



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Saúde
Dr. Lopes Dias

Sexualidade na Terceira Idade

Conhecimentos e Atitudes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas

Mestrado em Gerontologia Social

Ana Margarida Magalhães Senra

Orientadores

**Professor Doutor Horácio Saraiva
Doutorando Vítor Pinheira**

Junho 2013



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Saúde
Dr. Lopes Dias

Sexualidade na Terceira Idade

Conhecimentos e Atitudes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas

Ana Margarida Magalhães Senra

Orientador e Coorientador

Professor Doutor Horácio Saraiva

Doutorando Vítor Pinheira

Dissertação apresentada às Escolas Superior de Educação e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do orientador Professor Doutor Horácio Saraiva e do coorientador Doutorando Vítor Pinheira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Junho 2013

Composição do Júri

Presidente do Júri

Professora Doutora, Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professora Doutora, Daniela Maria Pias de Figueiredo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor, Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Professor Coordenador convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professor, Vítor Manuel Barreiros Pinheira

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória e Agradecimentos

A realização e concretização deste estudo apenas foi possível graças ao apoio de variadas pessoas. A todas elas que, de forma direta, ou indireta, permitiram a realização deste estudo, os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus pais, que durante toda a vida me apoiaram e encorajaram a seguir e lutar pelos meus valores e acima de tudo, a nunca desistir, independentemente do tamanho do obstáculo.

Ao orientador Professor Doutor Horácio Saraiva, pelo apoio e acompanhamento prestado durante o decorrer deste trabalho.

Ao coorientador Fisioterapeuta Vítor Pinheira, pelo apoio e encorajamento, pela orientação e paciência e pela sua competência e disponibilidade na realização desta investigação.

À Alexandra Beringuilho, pela partilha de ideias, pelas inúmeras horas de brainstorming, pelo apoio e encorajamento e pelo seu auxílio na recolha dos questionários.

À Laura Cavalcante, pela amizade infindável e pelo auxílio e esclarecimentos durante a realização deste estudo.

A todas as instituições que autorizaram e permitiram a realização deste estudo e a todos aqueles que aceitaram participar de forma voluntária e desinteressada.

A todos, um grande bem-haja!

“A tragédia da velhice não é ser idoso, mas jovem.”

(Oscar Wilde)

Resumo

A sexualidade na terceira idade ainda constitui um tabu, nomeadamente no contexto institucional. Nas últimas décadas têm ocorrido alterações demográficas profundas que conduziram a um aumento do número de idosos institucionalizados, de forma a dar resposta às necessidades dos mesmos. Este estudo pretende conhecer os níveis de conhecimentos e das atitudes dos cuidadores formais de pessoas idosas, como se relacionam entre si e com as características sociodemográficas.

A amostra é de conveniência, constituída por 329 indivíduos que aceitaram participar voluntariamente na investigação através do preenchimento do formulário de dados sociodemográficos e do questionário *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale*. Este avalia os conhecimentos e as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade. Este estudo é do tipo transversal, quantitativo, exploratório, comparativo e correlacional.

Foi encontrada uma correlação positiva entre os níveis de conhecimentos e de atitudes e, de uma forma geral, os cuidadores apresentam bons níveis de conhecimentos e atitudes permissivas em relação à sexualidade na terceira idade. Todavia, existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de técnicos qualificados e o grupo dos auxiliares, sendo que os primeiros apresentam níveis de conhecimentos mais elevados e atitudes mais permissivas. De uma forma geral, os indivíduos com níveis de habilitações mais elevados apresentam melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas. Os sujeitos que frequentaram o regime das Novas Oportunidades apresentam níveis de conhecimentos mais baixos e atitudes menos permissivas. Nenhum dos sujeitos referiu ter recebido formação na área da sexualidade na terceira idade. Os indivíduos solteiros apresentam melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas do que os casados. Os sujeitos mais velhos apresentam atitudes significativamente menos permissivas do que os mais jovens e, quanto maior o tempo de experiência profissional, menos permissivas são as atitudes. Não foram encontradas diferenças entre as tipologias das instituições.

Conclui-se que os conhecimentos estão relacionados com as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade. Esta temática continua a constituir um assunto delicado para muitos indivíduos, nomeadamente para aqueles que trabalham com idosos no seu contexto laboral, sendo que os níveis de formação dos cuidadores assumem uma importância primordial. A investigação científica nesta área contribui para a desmistificação de tabus e, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e da qualidade dos serviços prestados por estes cuidadores.

Palavras-Chave

Sexualidade, Idosos, Conhecimento, Atitudes, Cuidadores Formais

Abstract

Sexuality in the elderly still remains a taboo, especially in the institutional context. Demographic changes have been occurring these past few years which led to an increase in the number of institutionalized elders, as an attempt to respond their needs. This study aims to know the levels of knowledge and attitudes of the formal caregivers, how these are related and how these relate with the socio demographic characteristics of the subjects.

This study used a convenience sample of 329 individual which voluntary accepted to participate by answering a sociodemographics characteristics form, an informed consent form and the questionnaire Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale, which allowed the knowledge and attitudes measure about sexuality in the elderly. This study is cross-sectional, quantitative, exploratory, comparative and correlational.

There is a positive correlation between the knowledge levels and the attitudes and, generally, the caregivers present good knowledge levels and the attitudes about sexuality in the elderly are permissive. However, there is a statistical significant difference between the qualified technicians and the auxiliary staff, as the former present better knowledge levels and more permissive attitudes. Generally, the individuals with higher educational qualifications also present higher knowledge levels and more permissive attitudes. About the educational regimes, the individuals that attended the '*Novas Oportunidades*' regime present lower knowledge levels and less permissive attitudes. None of subjects referred attending any kind of training or education in this area. Single individuals present better knowledge levels and more permissive attitudes than the married ones. The older individuals present less permissive attitudes as well as the more experienced caregivers. No statistical differences were found between the different types of institutions.

In conclusion, knowledge is related with the attitudes about sexuality in the elderly. This topic remains a delicate subject for many of the individuals, especially for who work in an institutional context. Education and training of these caregivers and a continuous research play a key role in the quality of life of the elders and the quality of the provided services.

