,3
querido	1	3,3	3,3	76,7
relação	2	6,7	6,7	83,3
respeito	3	10,0	10,0	93,3
simpatia	1	3,3	3,3	96,7
ter um romance	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AMOR**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
afecto	2	6,7	6,7	13,3
afectos	1	3,3	3,3	16,7
atenção	2	6,7	6,7	23,3
bem estar	1	3,3	3,3	26,7
brincar	1	3,3	3,3	30,0
carinho	1	3,3	3,3	33,3
casamento	1	3,3	3,3	36,7
companheirismo	4	13,3	13,3	50,0
confiança	1	3,3	3,3	53,3
confraternização	1	3,3	3,3	56,7
cumplicidade	1	3,3	3,3	60,0
felicidade	1	3,3	3,3	63,3
gostar	1	3,3	3,3	66,7
loucura	1	3,3	3,3	70,0
namoro	1	3,3	3,3	73,3
paixão	2	6,7	6,7	80,0
partilha	2	6,7	6,7	86,7
prazer	1	3,3	3,3	90,0
sentimentos	1	3,3	3,3	93,3
ternura	1	3,3	3,3	96,7
união	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AFECTIVIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid acrinho	1	3,3	3,3	3,3
amizade	4	13,3	13,3	16,7
amor	2	6,7	6,7	23,3
bondade	1	3,3	3,3	26,7
calor	1	3,3	3,3	30,0
carinho	4	13,3	13,3	43,3
companheirismo	1	3,3	3,3	46,7
companheirismo	1	3,3	3,3	50,0
compreensão	2	6,7	6,7	56,7
confiança	1	3,3	3,3	60,0
é uma ddiva que se manifesta desde a mis tenra id	1	3,3	3,3	63,3
emoções	1	3,3	3,3	66,7
falar	1	3,3	3,3	70,0
meiguice	1	3,3	3,3	73,3
proximidade	1	3,3	3,3	76,7
são carentes e não procuram afectos entre eles	1	3,3	3,3	80,0
sensibilidade	1	3,3	3,3	83,3
sentimento	2	6,7	6,7	90,0
sentimentos	1	3,3	3,3	93,3
sentir	1	3,3	3,3	96,7
troca	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AFECTIVIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
agradar	1	3,3	3,3	10,0
ajuda	2	6,7	6,7	16,7
ajudar	1	3,3	3,3	20,0
amizade	2	6,7	6,7	26,7
amor	4	13,3	13,3	40,0
beijo	1	3,3	3,3	43,3
calor	1	3,3	3,3	46,7
carinho	3	10,0	10,0	56,7
companheirismo	1	3,3	3,3	60,0
compreensão	1	3,3	3,3	63,3
conforto	1	3,3	3,3	66,7
convívio	1	3,3	3,3	70,0
gostra de	1	3,3	3,3	73,3
partilhar	1	3,3	3,3	76,7
pertença	1	3,3	3,3	80,0
reciprocidade	1	3,3	3,3	83,3
respeito	1	3,3	3,3	86,7
sentimento	1	3,3	3,3	90,0
sentimentos	1	3,3	3,3	93,3
ternura	1	3,3	3,3	96,7
toque	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito AFECTIVIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
abraçar	1	3,3	3,3	10,0
abraço	1	3,3	3,3	13,3
amizade	2	6,7	6,7	20,0
amizde	1	3,3	3,3	23,3
amor	1	3,3	3,3	26,7
beijos	1	3,3	3,3	30,0
carinho	4	13,3	13,3	43,3
compartilhar	1	3,3	3,3	46,7
cuidar	1	3,3	3,3	50,0
dedicação	1	3,3	3,3	53,3
emoção	1	3,3	3,3	56,7
emoções	1	3,3	3,3	60,0
entendimento	1	3,3	3,3	63,3
fraternidade	1	3,3	3,3	66,7
individual	1	3,3	3,3	70,0
partilha	3	10,0	10,0	80,0
proximidade	1	3,3	3,3	83,3
saudade	1	3,3	3,3	86,7
sensibilidade	1	3,3	3,3	90,0
sentimento	1	3,3	3,3	93,3
sentimentos	1	3,3	3,3	96,7
