



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA** Escola Superior de Educação

*Aspetos da Vida Sexual na Terceira Idade*

*- uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso -*

**Cidália Maria Garcia Augusto Vaz**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Educação Social

Orientador:

**Professor Doutor António Francisco Ribeiro Alves**

Bragança  
junho, 2012

*À memória do meu pai*

## *AGRADECIMENTOS*

Ao Professor Doutor António Ribeiro Alves, pelo constante apoio, estímulo, disponibilidade, empenho, incentivo, e exigência constante com que me orientou.

À Direção das instituições selecionadas, pela autorização concedida ao nosso pedido para a realização das entrevistas.

A todos os cuidadores de idosos participantes e que pela sua colaboração e disponibilidade foi possível a realização deste estudo.

À Professora Doutora Maria do Céu Ribeiro pela sua disponibilidade e colaboração, pelos comentários pertinentes e pelo constante incentivo.

À minha filha, pelos “puxões de orelhas” nos muitos momentos que pensei desistir, pelo incentivo, força e ajuda.

Ao meu companheiro, pelos “cafezinhos” que deixou de tomar fora de casa, nas noites que eu estava “inspirada” e ficou a fazer-me companhia incentivando-me a não desistir.

À minha mãe, irmã, cunhado e sobrinha pelo apoio, suporte familiar e emocional ao longo da vida.

A todos que me apoiaram e que, com a sua ajuda e estímulo, contribuíram para que este trabalho fosse concretizado.

## **RESUMO**

A problemática do envelhecimento é uma área de investigação de singular interesse na atualidade, não só pela importância que o fenómeno tem vindo a assumir, mas também pelo que ainda falta conhecer e compreender acerca de todo este processo.

A par de crenças e mitos, por vezes erradas acerca dos idosos e da velhice, surge a vivência e expressão da sua sexualidade, muitas vezes relevada para segundo plano, por se considerar ainda que nesta etapa do ciclo vital o indivíduo se torna num ser assexuado.

Este estudo teve como principal objetivo conhecer a forma como o cuidador formal percebe a sexualidade dos idosos e a questão de investigação que o orientou foi: *Será que na percepção dos cuidadores, a respeito da sexualidade do idoso, estão presentes tanto os aspetos amorosos como sexuais?*

Para o efeito, desenvolvemos uma revisão bibliográfica e uma análise qualitativa dos dados recolhidos. Os participantes foram 15 cuidadores formais de idosos, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 25 e os 58 anos. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, que seguiu um guião previamente, e foram organizados e analisados no âmbito de uma abordagem qualitativa inspirada na *grounded theory* de (Strauss e Corbin, 1994).

Apresentam-se resultados da análise para caracterizar a referida percepção e discutem-se limites e potencialidades do estudo.

**Palavras-chave:** Idoso; Envelhecimento; Cuidadores; Sexualidade.

## ***ABSTRACT***

Ageing is an area of research interest nowadays, not only by the importance that the phenomenon has assumed, but also by what remains to know and understand about this whole process.

Along with beliefs and myths, sometimes wrong about the elderly comes the experience and expression of their sexuality that is often considered asexual.

This study aimed mainly to understand how the caregiver views the sexuality of the elderly and the research question was: *the perception of caregivers about sexuality of the elderly, has both themes of love and sex?*

For this purpose, we developed a literature review and a qualitative analysis of the collected data. The participants were 15 formal caregivers of the elderly of both sexes and aged between 25 and 58 years. The data were collected through a semi-structured interview that followed a script in advance and were organized and analyzed in a qualitative approach inspired by grounded theory (Strauss and Corbin, 1994).

Results are presented to characterize such a perception and the limits and potential of this study are also discussed.

**Keywords:** Elderly; Aging; Caregivers; Sexuality.

# ÍNDICE DE CONTEÚDOS

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1	DESENVOLVIMENTO HUMANO	6
2.2	O ENVELHECIMENTO	9
2.2.1	TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	13
2.2.2	ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO	16
2.2.3	ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL	19
2.2.4	A VELHICE E O IDOSO	21
2.3	SEXUALIDADE NOS IDOSOS	24
2.3.1	A AFETIVIDADE E A ÍNTIMIDADE	24
2.3.2	CONCEITO DE SEXUALIDADE	26
2.3.3	ENVELHECIMENTO FÍSICO E SEXUAL	29
2.3.4	MITOS ACERCA DA SEXUALIDADE E DO IDOSO	35
2.4	CUIDADORES E IDOSOS	39
2.4.1	CUIDAR, CUIDADOS, CUIDADORES E SEXUALIDADE	40
2.5	SÍNTESE	46
<b>3</b>	<b>ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>48</b>
3.1	PROBLEMÁTICA	48
3.2	METODOLOGIA	49
3.2.1	PARTICIPANTES	50
3.2.2	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	52
3.2.3	PROCEDIMENTO	54
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	55
3.3.1	PROCESSO DE ANÁLISE	55
3.3.2	OS CUIDADORES E A SEXUALIDADE DO IDOSO	59
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>75</b>
4.1	A PERCEÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS SOBRE A SEXUALIDADE DO IDOSO	75
4.2	LIMITES E POTENCIALIDADES	81
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>84</b>

<b>6</b>	<b><u>ANEXO 1 - GUIÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<b>88</b>
<b>7</b>	<b><u>ANEXO 2 - RESPOSTAS E CATEGORIAS</u></b>	<b>90</b>
<b>8</b>	<b><u>ANEXO 3 - CATEGORIAS EMERGENTES DE TRÊS JUÍZES INDEPENDENTES</u></b>	<b>99</b>
<b>9</b>	<b><u>ANEXO 4 - NARRATIVAS</u></b>	<b>103</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL SEGUNDO ERIK ERIKSON (2000) .....	7
QUADRO 2 - TEORIAS SOBRE AS TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DA VELHICE.....	8
QUADRO 3 - MODIFICAÇÕES BIOLÓGICAS ESTRUTURAIS LIGADAS À SENESCÊNCIA.....	18
QUADRO 4 - INVESTIGAÇÕES PIONEIRAS DO ESTUDO DA SEXUALIDADE NA VELHICE. ....	33
QUADRO 5 - CONSEQUÊNCIAS DO MODELO DE SEXUALIDADE BASEADO NO JOVEM.....	36
QUADRO 6 - CONSEQUÊNCIAS DO MODELO DE SEXUALIDADE BASEADO NO PRAZER. ....	38
QUADRO 7 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	51
QUADRO 8 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 5 – A PALAVRA IDOSO QUE LHE SUGERE? .....	57
QUADRO 9 – COEFICIENTES DE ACORDO (KAPPA DE COHEN) PARA TRÊS JUÍZES.....	58
QUADRO 10 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 6.....	90
QUADRO 11 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 7.....	91
QUADRO 12 – RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 8.....	92
QUADRO 13 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 9.....	93
QUADRO 14 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 10.....	94
QUADRO 15 – RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 11.....	95
QUADRO 16 - RESPOSTAS E CATEGORIAS DA PERGUNTA 13.....	97



# 1 Introdução

O processo de envelhecimento e a velhice são uma fase integrante do ciclo de vida humana. Segundo Paúl e Fonseca (2005), o significado dos termos, *envelhecimento*, *idoso* e *velhice* depende muito do contexto social e histórico em que são produzidos e tal como acontece com as atitudes perante os idosos, estes conceitos têm vindo a mudar, refletindo o melhor conhecimento que existe acerca do ser humano, a cultura e relações sociais das várias épocas.

O envelhecimento “*foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte*” (Paúl e Fonseca, 2005, p.21). Se este é um período de perdas, reconhece-se também que não tem sido dada verdadeira atenção à criação de medidas preventivas no sentido de controlar e reduzir essas mesmas perdas, pelo que, e na expressão de Fonseca (2005), não se deverá acentuar tanto os efeitos negativos da velhice, mas antes as características da pessoa que envelhece e que é, até ao fim, “*uma pessoa em desenvolvimento*”.

Um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual, comum à generalidade dos países europeus, é o crescimento da população idosa. Esta, frequentemente, acarreta consigo situações crónicas incapacitantes e de dependência o que faz com que a necessidade de cuidados a longo prazo também não pare de crescer.

A enorme heterogeneidade que se verifica entre os idosos leva a que seja necessário analisar a adequação dos tipos de cuidados, informais e formais, praticados, à satisfação das exigências também elas cada vez mais diversificadas.

A imagem negativa do envelhecimento, e mais concretamente acerca do idoso, que ainda existe, leva muitas vezes a que a atenção seja desviada dos aspetos essenciais à sua qualidade de vida, dos quais a sexualidade é parte integrante. Embora sejam ainda poucos os estudos acerca desta temática, constata-se que a capacidade sexual está presente no indivíduo ao longo de toda a sua vida, inclusivamente até idades muito avançadas.

Tendo por base o anteriormente exposto e tendo em conta que o envelhecimento deve ser visto como um problema, não só pessoal e familiar, mas antes social, com este trabalho propomo-nos contribuir, de alguma forma, para um maior conhecimento e compreensão do papel do cuidador no que respeita à sexualidade do idoso.

Para a análise desta problemática, delineamos a seguinte pergunta de investigação: *Será que na percepção dos cuidadores, a respeito da sexualidade do idoso, estão presentes tanto os aspetos amorosos como sexuais?* E traçamos um objetivo principal: *Conhecer a percepção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso.*

Esta dissertação é constituída por duas partes essenciais: o enquadramento teórico e o estudo empírico. No enquadramento teórico fazemos a apresentação e desenvolvimento dos conceitos e da investigação pertinentes sobre o desenvolvimento humano, o envelhecimento, a sexualidade nos idosos e os cuidadores de idosos. Esta parte termina com uma síntese onde sobressaem as afirmações mais importantes sobre a sexualidade dos idosos, a percepção e atitudes dos cuidadores formais perante situações complexas acerca desta temática e a escolha metodológica do estudo que se segue posteriormente.

Este estudo constitui a segunda parte da dissertação que começa com a apresentação da problemática e da metodologia utilizada, com a descrição dos participantes, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos. Na análise dos dados será referido todo o processo utilizado. Através da discussão apresenta-se a percepção dos cuidadores sobre a sexualidade do idoso e registam-se os limites e potencialidade do estudo.

A dissertação termina com a listagem das referências consultadas e com a apresentação dos anexos.

## 2 Enquadramento Teórico

As definições encontradas na literatura para definir envelhecimento, velhice e idoso, de acordo com Fernandes (2007), são inúmeras e estão sempre em evolução, tal como acontece com o conhecimento relacionado com esta área. Apesar desta variedade e da abrangência de cada definição, envelhecimento será sempre o processo que identifica a passagem de um estágio de evolução para o seguinte, comportando sinais físicos, psicológicos e sociais que identificam a passagem dos anos.

Tendo em linha de conta o processo de desenvolvimento humano, e dada a sua importância, seguidamente, serão abordados temas relativos à conceção do envelhecimento na sua vertente biológica e psicossocial e as teorias que justificam as alterações de ambos e descritos os conceitos de velhice e idoso.

### 2.1 Desenvolvimento Humano

São diversas as teorias do desenvolvimento humano existentes em Psicologia que abordam uma série de etapas ou estádios na vida do ser humano e a maioria delas debruça-se sobre as primeiras etapas da vida, tal como o fez Piaget. Já o psicólogo Erik Erikson (2000) tem uma visão evolutiva, desde o nascimento até à morte, a sua teoria, normalmente designada por *teoria psicossocial do desenvolvimento*, cobre a vida inteira e é caracterizada pela noção básica de que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências sociais acaba por modelar as suas vidas. Para este autor todas as pessoas, no decorrer da sua existência, passam por oito “*momentos de crise*” diferentes, e em cada um deles estão abertas simultaneamente a sentimentos positivos (confiança, intimidade, integridade) e vulneráveis à ação de sentimentos negativos (culpa, inferioridade, isolamento). Apesar de considerar que algumas dimensões da personalidade possam ser predeterminadas sob o ponto de vista hereditário, para Erikson a resolução de cada fase de desenvolvimento deve ser sempre entendida no âmbito da interação entre a personalidade e o meio.

O ciclo de vida humana descrito por Erikson (2000), é uma sequência universal de oito sucessivos estádios de maturidade (Quadro 1)<sup>1</sup> que, por sua vez, são representativos e resultam da interação estabelecida entre o indivíduo e a sociedade em diferentes fases (idades) da vida. Cada estágio representa uma diferente função do *self* e resulta de

---

<sup>1</sup> Ver Quadro 1, p.7

mudanças na interação entre o indivíduo e a sociedade, comportando um conjunto de tarefas típicas que o indivíduo é chamado a resolver. O ato de lidar e resolver essas tarefas, segundo Erikson, envolve a existência de uma tensão ou de um conflito entre tendências opostas e será pela resolução desse conflito de uma forma positiva que o indivíduo alcançará determinados objetivos desenvolvimentais ao longo da sua vida.

Quadro 1 - Desenvolvimento psicossocial segundo Erik Erikson (2000)<sup>2</sup>

Estádios	Crises Psicossociais	Relações Significativas	Forças Básicas
Primeira Infância (bebê)	Confiança básica vs. Desconfiança básica	Pessoa maternal	Esperança
Infância	Autonomia vs. Vergonha, Dúvida	Pais	Vontade
Idade do Jogo	Iniciativa vs. Culpa	Família básica	Finalidade
Idade Escolar	Produtividade vs. Inferioridade	Vizinhança, escola	Competência
Adolescência	Identidade vs. Confusão de Identidade	Grupo de pares e exogrupos, modelos de liderança	Fidelidade
Jovem Adulto	Intimidade vs. Isolamento	Parceiro na amizade, no sexo, na competição e na cooperação	Amor
Meia-idade	Geratividade vs. Estagnação	Trabalho dividido e lar compartilhado	Cuidado
Velhice	Integridade vs. Desespero	«Espécie Humana» «Minha espécie»	Sabedoria

O primeiro estágio corresponde à infância (confiança básica vs. desconfiança básica), à vida adulta corresponde o sétimo estágio (geratividade vs. estagnação), que decorre dos 35 aos 60 anos e onde é esperado que a pessoa desenvolva “*um sentido de geratividade*” e o oitavo e último à velhice, a partir dos 65 anos até à morte (integridade vs. desespero). Neste estágio o indivíduo faz uma retrospectiva da sua vida até ao presente, se superou bem os estágios anteriores, se atingiu a plenitude da sua integridade, a capacidade para defender o seu estilo de vida, o reconhecimento da integridade dos outros e a modéstia frente ao universo, culminará com a sabedoria que o leva a aceitar as limitações e a própria morte (Oliveira, 2005). Se pelo contrário, lamentar frequentemente as ocasiões perdidas, expressa sentimentos de desespero frente à impossibilidade de recomeçar uma vida nova e aumenta o medo da morte. O desespero aumenta ainda devido à confrontação do indivíduo com a diminuição das suas capacidades físicas, sentindo-se aterrorizado pela possível morte iminente. O sucesso ou insucesso deste período depende em grande parte do modo como superou ou não as

<sup>2</sup> Tradução e adaptação a partir de Erikson (2000, pp. 40-41).

fases anteriores. O objetivo desenvolvimental corresponderá ao desenvolvimento de um “*sentido de integridade do eu*” (Oliveira, 2005).

O envelhecimento é encarado por Erikson como um período durante o qual o indivíduo reflete sobre a sua vida e revive os seus triunfos e desapontamentos, incorporando no *self*, memórias e experiências significativas acerca de si próprio e do mundo. (Fonseca, 2005).

Acerca dos autores que definiram diferentes teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico dos idosos, Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.163), para além de Erikson, destacam ainda Peck e Buhler, conforme Quadro 2:

Quadro 2 - Teorias sobre as tarefas de desenvolvimento psicológico da velhice<sup>3</sup>.

Autor	Etapas ou Estádios	Tarefas de Desenvolvimento Bem Sucedidas	Tarefas de Desenvolvimento Mal Sucedidas
ERIKSON	Oitava etapa do desenvolvimento humano	Integridade pessoal ou integridade do ego	Desespero ou despeito face à vida
PECK	Três estádios psicológicos no Envelhecimento feliz	Diferenciação do eu Desligamento Transcendência do eu	Preocupação com o papel profissional, com a ordem corporal e com o eu
BUHLER	Quinta etapa da vida	Teoria da intencionalidade ou Redefinição dos objetivos de vida	Desespero ou depressão

Segundo Oliveira (2005), o modelo epigenético de Erikson deu um contributo insubstituível para a compreensão do desenvolvimento humano, mas, neste campo, e no que respeita mais concretamente ao desenvolvimento psicológico, destaca ainda, pela sua representatividade, Freud numa vertente afetivo-sexual e Piaget no campo cognitivo, embora ambos através de um modelo linear, definido por fases ou estádios mais ou menos estanques e automáticas, considerassem que a evolução psicológica do indivíduo terminava na adolescência ou pouco mais, o que posteriormente se veio a acreditar não ser verdade e, pelo contrário, o desenvolvimento é antes um processo contínuo, que acompanha o indivíduo ao longo de todo o seu ciclo vital.

Um dos mais prestigiados autores do paradigma *life-span*, Paul B. Baltes (1987), aborda a psicologia do desenvolvimento tendo por base o estudo da constância e da mudança ocorrida ao longo de todo o ciclo vital, desde a concepção até à morte. A hipótese central da *life-span* é que o desenvolvimento não será concluído na idade adulta, mas que se estende ao longo de toda a vida, inclusive em idades avançadas, mediante processos adaptativos de aquisição, manutenção, transformação e desgaste nas estruturas e

<sup>3</sup> Tradução e adaptação a partir de Berger & Mailloux-Poirier (1995), p. 163.

funções psicológicas envolvidas. O mesmo autor propõe ainda que, ao longo da vida são várias as direções possíveis de mudança (multidireccionalidade), que se incrementa a variabilidade interindividual e que existe um balanço entre o crescimento (ganhos) e o declive (perdas). Sendo que, nos primeiros anos de desenvolvimento, o crescimento ocorre em maior proporção do que o declive, ao passo que na velhice ocorre em maior proporção o declive do que o crescimento.

Tendo como base a dinâmica interativa entre ganhos e perdas, a variabilidade interindividual e a plasticidade, Baltes (1987), formulou e operacionalizou um modelo adaptativo de desenvolvimento psicológico denominado por ele de “*modelo de otimização seletiva com compensação*”, que após uma atualização no âmbito da velhice bem-sucedida (Baltes e Baltes, 1990), deu origem ao denominado modelo SOC (Seleção - Otimização - Compensação), que consiste num modelo de adaptação à velhice. Primeiramente os idosos, tendo presentes as restrições do processo de envelhecimento, selecionam os objetivos em domínios que lhes possam proporcionar maior satisfação e controlo pessoal. Através da otimização, adquirem meios e recursos que irão facilitar o alcance dos objetivos selecionados. Relacionado com a seleção, a compensação é um processo que se torna operativo quando há perda ou redução de capacidades comportamentais específicas incutidas pelo envelhecimento e envolve recursos internos (intelectuais – de estratégia) e externos (tecnológicos).

## **2.2 O Envelhecimento**

O processo de envelhecimento e a velhice são estudados desde os mais variados pontos de vista, cientificamente define-se de modo diferente o que se entende por envelhecimento, mas em geral, todos eles se referem ao mesmo processo (i.e., alterações físicas, psicológicas e sociais com a passagem dos anos).

Na expressão de Oliveira (2005), normalmente o envelhecimento é pintado com cores sombrias, quer pelos mais novos quer pelos próprios idosos. Os estereótipos a respeito do envelhecimento e do velho marcam sobretudo as sociedades ocidentais e desenvolvidas.

Do ponto de vista científico, o envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida humano que acarreta consigo várias alterações biopsicossociais, este processo é pessoal e produz mudanças ao nível da relação entre o homem e o meio onde se insere, afirmação que é realçada por Oliveira (2005), quando afirma que diversos autores

entendem por envelhecimento “*um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-psicológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo*”( p. 24).

Muitos são os conceitos de envelhecimento onde são tidas em conta as relações do homem com o meio ambiente, partindo desta base, Robert (1994, p. 31) citado por Oliveira (2005, p. 24), afirma que o envelhecimento consiste numa “*perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*”, Birren (1995), define o envelhecimento como um processo ecológico, uma interação entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais, é também um dos maiores e mais complexos desafios que a ciência tem que enfrentar, dada a multiplicidade de fenómenos que lhe estão inerentes, e Costa (2002), acrescenta que embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica, ou social que permita marcar o início do envelhecimento, este traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida, e define-o como “*um processo experimental subjectivo, que pode definir-se como a auto regulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência*” ou como “*o processo segundo o qual, o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente, sendo que da senescência resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade da morte*”( p. 37).

Nesta mesma perspetiva, Carvalho e Alencar (1998), veem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas que contribuem para uma perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e para a sua maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte.

Para além das relações homem meio ambiente, outros aspetos importantes para definir o envelhecimento são, sem dúvida, os psicológicos, os biológicos, os comportamentais, os sociais, os genéticos e outros. Neste sentido surge o conceito formulado por Almeida (1999), segundo o qual se forma com base numa pluralidade de elementos, tais como os valores, os padrões de comportamento, o sistema moral, os costumes e as experiências prévias de cada um, fruto da própria formação de cada indivíduo e/ou fruto do contacto social; e o de Fontaine (2000), para quem o envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis: o biológico, o social e o psicológico, acrescentando ainda que é o “*conjunto de processos [...], que o organismo sofre após a sua fase de*

*desenvolvimento. O envelhecimento não é o sinónimo de velhice”, é “um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os seres vivos e o seu termo é a morte”*( pp. 11-14).

Neste rol de conceitos, surgem ainda outros autores que têm em conta o indivíduo e a sua genética e de que são exemplo Sequeira e Silva (2002, referidos por Mixão e Borges, 2006) que descrevem o envelhecimento como um processo variável e individual que faz parte do ciclo de vida, onde os ritmos de envelhecimento diferem não só entre indivíduos mas também dentro do próprio indivíduo. O ritmo e nível de envelhecimento podem ser condicionados por fatores genéticos ou fatores relacionados com aspetos sociais e estilos de vida, Paúl (2005, p. 38), que considera o envelhecimento *“um processo temporal, cuja base genética e ambiental potencia, positiva ou negativamente, os resultados finais em termos do modo como cada um envelhece”* e Birren (1995), para quem envelhecer são mudanças, que ocorrem regularmente nos organismos que vivem em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança.

Yates (1993, cit. por Paúl e Fonseca, 2005, p. 28), definiu o envelhecimento *“como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que resultam na morte”* ao mesmo tempo Paúl e Fonseca (2005, p. 28), acrescentam que o envelhecimento *“pode ser definido como um processo de aumento de entropia com a idade, da qual pode surgir a ordem ou a desordem [...]”*.

Para Gaullier (1988, p. 201), o envelhecimento é a *“existência humana enquanto ela dura e muda, um itinerário feito de declínios e desenvolvimentos, de liberdade e contratempos, uma experiência que submetemos, interpretamos e conduzimos segundo regras colectivas ou através de decisões individuais”*.

De acordo com Nazareth (2009), falar de envelhecimento não é falar 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.

Na definição do conceito de envelhecimento mesmo tendo em conta os fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais não se podem esquecer as muitas metáforas e definições do senso comum de onde, e tal como refere Oliveira (2005), surgem expressões como: *Outono da vida, cume da montanha, idade da colheita, idade das perdas, idade crepuscular, idade da saudade, entardecer, poente, cair do sol, rio*



*que chega ao mar, morte à vista, tempo de luto*, entre outras, que depois de analisadas e interpretadas possuem aspetos que estão associados às diversas definições do conceito.

Conforme Berger e Mailloux-Poirier (1995), podemos considerar o processo de envelhecimento segundo dois tipos: o primário e o secundário, mas Birren e Schroots (1996, p.10), acrescentam ainda o terciário. Para estes autores o envelhecimento primário corresponde ao envelhecimento normal, ou seja, *“mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, que são de todo irreversíveis”* como por exemplo os cabelos brancos e as rugas, que fazem parte da imagem que tradicionalmente fazemos do envelhecimento.

O envelhecimento secundário *“refere-se às mudanças causadas pelas doenças que estão correlacionadas com a idade mas que podem ser reversíveis ou prevenidas”* (p.10). Sendo o envelhecimento um processo individual, que varia substancialmente de indivíduo para indivíduo, os mesmos autores consideram que nem sempre é fácil distinguir o envelhecimento primário (não patológico) do secundário (patológico).

O envelhecimento terciário *“refere-se às mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice”* (p.10), que precedem imediatamente a morte, o que sugere a possibilidade da existência de um envelhecimento acelerado.

Tendo por base o risco, Rowe e Kahn (1997), caracterizam o envelhecimento não patológico em dois grupos: o envelhecimento usual, que corresponde ao envelhecimento que cursa sem patologia, contudo o risco de a contrair é elevado; e o envelhecimento com êxito, que corresponde ao envelhecimento cujo risco de doença e de incapacidade é baixo, estando associado a um alto nível de funcionamento físico e cognitivo, com um compromisso ativo com a vida.

De acordo com Birren e Schroots, (1996), citados por Fonseca (2004), nem a correspondência entre o envelhecimento primário e a normalidade, nem entre o envelhecimento secundário e patológico, parecem ser suficientes para alcançar uma clareza concetual neste domínio. Através dos estudos longitudinais que têm sido feitos os mesmos autores concluem que este é um processo individualizado e que varia entre indivíduos.

É uma constatação de diversos autores, (e.g., Fonseca, 2004), que embora o envelhecimento seja um fenómeno intensamente estudado a nível mundial nenhuma das definições até agora encontradas está cientificamente comprovada e aceite, julgando-se no entanto, e cada vez mais, que o envelhecimento é *“um fenómeno multidimensional resultante da acção de diversos mecanismos: disfunção do sistema imunológico,*

*programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN (Ácido Desoxirribonucleico) e controlo neuro-endócrino da actividade genética”* (Poirier, 1995, p.95).

O processo de envelhecimento é complexo, implica envelhecimento biológico e social a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico (Paúl, 2005), e são inúmeras as hipóteses que ao longo dos anos se têm levantado no sentido de o explicar. Para melhor compreender este fenómeno é necessário o seu entendimento não só a nível social mas também individual, o que envolve diversas áreas do conhecimento, tais como a economia, a antropologia, a psicologia, a ética e a geografia, que atribuíram um conjunto de explicações e teorizações que seguidamente se passam a descrever.

### **2.2.1 Teorias do Envelhecimento**

De acordo com Pinto (2001), todos os anos aparecem propostas que têm como objetivo explicar o processo de envelhecimento, o que segundo a autora, se deve não apenas à inquietude dos investigadores, mas também porque o envelhecimento, direta ou indiretamente, diz respeito a todos.

Muita reflexão tem sido feita nos últimos anos de forma a encontrar resposta para as razões (ou causas) do processo de envelhecimento.

No que respeita à abordagem do envelhecimento Berger e Mailloux-Poirier (1995), consideram quatro aspetos diferentes, mas ao mesmo tempo interligados:

- *Envelhecimento físico*, onde há a perda progressiva das capacidades orgânicas e corporais;
- *Envelhecimento psicológico* que comporta todas as alterações dos mecanismos sensoriais, percetuais, cognitivos e afetivos;
- *Envelhecimento comportamental*, que para além dos dois aspetos anteriores, num determinado meio, reagrupa ainda as aptidões, as expectativas, as motivações, a autoimagem, os papéis sociais, a personalidade e a adaptação;
- *Envelhecimento social*, caracterizado pelas influências que exerce o indivíduo na sociedade e a sociedade no indivíduo nas mais diversas áreas.

De acordo com esta abordagem, o envelhecimento envolve as várias componentes da vida do ser humano e não deve ser encarado numa perspetiva redutora e uni disciplinar. A etiologia do envelhecimento, segundo Oliveira (2005), ainda não é de todo conhecida, mas tem fatores genéticos e outros, como a raça ou o sexo, incluídos.

São múltiplas as teorias sobre o envelhecimento que nos ajudam a compreender este processo complexo, as teorias biológicas e biomédicas (i.e., teorias do stress, teorias neuro psicológicas e outras), teorias psicológicas (i.e., cognitivas, psicossociais, emotivas) teorias sociais (i.e., antropológicas, construtivas, político-económicas), havendo, no entanto, alguns autores que acrescentam ainda que ao falar-se de teorias do envelhecimento de algum modo já se fala das causas.

Nesta variedade não se pode afirmar que umas sejam mais corretas do que outras, nem mesmo mais importantes, uma vez que depois de analisadas se verifica que afinal se completam umas às outras.

De acordo com a revisão da literatura efetuada é possível organizar as teorias explicativas do envelhecimento em duas grandes divisões: as teorias biológicas e as teorias psicossociais.

### **2.2.1.1 Teorias Biológicas do Envelhecimento**

Estas teorias explicam o envelhecimento numa perspetiva que considera apenas os aspetos biológicos do indivíduo.

A teoria biológica contempla que o organismo individual experimenta três etapas essenciais, ou sejam: o crescimento e desenvolvimento; a maturação; e o declive e morte. Estas três etapas sucedem-se umas às outras, a não ser que existam erros biológicos ou morte provocada por um acidente do organismo, devido a uma alteração plástica e/ou funcional que provoque a morte do indivíduo (Fernández-Ballesteros, 2000).

Segundo Veja e Bueno (2000), a perspetiva de uni direccionalidade seguida pelo envelhecimento biológico supõe a infância como um período de crescimento, antagonizando com a etapa da velhice, considerado por eles como um período de deterioração.

Para Bromley (1969), a primeira causa para o envelhecimento humano são as alterações físicas degenerativas que ocorrem no organismo ao longo do tempo. Com vista a explicar todas as alterações do organismo a nível biológico, Nazareth (2009) e Poirier (1995), referem as seguintes teorias: *teoria imunitária*, *teoria genética*, *teoria do erro de síntese proteica*, *teoria do desgaste* e *teoria neuro-endócrina*.

