

Ideias para um Envelhecimento Activo não é um livro escrito a pensar, apenas, nos profissionais desta área, ou naqueles que se interessam por esta temática, ou nos que estão na fase da velhice.

E, por outro lado, não é apenas um manual de boas práticas ou de como dever fazer. É, além do mais, um contributo para o debate e reflexão sobre uma temática cada vez mais premente, face à realidade que hoje vivemos e viveremos nos próximos tempos.

Em suma, é um livro para a nossa época e para todos nós.

In Prefácio de Stella António

#### Autores:

- Luís Jacob
- Hélder Fernandes
- Emília Magalhães
- Augusta Branco
- Teresa Pinto
- Carla Santos
- Lúcia França (BR)
- Dora Rodrigues
- Helena Paiva
- Colin Milner (CA)

Uma edição



Colecção RUTIS 1



€16-053.9

IDE

Ideias para um envelhecimento activo

# Ideias para um Envelhecimento Activo

Coordenação de  
Luís Jacob e Hélder Fernandes



Gestão de Emoções, Turismo, Tendências, Sexualidade,  
Universidades Seniores, Preparação para a Reforma e 21 ideias



Edição: RUTIS - Associação Rede de Universidades da Terceira Idade  
RUA Conde da Taipa, 42.- 2080-069 Almeirim - Portugal  
www.rutis.pt

Titulo: Ideias para um envelhecimento activo  
Autores: Luís Jacob, Hélder Fernandes, Augusta Branco, Lucia França,  
Emília Rodrigues, Teresa Almeida Pinto, Carla Santos, Dora Rodrigues e Helena  
Paiva

Direitos de autor: RUTIS

Colecção: RUTIS, nº 1

Foto da capa: Renato Nunes

Revisão: João Carlos Alvim

1ª Edição, Outubro de 2011

Depósito Legal: 334452/11  
ISBN: 978-989-97524-0-5

Reprodução interdita, total ou parcial, sem autorização prévia e expressa do autor,  
A cópia ilegal viola os direitos dos autores.  
Os prejudicados somos todos nós.

## Ideias para um Envelhecimento Activo

### Coordenação:

Luís Jacob e Hélder Fernandes

### Índice:

Prefácio por Stella António	4
1. O Envelhecimento Activo: Uma Perspectiva Psicossocial por Emília Magalhães	11
2. Gestão de emoções em Seniores por Augusta Veiga Branco	40
3. Memorizer! por Hélder Fernandes	82
4. Sexualidade na idade maior por Luís Jacob	95
5. Universidades Seniores: Criar novos projectos de Vida por Luís Jacob	120
6. Novas Tecnologias por Teresa Almeida Pinto	149
7. Turismo sénior: Importância, Desafios e Estratégias por Carla Santos	164
8. Preparação para a reforma: responsabilidade individual e colectiva por Lúcia França	193
9. Testemunhos de um envelhecimento activo por Dora Rodrigues e Helena Paiva	220
10. 21 Ideias para o envelhecimento activo por Luís Jacob	225
11. Autores	231

## 4. Sexualidade na idade maior

por Luís Jacob

«Na nossa experiência, os idosos param de fazer sexo pela mesma razão porque deixam de andar de bicicleta: Enfermidade geral, pensarem que ficam ridículos e por não terem bicicleta.»<sup>20</sup>

A. Comfort (Tradução livre)

### 1 - Sexualidade

A actividade sexual nos idosos é facilmente alvo de gozo ou de desconfiança por parte dos mais novos e dos próprios idosos. Para a maioria das pessoas o sexo na terceira idade é algo inimaginável, para uns uma “vergonha” e para uma minoria algo perfeitamente natural. A crença de que o avançar da idade e o declinar da actividade sexual estejam inexoravelmente ligados tem sido responsável pelo facto de não se prestar atenção suficiente a uma das actividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade. Este texto pretende ajudar a esclarecer algumas das ideias associadas a este tema.

A vida sexual das pessoas nem sempre é igual durante a vida, embora seja ponto assente que a sexualidade está presente desde o nascimento até à velhice, «Enquanto o homem viver, seja qual for a sua idade, é capaz de sentir impulsos eróticos não existindo nenhuma idade em

<sup>20</sup> «In our experiences, old folks stop having sex for the same reason they stop riding a bicycle –general infirmity, thinking it looks ridiculous, no bicycle.» A. Comfort in Stewart-Archer e Bernjak.

que a actividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo acabem» (Lopes, 1993).

A forma como a sexualidade é vivida é que é diferente consoante a idade. Na infância a sexualidade é encarada de um ponto de vista da descoberta, da procura do próprio corpo. Considera-se como o primeiro acto sexual da criança o mamar no peito da mãe. É na puberdade que a descoberta da sexualidade tem o seu auge. Fruto da actividade maior das hormonas sexuais, o jovem começa a aperceber-se de várias transformações no seu corpo (o aumento dos órgãos sexuais, a ejaculação nocturna nos rapazes e a primeira menstruação nas raparigas, a menarca) e a sentir um verdadeiro desejo sexual. É neste período que surgem, normalmente, os primeiros contactos sexuais, as primeiras experiências, é quando a libido é mais forte e intensa. Na idade adulta a sexualidade é vivida de uma forma mais serena e tranquila do que na puberdade. É tempo de consolidar desejos, orientações e parceiros.

Na idade maior, o desejo sexual não desaparece, apenas há uma menor vitalidade física do indivíduo que o impede de ser tão activo sexualmente. A frequência das actividades sexuais é menor e menos intensa, mas mais sensível. Passa-se do domínio essencialmente físico para um domínio mais afectivo. E ao contrário do senso comum, e como veremos adiante, os idosos mantêm uma actividade sexual regular.