ternura	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid afecto	1	3,3	3,3	3,3
afirmação	1	3,3	3,3	6,7
amante	1	3,3	3,3	10,0
amizade intima	1	3,3	3,3	13,3
amor	4	13,3	13,3	26,7
atração	1	3,3	3,3	30,0
atração física	1	3,3	3,3	33,3
carinho	1	3,3	3,3	36,7
conversar	1	3,3	3,3	40,0
cumplicidade	1	3,3	3,3	43,3
disponibilidade	1	3,3	3,3	46,7
é encarada com naturalidade	1	3,3	3,3	50,0
hormonas	1	3,3	3,3	53,3
importante	1	3,3	3,3	56,7
intimidade	2	6,7	6,7	63,3
liberdade	1	3,3	3,3	66,7
marido/mulegr	1	3,3	3,3	70,0
natural	1	3,3	3,3	73,3
necessidade	2	6,7	6,7	80,0
prazer	3	10,0	10,0	90,0
privada	1	3,3	3,3	93,3
sensualidade	1	3,3	3,3	96,7
sentimentos	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3,3	3,3	3,3
afectividade	1	3,3	3,3	6,7
afecto	1	3,3	3,3	10,0
amor	2	6,7	6,7	16,7
anatomia	1	3,3	3,3	20,0
carinho	1	3,3	3,3	23,3
companheirismo	1	3,3	3,3	26,7
compreensão	1	3,3	3,3	30,0
contacto	1	3,3	3,3	33,3
cumplicidade	1	3,3	3,3	36,7
descoberta	1	3,3	3,3	40,0
desejo	1	3,3	3,3	43,3
em todas as fases da vida	1	3,3	3,3	46,7
emoções	1	3,3	3,3	50,0
fisiologia	1	3,3	3,3	53,3
homem	1	3,3	3,3	56,7
inerente	1	3,3	3,3	60,0
libertação	1	3,3	3,3	63,3
manifestação	1	3,3	3,3	66,7
partilha	1	3,3	3,3	70,0
prazer	1	3,3	3,3	73,3
relacionamento	1	3,3	3,3	76,7
respeito	1	3,3	3,3	80,0
romantismo	1	3,3	3,3	83,3
saúde	1	3,3	3,3	86,7
sensualidade	1	3,3	3,3	90,0
sexual	1	3,3	3,3	93,3
troca de carinho	1	3,3	3,3	96,7
vivência	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
afectiva	1	3,3	3,3	13,3
amizade	1	3,3	3,3	16,7
amor	1	3,3	3,3	20,0
atracção	1	3,3	3,3	23,3
bem estar	1	3,3	3,3	26,7
carinho	2	6,7	6,7	33,3
condição fisiológica	1	3,3	3,3	36,7
cumplicidade	2	6,7	6,7	43,3
dá vida	1	3,3	3,3	46,7
desejo	1	3,3	3,3	50,0
educação	1	3,3	3,3	53,3
escolha	1	3,3	3,3	56,7
fantasia	1	3,3	3,3	60,0
instinto	1	3,3	3,3	63,3
marido/mulher	2	6,7	6,7	70,0
mulher	1	3,3	3,3	73,3
natural	1	3,3	3,3	76,7
orgânico	1	3,3	3,3	80,0
paixão	1	3,3	3,3	83,3
prazer	1	3,3	3,3	86,7
precaução	1	3,3	3,3	90,0
relacionamento	1	3,3	3,3	93,3
sensualidade	1	3,3	3,3	96,7
união	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXO**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	amor	5	16,7	16,7	16,7
	carícia	1	3,3	3,3	20,0
	continuam em actividade mas mais pausada	1	3,3	3,3	23,3
	desejo	2	6,7	6,7	30,0
	género	1	3,3	3,3	33,3
	identificação	1	3,3	3,3	36,7
	natural	2	6,7	6,7	43,3
	necessidade	1	3,3	3,3	46,7
	paixão	3	10,0	10,0	56,7
	prazer	5	16,7	16,7	73,3
	prazer físico	1	3,3	3,3	76,7
	privacidade	1	3,3	3,3	80,0
	relacionamentos	1	3,3	3,3	83,3
	reprodução	1	3,3	3,3	86,7
	saúde	1	3,3	3,3	90,0
	sensação	1	3,3	3,3	93,3
	troca	1	3,3	3,3	96,7
	união	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
amor	2	6,7	6,7	16,7
carinho	1	3,3	3,3	20,0
desejo	1	3,3	3,3	23,3