*Teoria imunitária* - conforme esta teoria, a atividade é exercida através de dois sistemas: o celular e o humoral, entre estes dois, existe um mecanismo de equilíbrio, sendo que as alterações da imunidade celular são mais importantes que as da humoral,

resultando delas a vigilância imunológica de uma pessoa em que o reconhecimento de uma substância estranha ao organismo deve ser feito através das células que devem, não só, reconhecer o que é específico de um organismo, mas também reconhecer os seus invasores e agir para os destruir.

*Teoria genética* - de acordo com esta teoria, o envelhecimento integra o código genético dos indivíduos, estando programado biologicamente sob a forma de um contínuo, desde o nascimento até à morte. O envelhecimento no ser humano é a última etapa de um processo genético definido e orientado.

*Teoria do erro da síntese proteica* - defende que existe a possibilidade de modificações na molécula de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) que alteram a informação genética levando à síntese de proteínas incapazes de desempenhar a sua função e consequentemente ao envelhecimento, isto é, o envelhecimento resultaria da morte celular.

*Teoria do desgaste* - refere que os vários sistemas do organismo humano se danificam à medida que desempenham as suas funções ao longo do tempo, este desgaste provoca anomalias e posterior paragem de todo o sistema.

*Teoria neuro-endócrina* - atribui o envelhecimento à falência progressiva do sistema endrónico relativamente às diferentes funções orgânicas. Defende ainda que a maior parte das funções neuro-endrónicas parece diminuir com a idade e a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças neuro-endrónicas. A modificação da produção ou da libertação de certas hormonas figura entre estas mudanças e teria efeitos diretos sobre o envelhecimento através de um ciclo de retroação negativa.

### **2.2.1.2 Teorias Psicossociais do Envelhecimento**

Se o envelhecimento biológico levantou tantas dúvidas e suscitou curiosidade por parte dos investigadores, o mesmo se verifica com o envelhecimento psicossocial. Embora alguns autores, como é o caso de Fernández-Ballesteros (2000), considerem que não existem propriamente teorias psicológicas explicativas do envelhecimento, mas antes descrições de alterações que se produzem com a idade, no funcionamento psicológico das pessoas, o certo é que, diversos estudos realizados com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento deram origem a algumas teorias psicossociais do envelhecimento que se reportam às teorias psicológicas e sociológicas. Destas Poirier (1995), destaca três:

- a *teoria da atividade*, segundo a qual a pessoa idosa deve continuar ativa para alcançar a maior satisfação possível e preservar a sua saúde, o que por vezes, implica identificar e adotar novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados, para tal a sociedade deverá valorizar a idade e facilitar este processo;
- a *teoria da desinserção*, que demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade. O indivíduo, de forma gradual, coloca fim ao seu empenhamento e retira-se da sociedade ao mesmo tempo que esta lhe oferece muito menos que anteriormente;
- a *teoria da continuidade* que demonstra que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases onde o idoso continua com os seus hábitos, gostos e características anteriores, os quais integram a sua personalidade ainda que tenha que desenvolver alguns mecanismos de adaptação.

## **2.2.2 Envelhecimento Biológico**

O envelhecimento biológico é um processo cujos efeitos são visíveis mas onde o mecanismo interno permanece ainda muito desconhecido, revestindo-se o seu estudo, de uma especial complexidade no âmbito metodológico.

Para Sequeira (2010), o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo, verificando-se uma acentuada diminuição da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos. No mesmo sentido, Hayflick (1999), acrescenta que as mudanças corporais associadas ao envelhecimento biológico são decorrentes do facto de as células não serem imortais, da sua substituição não ser ilimitada e também devido à morbilidade a que as pessoas estão expostas ao longo da vida.

A perda progressiva das capacidades orgânicas e corporais verificadas no envelhecimento físico aumentam a sua velocidade de declínio à medida que a idade aumenta, sendo que, na forma de envelhecer, sobretudo no que respeita aos aspetos fisiológicos, é relevante o estilo de vida que a pessoa adotou desde a infância.

O processo de envelhecimento tem subjacente, variadas e complexas interações entre fatores intrínsecos e extrínsecos que se refletem nas modificações fisiológicas sofridas pelo indivíduo (Sequeira, 2010).

O envelhecimento é multifatorial e diferencial, único para cada pessoa e implica uma deterioração fisiológica do organismo.

Do ponto de vista biológico o envelhecimento deve ser sempre encarado relativamente às mudanças fisiológicas que ocorrem no corpo em diferentes indivíduos, podendo existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000, referido por Fonseca, 2005).

De acordo com Weineck (1991), o organismo envelhece como um todo, enquanto os seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados, fenómeno, que parece ser determinado basicamente pela hereditariedade, as alterações estruturais, ocorrem fundamentalmente ao nível metabólico e celular e o funcionamento do organismo, assim como a aparência do corpo, podem ser modificados.

A diminuição do número de células e a perda das reservas fisiológicas atingem todos os órgãos, como consequência as funções deterioram-se. As principais alterações anatómicas e funcionais foram esquematizadas por Spar e La Rue (2005), referidos por Sequeira (2010), da seguinte forma:

- no que diz respeito ao sistema cardiovascular, o coração tem uma menor eficácia e as artérias um estreitamento que origina um menor rendimento cardíaco;
- o sistema respiratório sofre atrofia e rigidez, perdendo elasticidade e diminuindo a capacidade respiratória;
- no sistema renal verifica-se uma diminuição do peso e do tamanho dos rins tornando-se menos eficientes a eliminar toxinas, a capacidade de esvaziamento da bexiga diminui;
- relativamente ao sistema gastrointestinal é menos eficiente na absorção dos nutrientes, diminuindo a eficiência da eliminação ao mesmo tempo que se verifica uma atrofia da mucosa gástrica;
- no sistema músculo-esquelético dá-se uma redução da massa muscular e óssea, perda da elasticidade das articulações e perda da força muscular;
- por último, o sistema nervoso apresenta degenerescência neurofibrilar de neurónios, acumulação de placas senis, diminuição dos neuro transmissores, entre outros.

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento não afetam ao mesmo tempo, nem da mesma maneira, todos os idosos, assim como a degeneração dos sistemas

orgânicos não é simultânea, há células que estão em renovação permanente, outras nunca se renovam nem envelhecem.

Quadro 3 - Modificações biológicas estruturais ligadas à senescência<sup>4</sup>.

<b>ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS</b>
<b>a - Células e tecidos:</b>
Diminuição do número de células ativas; Aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células ou tecidos; Abrandamento do ritmo da multiplicação celular; Diminuição do ritmo de multiplicação de glóbulos (vermelhos e brancos) e perda de eficácia; Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos; Atrofia e perda de elasticidade tecidual.
<b>b - Composição global do corpo e peso corporal:</b>
Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro; Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos.
<b>c - Músculos, ossos e articulações:</b>
Diminuição de 25 a 30% da massa muscular (podendo atingir os 50%); Diminuição da mobilidade de diversas articulações; Adelgaçar dos discos vertebrais, o que provoca uma redução de 1 a 5 cm na altura; Redução da dimensão da caixa torácica; Perdas de cálcio (osteoporose); Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio.
<b>d - Pele e tecido subcutâneo:</b>
Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da pele; Possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas; Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas; Perda da elasticidade da pele; Persistência da prega cutânea; Aparecimento de rugas; Acentuação das proeminências ósseas; Descair das faces, queixo e pálpebras e alongamento dos lobos das orelhas.
<b>e - Tegumentos:</b>
Pelos finos e raros, exceto na face; Perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos; Acinzentar e descolorir dos cabelos; Espessamento das unhas (onicogribose).

A senescência tem início com mudanças graduais e progressivas no aspeto exterior, com o aparecimento de cabelos brancos, rugas e perda da elasticidade da pele, alterações da mobilidade e da força muscular, diminuição da velocidade de reação alterações da

<sup>4</sup> Tradução e adaptação de Berger & Mailloux-Poireier, 1995, p. 141

acuidade sensorial auditiva e visual. Este processo é ainda responsável pelo envelhecimento das estruturas, tal como se apresenta no Quadro 3 (p. 18).

### **2.2.3 Envelhecimento Psicossocial**

O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo, com alterações a vários níveis, sendo as mais visíveis as alterações corporais que por sua vez têm repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos. O envelhecimento psicológico *“depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida”* (Sequeira, 2010, p. 23).

Se durante muitos anos se pensou que o envelhecimento estava inevitavelmente ligado a uma diminuição dos processos cognitivos, atualmente sabe-se que é possível o indivíduo conservar a sua saúde mental até ao fim da vida e que esta conduz, de certa forma, a um envelhecimento bem-sucedido, tornando o idoso capaz de controlar as tensões e as perdas associadas à idade, afirmação corroborada por Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.158), quando escreve que a saúde mental *“é muitas vezes sinónimo de adaptação bem-sucedida e, para a pessoa idosa, de envelhecimento feliz”*.

De acordo com Sequeira (2010, p.23), *“do ponto de vista psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento”*.

O envelhecimento psicológico ocorre na sequência de diferentes fatores, entre os quais se destacam a dependência, a falta de autonomia, a necessidade de atenção e assistência por parte de terceiros, sendo ainda influenciado pelos diversos fatores que integram a cultura e a vivência social de cada indivíduo, por outras palavras, diz respeito ao papel que o indivíduo se atribui. Neste sentido acrescenta-se ainda, que manter determinadas atividades pode constituir um fator de equilíbrio psicológico por excelência. É de referir também, que, este tipo de envelhecimento está relacionado com a capacidade adaptativa do indivíduo às tarefas do dia-a-dia e tem a ver com estados emocionais e a percepção subjetiva do seu envelhecimento em relação aos seus pares com a mesma idade Sequeira (2010).

O desempenho cognitivo pode manter-se inalterável em grande parte das pessoas idosas, a funcionalidade intelectual, independentemente da idade, é influenciada por situações de doença ou stress.



Tal como acontece com as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo. No domínio psicológico, Fonseca (2005), afirma que existe um vasto conjunto de fenómenos como: as reações emocionais, personalidade, controlo, estilos de relação interpessoal, mecanismos preceptivos, aprendizagem, memória e cognição, entre outros.

A perda de capacidades cognitivas relacionadas com o processo de envelhecimento ainda não é um dado adquirido. Neste âmbito, Salthouse (1998, cit. por Paúl e Fonseca 2005, pp. 36-37), conclui que existem ainda poucas respostas para as razões de um declínio cognitivo associado à idade, no entanto “*sabe-se que um certo tipo de memória, raciocínio abstracto e resolução de problemas novos declinam com a idade*”. Também Denney (1982, citado por Fonseca, 2004), depois de analisar diversos trabalhos publicados concluiu que na generalidade dos estudos constatava a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, sendo que os primeiros eram favorecidos, mas, não era fácil distinguir os efeitos da idade.

Com estudos longitudinais, realizados posteriormente, foi possível apurar que, apesar de o padrão mencionado anteriormente se manter, a idade em que o declínio se inicia e a sua extensão, são diferentes consoante as capacidades consideradas e, embora existam mudanças em quase todas as capacidades, certo é, que algumas podem-se manter estáveis ou até melhorar ao longo da maior parte da vida, declinando apenas numa velhice tardia, enquanto outras iniciam o seu declínio muito mais cedo (Fonseca, 2004).

A aprendizagem associada à memória pode também vir a declinar sendo para tal responsáveis fatores como a motivação, a interferência de dados, o sentimento de impotência e o estado depressivo, assim como a perda de interesse pelos acontecimentos e a lentidão generalizada e os problemas de perceção (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). De acordo com a investigação realizada por Paúl e Fonseca, (2001) e Zamarrón e Fernández-Ballesteros (2002) citadas por Fonseca (2004), a aprendizagem de informação nova aumenta e crescem as dificuldades de aprendizagem de conteúdos sem relação direta com conhecimentos anteriormente adquiridos. No que se refere à memória a longo prazo, o seu declínio não é um fenómeno característico do envelhecimento, ao contrário da memória a curto prazo que apresenta um défice maior com a idade.

Um estudo longitudinal com grande amostra (n = 5676: 2977 mulheres e 2696 homens), realizado por Schaie (1996, referido por Oliveira, 2005, p. 43; e por Fonseca, 2004, p.

97), denominado *Seattle Longitudinal Study*, constata que, apesar das dificuldades de interpretação dos resultados, ocorre uma diminuição da eficiência cognitiva global e uma semelhança entre o nível cognitivo de pessoas que atualmente têm 70 anos com as de 65 anos há 30 anos atrás, o que se justifica por um conjunto de melhores condições a nível da saúde, materiais, educação, ao longo da vida, entre muitas outras que as pessoas adultas têm hoje ao seu dispor.

No entanto, existem autores como Braun e Lalonde (1990, referidos por Fonseca, 2004), que defendem a existência de perfis de declínio cognitivo associados à velhice independentemente dos fatores sociais, de saúde e restantes artefactos utilizados na avaliação das capacidades cognitivas e onde salientam o declínio das funções, executiva e mnésica.

Pode entretanto afirmar-se, tal como o faz Fonseca (2004), que, associado ao envelhecimento, pode existir de facto uma diminuição da capacidade de resposta, mais em termos de velocidade do que de conteúdos, continuando os idosos capazes e demorando apenas mais tempo a resolver as tarefas, e que, a diminuição das capacidades de tipo cognitivo não se encontra associada, simplesmente, à idade cronológica mas poderá também estar associada ao comportamento e saúde dos indivíduos ou à educação e à posição social que eles ocupam.

Nem todos os idosos possuem o mesmo funcionamento cognitivo e enquanto uns beneficiam dele eficiente até ao fim da vida, outros há que declinam nas suas capacidades, o importante é que os idosos se sintam integrados no meio em que se inserem, mantenham participação ativa nos papéis sociais que desempenham, de forma a poderem adotar uma atitude psicossocial positiva pelo que se torna necessário encorajá-los a manter e a desenvolver relações sociais (Sequeira, 2010).

No processo de envelhecimento fatores de natureza fisiológica, psicológica e cultural, podem contribuir para melhor compreender esta etapa da vida do ser humano, a etapa da também chamada velhice.

#### **2.2.4 A Velhice e o Idoso**

Falar de velhos e de velhice pode referir-se à idade cronológica, à idade biológica, à idade psicológica, social e ainda cultural (Oliveira, 2005). São muitos os estereótipos referentes à velhice mas o que lhe está mais enraizado é provavelmente que esta se traduz em comportamentos conservadores, inflexíveis e resistentes à mudança. De

acordo com o Machado (1977), *velho* tem a sua origem no latim *vetulus*, *vecúlu*. A velhice é um conceito abstrato, difícil de definir, é uma categoria socialmente construída e que serve para referir o período de vida em que as pessoas ficam velhas. À semelhança de Sánchez e Ulacia (2006), Grazina e Oliveira (2001), entendem por velhice a etapa da vida que se inicia aos 65 anos e termina com a morte, no entanto Fontaine (2000), baixa o início desta etapa para os 60 anos.

As definições de velhice, dependendo dos autores, podem ser agrupadas entre 3 a 5 dimensões: a dimensão cronológica, a biológica, a sociológica, a funcional e a psicológica.

Numa dimensão cronológica, Oliveira (2005), tendo como referência a divisão considerada no recenseamento dos Estados Unidos, distingue três faixas etárias a partir dos 65 anos: idosos jovens (65-74 anos); idosos (75-84 anos) e muito idosos (85 ou mais anos), mas acrescenta ainda que se podem distinguir quatro espécies de velhice: os velhos jovens (60-69 anos); velhos de meia-idade (70-79 anos); velhos-velhos (80-89 anos) e por último, velhos muito velhos (a partir dos 90 anos). Nesta mesma perspectiva, Neugarten (1999), delimita a velhice em duas categorias: uma que abrangeria indivíduos dos 55 aos 75 anos a que chamou jovens-velhos e outra que abrangeria indivíduos a partir dos 75 anos e que chamou velhos-velhos.

A dimensão biológica segundo Laforest (1991), entende a velhice com base nas alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo com o passar dos anos, o mesmo autor associa a esta, a dimensão sociológica uma vez que considera que a decadência física resultante do processo de envelhecimento mais cedo ou mais tarde afeta a participação social do indivíduo, nesta dimensão o autor contempla a velhice com base na idade laboral profissional, considerando que a mesma tem início com a reforma.

Por último, a dimensão psicológica, que de acordo com Carrajo (1999), entende a velhice com base nas alterações cognitivas e afetivas que ocorrem com o avançar da idade.

A velhice é uma construção social, que varia de umas sociedades para outras e de uns momentos históricos para outros. Na perspectiva de Fernandes (1997), a velhice é um conjunto de vivências, experiências, sentimentos e conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo vital, tendo em conta os aspetos físicos, sociais e culturais inerentes a cada indivíduo. No mesmo sentido, Poirier (1995, p.99), afirma que a velhice é *“um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos,*

*psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo*” e Imaginário (2004), acrescenta ainda a estes fatores os biológicos, os sociais, económicos e políticos, que compõem o quotidiano das pessoas que vivem o último período da evolução natural da vida, tornando-se portanto no chamado idoso.

Não é fácil definir envelhecimento e velhice mas, e apesar de todo o desenvolvimento das sociedades atuais, podemos encontrar uma série de preconceitos ou estereótipos sociais que definem este processo e muito particularmente o idoso. A associação do termo envelhecimento à diminuição de autoestima; à falta de motivação para planear o futuro; às atitudes infantis ou infantilizadas; à diminuição das faculdades mentais; aos problemas a nível cognitivo, motivacional e afetivo, é uma realidade a combater em muitas das sociedades atuais, mas não é menos real associar o termo idoso, ao “*estorvo*”, ao “*peso*”, “*sobrecarga familiar*”, “*monte de doenças*”, entre outros (Neto, 1992). Numa sociedade centrada no jovem e no que representa a sua força de trabalho e produção, o idoso torna-se naquele que já não pode responder às exigências e objetivos das sociedades.

As pessoas da terceira e quarta idade são denominadas muito de acordo com a sociedade onde estão inseridas. Em Portugal o termo velho tem uma certa conotação depreciativa por isso, o termo idoso é o mais vulgarmente utilizado. Os espanhóis chamam-nos de “*pessoas maiores*”, ou apenas “*maiores*”, no entanto, existem outros termos como ancião, entre outros, que identificam as pessoas nesta última etapa da vida (Oliveira, 2005).

Tendo por referência a idade cronológica do indivíduo, a Organização Mundial de Saúde (2001), define velho como aquele que já completou 65 anos. Zimerman (2000), para se referir às pessoas idosas utiliza este termo (velho), que chega mesmo a considerar carinhoso.

No que se refere aos idosos, e de acordo com Beauvoir citada por Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.63), “*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*” no entanto acrescenta ainda uma imagem contrária a esta que 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 objetivos, situam-se fora da humanidade*”.

Independentemente do termo utilizado para definir esta geração, este está inteiramente ligado à conotação que a sociedade lhe atribui, neste sentido Sánchez e Ulacia (2006, p.13), afirmam que “*um velho é o que a sociedade diz que é um velho. Na realidade, a*

*infância, a adolescência, a vida adulta e sobre tudo a velhice, são conceitos sociais que tomam como referência a idade...”. Na perspectiva de Simões (1985, p. 110), pode ser-se “velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade e jovem socialmente”.*

Até há bem pouco tempo, o conceito de idoso na nossa sociedade tinha a ver com a sua expectativa de vida que era curta e sem saúde, mas com os avanços da medicina este conceito alterou-se. Apesar de tudo, e embora o idoso e a velhice façam parte da vida sociocultural, muitas vezes não têm lugar nela e são reprimidos do contexto social, sem nele possuir ou ter forma de expressão.

## **2.3 Sexualidade nos Idosos**

A sexualidade é parte integrante do ser humano e está presente em maior ou menor grau desde o nascimento até à morte e deve ser tida em conta no contexto de toda a vida do indivíduo, *“como um processo contínuo que se modifica com o envelhecimento, com o assumir de novos papéis na vida, com a interacção com outras pessoas e com o meio ambiente”* (Black e Jacobs, 1996, cit. in Mixão e Borges, 2006, p.19).

Nos dias de hoje, o estudo da sexualidade na terceira idade assume cada vez mais importância, não só devido ao aumento do número de idosos, como também pelo aumento da duração da vida que é cada vez maior (acima dos 80 anos). Estas são duas razões que levaram à tomada de consciência que a terceira idade é um importante e longo período da vida do qual a sexualidade faz parte.

### **2.3.1 A afetividade e a Intimidade**

A afetividade é a capacidade para amar, é o sentimento que brota do coração de cada pessoa, independentemente do sexo por que cada indivíduo se interessa. Não se limita à satisfação de um impulso sexual, mas busca também o desejo de intimidade e companheirismo. É um aspeto muito importante ao longo de toda a vida e que não conseguimos controlar completamente.

É no meio familiar que a afetividade tem maior importância no desenvolvimento intelectual do indivíduo, o qual necessita de segurança emocional para poder treinar e fortalecer as suas capacidades intelectuais.

De acordo com Machado (1977, p. 127), a origem etimológica da palavra afeto é do latim *affectu* que significa *“estado, disposição da alma, sentimento, vontade”*. Para

Oliveira (2005) afetividade ou afeto significam “*prover*”, “*dotar*” ou “*produzir*” e manifesta-se de certa forma por comportamentos expressivos e sentimentos subjetivos. É habitual existir uma relação entre a afetividade e a sexualidade, ou seja, o amor é geralmente acompanhado de desejos sexuais, e estas são consideradas mais satisfatórias quando integradas numa relação afetiva. No entanto, nem sempre isto acontece e algumas pessoas podem estar apaixonadas sem ter desejos sexuais, o que sucede mais frequentemente nas mulheres, podem ainda ter desejos sexuais sem qualquer relação afetiva, o que sucede mais com os homens (Monteiro, 2006).

Para o autor supracitado, o carinho e o alimento são igualmente importantes para o desenvolvimento do indivíduo e constitui um dos principais pilares na sua formação, de tal forma, que quando a afetividade é perturbada por uma qualquer crise, toda a personalidade corre perigo.

No que diz respeito à intimidade, o mesmo autor afirma que, esta é uma confiança estreita partilhada por duas pessoas, muitas vezes ligada a sentimentos, pensamentos e atitudes de carinho e implica estar em contacto direto com a nossa realidade e com a do outro, sem julgamentos, esta inicia-se connosco próprios, com o nosso corpo, respiração, coração, pele, com as nossas sensações. Há na intimidade uma dimensão de silêncio, mas que partilha coisas indizíveis. Intimidade é a sensação de estar junto, de estar com o outro, implica confiabilidade, ou seja, poder acreditar, entregar-se ao outro, sentir que há uma base para ser e seguir sendo o que se é e se vivencia. É expressa pelo olhar, pelo toque, pelo gesto de ternura ou raiva, pela cumplicidade.

Conforme Giddens (1996, citado por Monteiro, 2006, p. 1298), “*intimidade é a expressão de si mesmo e dá-se, principalmente, pela manifestação da palavra, expressando sentimentos, anseios, sonhos, preocupações, e não só críticas e julgamentos que bloqueiam o contacto humano*”.

A intimidade proporciona satisfação, felicidade e segurança profundas e duradouras a duas pessoas que se querem mutuamente. O desejo de intimidade não diminui com a idade. No entanto, as condições e sentimentos que muitas vezes acompanham o envelhecimento podem complicar a capacidade de uma pessoa para desenvolver e manter uma relação íntima. O envelhecimento pode modificar o modo como se exprime a intimidade numa relação. “*Viver a intimidade implica sermos pessoas no fazer da sua história, e não apenas com uma história*” Monteiro (2006, p. 1298).

Segundo Ramos e González (1994), pode haver intimidade sem sexo e sexo sem intimidade. O sexo é uma manifestação física de intimidade que é muito importante

para muitas pessoas idosas. E se uns, à margem da idade que tenham continuam a desejar o sexo, outros creem que ter alguém com quem conversar, dar a mão, abraçar e beijar é suficientemente agradável, encontrando prazeres mais duradouros que o sexo, partilhando a vida quotidiana e desfrutando a família, as amizades e as novas experiências.

São muitos os fatores que podem contribuir para o deslocamento da atenção do sexo para outras formas de intimidade, entre eles a diminuição dos níveis de hormonas sexuais, o que implica alterações físicas que podem fazer com que as relações sexuais se tornem incómodas ou difíceis, alguns problemas de saúde ou alguns medicamentos utilizados para os tratar e que podem dificultar a capacidade de ter relações sexuais e desfrutá-las (*idem*).

### **2.3.2 Conceito de Sexualidade**

É difícil dizer o que é a sexualidade, dada a complexidade dos aspetos em que está implicada, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 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, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual*” (2001, p.9). Neste sentido, a sexualidade influencia a saúde física e mental e manifesta-se na infância, na adolescência e na velhice, ou seja, em todo o ciclo vital.

De acordo com a mesma fonte citada por Ferros (2005, p.149), a sexualidade assume-se como um aspeto central a todo o ciclo de vida humano e inclui “*sexo, identidade de sexo e papéis sexuais, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução [...] A sexualidade experiencia-se e expressa-se através de pensamentos, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos [...] é influenciada pela interação de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais*”.

Para Nunes (2008), a sexualidade é um mundo fascinante que passa por um conjunto de aspetos, que vão desde a comunicação, intimidade e fantasias até e obviamente, ao contacto físico, com os beijos, carícias e diferentes práticas sexuais.

Desde a Idade Antiga que existe referência ao estudo do amor e do apetite sexual, 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 atração entre os corpos

(Platão, a.c/1991), mas é Sigmund Freud que dá o grande contributo ao estudo da sexualidade humana. Segundo este investigador, o desenvolvimento da sexualidade está presente desde a infância, acrescentando 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, s.d./1924).

São vários os autores, (e.g., Ramos e González, 1994); López e Fuertes, 1989), que referenciam dois investigadores americanos, Masters e Jonhson (1954), que contribuíram para clarificar vários aspetos da fisiologia da resposta sexual humana destacando-se na compreensão da função sexual quando descreveram o Ciclo da Resposta Sexual Humana em quatro fases: excitação, planalto, orgasmo e resolução. Mas a sexualidade é muito mais que a resposta sexual humana, envolvendo sensações, emoções e afetos do indivíduo ao longo de toda a sua vida.

A sexualidade teve sempre grande importância nos chamados “*rituais de passagem*” da infância para a idade adulta. De acordo com Feldman (1996), as crianças tornavam-se adultas, quando ocorria a menarca nas raparigas, tornando-as prontas para a maternidade e nos rapazes quando em determinados rituais demonstravam a sua capacidade física e a sua virilidade.

Durante o século XIX, no entanto, a sexualidade e o comportamento sexual eram vistos como uma função biológica ligada, essencialmente, à reprodução. Neste sentido, a relação sexual com o objetivo de reprodução era encarada como algo normal, porém, atos de masturbação e homossexualidade eram considerados anormais.

Todavia, desde o início do século XX esta definição sofreu alterações, na medida em que a sexualidade é encarada como um processo biológico que além da função reprodutiva, também envolve outros aspetos importantes, tais como o prazer e o amor.

Todos os indivíduos são sexuados, as crianças, os adolescentes e os idosos, e manifestam a sua sexualidade através de comportamentos.

Segundo López e Fuertes (1989, p.10), o “*sistema de crenças, a organização social e a própria capacidade de controlo da pulsão ou a habilidade para encontrar companheiro sexual definem, entre muitos outros factores, o comportamento sexual das pessoas*”.

A sexualidade faz parte da natureza e obedece a uma necessidade fisiológica e emocional. Manifesta-se de forma diferente nas fases progressivas do desenvolvimento humano, e a sua expressão é determinada pela maturidade orgânica e mental. É uma forma de comunicação que visa o prazer, o bem-estar, a autoestima e a busca de uma



relação íntima, compartilhando o amor e o desejo com outra pessoa para criar laços de união mais intensos (Ramos e González, 1994).

Ainda de acordo com os mesmos autores, no que diz respeito à sexualidade na terceira idade, persiste a ideia de que com o passar dos anos o indivíduo deixa de ter um desempenho sexual satisfatório, não apresentando as mesmas condições de desejo e prazer sexuais, chegando mesmo a transformar-se num ser assexuado, sendo também comum a ideia de que a sua vida sexual se resume às lembranças do passado.

A sexualidade representa uma das valências com impacto significativo sobre a qualidade de vida, independentemente da idade da pessoa. Ao sentirem-se sexualmente ativos, os idosos poderão sentir-se vivos, homens e mulheres mais velhos que mantêm uma atividade sexual têm muito menos problemas físicos e psicológicos (*idem*).

Conforme os autores atrás referidos, ao longo dos anos a sexualidade na terceira idade tem sido um tema repleto de tabus e preconceitos e muitos imaginam mesmo que o idoso é assexuado e não possui qualquer desejo sexual, o que está errado, e pelo contrário, esta etapa no percurso da sexualidade humana, deve ser merecidamente vivida e apreciada. Embora de formas diferentes a sexualidade do indivíduo está presente ao longo de toda a sua vida. É certo que nos idosos não é igual de quando eram jovens, mas é necessário saber vivê-la e assumi-la. Se na maioria dos casos com o envelhecimento existe uma redução das manifestações da sexualidade, a verdade é que enquanto os jovens obtêm maior gratificação na quantidade, entre os mais velhos a primazia vai para a qualidade.

Acrescentam ainda, que apesar de potencialmente mantida durante toda a vida, a atividade sexual é muitas vezes afetada mais por medicação, doenças, disponibilidade de parceiro e problemas de relacionamento do que propriamente pelas alterações relacionadas com a idade.

De acordo com Dantas (2002, referido por Mixão e Borges, 2006), o sexo na terceira idade traz satisfação física, reafirma a identidade e demonstra o quanto cada pessoa pode ser valiosa para outra, estimulando sensações de aconchego, afeto, amor e carinho. Neste sentido Black e Jacobs (1996, citados pelos mesmos autores), acrescentam que as pessoas necessitam de intimidade e contacto físico durante toda a vida, pelo que, a sexualidade não está relacionada com a idade, e, a capacidade de manter relações sexuais não termina com o envelhecimento.