Nesta altura, a sexualidade depende mais de factores psicossociais do que de factores biológicos, pois as mudanças biológicas que acontecem na idade adulta e na velhice não anulam o desejo sexual nem os afectos ligados à sexualidade. A sexualidade na velhice é um tema comumente negligenciado pelas ciências sociais e de saúde, pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos técnicos.

Devido ao desconhecimento e à pressão cultural, numerosos idosos nos quais ainda é intenso o desejo sexual experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, chegando a crer-se anormais pelo simples facto de se aperceberem que ainda têm vontade de ter prazer sexual. Os idosos distanciam-se e esquecem-se do seu próprio corpo e, a sociedade impõe que a sexualidade deva ser totalmente ignorada na velhice

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

## **2 – Os efeitos do envelhecimento no corpo**

Nos idosos a função sexual está comprometida, em primeiro lugar, pelas mudanças fisiológicas e anatómicas do organismo produzidas pelo envelhecimento. São mudanças fisiológicas que devemos distinguir das alterações patológicas na actividade sexual causadas pelas diferentes doenças e/ou por seus tratamentos.

O envelhecimento fisiológico é uma chave importante para entender, em parte, a diminuição da actividade sexual que se produz nesta etapa da vida, mesmo que não seja possível explicar todas as mudanças que ocorrem.

É sempre importante sublinhar as grandes diferenças individuais dos efeitos da idade na capacidade sexual. De um modo geral, é bom ter em mente que, na ausência de doenças incapacitantes, apesar das mudanças fisiológicas e anatómicas produzidas na idade avançada, tanto os homens como as mulheres podem continuar a desfrutar das relações sexuais.

Em geral, nas mulheres há uma menor preocupação pela função sexual e mais pela perda estética do aspecto juvenil. Já nos homens a preocupação centra-se nas mudanças fisiológicas da sexualidade, no menor vigor, o que pode levar à ansiedade. Nos homens idosos, o interesse ou desejo sexual mantêm-se mais presentes que a própria actividade sexual, enquanto nas mulheres existe um declive em ambos os aspectos da sexualidade, desejo e desempenho.

O maior estudo feito em Portugal sobre sexualidade (Cabral, et al, 2010) revelou que 32% dos homens (entre os 55-65 anos) indicou desinteresse pela actividade sexual, enquanto nas mulheres (55-65 anos) esse valor foi de 52%. Quando à dificuldade em atingir o orgasmo, 14,6% dos homens respondeu que sim, assim como 26% das mulheres. Ainda nas mulheres 21% respondeu que tinha dores na penetração e 30% indicaram que não tinham lubrificação.

A consequência do envelhecimento mais evidente no corpo da mulher é a menopausa. Esta começa no final da última menstruação, no entanto, esse facto só é comprovado mais tarde, quando não há fluxo menstrual durante, pelo menos, doze meses. O climatério é a fase da vida em que ocorre a transição do período reprodutivo ou fértil para o não reprodutivo. A idade média em que a menopausa começa é por volta dos cinquenta anos, mas também pode aparecer em mulheres com apenas quarenta anos (menopausa prematura). Os ciclos menstruais regulares podem continuar até à menopausa, mas em geral as últimas menstruações têm uma duração e uma quantidade de fluxo variável. Progressivamente, cada vez menos ciclos são acompanhados da libertação de um óvulo.

Com o passar do tempo, os ovários respondem cada vez menos à estimulação provocada pela hormona luteinizante e pela hormona

foliculoestimulante, segregada pela hipófise. Em consequência, os ovários segregam, progressivamente, menos quantidade de Estrógenios e Progestágenios e a libertação de óvulos (ovulação), finalmente, pára. Esta diminuição hormonal é a causadora das mudanças que se produzem no aparelho genital feminino.

Os efeitos mais sentidos pelas mulheres neste período são a variação de humor, a irregularidade do período e os fogachos ou ondas de calor, que causam uma vermelhidão súbita sobre a face e o tronco, acompanhados por uma sensação intensa de calor no corpo e por transpiração. Podem aparecer a qualquer hora e muitas vezes são tão desagradáveis que chegam a interferir nas actividades do dia-a-dia.

O homem pode sentir também alguns efeitos da diminuição da produção hormonal, neste caso da testosterona. Esta fase, que alguns autores negam existir, é chamada de andropausa ou climatério masculino. Tanto pode começar aos quarenta e cinco como aos sessenta e cinco e caracteriza-se por o homem ter menor resistência à actividade física, ter necessidade de urinar com maior frequência, além de ganhar peso e perder cabelo, e por sintomas psíquicos como ansiedade e nervosismo.

Este período está associado a uma perda da pujança sexual, que muitas vezes cria ainda mais ansiedade no homem, ou mesmo à disfunção erétil. Este é o termo médico para definir a incapacidade de obter uma erecção com rigidez suficiente para a penetração e/ou mantê-la por um período de tempo adequado para a satisfação de ambos os parceiros no acto sexual. É importante entender que pode ocorrer mesmo com o desejo e o orgasmo (ejaculação) presentes e tem causas fisiológicas, psicológicas (a depressão, por exemplo, é responsável por 10% dos casos de impotência no

idoso (Kaiser, 1996)), ou ambas. Algum tipo de disfunção erétil atinge 2/3 dos homens com mais de sessenta anos.

A diferença fundamental entre andropausa e menopausa é o facto de que a menopausa atingir todas as mulheres após uma certa idade, enquanto a andropausa atinge apenas alguns homens.