Keywords

Sexuality, Elderly, Knowledge, Attitudes, Formal Caregivers

Índice Geral

Composição do Júri.....	iii
Dedicatória e Agradecimentos.....	v
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Índice Geral.....	xiii
Índice de Figuras.....	xv
Índice de Tabelas.....	xvii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xix
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	2
2.1 Alterações sociodemográficas.....	2
2.2 A Saúde Sexual.....	7
2.3 Políticas de Saúde Sexual.....	8
2.3.1 As Políticas de SS e SR em Portugal.....	10
2.4 O Processo de Envelhecimento.....	11
2.5 A Sexualidade e a Terceira Idade.....	13
2.6 A Saúde Sexual na Terceira Idade.....	20
2.6.1 Condições Clínicas no Homem Idoso.....	22
2.6.2 Condições Clínicas na Mulher Idosa.....	23
2.6.3 Saúde Mental.....	24
2.7 Conhecimento e Atitudes em Relação à Sexualidade na Terceira Idade.....	26
2.8 A Institucionalização e os Cuidadores Formais.....	32
3. Metodologia.....	41
3.1 Objetivos do Estudo.....	41
3.2 Hipóteses de Investigação.....	41
3.3 Desenho do Estudo.....	42
3.4 População e Amostra.....	42
3.5 Definição das Variáveis.....	43
3.6 Recolha de dados.....	44
3.7 Instrumentos.....	44
3.8 Pré-Teste da ASKAS.....	45

3.9	Análise Estatística.....	46
4.	Resultados.....	47
4.1	Apresentação dos Dados Sociodemográficos	47
4.2	Apresentação dos Dados Obtidos na ASKAS	53
4.3	Comparação Entre Variáveis.....	54
5.	Análise e Discussão de Resultados.....	58
6.	Conclusão	64
	Referências Bibliográficas.....	66
	Apêndices.....	70
	Apêndice A – Folha de Recolha de Dados Sociodemográficos.....	70
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Informado	73
	Anexos.....	75
	Anexo A – ASKAS – Versão I - Original.....	75
	Anexo A – ASKAS – Versão II – Tradução Inicial.....	78
	Anexo A – ASKAS – Versão III – Sugestão de Tradução I.....	81
	Anexo A – ASKAS – Versão IV – Sugestão de Tradução II.....	84
	Anexo A – ASKAS – Versão de Consenso (Pré-Teste)	87
	Anexo A – ASKAS – Versão Final	90
	Anexo B – Registo de Email do Autor	93

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura Etária da População Residente por Sexo - 2001-2011	2
Figura 2 - Estado Civil e Conjugalidade em 2011	3
Figura 3 - Tipo de Realização das Atividades Diárias	4
Figura 4 - Percentagem de Famílias Clássicas	5
Figura 5 - Famílias Institucionais a Viver em Estabelecimentos de Apoio Social	6
Figura 6 - Distribuição de Frequência do Género	47
Figura 7 - Distribuição de Frequência do Estado Civil.....	47
Figura 8 - Distribuição de Frequência do Número de Filhos.....	48
Figura 9 - Distribuição de Frequência do Estado Civil.....	48
Figura 10 - Distribuição de Frequência do Regime de Escolaridade	49
Figura 11 - Distribuição de Frequência da Formação na Área da Sua Atividade ...	49
Figura 12 - Distribuição de Frequência do Local de Formação.....	50
Figura 13 - Distribuição de Frequência da Qualificação dos Cuidadores.....	50
Figura 14 - Distribuição de Frequência do Grupo Profissional.....	51
Figura 15 - Frequência do Regime do Horário de Trabalho.....	51
Figura 16 - Frequência do Local da Atividade Profissional	52
Figura 17 - Frequências de Outra Atividade Profissional, de Outras Fontes de Rendimento e de Cuidadores Informais	52
Figura 18 - Frequência da Tipologia das Instituições.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Evolução da População Portuguesa 2001-2011	2
Tabela 2 - Taxa de Prevalência de Dificuldade na Realização de Tarefas	4
Tabela 3 - Tipos de Variáveis do Estudo	43
Tabela 4 - Análise Descritiva dos Conhecimentos e Atitudes	53
Tabela 5 - Correlação de Pearson para as variáveis Conhecimentos e Atitudes	53
Tabela 6 - Comparação entre grupos por Habilitações Literárias	54
Tabela 7 - Comparação entre grupos por Regime de Escolaridade.....	55
Tabela 8 - Comparação de idades entre grupos de Regime de Escolaridade	55
Tabela 9 - Comparação entre grupos por Estado Civil	56
Tabela 10 - Correlação entre o tempo na instituição e o tempo de cuidador com os conhecimentos e as atitudes.....	56
Tabela 11 - Correlação entre a idade e os conhecimentos e atitudes.....	56
Tabela 12 - Comparação entre grupos por Grupo Profissional.....	57
Tabela 13 - Comparação entre grupos por regime de horário laboral.....	57

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APF – Associação para o Planeamento da Família

ASKAS - *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale*

DE – Disfunção Erétil

DGS – Direção Geral de Saúde

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SR – Saúde Reprodutiva

SS – Saúde Sexual

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

Nestas últimas décadas têm ocorrido alterações demográficas profundas não só na população portuguesa, mas um pouco por todo o mundo. Os avanços da medicina e da tecnologia têm permitido ao ser humano viver cada vez mais anos e com mais qualidade de vida. Porém estas modificações, por sua vez, trouxeram alterações marcadas das estruturas e dinâmicas familiares. A população ativa depara-se agora com os cuidados não apenas dos mais jovens, mas também dos seus pais e avós. A institucionalização torna-se, assim, uma solução cada vez mais frequente para aqueles idosos que vivem isolados ou que apresentam problemas de saúde físicos ou mentais que os tornam dependentes de terceiros, e cujas famílias não conseguem ou pretendem dar resposta.

Assim, podemos encontrar cada vez mais instituições que nascem com o objetivo de promover cuidados físicos, emocionais e sociais para estes idosos. Nestas, encontramos os denominados cuidadores formais, que exercem a sua atividade laboral dentro deste tipo de instituições, podendo estes ser qualificados ou não.