Para Gavião (2005), durante a velhice a função sexual sofrerá alterações, paralelamente ao declínio de outras funções biológicas e às mudanças emocionais próprias da idade.

A sexualidade na velhice é simples e, ao mesmo tempo complexa, afinal o corpo envelhece, a anatomia e a fisiologia sexual modificam-se, mas a capacidade de amar, de beijar, de abraçar e, nalguns casos, manter relações sexuais, continua até ao final da vida.

### **2.3.3 Envelhecimento Físico e Sexual**

O envelhecimento não ocorre de forma estanque em todos os indivíduos, nem estes envelhecem da mesma maneira nem ao mesmo ritmo. O processo de envelhecimento é caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo (Sequeira e Silva, 2002, referidos por Mixão e Borges, 2006).

Para Ramos e González (1994), envelhecer é sofrer uma série de modificações morfológicas e funcionais corporais, caracterizadas essencialmente por uma redução da eficácia de todos os órgãos e sistemas. É natural que, com o avançar da idade, a sexualidade já não seja igual à de anteriormente, contudo, não é imperioso que deixe de existir.

As mudanças ocasionadas pelo envelhecimento produzem perturbações no equilíbrio do indivíduo e requerem adaptações provocando por vezes sentimentos de desvalorização (Dantas, 2002, referido por Mixão e Borges, 2006). Desta forma surge a função sexual e a maneira como é encarada pelo próprio e pela sociedade em geral.

Perante o processo de envelhecimento é essencial saber envelhecer e no saber envelhecer, a sexualidade é fundamental.

Segundo Mixão e Borges (2006), com o envelhecimento ocorrem alterações físicas que podem ter impacto sobre o intercurso sexual. Com o passar dos anos, as mudanças na atividade sexual levam o indivíduo à redução da intensidade das diversas respostas ao estímulo erótico.

Apesar de não justificar todas as mudanças que ocorrem, o envelhecimento fisiológico é uma chave importante para entender, em parte, a diminuição da atividade sexual que surge nesta etapa da vida.

As mudanças fisiológicas e anatómicas que surgem com o avançar da idade são universais e afetam todos os indivíduos, o que não significa que terão a mesma relevância para todos. Relativamente à capacidade sexual, produzem-se grandes diferenças individuais e diferentes no homem e na mulher (Mixão e Borges, 2006).

De acordo com (Ramos e González, 1994), o processo de envelhecimento sexual tem uma evolução lenta e contínua e as necessidades sexuais variam ao longo dos anos. O ímpeto e o ardor dos jovens, que também resultam da explosão hormonal, vão diminuindo com a idade. Mas não desaparecem, a não ser que ocorra uma série de problemas simultâneos que dificultem a sua expressão. As mudanças fisiológicas que acontecem nos idosos não têm que ser desculpa para a atividade sexual.

Segundo Ballone (2002), referido por Mixão e Borges (2006), de uma forma geral, as mulheres têm uma maior preocupação com o aspeto estético e com a perda do aspeto juvenil do que com a função sexual e os homens com as mudanças fisiológicas da sexualidade. No homem idoso o interesse e o desejo mantêm-se mais presentes que a atividade sexual, enquanto nas mulheres há um declínio tanto no desejo como no desempenho.

Durante o processo de envelhecimento, verificam-se algumas modificações hormonais, sendo as mais evidentes ao nível do sistema reprodutor masculino e feminino.

De acordo com Ramos e González (1994), na mulher a etapa biológica que representa a menopausa (por volta dos 48-50 anos, variando de umas pessoas para outras) assinala o fim dos estados procreativos e uma transição para outra fase no ciclo biopsicossocial da vida, criando novas condições para a atividade sexual.

Para Sanchez e Ulacia (2006), a causa da menopausa é a perda progressiva da capacidade funcional dos ovários, que se expressa no facto destes responderem cada vez pior aos estímulos de algumas hormonas o que vai determinar uma diminuição de estrógenos. À medida que os órgãos genitais se vêm privados do estímulo estrogénico produz-se a sua atrofia que afeta as estruturas internas (útero, estruturas de apoio aos órgãos pélvicos e vagina) e externas (vulva). Esta atrofia na vagina e vulva tem uma enorme importância para a repercussão da sexualidade da mulher e indiretamente do casal. Como consequência da diminuição de estrógenos os aspetos fisiológicos da sexualidade da mulher mais relevantes dão-se a nível da vagina, o seu tamanho e comprimento diminui, as paredes ficam mais finas e menos elásticas, há uma menor lubrificação e uma menor resposta sexual do clítoris, lábios e plataforma vaginal, a fase de excitação sexual é mais lenta, o orgasmo pode ser mais curto e menos intenso.

As mudanças sexuais no homem começam por volta dos 30 ou 40 anos e vão aumentando lentamente, variando de uns para os outros.

Concetualmente existe uma fase no homem que supõe uma etapa de transição entre o seu amadurecimento e a velhice, cuja definição é difícil e que se denomina andropausa (etimologicamente do grego *andros* = homem e *pausis* = cessar).

A principal diferença entre o homem e mulher é que o homem mantém a atividade testicular endócrina de produção de andrógenos e a capacidade de reprodução ao longo de toda a vida, ao contrário da mulher, no homem não há mudanças biológicas tão acentuadas como na menopausa (Sanchez e Ulacia, 2006).

Para o homem, na perspectiva dos autores supra citados, o processo é mais regular e as mudanças mais importantes afetam a capacidade de ereção, frequência do coito e duração do período refratário. As mudanças fisiológicas mais importantes de acordo com López e Fuertes (1989) são, a diminuição de testosterona, da produção de esperma, a ereção mais lenta, a necessidade de maior estimulação, os testículos reagem mais lentamente à resposta sexual, o período refratário aumenta, a quantidade de sémen ejaculado é menor e o orgasmo pode ser mais curto e menos intenso.

Porém, estas alterações são naturais e esperadas, e não comprometem a capacidade para o prazer sexual quando é possível encontrar mecanismos adaptativos. Neste contexto os mesmos autores relembram ainda que 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, alguns casais acomodam-se às alterações físicas do envelhecimento recorrendo à masturbação recíproca e ao sexo oral, em vez do coito, estes proporcionam um estímulo prolongado e direto que muitas pessoas idosas acham necessário para o orgasmo sem sentirem o mal-estar ou a incomodidade que podem derivar da prática do coito.

Em 2006 Sanchez e Ulacia concluem que tanto no homem como na mulher as mudanças fisiológicas na terceira idade não justificam em si mesmos, uma perda brusca e significativa da atividade sexual, mas a adaptação adequada a estas mudanças pode ter um enriquecimento da sexualidade do casal.

Se tivermos em conta não apenas os componentes fisiológicos do desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução e darmos também importância ao interesse e desejo de ser abraçado, tocado, querido, a excitação e o prazer do contacto corporal e a satisfação final da atividade sexual qualquer que seja a sua forma, duração e manifestação, com certeza deixamos de considerar a terceira idade como um período sem evolução sexual (Sanchez e Ulacia, 2006).

Os beijos, as carícias, o sexo coital, a masturbação, o auto erotismo, são algumas opções, a excitação lenta não provoca ansiedade, mas pelo contrário alarga o prazer e provoca uma atitude positiva face à sexualidade permitindo desfrutar dela. Esta posição origina consequências sociais como o novo estereótipo de idoso livre na sua atividade sexual e consequências pessoais, a autoestima, o equilíbrio e maturidade, a saúde física e mental, a percepção positiva da vida, o que se traduz numa terceira idade cheia de vida (Ramos e González, 1994).

Conforme Sanchez e Ulacia (2006), a satisfação sexual geral não está em relação direta com o número de coitos nem com a capacidade erétil do homem, mas com a qualidade das relações em que se tem em conta a atividade sexual e a sua qualidade que pode ser tão satisfatória na terceira idade como na juventude. A atração, a admiração, o respeito e o diálogo entre duas pessoas compatíveis são fundamentais para ter relações satisfatórias em qualquer idade. Uma saudável intimidade física, desde dar a mão até ao coito ou outros modos de expressão sexual, deriva destes elementos-chave.

Relativamente à atividade sexual na terceira idade, resultados de estudos precoces indicam que muitos homens e mulheres permanecem sexualmente ativos bem depois dos 70 anos de idade, neste sentido também Ferros (2005), refere que, apesar das mudanças que ocorrem na resposta sexual com o envelhecimento, é errado pensar-se que a atividade sexual termina aqui. De acordo com os estudos de Kaplan (1990) e Diokno e cols (1990), citados pela mesma autora, 70% das pessoas que constituíram a amostra, com 70 anos e saudáveis, permaneciam sexualmente ativas, acontecendo o mesmo com 73,8% dos homens e 55,8% das mulheres (casados), com mais de 60 anos.

Em relação à mulher concluem que se o estado geral de saúde é bom, o seu envelhecimento não conduz a uma diminuição da capacidade orgásmica. Estudos há, que concluíram que a resposta sexual na mulher se mantém igual ou melhora depois da menopausa (Travis e Sado, 1977, referidos por Ramos e González, 1994).

Apesar de Sanchez e Ulacia (2006), afirmarem que os estudos sobre a sexualidade nas pessoas idosas não são, em geral, bons, uma vez que têm numerosas limitações metodológicas e conceituais (e.g., dificuldade para obter amostras de idosos; os estudos interessarem-se fundamentalmente pela atividade coital) e existirem poucos, dignos de serem mencionados, ao mesmo tempo confirmam que os existentes oferecem dados suficientes para se fazer uma ideia do que a sexualidade é e pode ser durante a velhice. No entanto, Ramos e González (1994), asseguram que, diversos estudos demonstram que a atividade sexual continua na terceira idade, inclusive até idades muito avançadas.

Do ponto de vista cronológico, os mesmos autores destacam três grandes investigações pioneiras no estudo da sexualidade, conforme Quadro 4, que embora não se centrem na terceira idade, já que comportaram uma amostra de idades que cobria principalmente os primeiros anos desta etapa, foram chaves mestras para posteriores investigações nesta fase.

Quadro 4 - Investigações pioneiras do estudo da sexualidade na velhice<sup>5</sup>.

	<b>Kinsey, Pomeroy e Martin (1948, 1953)</b>	<b>Masters e Johnson (1966)</b>	<b>Pfeiffer, Verwoerd e Wang (1968)</b>
<b>Amostra</b>	N = 155	N <sub>Lab</sub> = 33; N <sub>E</sub> = 152	N = 502
<b>Género</b>	F = 99; M = 56	F <sub>Lab</sub> = 13; M <sub>lab</sub> = 20 F <sub>E</sub> = 152	F = 241; M = 261
<b>Idade</b>	> 60 anos	Lab: > 60 anos E: 52 – 81 anos	45 – 71 anos
<b>Resultados</b>	94% M e 84% F mantêm atividades heterossexuais.	---	27% F e 75% M, mantêm atividade sexual nos 61-71 anos.
<b>Conclusões</b>	Existe atividade sexual na velhice que diminui com a idade, sendo importantes os aspetos sociais	Existe capacidade sexual na velhice, mas com menor intensidade, rapidez e frequência.	Existe decréscimo da atividade sexual com a idade, em particular na mulher cuja causa principal está no homem.

Legenda: N – efetivo da amostra; Lab – estudo laboratorial; E – estudo por entrevista

Dos estudos que se seguiram, Ramos e González (1994), distinguem o realizado por Starr e Weiner (1981), que reflete não só um novo curso das investigações da sexualidade na terceira idade mas também a mudança da sociedade face às atitudes mais liberais em relação ao sexo.

Segundo os mesmos autores, no homem a insegurança e ansiedade são os aspetos que mais podem interferir na sua atividade sexual. O idoso que comprova que demora mais tempo a alcançar a ereção pode atribuir esta mudança à falta de potência, quando é apenas uma mudança fisiológica do envelhecimento. Existem, no entanto diversas variáveis que lhes condicionam a sexualidade, como os aspetos psicológicos, os sociais e demográficos e os relacionados com a saúde.

No que se refere aos aspetos psicológicos há a salientar a aceitação da própria imagem corporal, a perda de capacidade física e as mudanças fisiológicas na sexualidade; a aceitação da vulnerabilidade da vida e a proximidade da morte, o balanço que os idosos fazem do que foi a sua vida e a influência nas suas expectativas; os vínculos afetivos, em que os idosos têm necessidade de relações íntimas emocionais e de pertença; o desejo e

<sup>5</sup> Tradução e adaptação a partir de Ramos & Gonzalez (1994).

o interesse sexual; autoestima, autoaceitação, comunicação e outros (Ramos e González, 1994).

A capacidade do idoso para manter uma vida sexual ativa deve-se, em parte, à sua experiência sexual em épocas anteriores assim como ao modelo de sexualidade com que se identifica.

Dos aspetos sócio demográficos destacam-se os estereótipos e falsos tabus, a história socio laboral e cultural do indivíduo, a reforma, o papel que desempenha a família, as crenças religiosas, a função das instituições, dos profissionais de saúde e representantes políticos, o estado civil e o reduzido número de homens relativamente às mulheres (*idem*).

No que respeita a aspetos relacionados com a saúde, considerada uma variável importante que condiciona o interesse e a atividade sexual dos idosos, alguns distúrbios ou doenças que prevalecem ou aumentam com a idade podem afetar direta ou indiretamente esta atividade. Ideia que é realçada por Belsky (2001), acrescentando que o estado físico geral e os problemas de saúde em concreto podem favorecer ou limitar o interesse e a atividade sexual durante este período da vida. Das diversas doenças destacam-se as cardiovasculares, a diabetes, a hipertrofia da próstata no homem, doenças dos pulmões, transtornos mentais como a depressão e a ansiedade, entre outras. Relativamente às variáveis comprometedoras da atividade sexual dos idosos, o Instituto da Segurança Social (2005), destaca ainda: a ausência de companheiro (a); a capacidade e interesse do (a) companheiro (a); os problemas de impotência no homem ou de dispareunia na mulher; efeitos colaterais de medicamentos e a perda de privacidade, como por exemplo viver em casa dos filhos.

O desconhecimento da temática e os aspetos culturalmente proibitivos acerca da mesma são dois, dos diversos fatores existentes, que influenciam negativamente a sexualidade na terceira idade.

Embora o tema da sexualidade na terceira idade ainda se encontre envolto em diversos mitos, ao contrário das crenças da sociedade de que o idoso é assexuado, pode hoje afirmar-se, através da consulta de alguma documentação, que o interesse na atividade sexual é contínuo e existe ao longo de toda a vida adulta, o que é preciso é 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, tabus e mitos existentes associados a esta temática.

### 2.3.4 Mitos acerca da Sexualidade e do Idoso

O “sexo sem tabus” é, ainda atualmente, algo do nosso imaginário, pois continuamos presos a uma cultura reservada e conservadora que favorece o perpetuar de mitos e crenças associados ao sexo e à sexualidade. O sexo é associado à juventude, à força e virilidade, ao corpo magro e saudável, como que negando a sexualidade aos mais velhos, enrugados pela vida (Crawford, 2006).

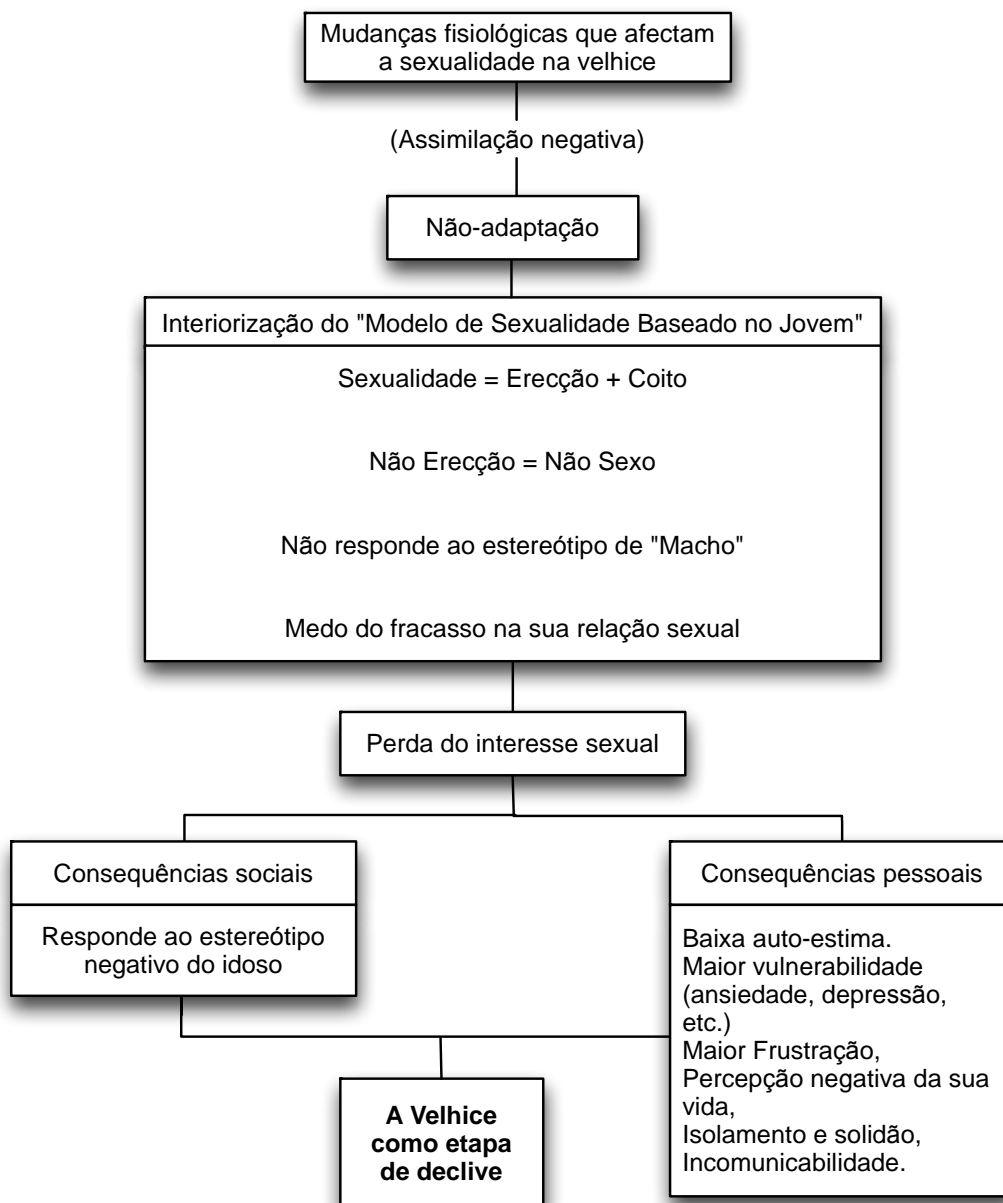
São vários os estereótipos associados ao idoso e ao envelhecimento, segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 64), estes traduzem “*uma percepção automática não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, segundo um padrão bem determinado e pode ser positivo ou negativo*”. As mesmas autoras acrescentam que os mitos são construções do espírito que não tem a ver com a realidade. São representações simbólicas que pela falta de conhecimento são muito manifestadas pela sociedade, principalmente no que respeita ao processo do envelhecimento.

Para Eliade (2000, pp. 12-13), o “*mito é uma realidade cultural extremamente complexa, que pode ser abordada e interpretada em perspectivas múltiplas e complementares. [...] o mito conta [...] uma realidade que passou a existir, [...]*”.

Segundo Ramos e González (1994), existe uma visão geral da sexualidade que está estritamente ligada a um sistema de valores, crenças e atitudes que tem por base o modelo reprodutivo do sexo, o paradigma do coito heterossexual, o mito da beleza física e jovem e a dicotomização dos papéis psico-sócio-sexuais que tal como se verifica no Quadro 5, p.36, traz consequências para o idoso.



Quadro 5 - Consequências do modelo de sexualidade baseado no jovem<sup>6</sup>.



O modelo baseado no jovem e transcrito no referido quadro, mostra o processo de interiorização do mesmo pelo idoso e algumas das consequências pessoais e sociais negativas que daqui derivam. Este modelo corresponde ainda ao conceito tradicional e dominante de sexualidade e nele a mulher desempenha um papel secundário até porque faz apenas referência ao homem. Atualmente são ainda muitas as pessoas que ainda se identificam com ele o que se tem vindo a repercutir negativamente na sua sexualidade, devido às limitações e restrições que implica tornando-se mesmo num problema quando as pessoas o interiorizam e limitam a sua sexualidade a estes falsos ideais o que pode também originar o abandono do desejo e da atividade sexual (Ramos e González, 1994).

<sup>6</sup> Tradução e adaptação a partir de Ramos & Gonzalez (1994).

A maneira de ver, entender e expressar a sexualidade como uma forma de o indivíduo viver o seu próprio sexo como “*uma necessidade, um acumular de desejos, sensações e sentimentos com múltiplas manifestações físicas e psicológicas*” (Ramos e González, 1994, p. 156), permitiram que muitos autores a entendam de um prisma mais real e permissivo que se identifica com um novo modelo de sexualidade baseado no prazer tal como se demonstra no Quadro 6<sup>7</sup>.

A partir deste modelo a sexualidade passou a contar com imensas possibilidades, onde se destacam: a homossexualidade, a bissexualidade, a atividade do coito, sexo oral, masturbação, auto erotismo, entre outras, onde o homem e a mulher podem gozar por igual e onde se facilita uma sexualidade satisfatória, sem limites de idade, porque o interesse sexual e os afetos estão isentos dela (*idem*).

A vivência da sexualidade tendo como base este modelo proporcionou a muitos idosos não renunciarem a sua sexualidade e ao contrário do modelo tradicional permitiu que valorizassem outras fontes de prazer.

De acordo com Laury citado por Ramos e González (1994), o prazer não acarreta necessariamente a ereção e a ejaculação. Um estudo de Conway-Turner realizado em 1992, citado pelo mesmo autor, refere que 25% dos homens se tinham masturbado sem chegar à ereção e que para a maioria das mulheres idosas as carícias, beijos e outras formas de contacto corporal eram uma grande fonte de prazer e inclusive eram os aspetos que mais valorizavam nas suas relações íntimas.

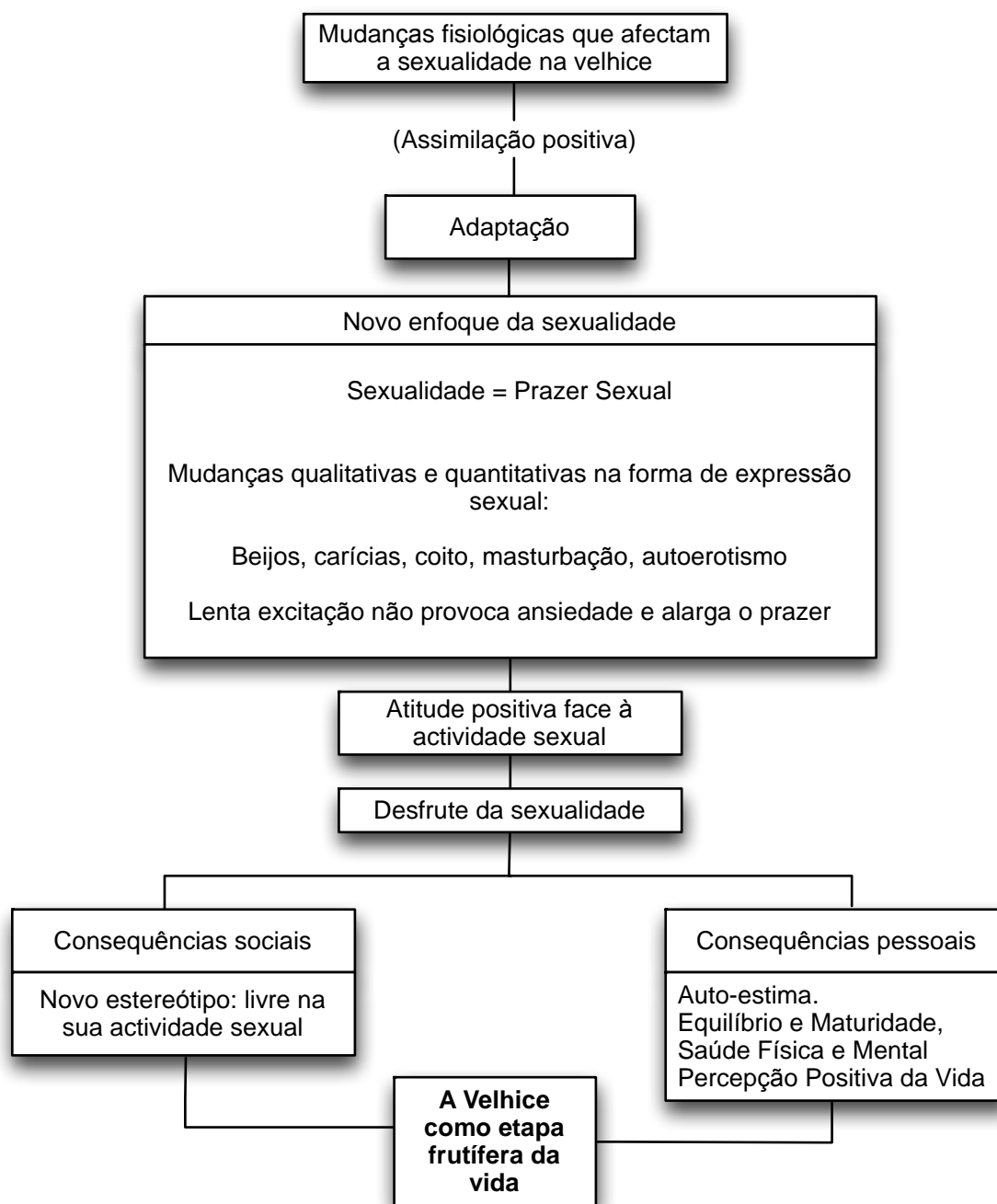
Outro estudo (Hite, 1976, 1978), referido também por Laury citado por Ramos e González (1994), revelou que enquanto muitos homens preferem o sexo oral ao coito, embora este último seja considerado mais importante quando pretendem mostrar a sua masculinidade, as mulheres desfrutam mais dos preliminares do coito, das carícias e outros aspetos íntimos de uma relação do que propriamente do coito em si.

Na perspetiva de Simões (1985), é contraditório que uma sociedade dita “*liberal*”, que se supõe ter superado muitos preconceitos sexuais, rejeite a manifestação da sexualidade nos idosos, o que faz com que muitas vezes sejam eles próprios a marginalizarem-se, o mesmo autor defende ainda que os idosos, na generalidade, não se enquadram nos vários mitos e estereótipos que a sociedade lhes pré-definiu.

---

<sup>7</sup> Consequências do modelo de sexualidade baseado no prazer, p.38

Quadro 6 - Consequências do modelo de sexualidade baseado no prazer<sup>8</sup>.



Muitos dos mitos acerca da sexualidade na terceira idade estão generalizados em anedotas e ditos populares. Dos vários descritos pela literatura, e de acordo com Lima (2003), destacam-se:

- “Ao idoso não lhe interessa o sexo”;
- “Os idosos que se interessam por sexo são perversos”;

<sup>8</sup> Tradução e adaptação a partir de Ramos & Gonzalez (1994).

- “O coito e a emissão de sémen são debilitantes e precipitam o envelhecimento e a morte”;
- “Os idosos são particularmente vulneráveis a desvios sexuais como o exibicionismo e as parafilias”;
- “As mulheres idosas que apreciam sexo foram provavelmente ninfomaníacas quando jovens”;
- “A vida pode ser prolongada pela abstinência sexual na juventude e a inatividade mais tarde”;
- “A masturbação é uma atividade infantil que deve ser posta de parte quando se atinge a idade adulta. Só é praticada por pessoas idosos se estiverem perturbadas”;
- “As pessoas doentes ou com deficiências não devem ter relações sexuais”;
- “Quem está vários anos sem atividade sexual nunca mais poderá voltar a ter”;
- “A atividade sexual é prejudicial para a saúde, especialmente na velhice”;
- “É indecente e de mau gosto que os idosos manifestem interesse sexual”;
- “A satisfação na relação sexual diminui depois da menopausa”.

A par de todas as crenças, estereótipos e mitos relativos à sexualidade no idoso é necessário ter em conta que o processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada do indivíduo, mas antes a uma nova fase da sexualidade humana.

Se as capacidades físicas dos idosos podem modificar o desempenho sexual, certo é que o desejo pode manter-se inalterável. O importante é desmistificar a sexualidade do idoso, para que este não desacredite dos seus potenciais e capacidades e adote uma vida assexuada. Uma sexualidade bem vivida aumenta o prazer de viver e auto estima, tanto para o homem como para a mulher (Lopez e Fuertes, 1989).

Na velhice o importante é continuar o relacionamento amoroso não menosprezando a importância do sexo.

## **2.4 Cuidadores e Idosos**

Se a vida existe, é necessário mantê-la e preservá-la, neste sentido o cuidar, surge como instrumento para alcançar esse objetivo pelo que Collière (1989, p. 2), afirma que “*velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por*

*função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo”.*

Os cuidados ao idoso exigem o respeito pela pessoa humana como ser único, cujo significado e finalidade de vida é 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. Os idosos merecem ser cuidados de forma segura, responsável e digna (Sequeira, 2010).

#### **2.4.1 Cuidar, Cuidados, Cuidadores e Sexualidade**

Vivemos hoje um fenómeno mundial chamado envelhecimento populacional, Portugal, tal como muitos países europeus, enfrenta atualmente a realidade de taxas de natalidade e mortalidade muito baixas, e um aumento significativo da população idosa. Esta conclusão é suportada pelos dados disponibilizados pela PORDATA (2012), através dos quais pudemos verificar, que num total de população residente de 10 561 614 em 2011, 2 022 504 eram pessoas com idade superior a 65 anos, o que representa 19,1% da população residente.

Com o aumento da população idosa, e de acordo com Lage (2005), a necessidade de cuidados não pára de aumentar, e apesar de ser velho não significar ser dependente, o envelhecimento da população dá muitas vezes origem a um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência.