O envelhecimento no corpo caracteriza-se de forma geral e no campo da sexualidade, em particular, por:

Homens e mulheres	
Perda de altura (cerca de 7 cm)	
Entre os 30 e 80 anos a eficiência do coração decai 30%	
Os ossos perdem cálcio e tornam-se mais delgados e quebradiços	
O cabelo torna-se grisalho, mais fino e pode desaparecer	
A pele torna-se mais flácida, áspera e rija	
Diminuição da produção das hormonas sexuais	
Diminuição do desejo sexual	
Homens	Mulheres
Voz mais fina	Fim do ciclo menstrual
As mamas podem-se tornar maiores	Diminuição do muco lubrificante
Os testículos encolhem e perdem firmeza	O endométrio torna-se estéril
Os tubos seminíferos engrossam	Os ovários atrofiam-se
A próstata pode começar a funcionar mal	Surgimento de «prolapsos» (útero)
A erecção ocorre menos vezes	Adelgaçamento das paredes da vagina

Na mulher os efeitos mais marcantes são mamas menos firmes, menor lubrificação vaginal e fim da capacidade reprodutiva.

Outros efeitos:

- Diminuição do tamanho da vagina, que se estreita e perde elasticidade;
- Menor vasoconstricção do clítoris, lábios e plataforma vaginal na resposta sexual;
- Fase de excitação sexual mais lenta;
- Os seios diminuem de tamanho e turgescência;
- Aumento da gordura nas ancas e abdómen;
- O orgasmo pode ser mais curto e menos intenso.

No homem os efeitos do envelhecimento são mais evidentes na capacidade erétil do pénis (menor tempo de erecção, maior período refractário (espaço entre as erecções)), diminuição da turgescência do pénis ou mesmo impotência (disfunção erétil).

Outros efeitos são:

- Diminuição da produção de esperma;
- Erecção mais lenta, necessitando de maior estimulação;
- Testículos elevam-se menos e mais lentamente na resposta sexual;
- Orgasmo passa a ser mais curto e menos intenso;
- Estas alterações provocam no indivíduo ansiedade pelo medo de falhar.

Uma forma de minorar os efeitos do envelhecimento é a utilização de gel lubrificante no caso das mulheres e de medicamentos que ajudem a erecção, no caso dos homens, sendo os mais conhecidos o Viagra, o Levitra

e o Cialis. Em casos mais graves pode-se colocar um implante cirúrgico. Importa lembrar que esta medicação ajuda no desempenho sexual masculino, mas não origina o desejo sexual. Por norma quando surgem problemas de índole íntima as mulheres tendem mais facilmente a procurar ajuda junto do médico de família do que o homem. Assim como a mulher coloca mais perguntas facilmente do que o homem, que espera que o médico pergunte primeiro.

As doenças associadas à velhice como Diabetes, Hipertensão arterial, Arteriosclerose, Acidente vascular cerebral, Cancro da próstata, Cancro da mama, Cancro do colo-rectal, Insuficiência cardíaca, Doenças da tiróide, Demências, Esclerose múltipla ou Doenças reumáticas, não estão directamente ligadas à sexualidade, mas afectam directamente a sua vivência. Assim como o uso de medicação para estas doenças ou outros medicamentos como os psicotrópicos, os antipsicóticos, os antidepressivos ou ansiolíticos, podem ter efeitos secundários a nível do desempenho e desejo sexual.

No caso das demências (Senil, Alzheimer, Parkinson, etc.) a situação torna-se mais grave. Quase um quarto dos portadores de demência perdem o interesse pelo sexo, mas cerca de 14% sentem uma elevada libido e 8% tornam-se incapazes de controlar o seu comportamento sexual (Engber, 2007). Isto pode manifestar-se na masturbação incessante ou em repetitivos avanços sexuais. Um idoso com perda de memória pode esquecer que só tinha relações sexuais com a sua esposa ou namorada e procurar uma parceira sexual entre estranhas.

Mas se falamos nos efeitos do envelhecimento no campo sexual, não devemos esquecer que uma vida sexual activa traz muitas vantagens. Um estudo da Queens University de Belfast (1997) relacionando saúde geral com

a frequência sexual, rastreou a mortalidade de cerca de mil homens de meia-idade ao longo de uma década. Os seus resultados apontaram que os homens que relataram um maior número de orgasmos tinham uma taxa de morte 50% menor que os menos activos. Outros estudos demonstraram que, mesmo fazendo sexo algumas vezes por mês, os homens reduziram o seu risco de ataque cardíaco, citado por Farnham (2007).

Sexo, antes de mais, é exercício. Uma sessão enérgica queima cerca de duzentas calorias e tem efeitos, quer pela actividade física, quer pela libertação de hormonas, na redução do risco de doença cardíaca, perda de peso, redução da depressão, alívio da dor, melhor controlo da bexiga e melhor próstata.

Por vezes, para aumentar o prazer ou o desejo sexual, o homem e a mulher utilizam substâncias que pensam que podem ajudar a alcançar esse objectivo, chamadas afrodisíacas. Tais como o corno de rinoceronte moído, testículos de vários animais, ostras, gengibre, chocolate, bebidas alcoólicas, "Pó de Cabinda", ervas, etc... A grande maioria delas não influencia em nada a relação, podendo até piorar, como é o caso do álcool, do tabaco e das drogas.

### **3 – A resposta sexual**

Cada indivíduo tem uma resposta pessoal perante um estímulo sexual. No entanto a forma como o organismo responde perante a excitação sexual ou o orgasmo é idêntica. Diante de um estímulo visual ou táctil de ordem sexual, o cérebro responde através de duas formas, a vasoconstrição (um envio de sangue para as zonas genitais assim como para outras partes de corpo) e a Miotomia (fase secundária quando se produz um aumento da tensão muscular como consequência da excitação sexual).