excitação	1	3,3	3,3	26,7
fervor	1	3,3	3,3	30,0
homem	2	6,7	6,7	36,7
luxúria	1	3,3	3,3	40,0
mulher	1	3,3	3,3	43,3
orgânico	1	3,3	3,3	46,7
orgão	1	3,3	3,3	50,0
paixão	1	3,3	3,3	53,3
partilha	2	6,7	6,7	60,0
prática	1	3,3	3,3	63,3
prazer	4	13,3	13,3	76,7
relações sexuais	1	3,3	3,3	80,0
reprodução	3	10,0	10,0	90,0
responsabilidade	1	3,3	3,3	93,3
sentidos	1	3,3	3,3	96,7
vida	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXO**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10,0	10,0	10,0
acto de amor	1	3,3	3,3	13,3
afecto	2	6,7	6,7	20,0
amizade	1	3,3	3,3	23,3
amor	1	3,3	3,3	26,7
ardor	1	3,3	3,3	30,0
carinho	2	6,7	6,7	36,7
contacto físico	1	3,3	3,3	40,0
desejo	2	6,7	6,7	46,7
exposição	1	3,3	3,3	50,0
filhos	1	3,3	3,3	53,3
homem	1	3,3	3,3	56,7
intimidade	1	3,3	3,3	60,0
mulher	2	6,7	6,7	66,7
necessidade	2	6,7	6,7	73,3
orgão	1	3,3	3,3	76,7
paixão	1	3,3	3,3	80,0
prazer	2	6,7	6,7	86,7
preservação	1	3,3	3,3	90,0
relação sexual	1	3,3	3,3	93,3
relações sexuais	1	3,3	3,3	96,7
satisfação	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE NA 3ª IDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid adequado	1	3,3	3,3	3,3
afecto	4	13,3	13,3	16,7
ajuda a viver	1	3,3	3,3	20,0
amizade	4	13,3	13,3	33,3
amor	2	6,7	6,7	40,0
carinho	2	6,7	6,7	46,7
compreensão	1	3,3	3,3	50,0
conhecimento	1	3,3	3,3	53,3
cumplicidade	1	3,3	3,3	56,7
direito	1	3,3	3,3	60,0
é encarada com mais amadurecimento	1	3,3	3,3	63,3
interessante	1	3,3	3,3	66,7
intimidade	1	3,3	3,3	70,0
natural	2	6,7	6,7	76,7
necessidade	1	3,3	3,3	80,0
normal	1	3,3	3,3	83,3
orgânico	2	6,7	6,7	90,0
respeito	1	3,3	3,3	93,3
tentar perceber	1	3,3	3,3	96,7
toque físico	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE NA 3ª IDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
afecto	3	10,0	10,0	16,7
amizade	2	6,7	6,7	23,3
amor	2	6,7	6,7	30,0
caricias	1	3,3	3,3	33,3
carinho	6	20,0	20,0	53,3
contacto	1	3,3	3,3	56,7
cumplicidade	1	3,3	3,3	60,0
disponibilidade	2	6,7	6,7	66,7
incompreendido	1	3,3	3,3	70,0
maturidade	1	3,3	3,3	73,3
meiguice	1	3,3	3,3	76,7
natural	1	3,3	3,3	80,0
necessidade	1	3,3	3,3	83,3
partilha	1	3,3	3,3	86,7
prazer	1	3,3	3,3	90,0
solidão	1	3,3	3,3	93,3
tabu	1	3,3	3,3	96,7
ternurenta	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**Uma palavra para o conceito SEXUALIDADE NA 3ª IDADE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6,7	6,7	6,7
afectividade	1	3,3	3,3	10,0
afirmação	1	3,3	3,3	13,3
amizade	2	6,7	6,7	20,0
amor	1	3,3	3,3	23,3
autoestima	1	3,3	3,3	26,7
bem estar	1	3,3	3,3	30,0
carinho	4	13,3	13,3	43,3
companheirismo	1	3,3	3,3	46,7
companhia	1	3,3	3,3	50,0
disponibilidade	1	3,3	3,3	53,3
é incompreendida	1	3,3	3,3	56,7
experiência	1	3,3	3,3	60,0
imaginativa	1	3,3	3,3	63,3