De acordo com o Decreto-Lei nº101, de 6 de Junho 2006, dependência *“é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual [...], ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária”*. Este conceito é também definido pelo Conselho da Europa (1998), como *“a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária”* ou ainda, *“o estado em que se encontram as pessoas que, por perda da autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das actividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”*.

Segundo Sequeira (2010, p. 5), dependência é a *“incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros”*. O índice de dependência, de acordo com o mesmo autor,

apresenta perspectivas de aumento nos próximos anos, atingindo em 2050 os 57,8%, o que significa que, mais de metade dos idosos, se encontrarão nesta situação.

Cuidar é, por natureza um ato inerente à condição humana, uma vez que à medida que a vida vai avançando vamos sendo alvo de cuidados ou prestadores dos mesmos.

A necessidade de cuidados, principalmente a pessoas idosas, tem aumentado de forma muito acentuada nos últimos anos, devido ao envelhecimento demográfico da população, ao aumento da esperança de vida, aos progressos da medicina que permite a sobrevivência de pessoas com doenças e acidentes graves e às dificuldades de apoio informal devido à alteração dos modelos de família e da inserção da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2010).

Na perspectiva de Collière (1989, p.23), *“a capacidade de cuidar, permitiu ao Homem a sua sobrevivência enquanto indivíduo e ser social. Cuidar é intrínseco à própria natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa”*, o mesmo autor acrescenta que foi Florence Nightingale, uma enfermeira britânica, quem primeiro salientou o cuidar como um ato de humanidade e profundidade.

Enquanto para Honoré (2001, p.17), cuidar, *“indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário”*, para Collière (1989, p.25) este conceito é mais abrangente e afirma que 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, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”*.

Cuidar é muito mais do que tratar pessoas, cuidar envolve um processo de relação com o outro e requer capacidades indispensáveis ao bom desempenho de todas as tarefas que envolvem este processo, segundo o INSERSO (citado por Sequeira, 2010, p. 159), *“o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta actividade”*.

De acordo com a mesma fonte cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas antes uma forma de *“estar no mundo”*, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade. Desta forma, o cuidar está presente em todas as culturas e apenas difere na sua forma de expressão e de realização.

O processo de cuidar é complexo e exigente e envolve várias situações e experiências. Neste âmbito existem dois tipos de cuidados que merecem ser destacados: o cuidado informal e o cuidado formal.

O cuidado informal, de acordo com Martín (2005) e Lage (2005), é a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outras pessoas e pela qual não recebem retribuição económica, na maioria das vezes é um membro da família ou alguém muito próximo do doente que se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados, ou apenas uma parte dos mesmos, é um tipo de cuidado executado preferencialmente no domicílio.

Para Lage (2005, p. 203), “*cuidar faz parte da história, experiência e valores da família*”, a esta, tem sido intimamente ligada a assistência, chegando mesmo a ser considerada como uma tarefa diretamente sua. A família foi desde sempre reconhecida como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares, apesar das transformações a que tem estado exposta, constitui o grupo primário básico de apoio e que tem o papel mais relevante no cuidado. Ao longo dos tempos a função do cuidar tem estado vinculada essencialmente a esta instituição, é no contexto familiar que normalmente se dá o assilar do papel do cuidador que continua a ser na maioria exercido pelas mulheres, pelo que talvez Collière (1989, p. 33), refira que “*é às mulheres que compete todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce e se desenvolve [...]*”. A maioria do cuidado informal dirigido aos idosos é desenvolvido por pessoas deste sexo, esta preponderância do género feminino no cuidado informal pode ser parcialmente explicada pelos fatores sócio-demográficos das populações e por uma tendência para obter consistência no género entre o cuidador e quem recebe o cuidado, em detrimento de outros fatores de carácter sociocultural (Martín, 2005).

Os cuidadores informais, segundo o mesmo autor, têm sido tradicionalmente identificados de acordo com o tipo de cuidado que prestam, como cuidadores primários e cuidadores secundários.

O cuidador primário ou principal “*é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente a pessoa idosa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados*” (Sequeira, 2010, p.157). No que respeita ao cuidador secundário, Sequeira (2010), define-o como alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, não tendo no entanto a

responsabilidade de cuidar mas que realiza diversas atividades ao longo da sua prestação de ajuda.

Os cuidadores secundários são normalmente familiares que prestam ajuda ao cuidador principal, ajuda esta que se traduz ao nível da prestação direta de cuidados ou a outro nível, como o económico, de lazer, entre outros.

Na perspetiva de Martín (2005), se ao longo da história a família tem sido a principal responsável pela autonomia dos seus membros, o que implica a prestação de cuidados, em alguns períodos, estes cuidados estiveram quase exclusivamente sob a responsabilidade das instituições de saúde e de um outro tipo de cuidado, o chamado cuidado formal. Este tipo de cuidado é normalmente realizado por profissionais devidamente qualificados como é o caso dos médicos, enfermeiros, educadores e assistentes sociais, psicólogos, ajudantes de ação direta, entre outros, que possuem uma preparação específica para o desempenho deste papel e estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, onde se incluem atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, conforme as competências próprias da cada profissional.

Os cuidadores formais são uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários que prestam cuidados aos idosos em instituições comunitárias, hospitais, lares, entre outros e que dispõem de oportunidades únicas para exercerem uma variedade de cuidados compostos por pequenas coisas importantes para cada pessoa a cuidar e que acabam por ser as que dão sentido à vida (Martín, 2005).

Partindo do pressuposto que cuidar é um ato de assistir alguém quando este necessita, pode referir-se que se está perante um processo complexo no qual interagem múltiplos fatores.

Para cuidar de idosos é necessário ter conhecimento sobre todas as alterações relativas ao processo de envelhecimento normal (senescência), do qual faz parte a sexualidade, mas ao mesmo tempo sobre as doenças características desta etapa da vida (senilidade) assim como a compreensão de todo o meio que o envolve.

Quando se fala de sexualidade, e de acordo com Gavião (2005), os cuidadores têm um papel fundamental, facilitando ou dificultando esta necessidade complexa, por vezes mal entendida, pelo que é necessária a formação específica nesta área, aceitando as limitações inerentes ao processo de envelhecimento, respeitando a privacidade, a autonomia, o direito de escolha, independência e singularidade do idoso, evitando a generalização dos cuidados e promovendo a individualidade de cada um.



O mesmo autor refere ainda que a ansiedade ou dificuldade do cuidador, seja em contexto domiciliário ou institucional, para lidar com a sexualidade do idoso pode dificultar a sua tarefa, dando margem a situações constrangedoras que podem ser evitadas, caso haja uma atitude aberta e não uma atitude crítica.

Se o cuidador for capaz de ver o idoso como pessoa e não apenas como um ser na última etapa da sua vida, é mais fácil admitir a sua sexualidade, para tal deve ter presente que este pode sentir necessidade de proximidade emocional, desejos e sentimentos sexuais que precisa expressar. Muito mais do que impor as próprias opiniões ou censuras, é necessário refletir sobre a importância que a pessoa idosa dá ou não à sexualidade (Gavião, 2005).

De acordo com Ferros (2005), intimidade, sexualidade e comportamentos sexuais são temas de abordagem ainda tímida para alguns prestadores de cuidados a idosos. Da mesma maneira que o indivíduo experiencia alterações físicas e psicológicas, a expressão da sua sexualidade também pode conhecer modificações e levantar problemas difíceis de gerir no contexto comunitário e do casal. Esta é uma realidade que é tão mais preocupante quanto maior for a tendência dos cuidadores (formais/informais) para pensarem no idoso, não como um adulto dotado de uma identidade sexual, mas como um ser assexuado ou uma criança.

No que se refere ao cuidado domiciliar do idoso Gavião (2005), refere que o mesmo se desenvolve num contexto de grande proximidade com as particularidades da sua vida íntima e familiar. É, portanto, esperado que nesse contexto mais próximo os aspetos da sua sexualidade se expressem das mais variadas formas ao contrário do que possa vir a acontecer em contexto de institucionalização.

Se existem cuidadores que aceitam que o idoso tem direito a expressar a sua sexualidade dentro de determinados parâmetros, outros ignoram por completo esta realidade por vezes consideram-na até como uma afronta às suas crenças pessoais e códigos morais. É necessário estar consciente de que, à medida que se envelhece, as necessidades modificam-se, mas não se altera o direito que o indivíduo tem a permanecer sexualmente ativo, desde que o desejo e não vá de encontro aos direitos dos outros, independentemente da idade, capacidade ou preferência sexual (Ferros, 2005).

Frequentemente encontram-se pessoas com dificuldades em lidar com questões relacionadas com a sexualidade e mais ainda quando esta diz respeito às pessoas idosas. Mas esta situação pode ser ainda agravada quando se trata de idosos com demência, onde muitas vezes, e segundo Ferros (2005), são os próprios cuidadores a relatar

vergonha e culpa, questionando-se sobre se alguns comportamentos seus para com a pessoa o terão levado a determinado tipo de manifestação e qual a melhor resposta a dar numa situação destas. A mesma autora defende que a realidade é que, mesmo doentes os idosos, são também adultos, sendo natural que expressem sentimentos e comportamentos sexuais típicos desta faixa etária, pelo que não devem ser vistos como seres assexuados ou, que qualquer comportamento de natureza sexual seja considerado como uma manifestação de hipersexualidade.

No que diz respeito a estudos direcionados a cuidadores no âmbito da sexualidade em idosos, e de acordo com a bibliografia consultada, pode dizer-se que são ainda poucos os realizados e relevantes para serem destacados, são de referir no entanto os realizados por Holmes e cols, (1997) e Mayers (1998) citados por Ferros (2005), com cuidadores de idosos com demência. Os primeiros autores, concluíram que 78% dos técnicos entrevistados concordavam que comportamentos de intimidade entre os utentes demenciados aconteciam frequentemente havendo em 60% dos casos comportamento sexual explícito (toque ou tentativa de toque dos órgãos genitais). Já Mayers (1998), num estudo realizado com 33 cuidadores formais, conclui, entre outros, que 26 deles relatam que a iniciativa sexual partia de doentes demenciados de ambos os sexos, os indivíduos alvo de assédio eram outros doentes e os profissionais e 29 dos 33 cuidadores já tinham sido alvo de palavras de teor sexual e toque corporal abusivo.

Tendo em conta estes resultados e a problemática da sexualidade, estes comportamentos devem ser estudados objetivamente e sem a interferência de crenças, valores e preconceitos do cuidador. Sempre que seja necessária uma intervenção nesta área esta deve ser feita evitando o confronto e explicando ao individuo o porquê de certos comportamentos serem inaceitáveis por terceiros (Gavião, 2005).

De acordo com Ballard (1998), o comportamento e interesse sexual tornam-se problemáticos quando são vistos como inadequados ou perigosos para o indivíduo ou para as outras pessoas.

No que respeita a comportamentos sexuais mais problemáticos por parte de idosos com demência, segundo Ferros (2005), a literatura é unânime a referir, a masturbação em público, o assédio aos cuidadores profissionais e a partilha/invasão do leito de outros doentes.

Importante é encarar com naturalidade estes problemas, evitando o ridículo, a espetacularidade, a intolerância, a rigidez e o confronto com os idosos, sejam ou não dementes. Devem evitar-se piadas, gracejos e brincadeiras de ordem sexual. O contacto

pessoal, o carinho e a atenção são primordiais para contornar estas situações (Ferros, 2005).

Relativamente à gestão inadequada de comportamentos sexuais, são várias as respostas que o cuidador pode tentar desenvolver, nomeadamente considerar todas as possíveis razões para esse comportamento.

Os cuidadores têm aqui um papel importante na criação de um ambiente que proporcione bem-estar total estando atentos e tentando manter o foco na pessoa e não apenas no seu comportamento.

Formal ou informal o cuidador é peça fundamental na difícil tarefa de proporcionar um envelhecimento saudável, com menor comprometimento funcional, e onde a sexualidade é parte determinante. Neste processo é essencial o cuidador saber lidar, em primeiro lugar, com a sua própria sexualidade, pois, se não o fizer, como poderá cuidar da sexualidade do outro?

## **2.5 Síntese**

Como síntese, de acordo com os modelos sobre o desenvolvimento humano (*life span*), tudo indica que existe uma espécie de dessexualização na última etapa do ciclo vital, em que o carinho substitui o primado da genitalidade ou coito. Em termos de conceitualização não emerge a sexualidade, o ser humano nos seus últimos anos de vida nunca é visto como um ser desejante e sexuado.

Mas contrariamente a esta constatação, e á semelhança do que se passa com pessoas de outras faixas etárias, os idosos podem permanecer sexualmente ativos até idades muito avançadas, e mesmo existindo uma diminuição na quantidade da resposta sexual, existe uma melhoria na qualidade.

É certo que a atividade sexual não se resume ao ato sexual em si, as manifestações de carinho e afeto, companheirismo e ternura fazem parte da sexualidade integral do indivíduo, e se são importantes entre as pessoas, o ato físico da sexualidade deverá existir muito para além do cabelo grisalho, rugas e de outras manifestações do envelhecimento.

Não sendo o envelhecimento sinónimo de dependência, certo é que, o ser cuidado é cada vez mais uma realidade nesta etapa da vida.

No âmbito da sexualidade surge então a percepção e atitudes dos cuidadores face às mais complexas situações encontradas aquando do apoio prestado, que nem sempre são as

mais positivas para a qualidade de vida dos idosos, e que, importa aqui ser compreendidas e analisadas.

Os estudos do papel dos cuidadores acerca da sexualidade do idoso são relativamente escassos, pelo que encontramos apenas os de Holmes e cols, (1997) e Mayers (1998)<sup>9</sup>, realizados com cuidadores de idosos dementes. A escassez de dados levou a que optássemos pela realização de uma investigação exploratória qualitativa inspirada na abordagem *grounded theory* de Strauss e Corbin (1994) e que será a seguir apresentada.

---

<sup>9</sup> Citados por Ferros (2005).

### 3 Estudo Empírico

Uma investigação empírica “*é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar*” (Hill e Hill, 2005, p.19). Todas as ciências sociais têm por base investigações empíricas uma vez que as observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas.

#### 3.1 Problemática

Segundo Fortin (1999, p.48), “*qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, que causa mal-estar, inquietação e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado*”. Sendo a velhice, uma consequência do aumento da esperança de vida assiste-se atualmente a um fenómeno social denominado envelhecimento demográfico onde o crescimento da população com mais de 65 anos de idade é uma realidade, mas ao mesmo tempo o número destas pessoas institucionalizadas, com perda de autonomia, invalidez ou dependência também não pára de aumentar. Em Portugal, segundo dados da PORDATA (2012), o índice de dependência total em 2011 era de 51,6%, dos quais 29% diz respeito a idosos, por conseguinte o papel do cuidador desta população é cada vez mais importante.

Tendo consciência de que muitos idosos mantêm relacionamentos amorosos, interesse e capacidades sexuais até idades muito avançadas constatamos também que os estudos sobre a sexualidade na terceira idade e mais concretamente acerca do papel do cuidador relativamente a esta temática são ainda muito escassos.

Neste âmbito, consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre esta problemática, delineando para o presente estudo a seguinte pergunta de investigação: *Será que na perceção dos cuidadores, a respeito da sexualidade do idoso, estão presentes tanto os aspetos amorosos como sexuais?* E traçando um objetivo principal: *Conhecer a perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso.*

De acordo com o problema e o objetivo traçado, procedemos à seleção da metodologia a utilizar, isto é, a investigação exploratória qualitativa.

## 3.2 Metodologia

Segundo Gil (1991, p.19), a metodologia é “*um processo racional e sistemático que tem como finalidade proporcionar respostas aos problemas propostos*”. Já Esteves (2002, p.206), diz-nos que a escolha dos procedimentos metodológicos é de primordial importância no desenvolvimento de qualquer investigação o que “*ultrapassa em muito, a mera discussão das técnicas instrumentais, em sentido restrito*”.

A investigação científica, tal como refere Fortin (1999, p.17), é “*um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação*”.

Para a descoberta do conhecimento existem diversos métodos de investigação utilizados pelos investigadores que são fundamentais. Neste estudo exploratório optamos pela escolha do método qualitativo, pois é o mais adequado e o que favorece mais este trabalho, e a perspectiva que valorizámos foi a *grounded theory* de Strauss e Corbin (1994), que segundo Denzin (1998), é a mais usada em Ciências Sociais, e tem as seguintes características gerais:

- adequada quando o objetivo é explorar novas visões teóricas ou construir visões sobre assuntos pouco estudados;
- alicerçada nos dados, ou seja, nas respostas dadas pelos sujeitos participantes. Se assim não fosse, prevaleciam as categorias teóricas já existentes ou as do senso comum, onde há sempre preconceitos;
- as respostas em análise são recolhidas de vários participantes para evitar generalizações baseadas em um só caso.

De acordo com os seus autores, esta é “*uma perspectiva de investigação qualitativa cujas técnicas e processos sistemáticos de análise permitem ao investigador desenvolver uma teoria substantiva que respeita critérios para fazer “boa” ciência [...] (Strauss e Corbin, 1994, p. 31) e que tem por objetivo dar uma explicação teórica global acerca do fenómeno estudado.*

Para Fortin (2009, p.290), “*um dos objectivos essenciais da investigação qualitativa é compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados*”.

Na perspectiva de Bogdan e Biklen (1994, p.48), “*a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação*”.

Retomando aqui as palavras de Strauss e Corbin (1994), os métodos qualitativos devem-se utilizar para descobrir e compreender o que está por trás de um fenómeno sobre o qual pouco ou nada se sabe. Este método permite ao mesmo tempo conhecer pormenores complexos de um fenómeno, difíceis de descobrir com métodos quantitativos.

### **3.2.1 Participantes**

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados, informação fornecida normalmente por um conjunto de entidades, que em ciências sociais são designadas por “casos”. O total de casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de População ou Universo (Hill e Hill, 2005), ou seja, pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões. Sendo muitas vezes impossível recolher e analisar dados de um Universo, recorre-se à seleção de apenas uma parte dos casos que o constituem, a chamada amostra, que Fortin (1999), denomina de *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

Tendo em conta as palavras de Carmo e Ferreira (1998, p. 197) *“ a técnica designada por amostragem (processo de selecção de uma amostra) conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina, amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados”*.

No que se refere aos métodos para seleccionar a amostra deste trabalho, e depois de definida a técnica de recolha de dados que apresentamos e descrevemos mais à frente, optámos pelo método de amostragem não casual, também chamado método não – probabilístico ou amostragem *“dirigida”*. Tal como referem Carmo e Ferreira (1998, p. 197), este tipo de amostra dá acesso *“a um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários”* que aceitem colaborar no estudo, e embora este *“não seja o método mais aconselhável quando se pretende extrapolar para o Universo os resultados e conclusões obtidos com a amostra”* (Hill e Hill, 2005, p. 49), segundo Carmo e Ferreira (1998, p.198), *“poderá tratar-se de um estudo exploratório cujo os resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas”*. Por se tratar de um método que

também comporta a amostragem por conveniência (indivíduos disponíveis ou voluntários), por contingências de disponibilidade e de tempo acabou por se nos mostrar o método mais rápido e mais fácil.

De acordo com Almeida e Freire (2000, p.107), “*não é fácil nas Ciências Sociais e Humanas definir quantos sujeitos deve possuir uma amostra para que seja significativa [...]. Por norma, sugere-se um mínimo de 10 sujeitos por cada condição [...]*”.

Para Strauss e Corbin (1994), o investigador deve começar por escolher um grupo onde possa encontrar evidências de fenómenos que pretende estudar e os métodos de recolha de dados a utilizar tendo por base o que considera que melhor se adequa ao seu trabalho. Tendo em conta estes dois autores, para o nosso estudo selecionamos contextos e pessoas que nos possibilitassem obter a informação que necessitávamos para melhor compreendermos o fenómeno a estudar. Assim sendo, escolhemos uma amostra de conveniência constituída por 15 cuidadores formais de idosos (n=15), que serão designados ao longo do estudo por S1 a S15 (Quadro 7).

Quadro 7 - Caracterização dos participantes.

Participante	Género	Idade	Habilitações Literárias	Função	Anos de Experiência
S1	M	44	9º	Ajudante de Ação Direta	10
S2	F	49	6º	Ajudante de Ação Direta	5
S3	F	48	12º	Auxiliar de Ação Direta	15
S4	M	27	Lic.	Assistente Social	4
S5	F	35	12º	Ajudante de Ação Direta	12
S6	M	28	12º	Trabalhador Auxiliar de Serviços Gerais	3,5
S7	M	31	Lic.	Fisioterapeuta	8
S8	M	42	12º	Trabalhador Auxiliar de Serviços Gerais	1,5
S9	M	40	12º	Auxiliar de Ação Direta	6
S10	F	31	Lic.	Professor de Informática	1,5
S11	M	30	Lic.	Professor de Educação Física	3
S12	F	37	Mest.	Professor	11
S13	F	41	Bach.	Educador Social	15
S14	F	58	12º	Serviço Religioso	20
S15	F	25	Lic.	Educador Social	1

Os participantes (n = 15) distribuem-me equilibradamente em termos do Género (F = 8; M = 7). No que respeita à idade, há uma dispersão moderada tendo em conta que a



média (M) = 37,7 e o desvio padrão (DP) = 9,44<sup>10</sup>. Em termos de Anos de Experiência há uma forte dispersão porque os valores da média e do desvio padrão são muito próximos (i.e., M = 7,8; DP = 5,8) e este atinge 74% da média (cf., n.r. nº 10). Significa, pois, tanto a presença de participantes novatos como a de experientes e de muito experientes nas instituições. Nas Habilitações Literárias também podemos afirmar um equilíbrio entre o ensino superior (i.e., cinco licenciaturas, um bacharelato; um mestrado) e o ensino secundário e níveis anteriores (i.e., cinco com o 12º ano; um com o 9º e outro com o 6º ano).

Apesar da existência de outros atores nas instituições (e.g., diretores, enfermeiros, psicólogos), as funções exercidas pelos quinze participantes são representativas das observadas nas instituições.

Como critérios de inclusão, consideramos o contacto direto, no exercício das suas funções, com idosos, a prestação de cuidados por todos os intervenientes e ainda direta ou indiretamente através de serviços técnicos ou de apoio, assim como, a sua disponibilidade para participar voluntariamente no estudo.

### **3.2.2 Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados, segundo Fortin (1999), é usado no processo de observação, de medida e de tratamento de dados, com o objetivo de recolher informação sobre as variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação.

De acordo com a mesma autora, para a escolha deste instrumento, o investigador deve ter em consideração o objetivo do estudo, as questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas e conhecer todos os instrumentos existentes, bem como as suas vantagens e inconvenientes.

No presente trabalho, tendo em consideração as características do estudo e da sua população, optamos por utilizar a entrevista como instrumento de colheita de dados, pois tal como refere Fortin (2009), é o principal método nas investigações qualitativas e exploratórias, tem sempre como função a recolha de *“dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam”* os assuntos que lhe estão a ser questionados (Bogdan e Biklen, 1994, p.134), ao mesmo tempo que permite o contacto

---

<sup>10</sup> A interpretação da dispersão tem em conta a indicação de D'Hainaut (1977, p. 89) segundo a qual uma dispersão fraca tem um desvio padrão inferior a 15% da média e uma dispersão forte tem um desvio padrão superior a 30% da média.

direto entre o investigador e os seus interlocutores (Quivy e Campenhoudt, 2003). É ainda bastante adequada para obter informações acerca do que as pessoas sabem, sentem, creem, esperam ou desejam.

De acordo com Fortin (2009), existem dois principais tipos de entrevista: a entrevista não dirigida (ou não estruturada) e a entrevista dirigida (ou estruturada), entre estas duas existe, entretanto, a entrevista semidirigida ou semiestruturada que combina aspetos das duas e que é das três a mais corretamente utilizada em investigação social e em estudos qualitativos, quando se pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes. Este tipo de entrevista assemelha-se geralmente a uma conversa informal, onde o entrevistador determina uma lista de temas a abordar com perguntas a eles respeitantes.

Para a realização deste trabalho elaborámos uma entrevista semidirigida ou semiestruturada, orientada por um guião previamente construído<sup>11</sup>, com perguntas abertas com o intuito de abordar todos os assuntos em estudo, e, permitir ao mesmo tempo que o entrevistado não se afastasse do objetivo da mesma. Este guião é constituído por seis blocos, sendo que, o primeiro se destina apenas a solicitar ajuda aos participantes para se poder alcançar os objetivos propostos para este trabalho. O segundo bloco é constituído por quatro questões referentes a aspetos sócio demográficos, visando sobretudo a caracterização dos participantes.

A partir do terceiro bloco surgem as questões cujo conteúdo obedeceu a algumas determinantes impostas pela finalidade da investigação com o objetivo de obter informação relativa às vivências sobre a temática em estudo. As questões que fazem parte de cada bloco têm como objetivo específico conhecer a forma como o cuidador vê a sexualidade do idoso; e a sua reação perante um caso de relacionamento amoroso na instituição.

Das 14 questões orientadoras que constituem este guião, retiramos aqui as referentes aos dados sócio demográficos e apresentamos as 10 referentes à problemática em estudo:

- A palavra, idoso o que lhe sugere?
- Acha que os idosos têm capacidade de amar e/ou relacionar emocionalmente?
- Considera que os idosos ainda se interessam pela sua sexualidade?
- Acha que os idosos devem viver a sua sexualidade tal como aconteceu em outras etapas da sua vida?

---

<sup>11</sup> Anexo 1

- Concorda com os relacionamentos e contactos amorosos entre os idosos da instituição?
- Na sua opinião a instituição onde trabalha encara de forma aberta estas situações?
- Existem, na instituição, profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?
- Tem conhecimento de algum caso de relacionamento amoroso entre idosos na instituição que me queira relatar?
- Como encarou e reagiu perante situações de manifestação de carinho entre idosos?
- No caso que me relatou como reagiu?

### **3.2.3 Procedimento**

As entrevistas constantes deste trabalho foram realizadas a 15 cuidadores formais de idosos de ambos os sexos depois de serem efetuados os respetivos pedidos formais de autorização através de ofício à direção das instituições selecionadas, vindo a ser realizadas, após aceitação por parte das mesmas, em diferentes períodos, compreendidos entre o mês dezembro de 2011 e fevereiro de 2012, conforme a disponibilidade dos participantes.

Foram orientadas de acordo com o guião. No início de cada uma delas, elucidamos os participantes acerca dos objetivos do nosso estudo, bem como dos motivos que nos levaram a fazê-lo e esclarecemos que os dados colhidos não seriam indevidamente divulgados sendo tratados de forma confidencial sem nunca identificar de forma individual os participantes, nem as instituições, respeitando, portanto, os direitos de privacidade, confidencialidade, anonimato, e assumido o nosso sentido de responsabilidade, codificando todos os dados que pudessem identificar os intervenientes na investigação (Tuckman, 2000).

A duração média de cada entrevista foi de 45 minutos e realizada numa sala disponibilizada para o efeito onde foi possibilitado o diálogo com o participante assim como a sua privacidade, num ambiente calmo.

Todas as entrevistas foram integralmente gravadas em registo áudio, o meio utilizado foi o gravador, com a prévia autorização dos entrevistados, e de seguida foram transcritas na íntegra, pois tal como defende Silverman (2005), as transcrições devem

ser completas e pormenorizadas porque, deste modo, evita-se a teorização precipitada baseada em generalidades. Após repetidas audições, foi possível recuperar todo o conteúdo, os sentimentos, expressões e hesitações com que os sujeitos nos relataram o fenómeno em estudo, pelo que consideramos não terem existido perdas neste processo.

### **3.3 Análise dos Dados**

Tal como nos referem Bogdan e Biklen (1994), a análise de dados é o processo de procura de uma organização sistemática do material recolhido, tendo como objetivo aumentar a compreensão acerca do mesmo e contribuir para uma posterior apresentação do que foi encontrado.

#### **3.3.1 Processo de Análise**

Segundo os autores supra citados “*a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser apreendido e a decisão do que vai ser transmitido aos outros*” (p.205).

De acordo com a *grounded theory* de Strauss e Corbin (1994), o processo de análise qualitativa tem três passos fundamentais:

- código aberto - identificação de categorias emergentes ou iniciais;
- código axial - reunião de categorias emergentes ou iniciais em categorias mais hierárquicas;
- construções de proposições a relacionar as categorias hierárquicas.

Estes têm por objetivo, entre outros, construir, mais do que testar teoria; dar rigor necessário à investigação; ajudar o investigador na eliminação de possíveis enviesamentos.

Como já foi dito, a metodologia utilizada neste estudo foi qualitativa, o que significa que são as palavras e não os números que constituem o material a analisar, o facto de os dados serem constituídos por palavras, organizadas em texto, colocou-nos perante problemas de estruturação, apresentação e interpretação dos mesmos.

Após algumas consultas bibliográficas, e depois de termos auscultado a opinião do nosso orientador, perante os dados recolhidos, optámos, por organizar as respostas por questão, seguidas de uma leitura flutuante das mesmas, passando depois à codificação aberta, um dos momentos da operacionalização da análise segundo a *grounded theory*

(Struss e Corbin, 1994), isto é, à identificação de categorias emergentes, o mais exaustiva e ampla possível. Segmentando, examinando e comparando constantemente os dados, com o apoio do nosso orientador, identificamos conceitos e posteriormente agrupamos categorias conceituais, ou seja, iniciamos o chamado processo de categorização.

Depois de repetirmos várias vezes a leitura, de interpretarmos, de procedermos à definição da unidade de análise e categorias, procuramos construir um conjunto de indicadores, que fossem o suporte para a nossa investigação.

Na definição da unidade de análise, colocamos juntamente com o nosso orientador, várias opções, designadamente: o parágrafo, a frase, a unidade com sentido, a resposta. Optamos então pela resposta, por considerarmos que representa a imagem mais completa da opinião dos participantes, excluindo os relatos referentes à pergunta 12 e as respostas à pergunta 14, submetidos a uma análise narrativa, conforme descrito mais à frente.