Ambas as respostas incrementam-se até chegar ao ponto máximo, o orgasmo, momento em que o organismo, de forma voluntária ou reflexa, se liberta da "tensão" e provoca uma onda de prazer. Após este o organismo regressa ao normal.

A resposta sexual humana compreende quatro ou cinco fases (alguns autores não consideram a fase do desejo):

1. Fase do Desejo: É a fase do desejo ou atracção sexual. É quando se começam a dar as primeiras mudanças no corpo, essencialmente psicológicas.

2. Fase da Excitação: É a fase das mudanças corporais. No homem o pénis e os testículos aumentam de tamanho e dá-se o progressivo fecho da uretra, para não deixar passar a urina. Na mulher aumentam as secreções vaginais e consequente lubrificação da vagina, o útero eleva-se, o clítoris cresce, as mamas e os mamilos aumentam de tamanho e as auréolas ficam mais escuras.

3. Fase da Meseta: Continuam as mudanças corporais. No homem o pénis aumenta de diâmetro e a glândula fica mais escura. Na mulher dá-se o fenómeno da plataforma orgásmica. Que consiste em preparar o corpo da mulher para receber os espermatozóides, reduzindo o diâmetro do último terço da vagina, o que permite uma pressão maior sobre o pénis. O útero eleva-se, aumentando o espaço para a vagina e os lábios maiores e menores ficam mais enrubescidos. Os batimentos cardíacos e a pulsação aumentam na mulher e no homem. É a fase da cópula.

4. Fase de Orgasmo: É o clímax da relação sexual, o êxtase. No homem, frequentemente coincide com a ejaculação, graças à contracção dos canais deferentes e da próstata. Na ejaculação dá-se a expulsão dos espermatozóides para o interior da vagina. O orgasmo é uma onda de calor,

seguida de contracções agudas muito satisfatórias. Na mulher ocorrem várias contracções simultâneas e rítmicas do útero, tipo bomba de sucção. Na mulher o orgasmo é uma resposta global de todo o organismo e não só da zona pélvica. É a fase do prazer.

5. Fase da resolução: É a fase final da resposta sexual, é quando o organismo regressa ao seu estado normal. Esta fase pode levar segundos ou minutos, dependendo da pessoa. O pénis retrai-se e fica flácido e na mulher terminam as secreções vaginais e as mamas perdem volume.

Podemos ainda dividir a relação sexual em três partes: Princípio (fases do desejo e da excitação), meio (fases da meseta e orgasmo) e fim (fase da resolução).

A fase de desejo, excitação e resolução no homem é muito mais rápida do que na mulher, este dá mais importância à meseta e ao orgasmo. Na mulher, a faceta da afectividade e preliminar é mais lenta e mais importante, isso implica que ela dê maior relevância às fases inicial e final da relação sexual.

Para além dos aspectos fisiológicos destas fases, existe sempre a componente afectiva e psicológica da relação sexual. Também o orgasmo é diferente no homem e na mulher. O orgasmo no homem é mais rápido, intenso, único, focalizado na zona pélvica e extenuante. Na mulher o orgasmo dura mais tempo, pode ser múltiplo, é ligeiramente menos intenso, percorre o corpo todo e é mais reconfortante.

A mulher pode sentir três tipos de orgasmo: Orgasmo vulvar ou clitoriano, quando a mulher sente mais prazer através da estimulação da vulva e do clitoris; Orgasmo uterino ou vaginal, quando o prazer provém da penetração e da estimulação vaginal; Orgasmo misto, quando a mulher sente prazer das duas formas anteriores.

O orgasmo pode ser alcançado através da:

- Masturbação ou Nanismo: Satisfação sexual obtida através da auto-estimulação dos próprios órgãos sexuais, geralmente para atingir o orgasmo.
- Masturbação recíproca: Prazer sexual alcançado através da estimulação táctil dos órgãos sexuais do parceiro.
- Coito ou cópula: Relação sexual em que há penetração, total ou parcial, do pénis na vagina. O coito pode ser praticado de muitas formas, no entanto as mais frequentes são:
  - Homem por cima (Favorece a fecundação)
  - Mulher por cima (Pode dar mais prazer à mulher)
  - De lado, de frente ou de costas (Adequado às grávidas)
  - Por trás (Estimula o homem e favorável a mulheres vulvares)
  - Sentados
  - Em pé (Menos propícia à fecundação)
- Sexo anal ou Sodomia: Penetração, total ou parcial, do pénis no ânus da parceira.
- Sexo oral (*Cunnilingus*): Estimulação, que pode levar ou não ao orgasmo, pela boca e/ou pela língua, das zonas genitais da mulher.
- Sexo oral (*Felação* ou *fellatio*): Estimulação, que pode levar ou não ao orgasmo, pela boca e/ou pela língua, das zonas genitais do homem.

Nos próximos quadros (1,2,3 e 4) podemos ver alguns dados sobre a actividade sexual dos idosos que demonstram que este grupo etário ainda é dinâmico. De realçar que a obtenção destes dados esbarra sempre na dificuldade em os provar e em vencer a natural resistência que os questionados têm neste assunto.