impotência	1	3,3	3,3	66,7
incompreendidada	1	3,3	3,3	70,0
intimidade	1	3,3	3,3	73,3
lentidão	1	3,3	3,3	76,7
limitação	1	3,3	3,3	80,0
partilha	1	3,3	3,3	83,3
protecção	1	3,3	3,3	86,7
solidão	1	3,3	3,3	90,0
tabu	1	3,3	3,3	93,3
ternura	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

## **ANEXO V**

**Quadro representativo das respostas (em%), às questões P1 a P45 do questionário**

**Distribuição da amostra relativamente às questões (P1 a P45), da terceira parte do questionário**

	Discordo Totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P1. O envelhecimento assusta as pessoas mais novas			6	20,0	4	13,3	14	46,7	6	20,0
P2. O convívio entre velhos e novos pode ser benéfico para ambos					1	3,3	12	40,0	17	56,7
P3. O envelhecimento significa a perda de faculdades e de capacidades			10	33,3	5	16,7	11	36,7	4	13,3
P4. Os idosos são pessoas dependentes			11	36,7	10	33,3	9	30,0		
P5. O envelhecimento conduz à solidão	1	3,3	9	30,0	8	26,7	10	33,3	2	6,7
P6. A sociedade actual valoriza e atribui grande importância ao idoso	7	23,3	14	46,7	4	13,3	5	16,7		
P7. Na velhice ainda é possível ser-se autónomo			1	3,4	6	20,7	17	58,6	5	17,2
P8. Os idosos são, na maioria, um peso para a família	5	16,7	6	20,0	5	16,7	11	36,7	3	10,0
P9. Os idosos transmitem experiência					1	3,3	16	53,3	13	43,3
P10. Os idosos são pessoas com objectivos de vida	1	3,4	6	20,7	12	41,4	10	34,5		
P11. O relacionamento com pessoas idosas é mais difícil do que o relacionamento com os mais jovens	1	3,3	13	43,3	6	20,0	9	30,0	1	3,3
P12. A qualidade de vida dos idosos depende da forma como encaramos a velhice e o envelhecimento	1	3,3	3	10,0	3	10,0	16	53,3	7	23,3
P13. Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente			5	16,7	1	3,3	17	56,7	7	23,3
P14. A institucionalização do idoso dificulta os seus contactos sociais	2	6,9	6	20,7	6	20,7	10	34,5	5	17,2
P15. Os idosos, em geral, têm uma auto-estima muito reduzida			10	33,3	7	23,3	12	40,0	1	3,3
P16. Os idosos já não têm capacidade de amar nem de se relacionar emocionalmente	10	34,5	14	48,3	3	10,3	2	6,9		
P17. Os idosos são mais carente de afecto do que as pessoas em geral			4	13,3	6	20,0	17	56,7	3	10,0
P18. Os idosos gostam de mudanças na sua vida	1	3,3	19	63,3	5	16,7	5	16,7		
P19. Os idosos são frequentemente marginalizados	1	3,3	2	6,7	3	10,0	18	60,0	6	20,0
P20. O idoso é produto das suas vivências			2	6,9	5	17,2	17	58,6	5	17,2
P21. A velhice é uma segunda infância	2	6,7	7	23,3	4	13,3	15	50,0	2	6,7
P22. As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas	3	10,0	13	43,3	7	23,3	7	23,3		
P23. Os idosos já não se interessam pela sexualidade	2	6,9	19	65,5	5	17,2	3	10,3		
P24. Os idosos são pessoas inflexíveis e resistentes à mudança	2	6,7	6	20,0	6	20,0	15	50,0	1	3,3