A definição de categorias, não foi uma tarefa fácil, tendo em conta que a informação que nos foi fornecida pelos participantes em análise é de interpretação muito subjetiva. Conscientes desta dificuldade, e mantendo presentes as palavras de Strauss e Corbin (1994), quando defendem que não faz sentido, haver categorias previamente definidas, pois podem inibir o desenvolvimento de novas formulações teóricas, procedemos à constituição de um critério para a determinação das mesmas, de forma a não distorcermos a informação recolhida, e que constou na seleção das palavras-chave de cada unidade de análise, ou a ideia com sentido em cada expressão. As categorias que identificámos são baseadas nestes critérios, isto é, em conceitos emergentes dos dados recolhidos, e que posteriormente validámos por triangulação, com análise de outros membros (juízes).

Tendo como base teórica a *grounded theory* passamos, então, a clarificar os passos da análise qualitativa efetuada e que foram, os sete, seguintes:

**(1) Organização das respostas por questão** - em cada uma das questões 5 a 14 organizámos as respostas de todos participantes de modo a permitir uma leitura rápida de todas elas à mesma questão (Anexo 2, pp. 90-**Erro! Marcador não definido.**);

**(2) Leitura flutuante** - após a organização das respostas, fizemos uma leitura flutuante, que, segundo Bardin (1995, p. 96) “*consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações*”. No nosso caso, esta leitura foi um pouco favorecida pelo facto de as

entrevistas e as transcrições terem sido feitas por nós, o que favoreceu uma leitura mais profícua. Após esta leitura verificou-se uma homogeneidade nas respostas que vai no sentido de uma aceitação dos relacionamentos amorosos dos idosos dando ao mesmo tempo a sensação de se querer evitar algo difícil, que é este tema, parecendo-nos que as respostas são algo de “politicamente correto”, o que se verifica também aquando dos relatos feitos pelos sujeitos;

**(3) Construção de categorias emergentes** - a partir da leitura flutuante e de posteriores leituras, reunimos com o nosso orientador com quem fizemos, numa primeira etapa, uma anotação de diversas palavras condensando cada resposta ao menor número dessas mesmas palavras usando para tal e sempre que possível as utilizadas pelo próprio sujeito, ou então muito próximas (cf., Quadro 8);

Quadro 8 - Respostas e categorias da pergunta 5 – A Palavra Idoso que lhe sugere?

Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	A palavra idoso sugere-me as várias etapas da nossa vida... uma pessoa com mais de 75 anos, ao contrário do que se diz, para mim um idoso não é aos 65 anos, aí ainda se é muito novo, é idoso aos 75.	75 anos	Velhice Sabedoria Necessitado
S2	A palavra, idoso sugere-me uma pessoa com muita idade...mais de 70 e tal anos.	Muita idade	
S3	Um idoso é alguém com muito valor e que tem ainda muito para dar na vida.	Muito valor	
S4	Sabedoria, por um lado sabedoria, por outro talvez, exclusão social	Sabedoria	
S5	Sei lá...ser idoso é relativo...uma caixa de saberes.	"Caixa de saberes"	
S6	Experiência de vida.	Experiência	
S7	A palavra idoso remete-me para sabedoria, experiência...	Sabedoria	
S8	Necessitado, pessoa com várias necessidades.	Necessitado	
S9	Verdadeiramente? É claro que o que vem logo à ideia...é...velho, sempre foi...não é? Mas também alguém com alguns anos.	Velho	
S10	Experiência.	Experiência	
S11	Uma idade mais avançada.	Idade avançada	
S12	Sabedoria.	Sabedoria	
S13	Sabedoria.	Sabedoria	
S14	O idoso para mim é...ai como eu vou explicar...O idoso para mim é... é sabedoria entre aspas, sabedoria entre aspas pois...é... É uma pessoa que nós devemos respeitar.	Sabedoria	
S15	A palavra idoso a mim sugere-me uma "grande bagagem" de vivências, experiências e conhecimento.	Grande bagagem	

**(4) Reunião das categorias emergentes** - identificámos as palavras que pudessem agregar, em função do seu significado, as palavras das categorias emergentes, sem deixar nenhuma dessas categorias de fora. A título de exemplo, no quadro anterior,

podemos visualizar o processo de construção de categorias emergentes e de reunião das categorias emergentes para a questão cinco<sup>12</sup>. Para este processo inspiramo-nos na opinião de Bardin (1995), e tivemos em conta a exclusividade mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade das categorias inventariadas e classificadas, pois só assim conseguimos elementos produtivos;

**(5) Validação de categorias** - no que respeita à fidelidade da categorização que surgiu da nossa análise, depois de seguirmos, tal como nos refere Esteves (2002, p. 221), um processo “*aberto e indutivo de criação de categorias a partir do material empírico com que se trabalha*”, mantivemos um diálogo constante com o nosso orientador, durante todo o processo e entendemos apresentar as categorias por nós criadas a dois juízes independentes, que fizeram a respetiva validação, analisando todo o material em estudo. No parecer de Alves (2001, p. 605), “*o uso da triangulação na investigação qualitativa representa um escudo protector contra a confiança cega numa única fonte de dados, confiança que nos levaria a correr o perigo de erros não detectados, que poderiam tornar a análise incorrecta [...]*”. Miles e Huberman (1984 citados por Esteves, 2002, p. 222), defendem que “*este tipo de procedimento é defensável e, se não óptimo, pelo menos suficiente*”. Recorremos ao coeficiente de acordo, Kappa de Cohen (Viera e Garrett, 2005), para corroborar na validação/triangulação das categorias emergentes. Para o efeito organizámos as categorias, tal como se apresentam no Anexo 3 (p. 99), e utilizámos o programa JMP (v. 10.0.0) para o respetivo cálculo (Quadro 9).

Quadro 9 – Coeficientes de acordo (Kappa de Cohen) para três juízes.

	Juiz A	Juiz B	Juiz C
Juiz A	--	--	--
Juiz B	0,75	--	--
Juiz C	0,73	0,63	--

Os valores encontrados revelam um acordo interjuízes que pode ser considerado importante/robusto/substancial<sup>13</sup>. Perante este resultado, a probabilidade destas

<sup>12</sup> As respostas e respetivas categorias construídas para as questões 6 a 11 e 13 a 14 são apresentadas em Anexo 2 – Respostas e Categorias (p. 90 e seguintes).

<sup>13</sup> A interpretação de Kappa proposta por Landis e Koch (1977, citados por Viera e Garrett, 2007, p. 362) é a seguinte:

< 0	Less than chance agreement;
0,01 - 0,20	Slight agreement;
0,21 - 0,40	Fair agreement;
0,41 - 0,60	Moderate agreement;
0,61 - 0,80	Substantial agreement;

categorias serem fidedignas para serem usadas por outros investigadores é muito boa, pois há um acordo bastante assinalável entre os três juízes. No entanto, este processo, na opinião de Bloor (1997), não é tão pertinente, nem obrigatório, é meramente indicativo, já que, mesmo sem recorrermos a esta triangulação, a validade da categorização não estaria, necessariamente, posta em causa.

**(6) Análise narrativa** - na questão 12 solicitámos o relato de pequenas narrativas e para a sua análise utilizámos a estrutura proposta por Labov e Waletzky (1996) composta pelos seis elementos, ou invariantes, seguintes: 1) *Resumo* (Summary) – responde à questão *acerca do que é que se vai falar?*, quem conta uma história ou narrativa pode dizer “*vou contar uma história sobre um acontecimento misterioso*”; 2) *Orientação* (Orientation) – é toda a informação sobre o contexto onde sucedeu a história ou onde a história teve o seu início; 3) *Complicação* (Complication) – responde à questão “*então o que é que aconteceu?*” e inclui o acontecimento que desencadeia a sequência narrativa; 4) *Avaliação* (Evaluation) – representa a parte em que se faz referência aos estados internos das personagens e do narrador; 5) *Resolução* (Resolution) – representa o último episódio ou desfecho da história; 6) *Finalização* (Coda)<sup>14</sup> – é a conclusão da história, o narrador ou contador da história indica que esta terminou e afirma o respetivo significado geral. Em suma, por cada narrativa relatada, tentámos identificar cada um destes seis invariantes<sup>15</sup>. A sua análise apresenta-se mais à frente.

**(7) Os cuidadores e a sexualidade do idoso** – Neste passo, tentámos caracterizar a perceção dos cuidadores sobre a sexualidade do idoso considerando as categorias hierárquicas (complementando-as com expressões dos participantes, transmitidas nas respostas a cada uma das questões, durante a entrevista) e considerando a análise das narrativas. E que de seguida se apresenta.

### 3.3.2 Os cuidadores e a sexualidade do idoso

#### *Análise das respostas*

#### *A palavra, idoso que lhe sugere?*

Após reunião das categorias emergentes, surgiram-nos três significados para a palavra “idoso”: velhice, sabedoria, necessitado.

---

<sup>14</sup> Tradução da proposta para português de Ferreira-Alves e Gonçalves (2001).

<sup>15</sup> Esta identificação apresenta-se em anexo por questões de facilidade (cf., Anexo 4 – Narrativas, p. 105 e seguintes).



Como podemos constatar da análise deste resultado, existe uma associação entre as três categorias, principalmente quando temos em conta o senso comum, já que, de alguma forma se associa a velhice à sabedoria mas também à pessoa necessitada.

Verificamos então, que, relativamente ao idoso tanto são referidos aspetos positivos como negativos, o que significa que poderá haver uma espécie de distribuição por dois polos: um positivo e outro negativo (e.g., sabedoria vs. velhice necessitado). A dualidade do positivo e do negativo é algo esperado, tal como referenciava Erikson, há sempre uma força contrária.

Se a palavra “*velhice*” e “*necessitado*” (S8) denotam algum negativismo, ligado até à “*exclusão social*” (S4), a palavra “*sabedoria*” (S4, S7, S12, S13, S14) traduz um aspeto positivo do envelhecimento e conseqüentemente do idoso, denominado de, “*uma caixa de saberes*” (S5) e “*pessoa com muito valor e que tem ainda muito para dar na vida*”, (S3), devido principalmente à sua “*experiência de vida*” (S6, S7, S10, S15).

Embora, e de acordo Lage (2005), apesar de ser velho não significar ser dependente, e não implicar necessariamente ser necessitado, este significado é ainda atribuído. Isto revela uma série de ideias pré concebidas acerca das pessoas idosas, relatadas na literatura com a imagem do velho sábio de cabelos brancos, que acumulou experiência ao longo da vida, percepção também encontrada nas respostas dos cuidadores do nosso estudo que constroem uma visão banal da palavra idoso, ou seja, também eles sugerem uma visão mais ou menos habitual tanto de sábio como de necessitado.

Coloca-se-nos aqui uma questão interessante: será que se trata de uma visão dual ou de uma ambivalência mal resolvida? A palavra “*necessitado*”, ou seja, aquela que é negativa, demonstra-nos a angústia perante o fim, a morte que ainda não é bem aceite, mas que é inevitável no ser humano, uma ambivalência mal resolvida.

### ***Acha que os idosos têm capacidade de amar e/ou relacionar emocionalmente?***

Depois de termos procedido à reunião das categorias emergentes surgiram-nos as seguintes: Maturidade, Sentimentos, Tabus e Demência.

Na análise das respostas a esta questão verificamos que todos os cuidadores acham que os idosos têm capacidade de amar e/ou relacionar, o que vai de encontro ao que nos dizem autores como López & Fuertes (1989), Lima (2003), entre outros, que a capacidade de amar e de se relacionar emocionalmente acompanha o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital. Neste aspeto, também um dos participantes afirma: “*a capacidade para amar jamais termina com a idade*” (S3).

Se a unanimidade em aceitar esta capacidade é evidente, ela é validada porque os idosos “*têm essa capacidade melhor do que quando se é jovem, têm outra maturidade*”(S1) e “*têm sentimentos*” (S3). Como podemos verificar a idade não faz cessar sentimentos, os idosos são pessoas com capacidade para gerir emoções e se manterem emocionalmente estáveis.

De acordo com os dados recolhidos, apesar de ainda existirem “*tabus*” em relação aos relacionamentos entre idosos, os cuidadores consideram que eles têm capacidade para amar e manter relacionamentos, mas que, podem existir entraves para que esta capacidade possa ser desfrutada em pleno, como seja, o facto de não se encontrarem mentalmente aptos tal como afirma o sujeito aqui denominado de S15: “*não é por se chegar a esta fase da vida que perdemos esta capacidade a não ser por motivos de demência [...]*”. Esta última posição pode no entanto ser por nós contestada se nos reportarmos ao suporte teórico do nosso estudo onde constatamos, e segundo Ferros (2005), que mesmo doentes os idosos, são também adultos, sendo natural que expressem sentimentos e comportamentos sexuais típicos desta faixa etária, afirmação que a autora suporta nos estudos realizados por Holmes e cols, (1997) e Mayers (1998), direcionados a cuidadores no âmbito da sexualidade de idosos com demência e através dos quais se pode constatar que comportamentos de intimidade entre os idosos demenciados aconteciam com frequência e que a iniciativa sexual partia de ambos os sexos.

Arriscamos portanto afirmar que os idosos, tal como os jovens, têm “*sentimentos*”, e por isso, nem a idade, nem a “*demência*”, e nem mesmo sabendo que “*os tabus existem*”(S7), fazem com que eles não consigam contornar todas as situações e manter essa capacidade de amar e relacionar até com mais “*maturidade*”, cabe aos cuidadores lidar com as situações desta problemática sem permitir a inferência de crenças, valores e preconceitos.

### ***Considera que os idosos ainda se interessam pela sexualidade?***

Recordemos aqui as categorias que reunimos das respostas a esta questão e que são: Companheirismo, Carinho, Interajuda, Toque, Cada caso é um caso, Namoriscar, Esconder, Vergonhosa.

Posto isto, verificamos que estas contrariam os estereótipos e mitos existentes em relação à sexualidade do idoso, que nos dizem: “*os idosos já não se interessam pela sexualidade*” (Campagne e Frenney citados por Berger e Mailloux, 1995, p.67), já que

todos os sujeitos pensam de igual forma, considerando que sim, que se interessam, chegando mesmo a afirmar-se que *“a maior parte deles interessam até demais”* (S14).

Apesar de verificarmos a existência de interesse dos idosos pela sexualidade, há que ter em conta que *“cada caso é um caso”* (S3, S4) e que esta sexualidade é vista por alguns dos participantes como sinónimo de *“companheirismo”* (S1), de *“carinho”*(S1, S5) , de *“interajuda”*(S1, S5) e de *“toque”*(S5) denotando-se que o interesse sexual dos homens é diferente do das mulheres, *“pelo menos demonstram mais interesses sexuais que as mulheres. Bem...também as mulheres são mais recatadas”*(S2), *“é provável que o sexo masculino mantenha este interesse mais ativo do que o sexo feminino”*(S15).

Esta visão da mulher, como ser mais recatado e sexualmente menos ativa que os homens, é corroborada pelos estudos de Hite (1976, 1978) e de Conway-Turner (1992) referidos por Laury citado por Ramos e González, 1994), que referem que enquanto muitos homens preferem o sexo oral ao coito, as mulheres desfrutam mais dos preliminares do coito, das carícias e outros aspetos íntimos de uma relação do que propriamente do coito em si e que carícias, beijos e outras formas de contato corporal eram uma grande fonte de prazer. Nas mulheres há um declínio tanto no desejo como no desempenho sexual.

Podemos também arriscar a existência de uma sexualidade que nos reporta ao modelo de sexualidade baseado no jovem, (Ramos e González, 1994), que nos transmite uma visão tradicional e dominante da sexualidade onde a mulher desempenha um papel secundário, até porque faz apenas referência ao homem.

Apesar do interesse que os idosos possam ter pela sua sexualidade, na opinião de alguns participantes, após a morte do cônjuge existe uma forma diferente de a ver, chegando a afirmar-se *“que há pessoas que ficam viúvos e deixam de ter interesse sexual”*(S6) e *“outros interessam-se porque acham que têm o direito a vivê-la e a satisfazê-la”*(S6). Através da última expressão, podemos afirmar que existe uma visão diferente da visão tradicional de sexualidade que nos transporta para o modelo de sexualidade baseado no prazer, (Ramos e González, 1994), onde homens e mulheres idosos são livres na atividade sexual vivendo-a com o fim de alcançar prazer.

Verificamos que a sexualidade, nesta fase da vida, existe, independentemente das circunstâncias e da forma como é vivida, e se *“muitos procuram namoriscar aqui e ali ”* (S4) e outros *“até mesmo esconder”*(S1), a verdade é que ela é real. A perceção que nos fica dos cuidadores relativamente a este interesse é que, o mesmo, ainda não é levado muito a sério, e podemos mesmo afirmar que o ligam apenas aos *“namoricos”* com vista

à companhia e à interajuda, e se alguns mostram interesse sexual, e aqui arriscamos a concluir, que se considere um interesse visto mais no âmbito da sexualidade física e até genital, são simplesmente visados como vergonhosos.

Não flui portanto o interesse sexual como, *“uma necessidade, um acumular de desejos, sensações e sentimentos com múltiplas manifestações físicas e psicológicas”* (Ramos e González, 1994, p.156), do ser humano, que terminam na sua realização sexual, mas antes uma sexualidade escondida ou *“vergonhosa”*, com relacionamentos que não são mais que meros *“namoricos”*, que têm como finalidade, e apenas, o companheirismo e a interajuda, onde é apenas permitido o toque e o carinho sem fim sexual, muito embora haja espaço para conceber que cada caso é um caso, e arriscamos mesmo afirmar que existe aqui uma relativização, isto porque, pelos vistos, os cuidadores assumem apenas uma visão de companheirismo, interajuda, carinho, e no limite, o *“namoriscar”*, interesses vistos como mais aceitáveis, o outro lado da sexualidade é remetida para escondida e vergonhosa, não é aceite.

#### ***Acha que os idosos devem viver a sua sexualidade como aconteceu em outras etapas da sua vida?***

Relativamente a esta questão, as categorias que emergiram das suas respostas são: Afeto, Carinho, Amizade, Respeito, Limitações, Sexualidade, Saudável, Tabus, Importante, Cada coisa tem o seu tempo.

Se um participante refere que os idosos não devem viver a sua sexualidade como aconteceu em outras etapas da sua vida, já que considera que *“cada coisa tem o seu tempo”* (S14), a perceção global dos participantes é contrária a esta posição, e há até quem considere que *“a sexualidade é importante”* (S13) para os idosos e *“se é algo que gostam, que sentem falta e que lhes faz bem”* (S11), *“deveria ser vivida da mesma forma, embora em termos sociais e culturais ainda existam muitos tabus para ultrapassar”* (S4) pois, *“apesar de terem limitações que não tinham na juventude podem viver a sexualidade de forma muito saudável”* (S3).

Tendo em linha de conta estas afirmações, podemos considerar que uma vez mais nos deparamos com a dualidade dos dois modelos de sexualidade referidos por Ramos e González (1994), se para uns a sexualidade é associada ao modelo de sexualidade baseado no jovem, em que esta é sinónimo de coito e ereção, perceção muito ligada aos jovens e considerada fora de tempo para os idosos, para outros, é evidente uma sexualidade baseada no modelo do prazer em que as imensas possibilidades, por ele

contempladas, para disfrutar a atividade sexual levam a mudanças qualitativas e quantitativas e a uma sexualidade satisfatória sem limites de idade, porque o interesse sexual e afetos estão isentos dela (Ramos e González, 1994).

Mas, da análise dos dados podemos inferir ainda que, a percepção que o cuidador tem da sexualidade do idoso é, uma vez mais, de uma sexualidade vista enquanto “*carinho, afeto, amizade e respeito*” (S1, S15), que deve ser vivida apenas “*emocionalmente*” (S6), sempre em função das suas “*limitações*” (S3, S6,S8) e “*com as características que a sexualidade tem nesta altura*” (S7), havendo até, quem considere que “*a sexualidade deles é diferente da nossa*” (S8).

Como se pode verificar, se por um lado o idoso se interessa pela sua sexualidade, o que faz dele um ser sexuado, por outro, o facto de os participantes considerarem apenas uma sexualidade baseada no carinho, afeto, amizade e respeito, sem qualquer alusão a uma sexualidade genital ou coital faz com que se encaixem no perfil preconceituoso e de tabus da nossa sociedade, que consideram o idoso um ser assexuado, o que segundo estudos realizados por Pfeiffer (1968) referidos por López e Fuertes (1989) não se verifica, pois os mesmos revelam que os comportamentos sexuais que envolvem o coito 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.

Se explicitamente, um dos participantes nega a sexualidade nesta fase da vida, porque acha que cada coisa tem o seu tempo, questionamo-nos se os restantes, mesmo considerando a sexualidade importante, ao encará-la apenas como afeto, carinho, amizade e respeito, vivida apenas por pessoas saudáveis e com limitações muitas vezes devido aos tabus ainda existentes, não estarão a proceder da mesma forma, embora o demonstrem de maneira menos direta.

Esta visão dessexualizada do idoso leva-nos a acreditar que o tema da sexualidade nesta faixa etária é ainda desvalorizado, tal como acontece nas diversas teorias existentes e encarada com pouca seriedade por parte dos cuidadores.

### ***Concorda com os relacionamentos e contactos amorosos entre idosos da instituição?***

Na análise ao conteúdo das respostas à questão referida consideramos as seguintes categorias: Bem-estar, Casamento, Orientadas, Saudáveis, Brincamos, Paródia, Respeito, Atento, Companhia, Limites, Descomprometidos, Casais, Controlo.

Após a análise das respostas constatamos que apenas um participante não concorda com os relacionamentos e contactos amorosos entre os idosos da instituição, a não ser que

sejam “casais”. No entanto, se por um lado há quem considere que estes relacionamentos, pela “companhia” (S9), que podem proporcionar e pelo “combate à solidão” (S1), são uma mais-valia para o “bem-estar físico e psicológico” dos idosos (S1), por outro, há quem concorde com eles mas tendo sempre em conta alguma condição, como seja, apenas quando têm por fim o “casamento” (S2), desde que sejam “descomprometidos, viúvos ou solteiros (S13), “desde que haja um determinado equilíbrio, que as pessoas estejam orientadas” (S4), que sejam cognitivamente “saudáveis” (S4, S7, S15) e que “haja respeito” (S6, S11), ou ainda, dentro dos “limites” e “nos parâmetros aceitáveis”(S12).

Mesmo considerando que os cuidadores devem estar sempre “atentos” (S7), que se devem respeitar os valores morais de vivência em comunidade e que deve haver algum “controlo” (S15), já que, e tal como nos diz Ballard (1998), o comportamento e interesse sexual tornam-se problemáticos quando são vistos como inadequados ou perigosos para o indivíduo ou para as outras pessoas, verificamos que ainda existe, por parte de alguns, uma certa irresponsabilidade em relação à sexualidade do idoso, muito evidente na resposta de um dos participantes quando, e falando no plural, nos afirma: “muitas vezes fazemos que não vemos, outras brincamos, levamos para a paródia” (S5). Esta situação, vulgar no senso comum, é completamente errada e condenada pelas palavras de Ferros (2005), segundo a autora esta problemática deve ser encarada evitando o ridículo, a espetacularidade, as piadas, os gracejos, e as brincadeiras.

A isto acontecer, tal como indicam os dados, estamos em crer que esta temática muitas vezes não é levada a sério, sendo até alvo de chacota e risada por parte de alguns cuidadores, o que nos revela, eventualmente marcadas dificuldades em lidar com estas situações, quer por questões pessoais quer culturais.

Se verificamos que existem cuidadores que aceitam que o idoso tem direito a vivenciar relacionamentos e contactos amorosos na instituição, dentro de determinados parâmetros, como sejam, o casamento como fim, ou desde que sejam descomprometidos ou casais instituídos formalmente, há quem considere que estes relacionamentos são uma companhia e contribuem para o bem-estar dos idosos, desde que sejam saudáveis, orientados, com controlo e dentro dos limites aceitáveis, e até quem ignore esta realidade e leve para a paródia e para a brincadeira.

Tendo em linha de conta estas diversas posições não devemos esquecer aqui a opinião de Gavião (2005), quando nos afirma que o cuidador deve ser capaz de ver o idoso

como pessoa e não apenas como um ser na última etapa da sua vida, pois assim será mais fácil admitir a sua sexualidade.

***Na sua opinião a instituição onde trabalha encara de forma aberta estas situações?***

Para procedermos à análise das respostas a esta questão reunimos as categorias seguintes: Saudáveis, Restrições, Enroscados, Condescendentes, Cariz religioso, Família, Namoricos, Limites, Descomprometidos, Juntório, Namoriscar.

As respostas a esta questão demonstram que embora exista alguém que não tem a certeza, pelo facto de trabalhar há pouco tempo na instituição, na generalidade todos são de opinião que as instituições encaram de forma aberta situações que ocorram de relacionamentos amorosos, e de algumas, dizem até, serem “condescendentes” (S6). No entanto, e tal como já aconteceu com situações anteriores, são colocadas por vezes algumas “restrições” (S4) ou “reticências” (S7) tendo em conta o “cariz religioso” (S4, S7) de algumas instituições e as próprias “famílias” (S3, S9) dos idosos.

Apesar da aceitação demonstrada pelos dados, parece-nos que esta, na realidade, só existe quando se trata de relacionamentos “saudáveis” (S1, S13), “dentro dos limites aceitáveis” (S12), “se não for prejudicial para os idosos” (S3), entre pessoas “descomprometidas” (S13) ou “casais” (S2), a quem é permitida alguma privacidade, ou se trate de simples “namoricos”, se pelo contrário, os idosos optarem por um relacionamento sem compromisso, a que um participante chama de “juntório” (S14), ou tentarem algum tipo de aproximação física “enroscados pelos cantos” (S4) esta aceitação já não se torna tão evidente, podemos até mesmo afirmar que já não existe.

Por outras palavras, e uma vez mais, verifica-se que, entre as categorias seleccionadas para avaliação da percepção que o cuidador tem relativamente à posição da instituição nesta temática, existe uma dualidade/ambivalência, pois, se por um lado, é demonstrada uma atitude liberal, em que é evidente que as instituições aceitam relacionamentos amorosos, por outro verifica-se que esta abertura tem diversas restrições que levam a questionar-nos, até que ponto o idoso é livre para viver um relacionamento caso assim o deseje, principalmente se não for formalmente instituído ou se a família não o permitir.

Devemos ter ainda em conta a abrangência desta aceitação porque, e tal como refere S7 e do que pudemos vivenciar, provavelmente as instituições, consideradas como um todo não sejam assim tão abertas, e muito embora se diga que existem profissionais com formação para aceitar tais factos, “o pessoal que trabalha na instituição tem formação para tal” (S5), apuramos, pelos dados recolhidos que este assunto ainda não é assim tão

profissionalmente encarado, principalmente quando nos afirmam que há cuidadores que “até se riem, até acham piada” (S14) e utilizam termos como “namoricos” e “namoriscar” como se tratasse de algo pouco sério ou com pouca importância, o que, na nossa opinião demonstra, se assim podemos dizer, uma certa irresponsabilidade ou um tentar fugir à realidade, é também notória uma abordagem tímida, e diríamos, se não mesmo, considerada tabu.

Apesar de na opinião dos participantes as instituições encararem bem os relacionamentos entre os idosos, não podemos esquecer que o cariz religioso e a história de algumas não permitem uma abertura assim tão fácil e colocam mesmo restrições e limites caso não se trate de relacionamentos que elas considerem saudáveis, entre pessoas descomprometidas e com o consentimento das respetivas famílias. São condescendentes quando se trata de simples “namoricos”, e aceitam, até mesmo se houver um “juntório”, se apenas se “namoriscar”, desde que não andem “enroscados pelos cantos”.

Posto isto, verificamos, tal como nos diz Ferros (2005), que intimidade, sexualidade e comportamentos sexuais são temas de abordagem ainda tímida para alguns cuidadores de idosos.

### ***Existem na instituição, profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?***

Dos dados recolhidos relativamente a esta pergunta selecionamos as seguintes categorias: Técnicos e auxiliares, Desagrado, Encaminhamento, Orientar, Vergonha, Formação.

Surgiu-nos então a confirmação de que, no que respeita à existência de profissionais para orientar os idosos sexualmente são vários os “técnicos”, e de diversas áreas, que podem intervir neste sentido, desde os psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, até aos “auxiliares” de ação direta, ou seja, os cuidadores em geral que constituem os quadros das instituições.

De acordo com a opinião dos participantes, os cuidadores “têm formações, ações de formação acerca do tema” (S12, S13, S15) e atualmente “são já vários os técnicos que orientam e esclarecem os idosos acerca da sua sexualidade” (S3), embora não exista ninguém com esta tarefa específica, “não existe especificamente alguém” (S4), se for necessária intervenção, existe quem faça “encaminhamento” (S4, S9) e “possa orientar” (S3, S6, S7, S8).



Se por um lado os dados nos indicam que todos os cuidadores têm capacidades e formação para orientar sexualmente os idosos, estando disponíveis para apoiar e encaminhar sempre que seja necessário, por outro lado é-nos revelado que “*os idosos não são muito de pedir ajuda nesse sentido*” (S9), existe ainda um sentimento de “*vergonha*” (S9) da parte deles e “*não têm o à-vontade para ir ter com um técnico*” (S11). Muitas vezes ouvem os conselhos, mas há, ao mesmo tempo, quem mostre “*desagrado*” (S1), pois acham “*que não precisam de conselhos de ninguém, pois com a idade que tem já sabe bem o que faz*” (S1), são até chamados de “*caixinha de saberes*” (S5), chegando a ficar “*zangados*” (S14) quando os orientam, embora aqui nos fique a dúvida acerca da forma como são orientados.