**Quadro 1 – Frequência do acto sexual nos idosos, sobre diversos estudos**

Estudo	Dados
Schiavi, 1995	15% dos homens com mais de 90 anos podem ser considerados sexualmente activos
Pfeiffer in Kaiser, 1996	28% dos homens entre os 66 e os 77 anos têm relações semanalmente.
Bretschneider in Kaiser, 1996	63% dos homens e 30% das mulheres, entre 80 e 102 anos, eram sexualmente activos. 74% dos homens e 42% das mulheres idosas masturbam-se.
MSAM-7, realizado em 7 países da Europa, em 14.000 homens, 2003.	83% dos homens entre 50 e 80 anos de idade são sexualmente activos, e mantêm em média 5,9 relações sexuais por mês.
André Catarino, 1999	Entre os 56-60 anos, 87% tem relações regulares; entre os 61-66, 78.7%; entre os 67-70 anos, 71.1% e nos maiores de 70 anos, 41.3%. Para idosos casados.
Star e Wainer, 1981	80% dos homens e mulheres entre 60 e 91 anos de idade são sexualmente activos, dos quais 50% praticam sexo numa base regular, com relações sexuais uma ou mais vezes na semana.
Kinsey, 1948	70% dos casais com 70 anos são sexualmente activos, e mantinham uma frequência de 0,5 relações sexuais por semana.

Stewart-Archer e Bernjak, 2006	Entre os 65 e 90 anos, 40% responderam terem relações sexuais semanalmente.
Stewart-Archer e Bernjak, 2006	74% dos idosos casados e 56% das idosas continuam activos sexualmente e 31% dos idosos não casados e 5% das idosas não casadas têm uma vida sexual activa.
Núcleo de Estudos de Sexologia e Geriatria de Curitiba, 2000	30% das mulheres entre os 60 e 70 anos têm relações sexuais mais de 15 vezes por mês.
New England Journal of Medicine, 2002	50% dos homens (57-75 anos) responderam ter feito ou recebido sexo oral no último mês.

**Quadro 2 – Actividade sexual (coito) em Portugal, em percentagem**

	Todos/ quase todos os dias	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por ano	Não tem relações sexuais
Homens 55-65	3.2	36.2	33.8	13.6	13.2
Mulheres 55-65	1.5	24.7	21.9	13.2	38.6

Fonte: Cabral et al (2010)

**Quadro 3 - Número de parceiros ao longo da vida, em percentagens**

Números de parceiros:	Um	Dois	Três	Quatro ou cinco	Seis a dez	Dez ou mais
	Homens 55-65	23.2	14.3	12.3	15.3	16.7
Mulheres 55-65	79.5	8.8	2.6	4.6	2.4	2.1

Fonte: Cabral et all (2010)

**Quadro 4 - Práticas sexuais alternativas, em percentagens**

	<i>Fellatio</i>		<i>Cunnilingus</i>		Sexo anal		Sexo sem penetração	
	Ao longo da vida	No último ano	Ao longo da vida	No último ano	Ao longo da vida	No último ano	Ao longo da vida	No último ano
H 55-65	48.6	14.8	38.9	10.5	21.7	3.9	54.1	23.8
M 55-65	24.4	6.3	26.0	6.8	12.6	1.6	39.8	12.1

Fonte: Cabral et all (2010)

De salientar que na terceira idade a forma de prazer vai sendo alterada, o desenvolvimento e a busca da sexualidade do idoso apresenta-se na forma de sedução: o toque, o carinho, beijos e o diálogo. Estas são algumas alternativas que trarão de volta o erotismo que poderá ter sido apagado pelas dificuldades, rotinas, doenças ou perdas. «O sexo vaginal deixa de ser a principal fonte de prazer e o erotismo apresenta-se mais

difuso, passando a manifestar-se por outras formas de estimulação e outras zonas erógenas. O importante é que essas pessoas estejam preparadas para desfrutar de alternativas diárias como o toque, carícias, massagens, bem como todo o carinho proporcionado pelo momento a dois» (Silva, 2003). Enquanto na juventude a relação sexual se caracteriza por relações mais rápidas, na idade pós-menopausica verifica-se um maior investimento no tempo de duração da relação, mantendo-se a intensidade (nomeadamente o clímax/orgasmo).

Usualmente tanto os homens quanto as mulheres mais activos sexualmente na idade maior eram pessoas que tinham tido mais parceiros(as) sexuais e maior actividade sexual na juventude, ou seja existe uma estreita relação entre a actividade sexual na velhice e uma sexualidade vigorosa durante a juventude e idade adulta.

#### **4 - Mitos, obstáculos e oportunidades**

##### **Mitos**

Como já vimos alguns mitos relacionados com a sexualidade do idoso estão longe de serem verdade, como quase todos os mitos. Relembramos algumas dessas ideias preconcebidas (adaptado de Gomes, citado por Correia, 2003, p. 225):

- Os idosos não têm actividades sexuais, são seres assexuados.
- O coito e a emissão de sémen são debilitantes e provocam o envelhecimento e a morte.
- A vida pode ser prolongada pela abstinência na juventude e pela inactividade mais tarde.

- A masturbação é uma actividade infantil que deve ser posta de parte quando se atinge a idade adulta. Só é praticada por pessoas idosas se estas estiverem seriamente perturbadas.

- A satisfação na relação sexual diminui consideravelmente depois da menopausa.

- Os homens velhos são particularmente vulneráveis a desvios sexuais, tais como o exibicionismo e gostar de apalpar as mulheres.

- As idosas que continuam a apreciar o sexo foram provavelmente ninfomaníacas ou "depravadas" quando jovens.

- A maioria dos homens idosos perde o desejo e a capacidade para ter relações sexuais.

- As pessoas idosas com doenças crónicas ou deficiências físicas devem cessar completamente a sua actividade sexual.

- A capacidade de execução sexual mantém-se sempre igual ao longo da vida.

- As pessoas idosas que estão vários anos sem ter relações sexuais não mais poderão vir a tê-las no futuro.

- Os idosos só conhecem uma prática sexual, o coito vaginal.

- A ideia, ainda enraizada, que o sexo deve ter como único objectivo a reprodução e que o sexo com prazer é pecaminoso e promíscuo.