Existe uma série de preconceitos e mitos relativamente aos idosos. Um dos mais pertinentes diz respeito à sexualidade na terceira idade uma vez que, para grande parte da nossa sociedade, os idosos são vistos como seres assexuados e desprovidos de desejo ou necessidades sexuais. Algumas investigações têm sido feitas neste âmbito e começa-se, hoje, a desmistificar esta temática. A maioria destes estudos foi realizada nos EUA e no Norte da Europa, que apresentam diferenças culturais em relação aos países mediterrânicos, existindo assim escassa informação acerca desta temática no nosso país (Papaharitou et al., 2008).

Através deste estudo pretendemos medir e avaliar as atitudes e os níveis de conhecimento daqueles que cuidam dos nossos idosos, num contexto institucional, em relação à sexualidade na terceira idade e quais os fatores que podem influenciar ou determinar as dimensões avaliadas.

Este estudo encontra-se dividido em seis partes distintas. O primeiro corresponde à introdução e o segundo ao enquadramento teórico. No terceiro encontra-se descrita a metodologia utilizada no estudo e no quarto podemos encontrar a descrição dos resultados encontrados. A análise e discussão dos resultados encontram-se descritas na quinta parte deste trabalho, que finda com a conclusão na sexta parte.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Alterações sociodemográficas

De acordo com INE (2012), a população portuguesa tem vindo a sofrer alterações demográficas marcadas nos últimos anos. Os dados dos censos de 2011 permitem verificar um abrandamento do crescimento demográfico, cerca de 2%, quando comparado com a década anterior (cerca de 5%). Como se pode verificar na Tabela 1, a população portuguesa em 2011 é de 10.562.178 habitantes, sendo que cerca de 52,22% destes são do sexo feminino. Em 2001, existiam cerca de 1.693.493 pessoas com 65 ou mais anos enquanto em 2011 este número subiu para os 2.010.064 de pessoas idosas.

Tabela 1 - Evolução da População Portuguesa 2001-2011(INE, 2012)

População Residente	2001			2011		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Portugal	10 356 117	5 000 141	5 355 976	10 562 178	5 046 600	5 515 578

Na última década verificou-se um aumento da desertificação das zonas do interior e uma densificação das zonas do litoral, nomeadamente as áreas de Lisboa e do Porto. A sub-região da Beira Interior Sul é uma das áreas mais despovoadas do país (entre 15 a 20 hab/km²). A população idosa continua a representar uma fatia importante da população portuguesa, verificando-se um alargamento do topo da pirâmide etária. Enquanto em 2001, a população com mais de 70 anos correspondia a 11% da população, em 2011 passou a corresponder a 14% (Figura 1) (INE, 2012).

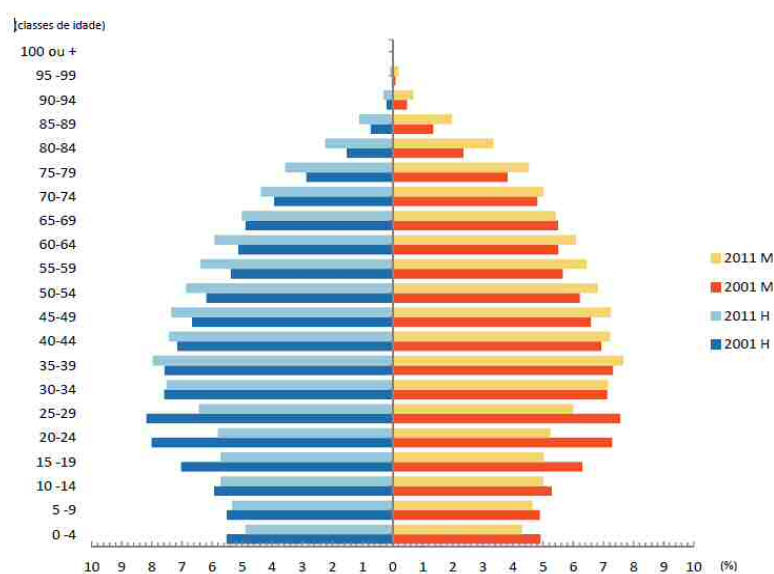


Figura 1 - Estrutura Etária da População Residente por Sexo - 2001-2011 (INE, 2012)

O envelhecimento da população é um fenómeno nacional que deixou de ser localizado apenas no interior do país, sendo que o índice de envelhecimento passou de 102 (em 2001) para 128 (em 2011). Este torna-se mais evidente nas regiões do Centro e do Alentejo. O índice de longevidade também tem vindo a aumentar de 39 em 1991, para 41 em 2001 e 48 em 2011. Por sua vez, verifica-se que o índice de sustentabilidade potencial diminuiu dos 4,1 para os 3,5 no mesmo período de tempo (INE, 2012).

Homens e mulheres acima dos 60 anos de idade têm cerca de um terço das suas vidas pela frente. O aumento da esperança média de vida que se verifica na atualidade acarreta consigo várias alterações das nossas necessidades, expectativas e atitudes. Cada vez existem mais pessoas idosas e a terceira idade dura cada vez mais tempo. Assim, torna-se fundamental conhecer as reais necessidades destes indivíduos (Colson, 2007).

Relativamente à conjugalidade e estado civil em Portugal, verifica-se que a 47% da população é casada, seguida dos solteiros (40%), viúvos (7%) e divorciados (6%). Cerca de 87% das uniões conjugais são formalizadas através do casamento e 13% através da união de facto. Contudo, verificam-se algumas diferenças por sexo. A percentagem de homens solteiros é de 44%, enquanto a das mulheres é de 38%. Apenas 45% das mulheres é casada, enquanto os homens apresentam uma percentagem de 49%. Cerca de 11% das mulheres são viúvas, enquanto apenas 3% dos homens apresentam este estado civil e o estado civil de divorciado apresenta percentagens de 5% para os homens e 6% para as mulheres (Figura 2) (INE, 2012).