Apesar desta confirmação dos dados fica-nos patente que não existem técnicos com formação específica para intervir em questões tão delicadas e sérias como as que acarreta a sexualidade dos idosos, as orientações dadas pelos diversos técnicos são generalistas, no nosso entender, porque nesta perceção não emerge a sexualidade como prazer, o que nos parece, que por vezes por se tratar de conselhos menos profissionais e talvez nem sempre adequados à situação de cada um, acabam por não ser bem aceites como era suposto vir a acontecer e “*entra-lhe a 100 e sai-lhe a 300*” (S14).

Tal como refere Gavião (2005), também nós consideramos que é necessária a formação dos cuidadores, específica nesta área, aceitando as limitações inerentes ao processo de envelhecimento, respeitando a privacidade, a autonomia, o direito de escolha, independência e singularidade do idoso, evitando a generalização dos cuidados e promovendo a individualidade de cada um, mas ao mesmo tempo a formação dos idosos de forma a facilitar-lhes falar abertamente sobre esta problemática, que embora seja vista por muitos como uma afronta às suas crenças pessoais e códigos morais é necessário que todos interajam de maneira a refletir sobre a importância da mesma e a importância que cada um lhe dá ou não.

Para finalizar, mesmo considerando que todos os técnicos e auxiliares possuem formação para fazer encaminhamentos e orientar os idosos no que respeita à sua sexualidade, tendo consciência do papel fundamental dos cuidadores, facilitando ou dificultando esta necessidade complexa, e apesar dos idosos mostrarem desagrado e sentirem alguma vergonha em pedir esta orientação, somos da opinião que deveria existir uma formação dirigida a todos os intervenientes neste processo mesmo que ainda existam instituições que não abordam o tema da sexualidade com os idosos para esta “*não ser ou não vir a ser incentivada*” (S15).

### ***Como encarou e reagiu perante situações de manifestações de carinho entre idosos?***

Adotando os mesmos critérios de análise anteriores selecionamos as categorias que se seguem: Naturalmente, Diferentes, Limitações, Sem maldade, Alegria, Saudável, Brincadeira, Não fira, Neutra, Engraçado, Cuidadosos, Enternecida, Carinho, Chocado. Perante os dados analisados podemos inferir que as manifestações de carinho dos idosos são bem aceites e perante elas os participantes reagiram sempre bem, à exceção de uma pessoa.

No discurso daqueles que dizem ter encarado e reagido bem, e “*naturalmente*” (S1, S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13, S15), encontramos linhas de orientação que convergem para dois polos, o positivo e o negativo. Se o positivo leva a encarar as manifestações de carinho entre idosos com normalidade, já que deixa até “*enternecida*” (S12) quem presencia, a reagir “*conforme a situação*” (S9), de “*forma diferente em casos diferentes*” (S3), ou “*ficar neutro*” porque é natural, o negativo conduz uma vez mais às restrições a que os idosos estão submetidos quando se trata da sua vida sexual, pois é considerada “*uma situação ainda com muitos tabus*” (S7) e perante a qual ainda existe quem afirme: “*choca-me profundamente*” (S14).

Tal como Ferros (2005), consideramos que é realmente necessário estar consciente de que, à medida que se envelhece, as necessidades modificam-se, mas não se altera o direito que o individuo tem de permanecer sexualmente ativo, desde que o desejo e não vá de encontro aos direitos dos outros, independentemente da idade, capacidade ou preferência sexual.

Para os participantes em estudo, tudo é normal na base das suas “*limitações*” (S1), já que as manifestações de carinho, entre idosos, são sem “*maldade*” (S2) e desde que “*não choquem as pessoas*” (S3), não “*fira suscetibilidades*” (S6) e seja “*saudável para ambas as partes*” (S4), “*não há nada mais bonito que o amor*” (S4), mas há que ter “*algum cuidado*” (S7). Mas quer-nos parecer que esta posição de naturalidade assenta ainda numa atitude de infantilização perante o idoso, e mais concretamente da sua sexualidade, pois há quem ache “*engraçado*” (S7) e quem leve para “*a brincadeira*” (S5), atitudes que consideramos não serem corretas pois a expressão da sexualidade do idoso, tal como nos refere Ferros (2005), pode conhecer modificações e levantar problemas físicos difíceis de gerir, mas pode tornar-se mais difícil quanto maior for a tendência dos cuidadores, para pensarem no idoso, não como um adulto dotado de identidade sexual, mas como um ser assexuado ou uma criança.

Contrariamente a estas posições de relativa aceitação, surge uma posição de completa negação e não-aceitação de qualquer tipo de carinho entre os idosos, e se isso acontece faz com que o participante se sinta “*chocado profundamente*” (S14) e que reaja “*muito mal, muito mal*” (S14).

Este misto de reações leva-nos a inferir que a vivência e expressão da sexualidade, especialmente nos idosos, tem ainda uma forte componente cultural e educacional, e que os cuidadores, ao terem atitudes de reprovação ou de brincadeira perante manifestações de carinho de qualquer ordem entre os idosos demonstram uma eventual incapacidade para lidar com a situação, e aqui lembramos as palavras de Lopez e Fuertes (1989, p. 10), quando nos afirmam que “*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 individuo vive*”.

Aceitar naturalmente a sexualidade do idoso, ajustada às suas limitações, uma vez que estes não demonstram maldade nos seus carinhos, e não ferem a suscetibilidade de ninguém, é motivo de alegria e deixa enternecida alguns dos cuidadores.

Desde que se trate de relacionamentos saudáveis, com gente saudável, os cuidadores tomam uma posição neutra ou reagem de forma diferente em casos diferentes. Uns acham engraçado e até levam para a brincadeira as manifestações de carinho entre idosos, uma vez que eles até são “*cuidadosos*” (S10), entretanto, outros há que se sentem profundamente chocados e que reajam muito mal.

É-nos evidente que as reações perante as manifestações de carinho acarretam, e mais tarde ou mais cedo levam, à injunção moral.

### ***Análise das Narrativas***

Tendo em conta a análise de narrativas, proposta por Labov e Waletzky (1996), composta pelos seis elementos transcritos anteriormente, passamos agora a analisar as narrativas, as quais, por uma questão de facilidade, se encontram em anexo, tal como foi já referido<sup>16</sup>. Na categoria Finalização foram agregadas as respostas dadas à questão 14. Após a estruturação das mesmas, apuramos que nem todos os sujeitos produziram narrativas (e.g., S6, S12), e aqueles que o fizeram mostram pouca elaboração, contando episódios, mas contando pouco, não existindo, portanto, grande produção.

---

<sup>16</sup> Anexo 4 – Narrativas (p. 105).

Tal como era de esperar, o contexto em que se desenrolam tem sempre a ver com a instituição onde residem os idosos.

No que respeita ao sujeito aqui denominado de S1, após termos analisado o conteúdo da entrevista optamos por considerar dois relatos. Assim, se no primeiro refere um relacionamento onde os “*mimos*”, os “*beijinhos*” ou “*estar agarrados*” revelam um pouco mais do que companheirismo e interajuda, no segundo, através da expressão “*estavam duas pessoas a manter relações sexuais*”, é visível a sexualidade ativa que existe entre os idosos.

Aqui, tal como aconteceu anteriormente na análise das restantes respostas, verificamos que, na primeira narrativa, embora as palavras utilizadas apontem para uma sexualidade evidente, o narrador desvaloriza-a quando refere que “*achamos piada*” e que o apoio que presta a estes relacionamentos é de “*forma divertida*” tendo como principal objetivo incentivar “*a uma relação de amor e carinho*”, na segunda, apenas afirma que perante a realidade de uma relação sexual, saiu do quarto. Não havendo mais conteúdo para analisar só podemos interpretar que esta seria a reação normal de qualquer pessoa, por uma questão de bom senso e de educação.

Na narrativa de S2 é patente, uma vez mais a atividade sexual entre os idosos dando conta de um casal de idosos a ser surpreendido “*no arranjinho sexual na cama*”, tal como acontece no relato anterior, também este possui pouco conteúdo e apenas nos dá a conhecer que “*quando os apanhávamos na cama, virávamos costas*” posição reforçada pela frase “*virei sempre as costas*” a situações destas, pois tal como acrescenta “*não aconteceu só com eles*”. Esta reação, para além de a consideramos, tal como já aconteceu anteriormente, uma reação normal de educação e respeito, leva-nos ao mesmo tempo, a atribuir-lhe um segundo significado, pois dela transparece, e muito provavelmente também pela forma como nos foi relatada, um não dar muita importância, e ao mesmo tempo quase que a ignorar o que estava a acontecer. Sobressai-nos aqui, que este participante sempre que se depara com atos sexuais entre os idosos, simplesmente “*vira as costas*”, mas pareceu-nos que existe nesta reação uma incerteza sobre se, a atitude que toma, é ou não a mais correta, já que termina o seu relato questionando-nos se achamos que fez bem, o que não nos compete agora aqui avaliar.

Os relatos de S3 e S4 são pouco abrangentes e do seu conteúdo retiramos apenas a alusão a uns namoros com “*beijaças*”, entre casais ou casos que terminaram em casamento.

Da narrativa seguinte (S5), foi-nos possível inferir que durante a noite, na instituição, há algo que aponta para encontros noturnos entre os idosos, sem no entanto deixar transparecer de que tipo de encontros se trata. O “*bater de portas*”, o “*bater da bengala no chão*” e o “*arrastar do andarilho*” são os indícios que, segundo o sujeito, todos identificam e através dos quais conseguem identificar “*quem anda nos namoricos*”.

Uma vez mais reconhecemos uma desvalorização dos acontecimentos e daquilo que eles podem vir a implicar, se realmente estes encontros são uma realidade, e se acontecem entre pessoas adultas, não lhes é dado o verdadeiro significado, já que, para quem os presencia, não passam de simples *namoricos*. A realidade daquilo que pode estar a acontecer nesses encontros é como que ignorada ou simplesmente menosprezada.

Se S6 não nos relata qualquer episódio, pois tal como pudemos verificar pela entrevista, nunca vivenciou nenhum e apenas tem conhecimento da existência de relatos de *namoricos*, pelos colegas, do que pudemos apurar da análise das narrativas de S7 e S8 verificamos, uma vez mais, a existência de *namoricos*, com algumas trocas de carícias, a que não dão importância, e a história de um amor reencontrado após alguns anos, sem muita mais referência.

Através da narrativa de S9 comprovamos que, a sexualidade dos idosos independentemente de existir ou não parceiro, mantém-se ativa, como aconteceu noutras etapas da sua vida. O seu conteúdo revela-nos a realidade de um idoso, que em privado, no seu quarto, procedia à masturbação, quando o cuidador entrou sem avisar. Antes do idoso dar pela presença saiu de imediato, reação normal de se tomar numa situação destas.

Não há muito mais a avaliar pelo pouco conteúdo que nos é fornecido, fazemos apenas reparo no facto de, o cuidador não dar grande importância à privacidade da pessoa idosa, quando entra no seu quarto sem qualquer aviso prévio.

Namoros, paixões assolapadas e *namoricos* são uma vez mais o conteúdo das narrativas de S10, S11 e S13, uma vez que S12 não faz qualquer relato porque, tal como nos disse, acha que está a “*entrar dentro da intimidade deles*”. Dos três relatos, e depois do que foi dito, apenas temos a acrescentar que, se um dos participantes diz que, o casal de namorados que refere, “*parecem periquitos*”, o outro brinca com eles ou apenas refere que fazem tudo juntos. Não há portanto valorização daquilo que cada um vivencia nos relacionamentos existentes.

Se até aqui, na maioria das narrativas constatamos uma grande dificuldade em assumir a existência de uma sexualidade ativa bem patente nas palavras de alguns narradores,

através da narração de S14 verificamos precisamente o oposto, o participante é explícito, ao referir que os idosos na instituição demonstram diversos comportamentos sexuais uns com os outros, e embora ainda patenteie algum receio em utilizar certas palavras, é firme ao relatar a existência de “*um idoso numa cadeira de rodas e uma idosa a meter-lhe as mãos no bolso e a...*” e até mesmo sem procurarem qualquer privacidade “*à frente de todo o mundo a fazer tal...*” ou a fazer “*até mamadas*”.

Ao contrário do que tínhamos vindo a verificar, este relato dá-nos uma imagem diferente do idoso e do tipo de sexualidade que alguns deles ainda vivem e expressam sem qualquer preconceito, onde o simples carinho, o companheirismo e interajuda dá lugar a uma sexualidade genital, que para este participante é muito real e que não faz questão de esconder que existe. Em contrapartida, se outros demonstraram, pelo menos uma aparente aceitação dos relacionamentos relatados, este, tanto através das palavras, do tom de voz utilizado na entrevista a quando do relato, como dos gestos, que mantemos bem presentes, foi perentório em afirmar que, tudo aquilo eram “*poucas vergonhas*”, que não aceita, por considerar que “*cada coisa tem o seu tempo*” e por se verificarem entre pessoas que não são casadas apesar de ambas serem viúvas.

Na última narrativa, tal como já aconteceu com narrativas anteriores, há o relato de um relacionamento em que “*muitas vezes pela noite fora o senhor vai ter com a sua amada ao quarto dela*” mas onde pouco mais é acrescentado, ou porque acha normal ou porque, provavelmente, por se tratar de duas pessoas idosas, uma vez mais se esquece que são adultos e se ignora o que pode acontecer nestes encontros.

Ao considerarmos a proposta de Labov e Waletzky (1996), que nos orientou na análise das narrativas, tal como já referimos, verificamos que, em todas elas, não há organização nem coerência de discurso, o que nos leva a afirmar que são relatos muito esparsos, fragmentários onde, ao aplicarmos os seis elementos da análise de narrativas referida, nos revelam falta de organização e de coerência que lhes é conferida pelos mesmos. Através da aplicação deste processo não conseguimos vislumbrar uma conclusão, um desfecho, porque parece falhar sempre um ou mais destes elementos, o que significa que os sujeitos não mostram consistência no que relatam. O discurso não é rico em pormenores, até porque as frases são curtas.

É razoável admitir que não se trata de um problema de não saber narrar, mas antes de um problema de conteúdo, onde a sexualidade do idoso esteja integrada. Este é um assunto que não flui normalmente, que não está bem resolvido, o que não permite uma narração coerente e fluída, para a qual era preciso ter leveza. Isto reflete o efeito cultural

que existe acerca da temática, a falta de formação neste campo e a dificuldade de aceitação, patente em relatos pouco estruturados.

Esta falta de organização e coerência de discurso denota que este tema, ou não é bem aceite, ou simplesmente os cuidadores não conseguem lidar bem com ele. Todos os cuidadores, tal como acontece com algumas interpretações teóricas (e.g., Erikson), sentem dificuldade em ver o idoso numa relação sexual, não querendo saber da sexualidade que o coloca em contato com o genital o que, de uma forma ou de outra, se encarregam de demonstrar através dos relatos.

O “*virar das costas*” ou o ignorar que a sexualidade, com fim à obtenção de prazer físico, pode estar a acontecer nas diversas situações relatadas, revela a existência de uma mentalidade presa a uma cultura preconceituosa e conservadora que esconde ainda as questões da intimidade.

Em jeito de conclusão, verificamos que a análise narrativa corrobora a construção da perceção dos cuidadores sobre a sexualidade dos idosos que resultou da análise das respostas às diferentes questões, anteriormente apresentada.

## 4 Discussão

De acordo com Paúl (2005), o envelhecimento foi, desde sempre, motivo de reflexão do ser humano na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte.

O aumento da esperança de vida, a diminuição do índice de natalidade, aliados a outros fatores (e.g., emigração), deu origem a um acentuado envelhecimento da população nas últimas décadas.

Tratando-se de idosos, o senso comum é de opinião, que todos são iguais, mas a verdade é que todos são diferentes, assim como é diferente o processo de envelhecimento, tanto biológico como psicossocial, a que cada um está submetido, sendo variável de indivíduo para indivíduo.

É natural que durante o processo de envelhecimento a sexualidade se altere, e na última etapa do ciclo vital não seja igual à de etapas anteriores, mas, não significa, necessariamente, que esta deixe de existir.

Ao longo dos tempos, a sociedade alimentou, de maneira errada, uma série de tabus e falsas crenças em volta da sexualidade nesta fase da vida, onde o idoso é percecionado como um ser assexuado, tal como parece acontecer com a visão que nos é transmitida pelas teorias do desenvolvimento humano (*life span*), através da qual não emerge a sexualidade nesta etapa da vida.

Contrariamente a esta constatação, e tal como acontece noutras faixas etárias, os idosos podem permanecer sexualmente ativos até idades muito avançadas. Perante esta realidade, é também necessário ter presente que nesta fase muitos dos idosos poderão carecer de cuidados.

No que se refere aos cuidadores, deverão ter sempre presente a necessidade de conhecimento sobre todas as alterações relativas ao processo de envelhecimento, onde a sexualidade está incluída, pois têm um papel fundamental, facilitando ou dificultando esta necessidade.

### 4.1 A perceção dos cuidadores formais sobre a sexualidade do idoso

Tendo sempre como fio condutor a questão que orientou esta investigação, assim como o objetivo delineado, cruzando os dados da literatura, com os que nos foi possível



recolher, começamos por referir que, as palavras *velhice*, *sabedoria* e *necessitado* são as mais mencionadas pelos participantes para definir a palavra “idoso”, esta é também a imagem que, tanto a literatura, como o senso comum nos transmitem, o idoso, como velho sábio de cabelos brancos, que ao longo da vida foi acumulando saber e experiência para ser bom e correto nas suas atitudes, mas que ao mesmo tempo, se tornou num “*peso, num estorvo, num monte de doenças e sobrecarga familiar*” (Neto, 1992).

Não vislumbrámos, portanto, uma resposta diferente em relação àquela que nos é dada pelas teorias, ou seja, mantem-se a conceção do idoso, como sabedoria e sem sexualidade, como personagem romântica que faz parte das histórias da infância, com que se adormecem as crianças e que conforta os adultos, e tal como acontece no senso comum, que leva até a uma certa exigência social de que deve dar o exemplo de boa conduta e serenidade, principalmente no que diz respeito à sexualidade.

No entanto, se ele se afasta desta imagem, verifica-se a existência de uma injunção moral, já que, não estamos a ver os nossos avós a praticar sexo, pois se o fazem são vistos como, velhos faunos desavergonhados.

Existe assim uma dualidade, por um lado, o que gostaríamos que fosse a pessoa idosa, a imagem do carinho, do respeito, tal como a visão de Erikson e Baltes nos transmitem, e por outro lado, o que é na realidade, a pessoa sexuada, com atitudes normais de desejo.

Tal como acontece com autores como, López e Fuertes (1989) e Lima (200), entre outros, todos os participantes são unânimes a admitir que os idosos têm capacidade para amar e/ou relacionar emocionalmente, apesar dos tabus que ainda existem acerca desta temática, mas, ao contrário do que nos refere a literatura, ainda há quem considere que o único entrave para esta capacidade deixar de existir é a demência.

Não existindo uma negação da sexualidade do idoso por parte dos participantes, constatamos que esta ideia contraria os estereótipos e mitos que afirmam que os idosos não se interessam pela sexualidade.

Sendo este interesse reconhecido por todos como evidente, há que ter em conta o tipo de sexualidade que os participantes referem, ou seja, uma sexualidade sinónimo de companheirismo, carinho e interajuda, onde a mulher assume um papel de recatada e menos ativa que o homem. Entretanto, se o interesse sexual dos idosos ultrapassa esta visão, é apenas visto como mero *namorico*, ou no limite, remetido para escondido e vergonhoso.

Se a maioria considera que os idosos devem viver a sexualidade como aconteceu em outras etapas da sua vida, é notória a posição de um participante ao afirmar que não. Estas duas posições remetem-nos para os dois modelos de sexualidade revelados pela literatura. Se, por um lado, encontramos quem defenda que a sexualidade é importante e que os idosos a devem viver e encarar, tal como prevê o modelo baseado no prazer, com uma atitude positiva de forma a disfrutar das diversas possibilidades de prazer que comporta, por outro lado, há quem não aceite o sexo nos idosos por considerar que cada coisa tem o seu tempo, e tal como indica o modelo mais tradicional, está associado aos jovens, tendo como fim a reprodução, o que não deverá acontecer nesta etapa da vida.

Resulta igualmente perceptível que a ideia que os participantes têm da sexualidade que deve ser vivida pelos idosos, é a de uma sexualidade baseada no carinho, no afeto, amizade e respeito, com as características e limitações próprias desta idade, desvalorizando a sexualidade genital ou coital, considerando de forma preconceituosa e carregada de tabus, o idoso como um ser assexuado, contrariamente ao que nos revelam os estudos de Pfeiffer (1968), citados por López e Fuertes (1989), que os comportamentos sexuais que envolvem coito, acontecem tanto com homens como mulheres até idades avançadas (e.g., 78 anos).

Sendo evidente que um participante não concorda com os relacionamentos amorosos dentro da instituição, a não ser que sejam casais instituídos, verificamos que, alguns daqueles que dizem concordar, acabam por colocar determinadas condições para isso acontecer.

Se há quem considere que os relacionamentos podem ajudar a alcançar bem-estar e combater a solidão, por sua vez, só são aceites se acontecem entre pessoas descomprometidas e tendo como fim o casamento, neste sentido os participantes dizem-se atentos e a controlar estas ocorrências para que tudo decorra dentro dos limites aceitáveis e com respeito por todos, o que consideramos compreensível tendo em conta que se trata de uma vivência em comunidade com valores morais que devem ser respeitados, pois, tal como constatamos através da revisão bibliográfica, os comportamentos sexuais tornam-se problemáticos quando são vistos como inadequados ou perigosos para os próprios ou para quem os rodeia.

Torna-se-nos oportuno referir ainda, a irresponsabilidade demonstrada pelas expressões de um dos participantes ao afirmar que para além de fazerem que não veem estas situações, por vezes acabam por brincar com elas ou levar para a paródia, um acontecimento vulgar no senso comum, e completamente errado, tal como verificamos

na literatura que nos revela que estas situações devem ser encaradas evitando, entre outros, as piadas, os gracejos e as brincadeiras, posição que revela ainda acentuadas dificuldades em lidar com estas situações, quer seja por questões pessoais, quer culturais.

Se à partida parece existir uma concordância na aceitação dos relacionamentos, quando realmente a relação entre idosos ultrapassa a expressão de carinho, de interajuda e companheirismo e assume um carácter erótico, os cuidadores reagem com particular desconforto, sendo notáveis as reações de surpresa, embaraço e ansiedade, assumindo, por um lado, contornos de indiferença e regozijo, e por outro lado, de repulsa. E se aparentemente não são reprovadas, são no mínimo desvalorizadas e encaradas com pouca seriedade.

Quando existem relacionamentos e contactos amorosos entre os idosos nas instituições, à exceção de um participante, todos são de opinião que estes são encarados de forma aberta. Se numa primeira impressão esta abertura parece nunca ser posta em causa, encontramos, todavia, restrições e reticências evidentes nas expressões dos participantes que nos revelam que esta abertura só existe se os relacionamentos acontecem entre pessoas descomprometidas ou casais, quando se trate de um simples *namorico* ou *juntório*, ou entre pessoas saudáveis, posição, que vai uma vez mais, ao encontro da literatura, onde pudemos reconhecer que, mesmo doentes, é natural, que os idosos expressem sentimentos e comportamentos sexuais.

Embora os participantes reforcem que os profissionais possuem formação que lhes permite aceitar tal facto, pelo que constatámos, muitas das situações existentes ainda não são assim tão profissionalmente encaradas, uma vez que, existe quem se ria ou ache piada, e quem considere os relacionamentos como meros *namoricos* sem qualquer importância.

Contudo, se forem ultrapassados estes limites ou se acontecer que alguém demonstre algo mais sexual (e.g., andem enroscados pelos cantos), são colocados obstáculos, e a abertura que dizem existir transforma-se apenas em restrições.

Concluimos que se olharmos as instituições como um todo e se tivermos em conta o cariz religioso de algumas, a abertura anunciada pelos participantes, não é assim tão evidente. Acresce ainda a este facto, a posição das famílias dos idosos, que as instituições têm sempre em conta, e caso estas não sejam de acordo com os relacionamentos, deixam as instituições numa situação considerada *muito complicada*, no parecer de um participante. Tal como acontece na literatura, também aqui é evidente

que os comportamentos sexuais entre os idosos ainda não são assim tão bem aceites, por vezes, em algumas instituições, a solução encontrada para gerir os relacionamentos amorosos entre os idosos passa pela interpretação de um acontecimento sexual como se não o fosse, negando-o ou levando-o para a brincadeira.

Averiguamos aqui não só a dessexualização dos idosos, por parte dos cuidadores, como, ao mesmo tempo, não lhe é outorgada liberdade para viverem relacionamentos neste âmbito, já que muitas vezes a sociedade condiciona, pelo facto de não serem casados, e a família, principalmente os filhos, não deixam.

Na opinião dos participantes, todos os cuidadores, das diversas áreas, podem orientar os idosos sexualmente, uma vez que todos possuem formação para tal. Não existe ninguém com esta tarefa específica, mas verifica-se uma orientação generalista, muito provavelmente porque não emerge uma sexualidade como prazer, que segundo a maioria, permite encaminhamento e orientação sempre que seja necessário.

É evidente um sentimento de vergonha e falta de à-vontade por parte dos idosos para procurar ajuda neste sentido, até porque consideram que já sabem tudo e não precisam conselhos de ninguém, mostrando até desagrado, e chegando a ficar zangados, se alguém os aconselha neste âmbito.

De acordo com os nossos dados, e tendo em conta a literatura consultada, verificamos que é necessária a formação dos cuidadores, especifica nesta área, de maneira a evitar a generalização e promovendo a individualidade de cada um, mas também a formação dos idosos de maneira a facilitar-lhes falar abertamente sobre esta temática.

Quando confrontados com a forma como encararam e reagiram perante manifestações de carinho entre idosos, se a maioria afirma que encarou bem, naturalmente ou de forma natural, há ainda quem tenha optado por uma posição neutra e tenha achado engraçado, quem tenha levado para a brincadeira e até mesmo quem se tenha sentido profundamente chocado, reagindo muito mal.

Tendo em conta as posições favoráveis a estas situações averiguamos que, se por um lado existe normalidade na forma como são encaradas, e os participantes, no geral, até reagem bem, por outro lado mostra-se-nos evidente a existência, e uma vez mais, de certas limitações, ou seja, no fundo, as situações só são aceites da forma que são, se não *acarretarem maldade*, se existir algum cuidado por parte dos idosos e desde que não choquem, nem firam suscetibilidades. Resulta-nos também perceptível uma atitude de infantilização do idoso, assumida ao mesmo tempo pela literatura, quando há quem ache engraçado e até leve para a brincadeira, demonstrando desta forma uma visão do idoso,

não como um adulto dotado de identidade sexual, mas antes, como um ser assexuado ou uma criança.

Este misto de reações são uma manifestação evidente de que, a vivência e expressão da sexualidade nos idosos, ainda é composta por uma forte componente cultural e educacional, e onde mais tarde ou mais cedo, todas levam à injunção moral, ao mesmo tempo que se comprova, por parte dos cuidadores, uma eventual incapacidade para lidar com esta problemática.

A tudo que foi dito anteriormente, resta-nos acrescentar que, temos noção de que a questão da sexualidade no idoso é complexa e fortemente influenciada pelas atitudes, preconceitos, mitos e crenças por parte dos cuidadores, mas sendo esta uma realidade e uma consequência para o bem-estar das pessoas, mesmo em idades avançadas, quando limitada ao companheirismo e à interajuda, perguntamo-nos: Onde está a preocupação com o corpo e com a sexualidade genital? Ela deixou de existir?

Embora a sexualidade nos idosos, enquanto genital, seja uma realidade, ela ainda não é totalmente aceite pelos cuidadores. Estes resultados sugerem que a maioria dos cuidadores não estão preparados para enfrentar estas situações, pelo que se torna patente que todos deveriam receber educação e formação sexual específica para esta fase da vida, aprendendo a estar atento às necessidades de cada um, e até mesmo a ultrapassar as próprias inibições e medos de não saber lidar com esta problemática de forma consciente e, ao mesmo tempo, facilitando uma forma de intervenção adaptada a cada caso.

Se falar de sexo e sexualidade é ainda envolto em grande pudor, quando se trata da sexualidade do idoso, verificamos que, a sociedade evita-a, e de acordo com a literatura e com o que nos foi possível apurar, os idosos sentem-se constrangidos e envergonhados e os cuidadores não se manifestam ou simplesmente ignoram, virando as costas ou levando para a brincadeira.

Nesta altura do nosso trabalho, e segundo os dados recolhidos, podemos concluir que as respostas dadas pelos participantes são homogêneas, dando-nos a sensação de querer evitar algo difícil como é a sexualidade do idoso, ao mesmo tempo que, nos parecem respostas politicamente corretas. De qualquer forma, constatamos que todas contribuíram para dar resposta à nossa questão de investigação, permitindo-nos verificar que na perceção dos cuidadores entrevistados, e no que respeita à sexualidade do idoso, os aspetos amorosos estão sempre presentes mas apenas como forma de carinho, de companheirismo e interajuda, ao contrário dos aspetos sexuais, que para além de apenas

alguns admitirem diretamente que existem, principalmente nos relatos que nos fazem, no geral não são muito patentes nas respostas às nossas questões.

Estando hoje conscientes de que, para atingir o objetivo do nosso estudo, elaboraríamos um guião de entrevista com outro tipo de perguntas, concluímos que o mesmo foi plenamente atingido tendo-nos sido permitido, após a análise das diversas respostas, inferir opinião acerca da perceção dos cuidadores relativamente à sexualidade dos idosos, que se por um lado se mostra liberal e muito permissiva, aceitando e encarando com naturalidade a sexualidade e a sua expressão por parte dos idosos, por outro demonstra dificuldade, irresponsabilidade e preconceito em assumir uma sexualidade enquanto desejo e prazer genital.