Estes mitos, criados pelos mais jovens e mantidos pelos próprios idosos, estão na maioria relacionados com a importância que se dá à juventude e vigor na actividade sexual; à relação estreita que se faz entre doenças-envelhecimento-sexo, como se todos os idosos fossem doentes ou incapacitados; ao efeito que a religião e uma educação mais severa tiveram sobre o desejo e expressão sexual e por fim ao último grande mito e tabu, a sexualidade dos nossos pais.

«A visão moderna e liberal da sexualidade, que a encara como algo natural e maravilhosa, raramente é aplicada para descrever a experiência sexual nos idosos, visto que quando os temas "sexo e idosos" são confrontados, reaparece a ignorância e o preconceito» Eliopoulos (2005).

### **Obstáculos (e institucionalização)**

Para além dos mitos referidos e dos efeitos físicos do envelhecimento/medicação, existem outros obstáculos reais a uma maior actividade sexual por parte dos mais velhos, tais como:

- Solidão, quando o(a) idoso(a) não tem companheiro(a). Este é o impedimento usual para uma actividade sexual mais regular. Nos homens é muito frequente o recurso a prostitutas, o que origina outros problemas como o gasto excessivo de dinheiro, o contágio de doenças venéreas<sup>21</sup> ou a extorsão.

- Companheiro incapacitado, quando o(a) companheiro(a) está incapacitado física ou psicologicamente para um relacionamento mais íntimo. Esta situação levanta óbvios problemas e por vezes leva à tentativa de abusos sexuais sobre o mais frágil.

- Companheiro desinteressado, quando o(a) companheiro(a) não tem desejo sexual ou não o demonstra. Esta desmotivação, como já vimos, pode ter causas sociais, culturais, sentimentais ou físicas. A rotina de muitos anos

<sup>21</sup> Preocupante actualmente é o aumento do número de casos de SIDA nos idosos. Os principais resultados obtidos não deixam espaço para dúvidas. Verifica-se que no indivíduo com mais de cinquenta anos de idade os casos de SIDA revelam uma tendência crescente...Podemos assim concluir que existe uma tendência evolutiva crescente dos casos de SIDA no grupo etário M50 anos de idade, com especial evidência para grupos etários superiores (60-64 anos e +65 anos)» (Dias, António et al, 2005). Em alguns casos este fenómeno está associado ao aparecimento de fármacos como o Viagra, que permitiram aos idosos retomar a sua vida sexual, nomeadamente recorrendo a prostitutas. Assim como ao facto das campanhas de prevenção serem dirigidas essencialmente a jovens, ficando por vezes a falsa ideia nos idosos que a doença já não os pode atingir.

de convívio com o mesmo companheiro ou gostos sexuais diferentes são também causas para esta indiferença.

- A censura directa ou indirecta dos mais próximos (familiares, amigos ou cuidadores), que inibem, troçam ou mesmo proíbem o contacto íntimo nos idosos.

- A falta de espaço e intimidade para o acto sexual. Muitos idosos vivem com ou em casa de familiares ou estão institucionalizados, e não têm um local sossegado e privado onde possam desfrutar da sua sexualidade.

Em relação a estes dois últimos aspectos, queremos realçar algumas informações sobre o comportamento dos cuidadores formais (de saúde ou sociais) na sexualidade dos mais velhos institucionalizados. Também muitas vezes são os outros utentes a serem muito pouco tolerantes. Os próprios idosos assimilam os estereótipos e condenam aqueles que têm uma intimidade/afectividade/ sexualidade maior, pedindo inclusive às funcionárias para os castigarem, anota Carla Custódio na sua tese de mestrado «Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado» (2008).

As pessoas idosas devem ser tratadas com respeito e dignidade, como qualquer outra pessoa. Embora esta filosofia pareça óbvia, Francisco Allen Gomes (citador por Gomes, 1987) alerta que muitas vezes se fala aos idosos como se eles fossem crianças, ou em tom de voz autoritário. Para este autor «estes são talvez os comportamentos mais nocivos que um profissional pode adoptar» (Gomes, 1987, p. 101).

Gomes J. na sua tese de mestrado sobre «Sexualidade na Velhice - O ponto de vista dos profissionais de saúde» (2008) encontrou no seu grupo de inquiridos os estereótipos que existem na sociedade. «A maior parte considera os idosos assexuados. Os resultados obtidos demonstram que os

profissionais de saúde apresentam atitudes positivas face à sexualidade na velhice, porém não detêm conhecimento admissível ao cumprimento da sua actuação no âmbito da promoção e educação para a saúde sexual perante os idosos, e a maioria, durante os cursos de base ou pós-base, recebeu formação sobre sexualidade e, especificamente, sexualidade na velhice, que considerou escassa e inadequada. Concluimos, ainda, que apenas uma pequena parte dos profissionais prática, no âmbito da educação para a saúde, educação sexual aos idosos.»

Noutro estudo realizado nos EUA (Most Healthcare Professionals Lack Training In Elder Sexuality<sup>3</sup>) em 2007, em inquérito a 200 profissionais de saúde que trabalham em instituições para idosos conclui-se que os profissionais mais à vontade com a sua própria sexualidade eram os que lidavam melhor com a sexualidade dos utentes idosos, tal como os que tinham mais preconceitos (religiosos, culturais, pessoais) em relação à sua própria vida sexual eram os que mais tinham dificuldade em lidar com isso. 70% responderam nunca ter tido formação nesta área e não se sentiram à vontade para falar ou contactar com esta realidade.