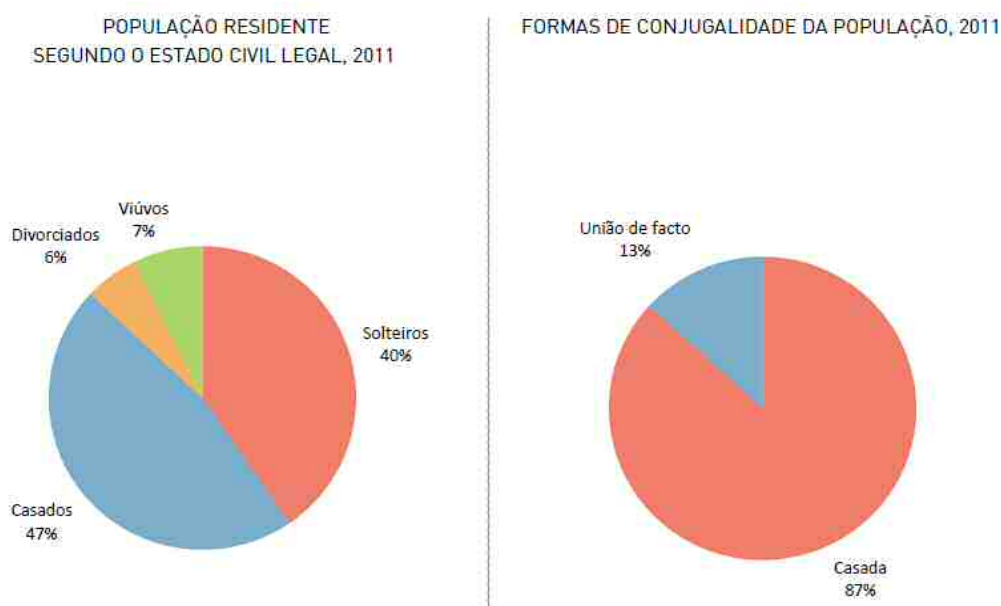


Figura 2 - Estado Civil e Conjugalidade em 2011 (INE, 2012)

De acordo com a Tabela 2 é possível constatar que a taxa de prevalência de dificuldade na realização das atividades diárias na população acima dos 65 anos de idade é de 49,51%, sendo esta mais marcada nas mulheres (55,14%) do que nos homens (41,71%).

Tabela 2 - Taxa de Prevalência de Dificuldade na Realização de Tarefas (INE, 2012)

Taxa de Prevalência	2011		
	Total	Homens	Mulheres
População com 65 ou mais anos	49,51	41,71	55,14

Assim, verifica-se que cerca de metade da população idosa possui algum tipo de dificuldade na realização das atividades diárias, sendo esta mais notória no andar (27%), seguida da visão (19%), da memória/concentração e da audição que detêm percentagens iguais (15%), do tomar banho/vestir-se (14%) e, por último, do compreender ou fazer-se entender (10%) (Figura 3) (INE, 2012).

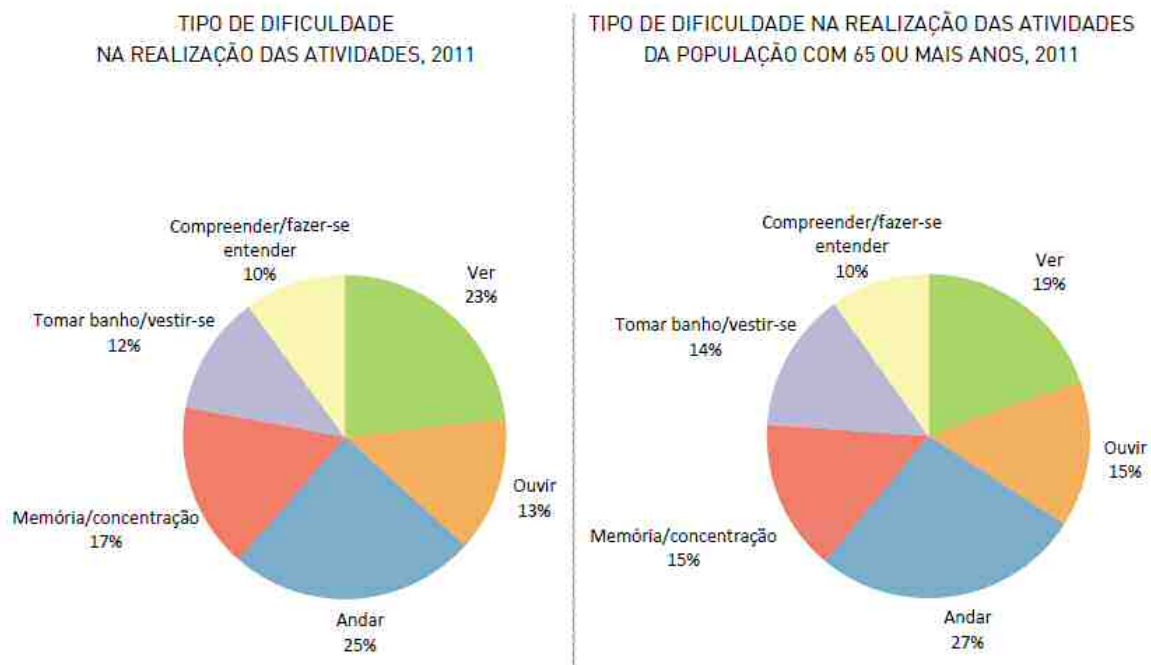


Figura 3 - Tipo de Realização das Atividades Diárias (INE, 2012)

As taxas de analfabetismo têm vindo a diminuir desde 2001, altura em que cerca de 9,03% da população era analfabeta, apresentando atualmente uma taxa de 5,23%,

sendo que esta continua a ser mais elevada nas mulheres (6,77%) do que nos homens (3,52%) (INE, 2012).

As estruturas familiares também têm vindo a modificar-se ao longo dos anos. Nesta última década, o número de famílias clássicas aumentou cerca de 11%. Contudo, atualmente, as famílias são menos numerosas, tendo diminuído de 2,8 para 2,6 elementos. As famílias clássicas constituídas por apenas um elemento representam cerca de 21% do total das famílias portuguesas, sendo que o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representa a grande maioria deste tipo de famílias, correspondendo a 10% do total de famílias clássicas. Como se pode observar na Figura 4, a maioria das famílias unipessoais reside predominantemente nas zonas do interior, onde existem os índices mais elevados de envelhecimento (INE, 2012).