	Discordo Totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P25. Os idosos são pessoas doentes	6	20,0	14	46,7	4	13,3	5	16,7	1	3,3
P26. Cuidar de idosos é um trabalho muito gratificante					7	23,3	15	50,0	8	26,7
P27. A vivência e expressão da sexualidade por parte do idoso institucionalizado, deve ser reprimido por se tratar de um comportamento pouco aceitável	7	23,3	13	43,3	5	16,7	5	16,7		
P28. Os idosos são considerados seres assexuados	3	10,0	11	36,7	9	30,0	6	20,0	1	3,3
P29. O relacionamento amoroso entre homens e mulheres institucionalizados é um comportamento natural			2	6,7	7	23,3	17	56,7	4	13,3
P30. A proximidade entre Homens e Mulheres institucionalizados é resultado da solidão	1	3,3	6	20,0	3	10,0	16	53,3	4	13,3
P31. Os idosos já não têm contactos íntimos, mesmo quando subsiste o casal	5	17,2	14	48,3	8	27,6	2	6,9		
P32. Deve-se promover a privacidade do idoso institucionalizado para que este possa viver e expressar a sua sexualidade			1	3,4	7	24,1	15	51,7	6	20,7
P33. A forma como os cuidadores vêm o envelhecimento, influencia a prestação de cuidados do idoso			3	10,0	4	13,3	18	60,0	5	16,7
P34. Os cuidadores, em geral, demonstram sempre atitude de respeito para com os utentes idosos	1	3,4	6	20,7	6	20,7	10	34,5	6	20,7
P35. Os cuidadores, em geral, conhecem as limitações e as capacidades dos idosos que cuidam	1	3,3	5	16,7	1	3,3	17	56,7	6	20,0
P36. Os cuidadores, em geral, respeitam as limitações e as capacidades dos idosos que cuidam			5	16,7	8	26,7	10	33,3	7	23,3
P37. Ao presenciar uma manifestação, no âmbito da sexualidade, por parte de um idoso, o cuidador deve fingir que não vê	1	3,3	8	26,7	9	30,0	11	36,7	1	3,3
P38. Cuidar de idosos é um trabalho muito desgastante	2	6,7	4	13,3	5	16,7	15	50,0	4	13,3
P39. Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a preconceitos			3	10,0	2	6,7	21	70,0	4	13,3
P40. Os cuidadores, em geral, têm em conta as necessidades dos idosos que cuidam	1	3,3	4	13,3	5	16,7	15	50,0	5	16,7
P41. Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do cuidar das pessoas mais novas			1	3,3			16	53,3	13	43,3
P42. Ser idoso é gratificante	1	3,3	2	6,7	10	33,3	16	53,3	1	3,3
P43. A forma como o cuidador encara a sexualidade condiciona a compreensão e aceitação da vivência e expressão da sexualidade do idoso			3	10,3	7	24,1	16	55,2	3	10,3
P44. O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos cuidadores	3	10,0	4	13,3	11	36,7	11	36,7	1	3,3
P45. O casamento entre idosos na instituição é uma prática bem aceite pelos familiares	2	6,7	10	33,3	16	53,3	1	3,3	1	3,3

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo Totalmente	2 -Discordo	3- Nem concordo nem discordo
4-Concordo		5- Concordo Totalmente