Outros estudos realizados (Doll, 2008; Pinho e Pinto, 2008; Egber, 2007; AGS, 2007) indicam que a atitude do quadro técnico dos lares (ajudantes de lares, assistentes sociais, etc.) e mesmo dos familiares, perante a sexualidade dos idosos, é de desconforto, escárnio e inibição (... mesmo nas instituições mais modernas [EUA] apenas 9% dos utentes estavam sexualmente activos. Mas, dos inactivos, 17% atribuíram a sua inactividade a faltas de oportunidade (Gomes, 1987)).

São muito raras as instituições onde a sexualidade/intimidade/afectividade é salvaguardada ou incentivada, na maioria existe um regime tirânico de castidade forçada. As pessoas deviam

ter a possibilidade de se juntarem, ficando a instituição com a responsabilidade de encontrar espaços para que vivam como casal. Afinal, estamos a falar de uma população que vive junta, homens e mulheres, em quartos próximos e com muito, muito tempo livre.

Nos lares em que há mais alguma "liberdade afectiva" existe quase sempre o pedido de autorização aos filhos, como «se os filhos fossem os encarregados de educação dos pais». Isto deve-se, por um lado, ao facto de «as instituições terem medo da família, que é quem paga». Por outro lado, parte-se «do pressuposto errado de que os idosos não são adultos. São infantilizados.» Os filhos deviam ser apenas "uma pessoa de referência", a quem se liga em caso de urgência. As pessoas lúcidas, mesmo velhas, têm capacidade para tomar as suas decisões sozinhas, é uma questão de direitos humanos.

Seria interessante adoptar em Portugal o modelo de outros países como a Dinamarca, Canadá ou Austrália (ver Mooler, 2001) em que há prostitutas e prostitutos especializados em idosos(as) e deficientes e que fornecem os seus serviços, no domicílio ou nas instituições, no âmbito das políticas sociais e de saúde desses países. Inclusive na Austrália, o Manual (oficial) de Serviços para Deficientes inclui um capítulo intitulado «Acesso a trabalhadoras sexuais». Neste os técnicos sociais são elucidados sobre como podem contratar "trabalhadoras sexuais" para prestarem serviços íntimos a idosos ou deficientes.

A fundamentação para a prestação destes serviços é que os deficientes e os idosos têm os mesmo direitos que a restante população. Estes serviços podem ser pagos pelo utente ou pelos serviços sociais. A Associação australiana RhED's (Resourcing health & EDucation) organiza

regularmente sessões de esclarecimento para ensinar as "trabalhadoras sexuais" a lidarem melhor com os seus clientes deficientes ou idosos.

Mas não é consensual a oferta destes serviços, porque para além dos aspectos morais estes serviços "públicos" esbarram no problema de em nenhum destes países a prostituição ser legal.

Em Portugal, embora não havendo dados concretos, sabe-se que algumas funcionárias das instituições "ajudam" alguns utentes a terem práticas sexuais, nomeadamente na masturbação e a «poderem ver ou mexer» no corpo destas, a troca de pequenas quantias monetárias. Este comportamento tende a ser mais recorrente no Serviço de Apoio Domiciliário onde o controlo interno é menor.

#### **Oportunidades**

Mas, se a sexualidade na idade maior está cheia de ideias falsas e obstáculos, também se traduz em oportunidades, que os casais podem aproveitar para desfrutar de uma intimidade satisfatória.

A ausência do risco de engravidar, a casa vazia sem os filhos, o tempo livre após a reforma e os novos costumes, que tornam o sexo menos vergonhoso ou pecaminoso, assim como uma maior possibilidade hoje em dia de encontrar um novo parceiro são as vantagens da sexualidade na terceira idade.

Há um número significativo de mulheres que só conhece o verdadeiro prazer numa idade mais avançada, seja por um novo companheiro ou uma atitude mais libertadora com a sua sexualidade. Nesse período da vida pode dedicar-se a si mesma e ao companheiro(a), uma vez que algumas preocupações que assolavam a sua vida adulta podem já não fazer mais parte nesse momento da vida, e descobrem ou redescobrem sentimentos

que poderiam estar adormecidos. Percebem-se enquanto seres humanos completos, vivos e activos para viver intensamente da maneira que podem esses momentos de afectividade. Fraiman (1999, p. 61) relata: «a sexualidade deles (dos idosos) é rica de várias formas, gratificante até mesmo em contextos que os jovens teriam dificuldades de entender».

## 5 – Conclusões

Os sentimentos, a afectividade e a sexualidade podem ser expressos de formas diversas e também sofrem influências de diversos meios. Para os idosos, a família tem e teve um peso bastante significativo, no que tange à sexualidade, passada e actual. A família e a sociedade transmitem às pessoas o que julgam correcto, porém alguns ensinamentos que estas pessoas idosas receberam dos seus pais e da comunidade, à época, acabam por ocultar o seu real desejo.

A sexualidade está efectivamente presente na vida das pessoas idosas e manifesta-se das mais variadas formas, e não apenas pelo contacto genital, mas também pelo toque, pelo carinho, afecto, intimidade, cumplicidade, compreensão, faz-nos caminhar para uma sociedade mais justa e igualitária. Assim, devemos começar a rever muitos dos nossos conceitos para que realmente possamos fazer jus ao real respeito pelo próximo.

De salientar que os dados aqui apresentados se referem a idosos que viveram antes dos anos 70 do século XX e da libertação sexual que daí surgiu. Provavelmente os idosos mais novos já irão ter um comportamento sexual muito diferente, mais activo, não se notando tanto as diferenças entre homem e mulher que hoje ainda se sentem.

Existem ainda muitos mitos, medos e vergonha a ultrapassar para se poder falar naturalmente da sexualidade dos idosos, principalmente nas instituições.

Mas a conclusão principal deste texto é que a sexualidade nos idosos existe e recomenda-se!