## 4.2 Limites e Potencialidades

Como qualquer investigação, também a nossa foi condicionada por algumas limitações e dificuldades. No que respeita às dificuldades, passamos a enumerar:

- falta de estudos sobre a sexualidade dos idosos, e mais concretamente da perceção dos cuidadores acerca desta temática, dos quais não encontramos nenhum com que pudéssemos comparar resultados;
- opção por um estudo qualitativo, que, ao contrário do quantitativo, não nos dá o conforto dos números e da estatística, e se por um lado as categorias são suscetíveis de uma maior hierarquização, por outro, temos que ter em atenção a dimensão exploratória do estudo que faz com que a tarefa interpretativa proceda com alguma cautela;
- o número limitado de participantes (n=15), que pode levantar dificuldades na generalização das conclusões. No entanto, consideramos que, se o número de participantes pode ser restrito, também tinha que ser manejável, uma vez que os dados a analisar tinham forma de texto;
- o desconforto de alguns participantes para falar do tema, constatado ao longo das entrevistas, onde muitos participantes, se não fossem por nós interpelados ficariam pelos meros *sim* ou *não* a uma grande parte das respostas. Este desconforto foi ainda mais evidente quando lhes solicitámos o relato de um caso amoroso entre idosos na instituição.

Quanto às prováveis potencialidades deste estudo poderemos ter as seguintes:

- *construção de significados vividos* - uma vez que esta investigação pode fornecer palavras e significados vividos, há nestes um fundamento para itens novos e significativos, a serem utilizados na construção de questionários que possam integrar estudos reveladores de uma visão mais completa da sexualidade, isto é, uma sexualidade que se expressa no carinho e no toque mas também no sexo como fonte de prazer. Construir itens abstratos num questionário de aparência objectiva mas que, na realidade, traduz uma dada visão normativa, é o caminho que evita o trilha difícil das vivências pessoais sobre a sexualidade;
- *abrangência e aprofundamento* - sendo este um estudo susceptível de refutação, e considerando a investigação um processo em contínuo movimento, este estudo suscita a curiosidade de responder a questões como: qual é a percepção dos idosos sobre a sua sexualidade; como é que os idosos vivenciam as respostas fisiológicas do seu ciclo sexual?
- *intervenção sócio educativa* – cremos que este estudo gera a necessidade de a sexualidade do idoso se considerar como área de intervenção sócio educativa, onde o educador social não pode ficar impune e ter a mesma atitude, devendo antes criar linhas gerais de intervenção com vista a uma sexualidade plena, não só como expressão de carinho e interajuda, mas também de contacto com a genitalidade, tendo sempre presente que este campo constitui uma área que requer orientação e educação de todos os intervenientes. Os dados obtidos convocam-nos à necessidade de pensar a intervenção do educador social nesta temática, já que verificamos ser necessária uma nova abordagem acerca do papel do cuidador formal na sexualidade do idoso, não com uma visão assexuada ou um *virar de costa*, mas como um problema que se enfrenta, e embora difícil de mudar na totalidade, que admita, pelo menos, a primazia coital. Uma intervenção social para permitir assumir o carinho e o amor, sexualizados e enfrentar a injunção moral que a sexualidade sempre acarretou.

Estamos conscientes de se tratar de um trabalho em construção, inacabado, que é mais interessante pelo que questionou e não pelo que respondeu ao objetivo que nos propusemos, isto é, pelas questões que levanta.

Por último, desafiamos uma intervenção do educador social no sentido de tornar este tema bem aceite nas instituições quer por cuidadores, quer pelos próprios idosos, pois

assim seria mais fácil organizar atividades formativas, direcionadas a ambos, cuja finalidade fosse a vivência de uma sexualidade assumida em toda a sua plenitude.



## 5 Referências

- Almeida, L. & Freire, L. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. 3ª ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. L. (1999). Crenças acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*, 3, 7-14.
- Alves, F. (2001). *O encontro com a realidade docente: Ser professor principiante*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Ballard, E. L. (1998). Sexuality, Intimacy, and Meaningful Relationships in the Nursing Facility. In M. Kaplan & S.B Hoffman (Ed). *Behaviors in Dementia. Best Practices for Successful Management* (p.239-252). Baltimore: Heath Professions Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica.
- Birren, J. (1995). New models of aging: comment on need and Creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), pp. 1-3.
- Bloor, M. (1997). Techniques of validation in qualitative research: a critical commentary. In M. Gale & D. Robert (eds.). *Context & method in qualitative research*. London: Sage.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Bromley, D.B. (1969). *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Ulisseia
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação – guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrajo, M. R. (1999). *Sociologia de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Carvalho, E. T. & Alencar, Y. M. (1998). Teorias do envelhecimento. In M.P. Netto, M. et al. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho da Europa (1998). *Recomendação nº 98 (9) relativa à dependência*, adotada pelo Comité de Ministros em 7 de outubro de 1998.

- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Crawford, M. (2006). *Sexo sem tabus (para viver o sexo com prazer)*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- D'Hainaut (1977). *Conceitos e métodos da estatística*. Volume I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Volume 1.
- Denzin, N.K. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage.
- Direcção-Geral de Saúde (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde/OMS.
- Eliade, M. (2000). *Aspectos do Mito*. Lisboa: Edições70.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Esteves, M.M. (2002). *A Investigação Enquanto Estratégia de Formação de Professores*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Feldman, R. (1996). *Understanding Psychology*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto. Retirado em 19 de fevereiro de 2011, de: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira-Alves, J. & Gonçalves, O.F. (2001). *Educação Narrativa do Professor*. Coimbra: Quarteto.
- Ferros, L. C. (2005). Sexualidade e Demência. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (coordenação), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2004). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Freud, S. (s.d./1924). *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*. (tradução Ramiro da Fonseca). Lisboa: Edição “Livros do Brasil”.
- Gaullier, X. (1988). *La Deuxième Carrière (Ages, Emplois, Retraites)*. Paris: Éditions du Seuil.
- Gavião, A. (2005). Sexualidade do Idoso e o Cuidado em Domicílio. In A. Silva (coord.). *Atendimento Domiciliar um enfoque gerontológico* (p.365-367). São Paulo: Atheneu.

- Gil, A.C. (1991). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- Grazina, M. M. & Oliveira, C. R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (ed.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editores Quarteto.
- Hayflick, L. H. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Editorial Herder, S.A.
- Hill, M.M. & Hill. A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Honoré, B. (2001). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto da Segurança Social (2005). *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P. Retirado em 22 de março de 2012, de: [http://www2.seg-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos\[1\].pdf](http://www2.seg-social.pt/downloads%5Ciss%5CManual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Idosos[1].pdf).
- Labov, W. & Waletzky (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience. In J. Helm (ed.). *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle: American Ethological Society, pp. 32-43.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C.Paúl & A.M. Fonseca (coordenadores), *Envelhecer em Portugal*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. P. (2003). A sexualidade na terceira idade. *Quero-te! Psicologia da sexualidade*, nº 17, pp. 109-115. Coimbra: Saúde e Sociedade.
- López, F. & Fuertes, A. (1989). *Para Compreender a Sexualidade*. Associação para o Planeamento da Família. Lisboa: APF.
- Machado, J.P. (1977). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª ed. 1º e 5º vol. Lisboa: Livros Horizonte.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito do Social. In C.Paúl & A.M. Fonseca (coordenadores), *Envelhecer em Portugal*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mixão, M. L. & Borges, J. C. F. (2006). A sexualidade no idoso. *Revista Enfermagem*. 2ª Série. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Monteiro, D. M. R. (2006). Afectividade e Intimidade. In E.V. Freitas et. al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e Envelhecer - Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico*. Barcarena: Editorial Presença.
- Neto, F. (1992). *Solidão Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neugarten, B. L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: editorial Herder, S.A.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 2ª Edição. Porto: Legis Editora.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS.

- Paúl, M. C. (2005). A Construção de Um Modelo de Envelhecimento Humano. In M. C. Paúl & A. M. Fonseca (coordenadores), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. & A. M. Fonseca (coordenadores) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, A. (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In A. Pinto (ed.). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Platão (a.c/1991). *O Banquete*. (tradução de Maria Teresa Nogueira Shiappa de Azevedo) Lisboa: Edições 70..
- Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- PORDATA (2012). *Quadro Resumo: Sociedade Portuguesa em Números-Chave*. Retirado em 15 de abril de 2012; de <http://www.pordata.pt/Portugal>.
- Portugal – Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 101/06 – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, pp. 3856-3865.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva
- Ramos, F. & González, H. (1994). La Sexualidade en la Vejez. In J. Buendia (comp.). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Sánchez, F. L. & Ulacia, J. C. O. (2006). *Sexualidad en la vejez*. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research*. 2ª ed. London: Sage.
- Simões, A. (1985). Estereótipos Relacionados com os Idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano 24, 109-121.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veja, J. & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Viera, A. J. & Garrett, J. M. (2007). Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family Medicine*, vol. 37, nº 5, pp. 360-363.
- Weineck, J. (1991). *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

## 6 Anexo 1 – Guião da Entrevista

Blocos	Objectivos Específicos	Formulário das Perguntas	Tópicos
<p><b>Bloco I</b> Legitimação da Entrevista</p>	<p>Posicionar e informar o entrevistado do contexto da investigação, objectivos e tema da entrevista.</p> <p>Tentar desenvolver um clima de confiança, empatia e abertura, motivar, agradecer antecipadamente, informar sobre a importância do seu relato, pedir autorização para gravar, referir os princípios éticos e deontológicos, confidencialidade, anonimato e de sinceridade, posteriormente deixar ver a transcrição da entrevista.</p>	<p>Solicitar ao entrevistado ajuda para atingir os objectivos propostos.</p>	<p>Tentar desenvolver um clima de confiança, empatia e abertura, motivar, agradecer antecipadamente, informar sobre a importância do seu relato, pedir autorização para gravar, referir os princípios éticos e deontológicos – confidencialidade, anonimato e de sinceridade, posteriormente deixar ver a transcrição da entrevista.</p>
<p><b>Bloco II</b> Identificação do entrevistado</p>	<p>Recolher alguns dados que permitam identificar o entrevistado no âmbito do trabalho a realizar.</p>	<p>Quantos anos tem? Quais as suas habilitações literárias? Qual a função que desempenha na instituição? Há quantos anos exerce essa função nesta instituição? Há quanto tempo exerce essa função?</p>	<p>Com as questões elaboradas pretende-se relacionar o entrevistado com o tema do trabalho a realizar.</p>
<p><b>Bloco III</b> O idoso</p>	<p>Introduzir o objecto do estudo (idoso) na temática a abordar.</p>	<p>A palavra idoso o que lhe sugere? Acha que os idosos têm capacidade de amar e/ou relacionar emocionalmente?</p>	<p>Tentar familiarizar o entrevistado com a temática e o objecto do estudo.</p>
<p><b>Bloco IV</b> Sexualidade e o idoso</p>	<p>Conhecer a forma como o cuidador vê a sexualidade do idoso.</p>	<p>Considera que os idosos ainda se interessam pela sua sexualidade? Acha que os idosos devem viver a sua sexualidade tal como aconteceu em outras etapas da sua vida? Concorda com os relacionamentos e contactos amorosos entre os idosos da instituição?</p>	<p>Saber o que pensa o entrevistado acerca da sexualidade do idoso.</p>

Blocos	Objectivos Específicos	<i>Formulário das Perguntas</i>	Tópicos
<p><b>Bloco V</b> A instituição</p>	<p>Avaliar o papel da instituição no que respeita à sexualidade do idoso.</p>	<p>Na sua opinião a instituição onde trabalha encara de forma aberta estas situações? Existem, na instituição, profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?</p>	<p>Saber das capacidades da instituição para responder a necessidades relacionadas com a sexualidade do idoso.</p>
<p><b>Bloco VI</b> O cuidador</p>	<p>Conhecer o papel do cuidador perante um caso de relacionamento amoroso entre idosos</p>	<p>Tem conhecimento de algum caso de relacionamento amoroso entre idosos na instituição que me queira relatar? Como encarou e reagiu perante situações de manifestação de carinho entre idosos? No caso que me relatou como reagiu?</p>	<p>Saber o que faz e como sente o entrevistado perante a realidade de um relacionamento amoroso entre idosos</p>

## 7 Anexo 2 – Respostas e Categorias

Quadro 10 - Respostas e categorias da pergunta 6.

Pergunta 6 - Acha que os idosos têm capacidade de amar e/ou relacionar emocionalmente?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	Claro que sim. Acho que têm essa capacidade melhor do que quando se é jovem, têm outra maturidade e à maneira deles veem as coisas com mais clareza e têm mais capacidade para amar com sinceridade, derivado às suas aprendizagens de vida e ao tempo que têm mais disponível. Como hei-de dizer...têm mais disponibilidade para amar e necessidade de se relacionar para não estarem na solidão.	Sim Maturidade Sinceridade	Maturidade Sentimentos Tabus Demência
S2	Eu acho que sim. Têm a mesma capacidade que os jovens. Por envelhecerem acha que perdem o coração? Se têm coração têm capacidade para amar e para manter relacionamentos.	Sim Coração	
S3	Como qualquer pessoa jovem os idosos têm sentimentos e a capacidade para amar jamais termina com a idade.	Sim Sentimentos	
S4	Completamente, têm...	Têm	
S5	Sim. Cada um à sua maneira, sim...	Sim	
S6	Sim, porque não?	Sim	
S7	Sim, sim. Os tabus existem mas têm essa capacidade.	Sim Tabus existem	
S8	Têm, os que estão mentalmente aptos sim.	Sim Mentalmente aptos	
S9	Eu acho que sim...estão vivos...	Sim Estão vivos	
S10	Sim	Sim	
S11	Sim sem dúvidas.	Sim	
S12	Claro como qualquer pessoa, qualquer pessoa.	Como qualquer pessoa	
S13	Claro que sim, sim.	Sim	
S14	Tem, tem, tem, tem.	Tem	
S15	Sim. Não é por se chegar a esta fase da vida que perdemos esta capacidade a não ser por motivos de demência que nos faça perder a percepção até do que sentimos.	Sim Demência	

Quadro 11 - Respostas e categorias da pergunta 7.

Pergunta 7 - Considera que os idosos ainda se interessam pela sexualidade?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	É assim...pela experiência que tenho, todos se interessam, podem é expressar de diferentes formas, ou até mesmo esconder. Acho que se interessam no sentido do companheirismo, independentemente de haver sexo ou não. Os homens e as mulheres, mesmo idosos, interessam-se sempre pela sua sexualidade e interessam-se sexualmente uns pelos outros.	Sexualidade Companheirismo	Companheirismo Carinho Interajuda Toque Cada caso é um caso Namoriscar Esconder Vergonhosa
S2	Sim. Principalmente os homens. Pelo menos demonstram mais interesses sexuais que as mulheres. Bem...também as mulheres são mais recatadas.	Sim homens Mulheres recatadas	
S3	Claro que sim, agora cada caso é um caso...e se uns não o demonstram, existem outros que a vivem tão intensamente quanto podem e as capacidades físicas e psicológicas os deixam.	Cada caso é um caso	
S4	Sim, é claro que sim. Interessam, lá está...talvez não todos mas há idosos que ainda se interessam. Cada caso é um caso. Agora depende de cada idoso, depende muito daquilo que eles eram antes, depende da forma como eles vivem o luto, no caso dos viúvos, se são casados ou não...mas muitos procuram namoriscar aqui e ali.	Cada caso é um caso Namoriscar	
S5	É assim...sexualidade neles pode não ter...como hei-de explicar? Pode não corresponder à sexualidade dos jovens. Para eles a sexualidade é mais o toque, o carinho transmitido entre eles, a interajuda...e por isso ainda se interessam por ela.	Toque Carinho Interajuda	
S6	Em menor número em relação aos outros, jovens, adultos. Nem todos... há pessoas que ficam viúvos e deixam de ter interesse sexual, outros por sua vez interessam-se. Para certos idosos o falecer da esposa(o) foi o fim da sua vida sexual, outros interessam-se porque acham que têm o direito a vivê-la e a satisfazê-la.	Idoso o falecer da esposa, fim da vida sexual	
S7	Sim.	Sim	
S8	Sim, por serem idosos não quer dizer que não têm sexualidade, mas não de uma maneira exacerbada.	Sim, mas não exacerbada	
S9	Claro que sim, a não ser que estejam doentes...	Sim, mas não se doentes	
S10	Alguns. Uns mais do que outros, depende, das motivações e da forma de estar na vida.	Alguns. Motivações – forma de estar na vida	
S11	Sim sempre, claro que nem todos mas alguns sim.	Nem todos mas alguns sim	
S12	Sim, não são castrados, por isso...	Sim, não são castrados	
S13	Alguns sim.	Alguns sim	
S14	A maior parte deles interessam até demais pode crer, olhe que é vergonhosa a situação de alguns digo-lhe já, eu vou-lhe dar alguns exemplos...	Sim, vergonhosa	
S15	Eu considero que sim no entanto penso que este interesse varia conforme o sexo, ou seja, é provável que o sexo masculino mantenha este interesse mais ativo do que o sexo feminino.	Masculino sim, feminino não	



Quadro 12 – Respostas e categorias da pergunta 8.

Pergunta 8 - Acha que os idosos devem viver a sua sexualidade como aconteceu em outras etapas da sua vida?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	Claro que sim. Mas de outra forma...pois já não são tão ativos...Devido à idade já não conta só o ato sexual em si, se calhar há outros interesses mais importantes...afeto, carinho, amizade, respeito, mas claro que com sexo, se possível.	Sim, associada ao afeto, carinho, amizade e respeito	<p>Afeto Carinho Amizade Respeito Limitações Sexualidade Saudável Tabus Importante Cada coisa tem o seu tempo</p>
S2	Sim, da mesma forma, mesmo que não o possam fazer tão ativamente no que respeita ao sexo há muitas outras coisas de que podem desfrutar.	Sim, não são tão ativos, outras coisas que não só o sexo	
S3	Sim, apesar de terem limitações que não tinham na juventude podem viver a sexualidade de forma muito saudável desde que assim o desejem.	Sim, limitações, sexualidade de forma muito saudável	
S4	Do meu ponto de vista a sexualidade é normal e deveria ser vivida assim...deveria ser vivida da mesma forma, embora em termos sociais e culturais ainda existam muitos tabus para ultrapassar.	Sim, tabus sexuais e culturais	
S5	Os idosos devem vivê-la da mesma forma.	Sim	
S6	Emocionalmente sim, os idosos devem viver a sexualidade da mesma forma adaptada às suas limitações e à idade.	Sim, limitações e idade	
S7	Sem dúvida, se é algo que é natural, é normal, faz todo o sentido manter a sexualidade, sem sombra de dúvida.Com as características que a sexualidade tem nesta altura.	Sim, com as características da sexualidade desta altura	
S8	Sim devem viver plenamente a sua sexualidade, com as suas limitações, mas sim. A sexualidade deles é diferente da nossa.	Sim, limitações e diferente	
S9	Sim, tal como já disse se não estiverem doentes... que os impede?	Sim, se não estiverem doentes, que os impede?	
S10	Sim. Sempre com os devidos cuidados.	Sim, com os devidos cuidados	
S11	Eu penso que sim, acho que por estarem na 3ª idade não estão mortos, entre aspas, se é algo que gostam, que sentem falta e que lhes faz bem, penso que sim que é bom para eles.	Sim, não estão mortos	
S12	Uhm..Uhm talvez.	Talvez	
S13	Acho, acho que a sexualidade é importante.	Sexualidade é importante	
S14	Não. É a minha opinião, filha, exatamente. Não espere aí...eu posso dizer porquê...porque cada coisa tem o seu tempo é a minha maneira de ver e de pensar, cada coisa tem o seu tempo.	Não. Cada coisa tem o seu tempo	
S15	Acho que sim a não ser que um dos cônjuges sofra de alguma demência neste caso a sexualidade deverá ser vivenciada de uma outra forma deve haver um ajustamento onde os atos de intimidade toque, carinhos...são mais importantes do que o ato sexual em si.	Sim. Com ajustamentos intimidade, toque e carinho	

Quadro 13 - Respostas e categorias da pergunta 9

Pergunta 9: Concorda com os relacionamentos e contatos amorosos entre idosos da instituição?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	Concordo totalmente. Até porque isso serve muito...quando as pessoas são viúvas, por exemplo, é uma ajuda para colmatar a solidão e no geral contribui para o bem-estar físico e psicológico.	Concordo, na viuvez combate a solidão, bem estar físico e psicológico	Bem-estar Casamento Orientadas Saudáveis Brincamos Paródia Respeito Atento Companhia Limites Descomprometidos Casais Controlo
S2	Concordo perfeitamente. Se um idoso se quiser casar, acho muito bem. Eu até já assisti a um casamento entre dois idosos que se conheceram numa instituição...	Concordo, casamento como fim	
S3	Concordo claro. Se a vida deles passou a ser vivida na instituição a sua vida amorosa só pode ser mantida fora ou dentro da mesma.	Concordo, fora ou dentro da instituição	
S4	Eu concordo, agora é claro, desde que haja um determinado equilíbrio, não é? Desde que as pessoas estejam orientadas, que saibam o que estão a fazer no caso de não serem um casal instituído...ou de não estarem cognitivamente saudáveis. Concordo com uma sexualidade saudável para ambos.	Concordo, equilíbrio, orientadas, cognição e sexualidade saudáveis	
S5	Sim, nós, muitas vezes fazemos que não vemos, outras brincamos, levamos para a paródia.	Sim, fazemos que não vemos, brincamos, paródia	
S6	Porque não? Desde que haja respeito...têm que respeitar no sentido de que têm que respeitar os outros, clientes e colaboradores.	Porque não? Haja respeito, respeitar os outros	
S7	Sim concordo. Não me passa pela cabeça criticar ou dizer que pouca vergonha é esta ou não pode fazer isto, se dão as mãos ou..., é perfeitamente normal. Há situações a que a gente tem que estar atenta, por exemplo se um idoso quer ter algum contacto com uma idosa que não está bem cognitivamente, e em que poderá haver um abuso, a gente aí tem que estar atenta e ter atenção a certos episódios a partir do momento que os dois intervenientes estão conscientes, estão lúcidos e é sua intenção essa prática, concordo perfeitamente. Temos que estar sensíveis a atos de aproveitamento pelo facto de numa relação existir alguém que não esteja bem cognitivamente.	Concordo, estar atento, ter atenção, não estar cognitivamente bem, abuso. Sim se ambos estão lúcidos e conscientes, estar atentos a possíveis abusos	
S8	Concordo e apoio não sei a política da instituição porque estou cá há pouco tempo mas que eu apoio, apoio.	Concordo, política da instituição...	
S9	Concordo, se puderem ter uma companhia aqui dentro é bem melhor, não acha?	Concordo, companhia é bem melhor	
S10	Concordo.	Concordo	
S11	Sim. Se for tudo também baseado no respeito e sabendo que vive muita gente aqui, que não vivem sós, nesse caso o casal..penso que sim, com respeito sim.	Concordo, com respeito	
S12	Dentro dos limites claro, nos parâmetros aceitáveis.	Claro, dentro dos limites e parâmetros aceitáveis	
S13	Concordo se eles forem descomprometidos, forem viúvos ou solteiros claro que sim.	Concordo, se forem descomprometidos	
S14	Não. Olhe espere aí...se forem casais obviamente, porque é que não se hão-de amar até ao fim? Agora não sendo casais não. Não concordo e aliás eu tenho divergências com outras pessoas por causa disso, mas não me importo, interessa-me é a minha opinião e a minha alma.	Não. Se não forem casais não	
S15	Concordo mas com algum controlo pois temos de ter em conta que numa instituição existem diferentes idosos uns com mais	Concordo, controlo, evitar violação	

Pergunta 9: Concorda com os relacionamentos e contatos amorosos entre idosos da instituição?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
	capacidades que outros e no caso de haver algum já com poucas capacidades cognitivas e outro se encontrar de plena saúde cognitiva pode vir a ser considerado ato de violação.		

Quadro 14 - Respostas e categorias da pergunta 10

Pergunta 10 Na sua opinião a instituição onde trabalha encara de forma aberta estas situações?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	Sim. Quando acontecem envolvimento amorosos, como já aconteceu algumas vezes, têm total apoio, quer de técnicos superiores, quer dos funcionários em geral desde que sejam relacionamentos saudáveis para ambas as partes.	Sim, relacionamentos saudáveis para ambas as partes	Saudáveis Restrições Enroscados Condescendente Cariz religioso Família Namoricos Limites Descomprometidos "juntório" Namoriscar
S2	Sim. Até porque existem casos de casais em que apenas um dos idosos vive no lar e quando vão à visita damos-lhe a oportunidade de ficarem sozinhos no quarto. A técnica diz sempre para lhe deixarmos fazer isso.	Sim, há casos de casais	
S3	Sim. A instituição encara abertamente qualquer relacionamento desde que o mesmo não seja prejudicial aos idosos. Por vezes são mais difíceis de entender por parte dos outros idosos residentes e até mesmo por parte de familiares.	Sim, se não for prejudicial para os idosos	
S4	Encara. É assim...poderá pôr algumas restrições, não nos podemos esquecer que neste caso é uma instituição de cariz religioso, isto pode obstaculizar um pouco daquilo que é a relação amorosa, mas no geral não põe obstáculos diretos no sentido de não poder namorar com este ou com aquele. É claro que se alguém orientado quiser namorar com alguém desorientado colocamos obstáculos. Desde que não andem por aí nos cantos, enroscados..não.	Encara com restrições, não andarem por aí nos cantos enroscados	
S5	Sim porque o pessoal que trabalha na instituição tem formação para tal.	Sim, mas para o pessoal que trabalha na instituição	
S6	Nesse aspeto acho que a instituição é condescendente, é condescendente.	Sim, instituição condescendente	
S7	Vista como um todo se calhar, muito aberta não, talvez também pelo cariz religioso da instituição, poderá haver algumas reticências em relação a esse assunto, é assim...individualmente se formos a ver...os técnicos, os colaboradores um a um acho que há bastante abertura, mas como um todo a instituição devido à sua história e orientação religiosa poderá ter alguma reticência. Aceita-se de melhor forma situações entre casais já instituídos, os que vêm da rua.	Sim, os colaboradores. A instituição, pelo cariz religioso, algumas reticências, aceitação de casais instituídos	
S8	Tal como disse não sei, mas acho que sim.	Não sei, acho que sim	
S9	É assim...depende. Se as famílias não apoiarem, a instituição fica numa situação muito complicada, tirando isso e estão os dois bem eu acho que sim, apoia.	Sim a instituição apoia se a família apoiar	
S10	Na generalidade sim, quase todos aceitam bem os namoricos.	Sim se namoricos	
S11	Sim. Sempre tem havido casos desses e sim, nunca ninguém proibiu	Sim, nunca	

<b>Pergunta 10 Na sua opinião a instituição onde trabalha encara de forma aberta estas situações?</b>			
<b>Suj.</b>	<b>Respostas</b>	<b>Categorias Emergentes</b>	<b>Reunião das Categorias Emergentes</b>
	nada.	ninguém proibiu nada	
S12	Acho que encara de forma aberta quando são, conforme referi na questão anterior, dentro dos limites aceitáveis, digamos quando saem desses parâmetros acho que as coisas já têm que ser observáveis individualmente.	Sim, dentro dos limites aceitáveis	
S13	Sim, encara sim, encara no geral sim, sim. É como...é assim, é como eu lhe digo nós temos aí utentes que se não estiverem bem da cabecinha nós temos que ir controlando agora se eles estiverem dentro das suas faculdades mentais e forem descomprometidos podem namorar à vontade.	Sim, dentro das faculdades mentais e descomprometidos	
S14	Sim encara. Espere, espere, não estava a perceber. Se houver um juntório, depende, mas eu acho que sim, a maior parte das pessoas encara. Até se riem, até acham piada, eu não acho piada nenhuma.	A instituição sim mesmo sendo "juntório", ela não	
S15	Não encara de forma aberta (entre aspas) nem de forma fechada (entre aspas) o que acontece é que efetivamente há casos de relacionamentos amorosos entre idosos da instituição a Direção tem conhecimento mas não aprova nem reprova, são os chamados namoricos... o namoriscar entre eles, nada de mal, coitadinhos até os bichinhos gostam.	Nem aprova nem reprova, namoricos, namoriscar, nada de mal, "coitadinhos até os bichinhos gostam"	

Quadro 15 – Respostas e categorias da pergunta 11.