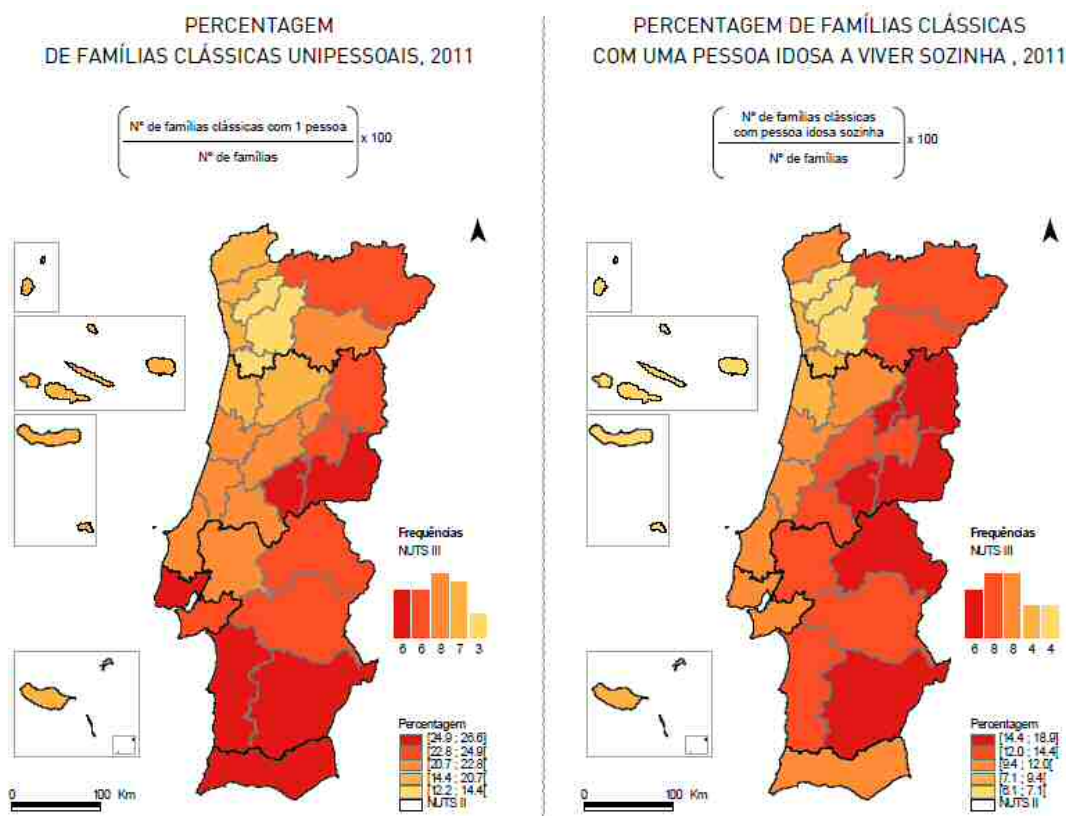


Figura 4 - Percentagem de Famílias Clássicas (INE, 2012)

O aumento significativo da população idosa levou a um conseqüente aumento do número de famílias institucionais a viver em instituições de apoio social como forma de dar resposta às necessidades das pessoas idosas. O acolhimento dos mais velhos nas casas dos parentes tem vindo a ser substituído pela institucionalização em estabelecimentos de apoio social, especialmente nas pessoas com mais de 70 anos de idade. Assim, constata-se que, entre 2001 e 2011, houve um aumento de 49% do

número de famílias institucionais a residir em instituições de apoio social (Figura 5) (INE, 2012).

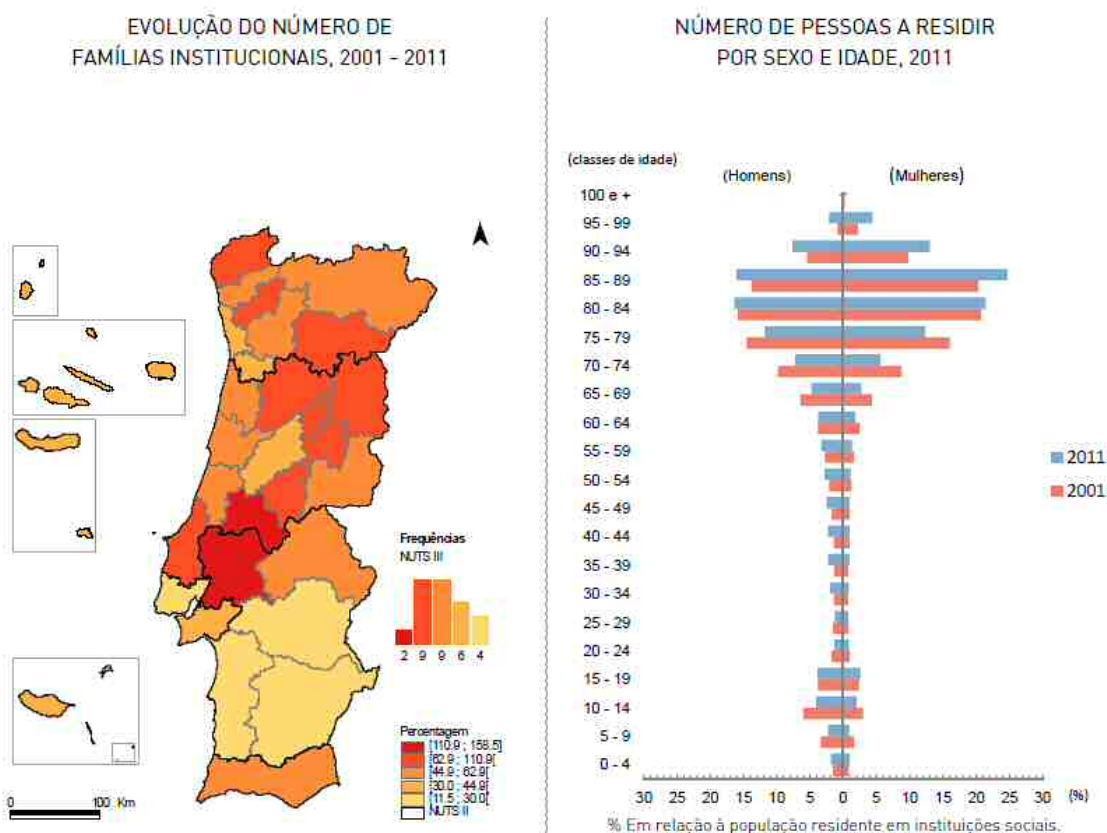


Figura 5 - Famílias Institucionais a Viver em Estabelecimentos de Apoio Social (INE, 2012)

Assim, de acordo com estes dados estatísticos, constatamos que o número de adultos tem vindo a aumentar e, quer homens, quer mulheres, vivem mais anos e têm uma maior esperança de vida ativa o que, conseqüentemente, aumenta o número de anos de potencial de sexualidade ativa na terceira idade. As famílias, por sua vez, têm vindo a diminuir de tamanho e, com o aumento da esperança média de vida, novos modelos de percurso de vida nos idosos emergiram. Desta forma, os indivíduos e os casais podem ter mais oportunidades de manter uma vida sexual ativa (J. DeLamater, 2012).