## Bibliografia:

- AGS - American Geriatrics Society (2007), «*Most Healthcare Professionals Lack Training In Elder Sexuality*», Finds Study Presented At American Geriatrics Society's 2007 Annual Scientific Meeting.
- Cabral, Manuel Villaverde, Ferreira, Pedro Moura et al (2010), *Sexualidade em Portugal, Comportamentos e riscos*, Bizâncio.
- Cardoso, Jorge (2004). *Sexualidade e Envelhecimento. Sexualidade e Planeamento Familiar*, 38/39, 7-13.
- Comfort, A. in Stewart-Archer, Lois e Bernjak, Susan, (2008), "Sexuality in Elder Care: Toward a New Paradigm", p. 4
- Correia, J. Martins (2003). «Sexualidade e envelhecimento. Introdução à Gerontologia». Lisboa: Universidade Aberta
- Custódio, Carla, (2008), «*Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado*», Tese de Mestrado em Comunicação na Saúde, Universidade Aberta.
- Dias, António; Fonseca, Sara; Renca, Pedro e Silva, Elsa (2005), «*Análise estatística da população com mais de 50 anos infectada com sida em Portugal*». Comunicação apresentada no IX Congresso Virtual HIV/AIDS realizado a 17 de Outubro de 2005.
- Doll, Gayle, (2008), «*Helping Nursing Home Staff Become Comfortable With Residents' Sexual Expression*», K-State's Center on Aging, Kansas State University
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. São Paulo: Artmed editora.
- Engber, Daniel, (2007), «*Naughty Nursing Homes. Is it time to let the elderly have more sex?*» in *State Magazine*, 27/09/2007, Washington.
- Farnham, Alan (2007), «*Is Sex Necessary?*», in *Forbes Magazine*,
- Fonseca, F. A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*, 2ªEd, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Fraiman, A. P.(1999). *Amor & sexo na Terceira Idade*. São Paulo: Gente.
- Gomes, F. A. (1987). «A sexualidade na segunda metade da vida». *A Sexologia em Portugal*. Lisboa: Texto Editora.
- Gomes, Jacinto (2008), «*Sexualidade na velhice. O ponto de vista dos profissionais de saúde*», Tese de Mestrado em Sexualidade, Instituto Superior da Maia
- Kaiser F. (1996), «Sexuality in the Elderly». *Geriatric Urology*, 23(1): 99-107.
- Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda.
- Lopez, F.; Fuertes, A. (1998) *Para comprender la sexualidad*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Menezes, I. S. (2002). *Sexualidade: Promoção da Saúde e Envelhecimento*. URL: [http://www.unati.uerj.br/pdf/promocao\\_da\\_saude.doc](http://www.unati.uerj.br/pdf/promocao_da_saude.doc)
- Moller, Jonathan Bjerg,(2001), «*Porn calms Danish seniors, staff say*», acessível em [http://www.walnet.org/csis/news/world\\_2001/gandm-010905.html](http://www.walnet.org/csis/news/world_2001/gandm-010905.html).
- Pinto, Ana, e Pinho, Diana. e (2008), «*Atitudes dos cuidados face à sexualidade dos idosos*». Estudo apresentado no II Encontro de gerontologia da Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Sánchez, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Silva, Renata (2003), «*A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação*», acessível em <http://www.actafisiatrica.org.br>.
- Tudiver e Talbot (1999), «*Why don't men seek for help?*» in *Fam Pract*; 28(1): 48-52.

**Webgrafia:**

- [www.alzscot.org/pages/info/sexuality.htm](http://www.alzscot.org/pages/info/sexuality.htm)
- [www.sexworker.org.au](http://www.sexworker.org.au)
- <http://paramaioresidade.sentidosesensacoes.pt>

## 5. Universidades da Terceira Idade: Criar novos projectos de vida por Luís Jacob

### 1. Génese e desenvolvimento

A Universidade da Terceira Idade (UTI) ou Universidade Sénior «é a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente actividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As actividades educativas realizadas são em regime não formal<sup>22</sup>, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida» (RUTIS, 2011), ou conforme Pinto (2003) «instituições que se dedicam a dar resposta à procura de ensino não formal em variados domínios e à procura de actividades recreativas ou outras por parte da população sénior».

As UTIs são um modelo de formação de seniores com grande sucesso a nível mundial que proporciona a estes um grande leque de actividades culturais, recreativas, científicas e de aprendizagem. As UTIs enquadram-se no conceito da formação ao longo da vida (*Lifelong Learning*) ou formação permanente, assim como vai buscar princípios à gerontagogia ou gerontologia educativa. Esta, como foi referido num capítulo anterior, «tem a ver com a concepção e desenvolvimento de modelos e programas de animação, estimulação, enriquecimento pessoal, formação e instrução dirigidos aos idosos, ou seja a sua área de actuação são todas as actividades educativas em que participem idosos» (Mowy e O'Connor, 1986, p. 12, por Martin, 2007).

<sup>22</sup> O ensino pode ser praticado de diferentes formas. As principais são: o ensino formal, o ensino informal e o ensino não-formal. O ensino formal é aquele praticado pelas instituições de ensino, com conteúdo, forma, certificação, profissionais de ensino, etc. O ensino informal está relacionado com o processo de socialização do homem. Ocorre durante toda a vida, muitas vezes até mesmo de forma não intencional. O ensino não-formal, por sua vez, é intencional. Em geral é aquele relacionado com processos de desenvolvimento de consciência política e relações sociais de poder entre os cidadãos, praticados por movimentos populares, associações, grêmios, etc. os limites entre essas três categorias de educação não são extremamente rígidos, são permeáveis. Pois estamos aprendendo constantemente e por diferentes vias e agentes. Fonte: Conselho Nacional de Educação