<b>Pergunta 11 - Existem na instituição profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?</b>			
<b>Suj.</b>	<b>Respostas</b>	<b>Categorias Emergentes</b>	<b>Reunião das Categorias Emergentes</b>
S1	Sim. Existe psicólogo, assistente social e enfermeiros. Há o caso de um senhor, que já tem setenta e tal anos, e tem relacionamentos sexuais no exterior da instituição e que tem apoio, é lhe explicado todo o tipo de precauções que deve ter...não sabemos se ele as segue, porque nem sempre aceita os conselhos de bom tom, embora os ouça mostra sempre desagrado, e chega mesmo a comentar que não precisa de conselhos de ninguém, pois com a idade que tem já sabe bem o que faz, e quem somos nós para o estar a ensinar agora.	Sim, utentes ouvem mas mostram desagrado	
S2	Existe a técnica superior e os enfermeiros. Mas nós (auxiliares) também apoiamos e encaminhamos no que podemos, até porque somos as que passamos mais tempo perto dos idosos... todas aceitamos com naturalidade, a vida é mesmo assim.	Sim, técnicos e auxiliares	Técnicos Auxiliares Desagrado Encaminhamento Orientar Vergonha Formação
S3	Sim. Atualmente são já vários os técnicos que orientam e esclarecem os idosos acerca da sua sexualidade, embora por vezes eles não aceitem da melhor forma pois acham que na idade deles já não há nada para aprender e muito menos os mais novos têm direito de lhes falar de algo tão íntimo e acerca do qual eles julgam saber tudo.	Sim, mas os idosos não aceitam da melhor forma	

Pergunta 11 - Existem na instituição profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S4	Não existe. Isto é, não existe especificamente alguém que, digamos, que tenha essa função ou que uma das suas funções seja essa, se for do nosso conhecimento um relacionamento sexual e acharmos que há necessidade, poderá haver esse encaminhamento, mas do meu conhecimento nunca houve nenhuma situação que justificasse este encaminhamento, mas se um dia for necessário eu acho que sim, quer os técnicos de saúde, quer mesmo eu enquanto assistente social, poderemos fazer esse encaminhamento, quanto mais não seja de encaminhamento.	Não existe. Encaminhamento existe se necessário	
S5	Não há especificamente quem faça, porque. também ainda não houve necessidade para tal, porque tivemos casos de sexualidade ativa entre casais, mas eles já sabiam bem o que fazer, daí a tal caixinha de saberes.	Não há especificamente quem faça porque os casais já sabem o que fazer, caixinhas de saber	
S6	Isto é assim...penso que sim, as pessoas que aqui trabalham, sim...há quem possa orientar.	Penso que sim, há quem possa orientar	
S7	É assim...uma intervenção específica e direcionada para isso não existe, mas há o trabalho dos colaboradores como é o caso do assistente social que está sensível para essas questões. Mas normalmente atua quando há uma situação. Já tivemos aqui casais e qualquer técnico sempre soube orientar para as suas dúvidas quando por eles procurado. Trabalho direcionado diretamente para isso não existe. Temos sempre atenção às situações e os técnicos estão atentos a isso.	Orientar para as dúvidas de casais	
S8	Sim. A maior parte das pessoas que trabalham cá tem essa capacidade, umas mais outras menos, mas podem orientar.	Sim, podem orientar	
S9	A maioria das pessoas que aqui trabalha está minimamente preparado se for necessário intervir em aspetos relacionados com a sexualidade ou encaminhar nesse sentido, mas os idosos não são muito de pedir ajuda neste sentido...há muita vergonha.	Sim, se for necessário intervir, há muita vergonha	
S10	Sim temos os nossos enfermeiros de serviço, mesmo a psicóloga de serviço que é a Diretora Técnica quando é necessário. Até mesmo connosco às vezes acontece que como têm mais confiança connosco...	Sim, quando é necessário	
S11	Sim. Existir existe, se calhar o idoso não tem o à-vontade para ir ter com um técnico, neste caso se calhar os psicólogos, para falar desses assuntos.	Sim, o idoso não tem à-vontade	
S12	Sim. Aliás têm formações, ações de formação acerca do tema e doenças sexualmente transmissíveis entre outras.	Sim, formações acerca das doenças sexualmente transmissíveis	
S13	A parte de enfermagem e a Diretora que é psicóloga e nós como educadores sociais também e as ajudantes de ação direta que é quem trabalha diretamente com eles, também têm formação na área têm, têm todos formação.	Função que não está em exercício, todos tem formação	
S14	Então não há minha querida, nós temos uma diretora técnica que é psicóloga, então não temos, claro que temos. E eu, eu não sou doutora mas eu estou ao lado deles e eu nesse aspeto oriento, mas entra-lhe a 100 e sai-lhe a 300 até ficam zangados, minha querida, mas eu não me importo.	Sim, ficam zangados	

Pergunta 11 - Existem na instituição profissionais para orientar os idosos nesta fase da sua sexualidade?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S15	Sim. Todos os cuidadores têm formações neste sentido. No entanto no que respeita aos idosos muitas das ações de formação/informação realizadas na instituição onde são abordados diferentes temas, higiene oral, hipertensão, demências...não abordam nunca o tema da sexualidade este é como que evitado para não ser ou não vir a ser incentivada.	Sim, cuidadores têm formação nesse sentido, não há formações para idosos	

Quadro 16 - Respostas e categorias da pergunta 13.

Pergunta 13 - Como encarou e reagiu perante situações de manifestação de carinho entre idosos?			
Suj.	Respostas	Categorias Emergentes	Reunião das Categorias Emergentes
S1	Pois... reagi sempre naturalmente, somos humanos e isso é um ato natural independentemente da idade, embora as pessoas tenham que aprender e ajustar-se às suas limitações. Devemos, embora nem sempre se consiga, encarar as realidades da idade e as limitações de cada um apoiando a todos da melhor forma que pudermos e soubermos. Para mim, desde que as pessoas o desejem, independentemente da idade, devem sempre ter direito a manifestações de carinho e a uma vida sexual saudável.	Naturalmente, ajustar-se às suas limitações, manifestações de carinho, vida sexual saudável	Naturalmente Diferentes Limitações Sem maldade Alegria Saudável Brincadeira Não fira Neutra Engraçado Cuidadosos Enternecida Carinho Choca-me
S2	Sempre encarei e reagi bem, como já disse apoio sempre os idosos nisso, desde que não prejudiquem ninguém nem se prejudiquem a eles, o carinho sempre fez bem a toda a gente e na idade de muitos deles um pequeno gesto, um beijo ou um carinho pode fazer muito...sempre lidei com casais de idosos por isso os carinhos eram normais e eu só podia encarar assim. Não tinham maldade...	Bem, não tinham maldade	
S3	Normalmente encarei sempre bem. É claro que dependendo das circunstâncias e das pessoas envolvidas tive que agir de forma diferente em casos diferentes. Já foram alguns...e tem que se ter em atenção quem e de que forma as pessoas se manifestam, dou só um exemplo, se estas manifestações são entre pessoas mentalmente sãs, entre um casal, e com consentimento de ambos desde que não choquem as outras pessoas só tenho que encarar com naturalidade tal como encaro essas situações fora da instituição, se pelo contrário são manifestações contra a vontade de uma das pessoas, se podem ferir a suscetibilidade das pessoas presentes ou por outra qualquer razão terei que reagir de forma diferente adaptando as atitudes a cada uma das razões.	Bem, diferente em casos diferentes, desde que não choquem as pessoas	
S4	Se for num caso saudável para ambas as partes reajo com alegria. O amor só faz bem às pessoas quando é vivido. Não há nada mais bonito do que ver duas pessoas apaixonadas quer sejam adolescentes, adultos ou idosos.	Com alegria se for saudável	
S5	Naturalmente. Até levo na brincadeira...para que não haja...é assim, só há um namoro se as duas pessoas quiserem, desde o momento que a outra pessoa não corresponda aí nós fazemos uma intervenção, não se pode massacrar ninguém desde que ela não queira. Se um deles tiver algum problema de mente, alguma demência temos que estar alerta se não é um aproveitar da situação, é alguém que está bem que se está a aproveitar de outra pessoa que não está bem. Verificamos se estão ambos bem e se algum deles tiver alguma queixa nós interferimos.	Naturalmente, brincadeira se não é um aproveitar da situação	

<b>Pergunta 13 - Como encarou e reagiu perante situações de manifestação de carinho entre idosos?</b>			
<b>Suj.</b>	<b>Respostas</b>	<b>Categorias Emergentes</b>	<b>Reunião das Categorias Emergentes</b>
S6	De forma natural, não repreendo e passo por eles de forma natural. Não incentivo nem recrimino. Não me preocupo muito com isso desde que não fira a suscetibilidade de ninguém.	Forma natural, que não fira a suscetibilidade	
S7	A minha reação é neutra, ou seja, no sentido do que expresso para o exterior, é assim...eu vejo e considero isso normal, nem tenho que estar a fazer nenhum comentário, porque é normal, porque se vir outra pessoa qualquer, se vir um casa de jovens a namorar também não me vou manifestar, por isso fico neutro, no entanto como é uma situação ainda com muitos tabus a gente tem que ter algum cuidado. Até acho engraçado e não critico, pelo contrário, se existe sexualidade ativa devem mantê-la. Não me manifesto, embora apoie, não exteriorizo isso porque ao fazê-lo as pessoas também se podem sentir inibidas, pensam que estamos a reparar...	Neutra, engraçado e não critico, não me manifesto	
S8	De forma natural.	Forma natural	
S9	Sempre encarei da melhor forma e reagi conforme a situação.	Da melhor forma reagi conforme a situação	
S10	Bem. Acho que é bem eles também têm direito...ao amor, não é? E normalmente eles têm mais um bocadinho mais de... são mais cuidadosos não são tão descarados como a juventude, não é?	Bem, direito ao amor, mais cuidadosos, não são tão descarados	
S11	É por isso que eu falo no respeito e acho que nestas idades eles são os primeiros a falar nisso e a mantê-lo penso que encaro com bastante normalidade desde que não haja aqueles abusos ou faltas de respeito encaro com normalidade, sim, sim.	Normalidade, desde que não haja abusos ou faltas de respeito	
S12	Fico enternecida, o amor não tem idades, não é?	Enternecida, amor não tem idades	
S13	Reajo muito bem situações de carinho é sempre de reagir bem fico mais preocupada quando eles se batem, nem que seja... o mau trato nem que seja verbal é muito pior, a estas manifestações de carinho reagimos muito bem, ficamos contentes tudo dentro, claro, é o que eu dizia temos que ver se estão bem de cabecinha, se estão bem claro não há problema.	Muito bem, situações de carinho melhor que maus tratos	
S14	Choca-me profundamente, eu reajo muito mal minha filha, muito mal porque isso aos olhos de Deus é abominável, sabe? É por isso que o mundo anda assim minha filha, o mundo está completamente virado pelo avesso.	Choca-me profundamente, reajo muito mal, muito mal	
S15	Encarei naturalmente, desde que sejam pessoas cognitivamente saudáveis...	Naturalmente, cognitivamente saudáveis	

## 8 Anexo 3 – Categorias emergentes de três juízes independentes

Organização das categorias emergentes de três juízes independentes para efeitos de cálculo do Kappa de Cohen<sup>17</sup>.

	Juiz A	Juiz B	Juiz C
1	75 anos	75 anos	75 anos
2	Muita idade	Muita idade	Muita idade
3	Muito valor	Muito valor	Muito valor
4	Sabedoria	Sabedoria	Sabedoria
5	“Caixa de saberes”	“Caixa de saberes”	“Caixa de saberes”
6	Experiência	Experiência	Experiência
7	Sabedoria	Sabedoria	Sabedoria
8	Necessitado	Necessitado	Necessitado
9	Velho	Velho	Velho
10	Experiência	Experiência	Experiência
11	Idade avançada	Idade avançada	Idade avançada
12	Sabedoria	Sabedoria	Sabedoria
13	Sabedoria	Sabedoria	Sabedoria
14	Sabedoria	Sabedoria	Sabedoria
15	Grande bagagem	Grande bagagem	Grande bagagem
16	Sim Maturidade Sinceridade	Maturidade Sinceridade	Maturidade Sinceridade
17	Sim Coração	Sim Coração	Coração
18	Sim Sentimentos	Sentimentos	Sentimentos
19	Têm	Têm	Têm
20	Sim	Sim	Sim
21	Sim	Sim	Sim
22	Sim Tabus existem	Tabus existem	Tabus existem
23	Sim Mentalmente aptos	Sim Mentalmente aptos	Sim Mentalmente aptos
24	Sim Estão vivos	Sim Estão vivos	Sim Estão vivos
25	Sim	Sim	Sim
26	Sim	Sim	Sim
27	Como qualquer pessoa	Como qualquer pessoa	Como qualquer pessoa
28	Sim	Sim	Sim
29	Tem	Tem	Tem
30	Sim Demência	Sim Demência	Sim Demência
31	Sexualidade Companheirismo	Sexualidade Companheirismo	Sexualidade Companheirismo
32	Sim homens Mulheres recatadas	Sim homens Mulheres recatadas	Sim homens Mulheres recatadas
33	Cada caso é um caso	Cada caso é um caso	Cada caso é um caso
34	Cada caso é um caso Namoriscar	Interesse pela Sexualidade	Cada caso é um caso Namoriscar
35	Toque Carinho Interajuda	Toque Carinho Interajuda	Toque Carinho Interajuda

<sup>17</sup> Calculado no JMP 10.0.0



	Juiz A	Juiz B	Juiz C
36	Idoso o falecer da esposa, fim da vida sexual	Diferentes olhares	Nem todos
37	Sim	Sim	Sim
38	Sim, mas não exacerbada	A sexualidade existe	Sim, mas não exacerbada
39	Sim, mas não se doentes	Sim, mas não se doentes	Sim, mas não se doentes
40	Alguns. Motivações – forma de estar na vida	Alguns. Motivações – forma de estar na vida	Uns mais do que outros
41	Nem todos mas alguns sim	Nem todos mas alguns sim	Nem todos mas alguns sim
42	Sim, não são castrados	Sim, não são castrados	Sim
43	Alguns sim	Alguns sim	Alguns sim
44	Sim, vergonhosa	Sim, vergonhosa	Sim, vergonhosa
45	Masculino sim, feminino não	Maior interesse nos homens	Masculino sim, feminino não
46	Sim, associada ao afeto, carinho, amizade e respeito	Sexualidade vivida em todas as fases da vida	Sim, associada ao afeto, carinho, amizade e respeito
47	Sim, não são tão ativos, outras coisas que não só o sexo	Viver a sexualidade sem tabus	Sim, noutras coisas
48	Sim, limitações, sexualidade de forma muito saudável	Sim, limitações, sexualidade de forma muito saudável	Sim, limitações, sexualidade de forma muito saudável
49	Sim, tabus sexuais e culturais	Sim, tabus sexuais e culturais	Sim, tabus sexuais e culturais
50	Sim	Sim	Sim
51	Sim, limitações e idade	Sim, limitações e idade	Sim, limitações e idade
52	Sim, com as características da sexualidade desta altura	Sim, com as características da sexualidade desta altura	Sim, natural normal com as características desta altura
53	Sim, limitações e diferente	Sim, limitações e diferente	Sim, limitações e diferente
54	Sim, se não estiverem doentes, que os impede?	Sim, se não estiverem doentes, que os impede?	Sim, se não estiverem doentes, que os impede?
55	Sim, com os devidos cuidados	Sim, com os devidos cuidados	Sim, com os devidos cuidados
56	Sim, não estão mortos	Sim, não estão mortos	Sim, não estão mortos
57	Talvez	Talvez	Talvez
58	Sexualidade é importante	Sexualidade é importante	Sexualidade é importante
59	Não. Cada coisa tem o seu tempo	Negação da sexualidade	Não. Cada coisa tem o seu tempo
60	Sim. Com ajustamentos intimidade, toque e carinho	Sim. Com ajustamentos intimidade, toque e carinho	Sim. Intimidade, toque e carinho. Demência
61	Concordo, na viuvez combate a solidão, bem estar físico e psicológico	Aceita relacionamentos amorosos na instituição	Concordo, na viuvez combate a solidão, bem estar físico e psicológico
62	Concordo, casamento como fim	Concordo, casamento como fim	Concordo, casamento como fim
63	Concordo, fora ou dentro da instituição	Concordo, fora ou dentro da instituição	Concordo, vida amorosa mantida
64	Concordo, equilíbrio, orientadas, cognição e sexualidade saudáveis	Concordo, equilíbrio, orientadas, cognição e sexualidade saudáveis	Concordo, equilíbrio, orientadas, cognição e sexualidade saudáveis
65	Sim, fazemos que não vemos, brincamos, paródia	Sim, fazemos que não vemos, brincamos, paródia	Sim, fazemos que não vemos, brincamos, paródia
66	Porque não? Haja respeito, respeitar os outros	Porque não? Haja respeito, respeitar os outros	Porque não? Haja respeito, respeitar os outros
67	Concordo, estar atento, ter atenção, não estar cognitivamente bem, abuso. Sim se ambos estão lúcidos e conscientes, estar atentos a possíveis abusos	Concordo, estar atento, ter atenção, não estar cognitivamente bem, abuso. Sim se ambos estão lúcidos e conscientes, estar atentos a possíveis abusos	Concordo, estar atento, ter atenção, não estar cognitivamente saudáveis

	<b>Juiz A</b>	<b>Juiz B</b>	<b>Juiz C</b>
68	Concordo, política da instituição...	Concordo, política da instituição...	Concordo, política da instituição...
69	Concordo, companhia é bem melhor	Concordo, companhia é bem melhor	Concordo, companhia é bem melhor
70	Concordo	Concordo	Concordo
71	Concordo, com respeito	Concordo, com respeito	Concordo, com respeito
72	Claro, dentro dos limites e parâmetros aceitáveis	Respeitar valores morais de vivência em comunidade	Claro, dentro dos limites e parâmetros aceitáveis
73	Concordo, se forem descomprometidos	Concordo, se forem descomprometidos	Concordo, se forem descomprometidos
74	Não. Se não forem casais não	Só aceitam relações formais	Não. Se não forem casais não
75	Concordo, controlo, evitar violação	Concordo, controlo, evitar violação	Concordo. Capacidades cognitivas
76	Sim, relacionamentos saudáveis para ambas as partes	Instituição aceita relacionamento amorosos	Sim, relacionamentos saudáveis para ambas as partes
77	Sim, há casos de casais	A privacidade dos casais é evidenciada	Sim, há casos de casais
78	Sim, se não for prejudicial para os idosos	Familiares têm dificuldades em aceitar relacionamentos	Mal entendido por família e outros
79	Encara com restrições, não andarem por aí nos cantos enroscados	Aceita relacionamentos, com restrições	Encara com restrições, cariz religioso enroscados. Obstáculos
80	Sim, mas para o pessoal que trabalha na instituição	Profissionais com formação compreendem tais factos	Sim, formação
81	Sim, instituição condescendente	Sim, instituição condescendente	Sim, instituição condescendente
82	Sim, os colaboradores. A instituição, pelo cariz religioso, algumas reticências, aceitação de casais instituídos	Sim, os colaboradores. A instituição, pelo cariz religioso, algumas reticências, aceitação de casais instituídos	Sim, os colaboradores. A instituição, pelo cariz religioso, algumas reticências, aceitação de casais instituídos
83	Não sei, acho que sim	Não sei, acho que sim	Acho que sim
84	Sim a instituição apoia se a família apoiar	Apoio da instituição facilitado, se família apoiar	Sim a instituição apoia se a família apoiar
85	Sim se namoricos	Sim se namoricos	Sim se namoricos
86	Sim, nunca ninguém proibiu nada	Sim, nunca ninguém proibiu nada	Sim, nunca ninguém proibiu nada
87	Sim, dentro dos limites aceitáveis	Sim, dentro dos limites aceitáveis	Sim abertura dentro dos limites aceitáveis
88	Sim, dentro das faculdades mentais e descomprometidos	Situação, no geral, aceita os relacionamentos amorosos	Sim, bem da cabecinha descomprometidos. Controlar
89	A instituição sim mesmo sendo "juntório", ela não	A instituição sim mesmo sendo "juntório", ela não	Sim mesmo sendo "juntório"
90	Nem aprova nem reprova, namoricos, namoriscar, nada de mal, "coitadinhos até os bichinhos gostam"	Nem aprova nem reprova, namoricos, namoriscar, nada de mal, "coitadinhos até os bichinhos gostam"	Nem aprova nem reprova, namoricos, namoriscar
91	Sim, utentes ouvem mas mostram desagrado	Clientes aceitam conselhos dos técnicos, mas com reticências	Sim, apoio, conselhos, idosos mostram desagrado
92	Sim, técnicos e auxiliares	Todos os técnicos apoiam	Sim, técnicos e auxiliares encaminhamos
93	Sim, mas os idosos não aceitam da melhor forma	Sim, mas os idosos não aceitam da melhor forma	Sim, orientação, esclarecimentos, não aceitam
94	Não existe. Encaminhamento existe se necessário	Não existem técnicos específicos	Não existe. Encaminhamento existe se necessário
95	Não há especificamente quem faça porque os casais já sabem o que fazer, caixinhas de saber	Não há especificamente quem faça porque os casais já sabem o que fazer, caixinhas de saber	Não há especificamente quem faça porque os casais já sabem o que fazer, caixinhas de saber

	<b>Juiz A</b>	<b>Juiz B</b>	<b>Juiz C</b>
96	Penso que sim, há quem possa orientar	Há técnicos que dão orientações generalistas	Penso que sim, há quem possa orientar
97	Orientar para as dúvidas de casais	Orientar para as dúvidas de casais	Orientar para as dúvidas de casais
98	Sim, podem orientar	Sim, podem orientar	Sim, podem orientar
99	Sim, se for necessário intervir, há muita vergonha	O sentimento, vergonha, está muito presente	Sim, encaminhar, ajuda, há muita vergonha
100	Sim, quando é necessário	Sim, quando é necessário	Sim, quando é necessário
101	Sim, o idoso não tem à-vontade	Sim, o idoso não tem à-vontade	Sim, o idoso não tem à-vontade
102	Sim, formações acerca das doenças sexualmente transmissíveis	Sim, formações acerca das doenças sexualmente transmissíveis	Sim, formações acerca das doenças sexualmente transmissíveis
103	Função que não está em exercício, todos tem formação	Há formações da especialidade para os técnicos	Todos têm formação
104	Sim, ficam zangados	Sim, ficam zangados	Sim, orientação, ficam zangados
105	Sim, cuidadores têm formação nesse sentido, não há formações para idosos	Não há formação para os clientes	Sim, cuidadores têm formação nesse sentido, não há formações para idosos
106	Naturalmente, ajustar-se às suas limitações, manifestações de carinho, vida sexual saudável	Manifestações e carinho, são naturais	Naturalmente limitações. Carinho. Apoio. Vida sexual Saudável
107	Bem, não tinham maldade	Bem, não tinham maldade	Bem. Apoio. Carinho. Maldade
108	Bem, diferente em casos diferentes, desde que não choquem as pessoas	Encaro bem, manifestações de carinho	Bem, diferente em casos diferentes, desde que não choquem as pessoas. Naturalidade
109	Com alegria se for saudável	Com alegria se for saudável	Saudável. Reajo com alegria
110	Naturalmente, brincadeira se não é um aproveitar da situação	Naturalmente, brincadeira se não é um aproveitar da situação	Naturalmente, brincadeira. Namoro. Demência
111	Forma natural, que não fira a suscetibilidade	Forma natural, que não fira a suscetibilidade	Forma natural, que não fira a suscetibilidade
112	Neutra, engraçado e não crítico, não me manifesto	Neutra, engraçado e não crítico, não me manifesto	Neutra, engraçado e não crítico, não me manifesto
113	Forma natural	Forma natural	Forma natural
114	Da melhor forma reagi conforme a situação	Da melhor forma reagi conforme a situação	Da melhor forma reagi conforme a situação
115	Bem, direito ao amor, mais cuidadosos, não são tão descarados	Bem, direito ao amor, mais cuidadosos, não são tão descarados	Bem, direito ao amor, mais cuidadosos, não são tão descarados
116	Normalidade, desde que não haja abusos ou faltas de respeito	Normalidade, desde que não haja abusos ou faltas de respeito	Normalidade, desde que não haja abusos ou faltas de respeito
117	Enternecida, amor não tem idades	Enternecida, amor não tem idades	Enternecida, amor não tem idades
118	Muito bem, situações de carinho melhor que maus tratos	Muito bem, situações de carinho melhor que maus tratos	Muito bem, situações de carinho melhor que maus tratos
119	Choca-me profundamente, reajo muito mal, muito mal	Reações negativas	Choca-me profundamente, reajo muito mal, muito mal
120	Naturalmente, cognitivamente saudáveis	Naturalmente, cognitivamente saudáveis	Naturalmente, cognitivamente saudáveis

## 9 Anexo 4 – Narrativas

S1	
<b>Resumo</b>	dois viúvos, um bocado para a frente
<b>Orientação</b>	quartos da instituição
<b>Complicação</b>	estavam em quartos separados, queriam estar sempre juntos, nos mimos, dar beijinhos, estar agarrados e conversar, praticamente nunca estavam um sem o outro. A senhora fazia comentários críticos em relação à sexualidade do senhor dizendo que “já não conseguia fazer nada”.
<b>Avaliação</b>	Achámos no entanto piada. Éramos, os auxiliares os que lidávamos mais diretamente com eles, conversávamos e tentávamos incentivar.
<b>Resolução</b>	dizendo aos idosos que a sexualidade não é apenas o físico e a medicação que o senhor tomava era um entrave à sexualidade, o que interessava era o carinho e o amor de um pelo outro.
<b>Finalização</b>	Apoiando e até de certa forma... de forma divertida, aceitando e incentivando a uma relação de amor e carinho que se notava que os fazia muito feliz.

S1	
<b>Resumo</b>	dois idosos mais novos (70 anos ele e 72 a 73 anos ela).
<b>Orientação</b>	quarto dele (idoso) na instituição.
<b>Complicação</b>	batemos à porta do quarto diversas vezes e ninguém respondeu, resolvemos entrar, saímos de imediato porque constatamos que estavam duas pessoas a manter relações sexuais.
<b>Avaliação</b>	Nem deram pela nossa presença.
<b>Resolução</b>	Reagi de forma natural saindo do quarto e mantendo apenas entre mim e a minha colega a situação que vivemos, sem mesmo eles nunca saberem o que presenciamos.
<b>Finalização</b>	O senhor já faleceu. A senhora está a viver fora da instituição com outro senhor. E pronto não há mais a dizer.

S2	
<b>Resumo</b>	Houve um caso de uma senhora
<b>Orientação</b>	vivia no lar
<b>Complicação</b>	o marido morreu e passados alguns meses já anda com outro senhor. Dormiam juntos e íamos a entrar e estavam no arranjinho sexual na cama
<b>Avaliação</b>	não sei se casaram
<b>Resolução</b>	quando os apanhávamos na cama, virávamos costas e fazíamos que não tínhamos visto nada. Olhe... virei sempre as costas, não acha que fiz bem?
<b>Finalização</b>	não aconteceu só com eles

S3	
<b>Resumo</b>	Temos atualmente um senhor, que ficou viúvo
<b>Orientação</b>	Instituição
<b>Complicação</b>	ela vem visitá-lo e é-lhes facultada visita no quarto com privacidade
<b>Avaliação</b>	a verdade é que mantêm ainda um relacionamento bastante saudável.
<b>Resolução</b>	continuo a agir da forma mais natural possível.
<b>Finalização</b>	sempre que desejam estar a sós só posso reagir de forma natural.

S4	
<b>Resumo</b>	Houve alguns casos, dois idosos
<b>Orientação</b>	aqui (no lar)
<b>Complicação</b>	namoraram aqui
<b>Avaliação</b>	Reajo naturalmente e fico satisfeito e feliz. É muito bom vê-los a dar uns beijaços.
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	saíram da instituição e casaram.

S5	
<b>Resumo</b>	Tivemos um casal
<b>Orientação</b>	na instituição
<b>Complicação</b>	namoraram aqui dentro, durante a noite havia o bater de portas, o bater da bengala no chão, o arrastar do andarilho
<b>Avaliação</b>	nós identificamos quem é, sabemos quem anda nos namoricos.
<b>Resolução</b>	tentamos sempre identificar
<b>Finalização</b>	Eles continuam a visitar a instituição, são nossos amigos

S7	
<b>Resumo</b>	peessoas que se relacionaram
<b>Orientação</b>	aqui (instituição)
<b>Complicação</b>	relacionaram-se, casaram, namoricos
<b>Avaliação</b>	vejo carícias, ainda há dias passei numa sala e estava um casal a trocar carícias, a tocar-se.
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	Passei de forma normal, olhei e continuei. Não exteriorizei qualquer reação.

S8	
<b>Resumo</b>	o caso de uma senhora
<b>Orientação</b>	cá (instituição)
<b>Complicação</b>	re encontrou o seu amor de adolescente aqui e namoraram-se. Ela está acamada e ele agora vai vê-la todos os dias ao quarto
<b>Avaliação</b>	
<b>Resolução</b>	sempre gostaram um do outro, os carinhos ainda hoje são uma constante entre eles
<b>Finalização</b>	Estimulamos estes relacionamentos desde que sejam saudáveis.

S9	
<b>Resumo</b>	um idoso do sexo masculino
<b>Orientação</b>	no quarto (na instituição)
<b>Complicação</b>	entrei no quarto e reparei ao entrar que ele estava a masturbar-se
<b>Avaliação</b>	exemplo da sexualidade que ainda cultivam com ou sem parceiro
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	saí logo do quarto

S10	
<b>Resumo</b>	um casal de namorados
<b>Orientação</b>	instituição/rua
<b>Complicação</b>	vão passear na rua de mão dada
<b>Avaliação</b>	acho que a paixão deles é mais assolapada, mais intensa
<b>Resolução</b>	há mais ciúmes por parte dele, têm medo de perder o que conquistaram
<b>Finalização</b>	Parecem uns periquitos,

S11	
<b>Resumo</b>	um casal de viúvos
<b>Orientação</b>	na instituição
<b>Complicação</b>	ele era uma pessoa sozinha, que não queria participar em nada, e desde que começou a andar com essa senhora, ele participa em tudo, andam sempre os dois juntos
<b>Avaliação</b>	penso que sim, que ela ajudou muito
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	Até brinco, até chego a brincar com eles

S13	
<b>Resumo</b>	um casal que são os dois viúvos
<b>Orientação</b>	aqui na instituição
<b>Complicação</b>	saem durante o dia e o senhor tem uma casa lá fora
<b>Avaliação</b>	não sei se vão para lá. Reajo bem, reajo bem até porque sabemos que eles estão sempre..., pelo menos da minha parte eu apoio.
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	sabemos que passeiam juntos estão sempre no salão, comem, estão sempre sentados juntos, vão tomar café juntos, fazem tudo como um casal

S14	
<b>Resumo</b>	um idoso e uma idosa
<b>Orientação</b>	numa ala da instituição (acamados)
<b>Complicação</b>	sentados nas cadeiras de rodas, a idosa a meter-lhe as mãos no bolso e a...a fazer até mamadas, fazem as mamadas e na frente de toda a gente
<b>Avaliação</b>	eu chamei-os várias vezes á atenção. Eu não aceitei e dei-lhe uma lição de moral, e disse-lhe que cada coisa tem o se tempo. Não encaro bem não, não senhor.
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	só os viúvos podem casar

S15	
<b>Resumo</b>	um senhor viúvo e uma senhora solteira
<b>Orientação</b>	Instituição
<b>Complicação</b>	passeiam, veem televisão juntos de mãos dadas, pela noite fora o senhor vai ter com a sua amada ao quarto dela
<b>Avaliação</b>	relacionamento é no entanto pautado por ciúme excessivo por parte do senhor
<b>Resolução</b>	
<b>Finalização</b>	Muito bem até morrer há que viver a vida.