O aumento da esperança média de vida e o aumento da população idosa fazem com que o estudo da sexualidade e da Saúde Sexual (SS) nas faixas etárias mais velhas seja de grande importância, na medida em que se procura dar resposta às necessidades das pessoas idosas (Bouman, Arcelus, & Benbow, 2006; Nicolosi et al., 2006).

2.2 A Saúde Sexual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de SS como um estado de completo bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não apenas à ausência de doença ou enfermidade. A SS implica uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade e das relações sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais gratificantes e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que esta possa ser alcançada, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos (WHO, 2013).

A Saúde Reprodutiva (SR) implica que os indivíduos sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e saudável e que tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir quando, como e se o querem fazer. Desta forma, encontram-se implícitos os direitos de, quer o homem, quer a mulher, serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes e financeiramente suportáveis, bem como a outros métodos da sua escolha para regular a sua fertilidade que não sejam ilegais e ainda o acesso aos serviços de cuidados de saúde que permitam à mulher ter uma gravidez e parto seguros e que proporcionem aos casais a oportunidade de terem filhos saudáveis (IPPF, 2012; WHO, 2002).

A SS e SR ultrapassam largamente a perspetiva médica, focando-se igualmente nos comportamentos individuais e nas relações, na proteção da saúde física e mental, bem como nos direitos individuais e sociais, provocando um impacto ao nível das práticas, serviços, sistemas de saúde e nas dimensões social e política e, assim, adquirem uma importância significativa para investigadores, profissionais e políticos (M. Gott, Hinchliff, & Galena, 2004a; Vilar, 2009).

A emergência do conceito de SS e a sua dissociação progressiva do conceito de reprodução permitiu colocar em evidência a autonomização da vida sexual, bem como a sua importância para a realização e bem-estar dos indivíduos durante toda a sua vida, incluindo na terceira idade (Vasconcellos et al., 2004).

A SS não pode ser obtida nem mantida sem que exista consideração e proteção por alguns direitos do ser humano, nomeadamente aqueles que permitem alcançar e expressar a sua sexualidade, tendo em conta os direitos dos demais, num âmbito de proteção contra a discriminação (WHO, 2002, 2013):

- O direito à igualdade e à não-discriminação;
- O direito a estar livre de torturas ou crueldade, tratamento desumano ou degradante ou punições;
- O direito à privacidade;
- O direito aos melhores cuidados de saúde possíveis (incluindo de SS) e à segurança social;

- O direito a casar e formar uma família e entrar no casamento de forma livre e consentida por parte dos noivos e à igualdade no matrimónio, bem como na sua dissolução;
- O direito a escolher o número de filhos, assim como o momento de ter outros filhos;
- O direito à informação e à educação;
- O direito a uma solução para a violação de direitos fundamentais.

Assim, os “direitos sexuais” dizem respeito ao acesso a cuidados de saúde sexual, à informação e à educação sobre a expressão sexual, incluindo ainda o direito à liberdade para escolher se se quer manter sexualmente ativo, de escolher ou rejeitar um parceiro sexual e à participação numa relação sexual consensual, sendo este particularmente importante em instituições de terceira idade. Neste tipo de locais encontramos, com alguma frequência, utentes com alterações da sua capacidade cognitiva, que se encontram sujeitos a interpretações incorretas das suas manifestações da sexualidade (Rheaume & Mitty, 2008).

A SS não pode ser definida, compreendida ou posta em prática sem antes ser definido o conceito de sexualidade. Esta consiste num aspeto central na vida do ser humano e abrange o sexo, papéis e identidades de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução e é vivenciada e expressada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade englobe todas estas dimensões, nem todas elas são sempre vividas ou manifestadas, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2002, 2013).

2.3 Políticas de Saúde Sexual

Em Portugal, o conceito de SR foi precedido pelo conceito de planeamento familiar (1960-1970) que, por sua vez, surgiu da reformulação do conceito de controlo da natalidade, característico do início do séc. XX. As alterações demográficas que tiveram lugar neste período conduziram a uma modernização da sociedade portuguesa, bem como do resto da Europa e da América do Norte. Contudo, as características culturais e religiosas levaram a que as práticas de controlo da natalidade fossem ilegais e reprimidas durante a maior parte do séc. XX. O coito interrompido e o aborto clandestino constituíam as práticas de contraceção mais populares até às décadas de 60 e 70. A lei nº 32171 de 1942 ilegalizou a contraceção até depois do 25 de Abril, embora a pílula contracetiva fosse comercializada como método de regulação do ciclo menstrual (Vilar, 2009).

Em 1952 nasce a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) com o objetivo de procurar uma maior legitimação e aceitação de políticas que permitissem não só o controlo da natalidade, mas também a promoção da saúde da mulher. No entanto, em alguns países, estes conceitos abarcavam igualmente uma componente

política de controlo do crescimento demográfico e, até 1994, altura em que decorreu a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (realizada pela Organização das Nações Unidas, na cidade do Cairo), existiam algumas tensões entre as perspetivas da saúde pública e individual, centrada na resposta aos problemas dos indivíduos e da comunidade e entre as macropolíticas de desenvolvimento e crescimento económico, em que o crescimento demográfico é um dos fatores fundamentais (Vilar, 2009). As políticas populacionais podem ser definidas por ações (pró-ativas ou reativas) realizadas por instituições (públicas ou privadas) que afetam ou tentam afetar a dinâmica da mortalidade, da natalidade e das migrações nacionais e internacionais. Essas ações têm como objetivo influenciar as taxas de crescimento demográfico (positivo ou negativo) e a distribuição espacial da população. As políticas populacionais podem ser intencionais ou não-intencionais, explícitas ou implícitas, democráticas ou autoritárias e podem ser definidas ao nível macro-institucional (coletivo) ou micro (indivíduos e famílias) (Alves, 2004).

O conceito de planeamento familiar surgiu como um meio de luta contra o aborto clandestino que, na ausência de métodos contraceptivos eficazes, funcionava como um perigoso meio de controlo da natalidade, com graves consequências para a saúde materna. Em 1975, morriam em Portugal cerca de 80 mulheres, na sua maioria vítimas de aborto clandestino. A contraceção permitiu também a promoção da saúde infantil, em que se verificou uma diminuição da taxa de mortalidade infantil através dos progressos do uso da contraceção e do acompanhamento médico e hospitalar da gravidez e do parto (Vilar, 2009).

No início dos anos 80 começa a surgir o conceito de SS, sendo que a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) constitui-se como um fator fundamental para a construção do mesmo. Assim, o termo SS passou a ser utilizado como sinónimo de combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nos anos 90, a nova terminologia adquire importância internacional através da aprovação da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos pela IPPF (em que a Associação para o Planeamento da Família (APF) é federada), da consagração da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (Cairo), na Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim) e na Assembleia da Associação Mundial de Sexologia (Hong Kong). Assim, a SS e a SR são considerados direitos individuais, independentemente da idade, género, orientação sexual, religião ou etnia; não se limitam aos casais casados e heterossexuais; abrangem a fecundidade e a sexualidade; envolvem o acesso à informação e aos serviços de saúde; e implicam uma abordagem interdisciplinar e não somente médica, representando a consagração em documentos de política internacional e em orientações técnicas de um conjunto de temas e expectativas que constituem importantes referências para a produção das políticas sexuais à escala nacional (Vilar, 2009). Estas causam muitas controvérsias e estão no centro de disputas ideológicas e controversas, uma vez que tocam em aspetos sensíveis da vida, tais como a sexualidade, a procriação e as relações familiares. A Igreja e o Estado-nação sempre

procuraram controlar estes aspetos essenciais da vida, administrando não somente o “corpo social”, mas o corpo concreto das pessoas através da disciplina e do controle da vida produtiva e reprodutiva de homens e mulheres (Alves, 2004).

2.3.1 As Políticas de SS e SR em Portugal

É possível distinguirmos quatro fases na história da SS e da SR em Portugal. A sexualidade e a forma como a sociedade encara a mesma, tem vindo a ser condicionada por dois fatores principais: a religião e a medicina. O impacto da religião atingiu o seu auge em 1536 com a instituição dos Tribunais da Santa Inquisição. A Medicina detém uma influência mais recente na regulação da sexualidade mas, não menos importante, e fez-se através de dois investigadores fundamentais: Alfred Kinsey e Freud, que permitiram reconhecer a importância da Sexologia e a aproximação da sexualidade ao social. O controlo da fecundidade e do número de filhos nas últimas décadas permitiu uma adaptação aos limitados recursos económicos, acompanhando a entrada da mulher no mercado de trabalho que, por sua vez, permitiu a melhoria das condições de vida das famílias portuguesas. No entanto, também surgiram novos padrões culturais, nomeadamente em torno da condição feminina, das representações sobre a conjugalidade, a vida sexual, os tipos ideais de família e a liberalização das atitudes e dos comportamentos, tendo a dissociação da vida sexual das capacidades reprodutivas um papel determinante. (Santos, 2002; Vilar, 2009).

A fase emergente decorre entre 1967 e 1984. A criação da APF em 1967 centrou a sua ação fundamentalmente numa lógica de saúde das mulheres e dos casais e, juntamente com um grupo de profissionais de saúde estão na base da criação do Instituto Maternal, vocacionado para a saúde materna e infantil, onde são organizadas as primeiras consultas fora do contexto hospitalar. O 25 de Abril de 1974 potenciou este processo que, juntamente com as primeiras organizações feministas exigiam o acesso pleno à contraceção e à legalização do aborto. Em 1976, um despacho do Secretário da Saúde introduz as consultas de planeamento familiar na valência da saúde materna dos centros de saúde da Direção Geral de Saúde (DGS). No final dos anos 70 surgem vários projetos de planeamento familiar apoiados pelo Fundo das Nações Unidas para a Atividade da População, desempenhados pela DGS, pela Comissão da Condição Feminina e pelo Instituto Nacional de Estatística. Verificaram-se vários conflitos levantados por porta-vozes da Igreja e também por elementos políticos que, contudo, não foram suficientes para deter as políticas públicas destas matérias. Todavia, a contraceção e o planeamento familiar ainda eram pouco conhecidos pela população, sendo que o coito interrompido era o método mais utilizado pelos casais portugueses (apenas 31% usava a contraceção moderna e 20% das mulheres conhecia as consultas de planeamento familiar) (Vilar, 2009).

A fase de institucionalização tem início nos anos 80 e decorre até aos finais da década de 90. A criação do Serviço Nacional de Saúde, através da fusão dos serviços

da DGS e dos Serviços Médicos Sociais, vai permitir a formação de uma rede de centros de saúde, de acordo com uma perspetiva de saúde pública. O planeamento familiar é entendido como fazendo parte dos cuidados de saúde primários, em que os médicos de família detêm o papel principal. Assim, generalizou-se o acesso à contraceção, tendo a pílula passado a ser o método mais usado enquanto o coito interrompido passou para segundo lugar. Os debates sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) continuaram, embora continuasse a ser proibida por lei devido à dificuldade na oposição às vozes da Igreja. Os modelos que contornavam a sexualidade socialmente legitimada (modelo reprodutivo) eram estigmatizados e discriminados, algo que ainda prevalece até à atualidade em diversos meios culturais. Em 1984 é criada a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e a APF inicia nesta fase as primeiras experiências de educação sexual nas escolas e na formação de professores. A Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA está na base da organização de campanhas de prevenção da SIDA e na promoção do uso do preservativo. No Ministério da Educação, a prevenção da SIDA esteve na base da integração da educação sexual no Programa de Promoção e Educação para a Saúde (Santos, 2002; Vilar, 2009).

A fase de Reavaliação e Questionamento teve início em 1997 e decorre até à atualidade e, nesta, permanecem os debates acerca da IVG e iniciam-se algumas ações tais como o fornecimento de contraceptivos nos centros de saúde, a generalização da educação sexual nas escolas, o trabalho com a população reclusa, as linhas telefónicas de ajuda para os jovens e o trabalho com grupos socialmente vulneráveis. Em 2000, mais de 80% das mulheres usam algum método contraceptivo, sendo que destas, mais de 60% utilizam a pílula, passando o coito interrompido para 5º lugar. Existe, em Portugal, um padrão de uso muito elevado de contraceptivos fortemente centrado na pílula e podemos constatar que apenas 0,4% das mulheres utilizam métodos contraceptivos defendidos pela Igreja Católica, apesar da sua influência na sociedade. Em 2001, a Assembleia da República autoriza a venda da pílula do dia seguinte sem necessidade de receita médica. Em 2007, a IVG foi apoiada por cerca de 60% dos eleitores, tendo a lei sido aprovada um mês após o referendo (Vilar, 2009).

2.4 O Processo de Envelhecimento

O conceito de velhice é socialmente construído e não universal e tem vindo a alterar-se com o decorrer dos anos, tendo existido alturas em que era venerado e outras em que era desprezado pela sociedade consoante a época e os valores culturais. A idade em que começa a velhice é ainda hoje difícil de determinar devido aos diversos fatores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente) e intrínsecos de cada indivíduo (inerentes à própria pessoa). Contudo, em Portugal esta está associada à idade da reforma, ou seja, aos 65 anos. O processo de envelhecimento é composto pelo envelhecimento biológico (senescência), social (papéis sociais esperados pela

sociedade como sendo os apropriados) e psicológico (adaptação ao processo de senescência) (Vaz & Nodin, 2005).

O processo de envelhecimento inicia-se quando as células param de se multiplicar e o seu número começa a diminuir. Este processo é provocado pela ação do tempo sobre o organismo que, por sua vez, leva a um maior risco de mortalidade. Assim, ocorre uma série de manifestações fisiológicas que acarretam uma diminuição da capacidade de divisão e renovação celular e um declínio das hormonas sexuais, dos sistemas cognitivos e sensoriais e da mobilidade que, conseqüentemente, levam a modificações da imagem corporal e da resposta sexual, muitas vezes apontadas como fator de inibição sexual. O tom de pele e a sua firmeza alteram-se, a cor do cabelo modifica-se e a sua quantidade diminui, bem como a vitalidade física. Assim, existe um desgaste do organismo vivo devido à ação do exterior. Contudo, a sexualidade não desaparece com o passar dos anos, apenas se modifica (Colson, 2007; Vaz & Nodin, 2005).

O envelhecimento é também um fenómeno social que leva a modificações dos laços sociais e emocionais. A sociedade atual e os meios de comunicação não só valorizam a juventude como também fomentam a associação entre esta e atração física e sexual. Assim, o envelhecimento significa afastar-se deste *status* e pode conduzir a efeitos negativos da autoestima e da imagem corporal, como se as pessoas idosas não pudessem ser mais física e sexualmente atrativas (Colson, 2007; J. DeLamater, 2012). Uma autoestima positiva é um fator indispensável para uma boa qualidade de vida e para que o ser humano funcione de forma eficaz. Reconhecer-se enquanto “ser sexual” auxilia a manter quer a mente, quer o corpo, saudáveis (Choi, Jang, Lee, & Kim, 2011).

O envelhecimento é um processo biopsicossocial e a sua experiência é um processo subjetivo influenciado pela ideologia cultural, marcado pela inevitabilidade das modificações corporais e competências físicas, pelas modificações ao nível dos recursos cognitivos e adaptativos, pelas alterações de papéis e posição nas hierarquias sociais e pelo impacto negativo de atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento. Perante isto, os indivíduos idosos enfrentam enormes dificuldades na preservação da sua identidade pessoal e da integridade de alguns papéis e funções, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade (Vasconcellos et al., 2004).

O processo de envelhecimento pode ser responsável por algumas perturbações mentais na pessoa idosa, daí que se torne importante conhecer e compreender estas mesmas perturbações, de forma a se possa contribuir para o equilíbrio destes indivíduos. As perdas decorrentes podem ser graduais (ex.: doenças) ou súbitas (ex.: acidente). Existem ainda algumas perdas, tais como a morte de alguém ou perdas económicas e sociais que estão frequentemente associadas a um conjunto de perdas simbólicas tais como a diminuição da autoestima ou sentimentos de abandono. A pessoa idosa sofre perdas relacionadas com os papéis, expectativas e referências ao grupo social, sendo que estas podem inclusivamente pôr em causa a integridade da

pessoa idosa provocando situações de depressão, ansiedade, reações psicossomáticas, afastamento e descompromisso (Vaz & Nodin, 2005).

A adaptação à velhice está fortemente associada à perda de papéis sociais, ao *stress*, a doenças, ao desenraizamento e a outros tipos de traumatismos que podem ser fontes de perturbações psicológicas. A aceitação da mudança relacionada com o receio do envelhecimento e a satisfação de vida estão relacionadas com as auto-perceções da idade e podem surgir sentimentos negativos perante as alterações corporais decorrentes do processo de envelhecimento. O funcionamento cognitivo pode igualmente ser afetado (Vaz & Nodin, 2005).

2.5 A Sexualidade e a Terceira Idade

A maioria das pessoas tem potencial para se manter sexualmente ativa durante a terceira idade, sendo atribuído um papel fundamental à sexualidade para um estado de bem-estar geral, mesmo nos idosos mais idosos (Catania & White, 1982; C. M. Gott, 2001; Kalra, Subramanyam, & Pinto, 2011). A sexualidade engloba companheirismo, atividade, comportamento, atitudes e função sexual sendo que os casais desenvolvem padrões e regras de intimidade que definem os comportamentos aceitáveis no seu relacionamento (Kaplan, 1996; Lindau et al., 2007).

A sexualidade constitui uma parte fundamental da vida humana e contribui para a qualidade de vida dos indivíduos. O seu desenvolvimento e expressão são influenciados por fatores sociais, culturais, fisiológicos, biológicos e psicológicos. A natureza e o sucesso das relações sexuais é uma parte fundamental da vida individual, familiar e social em todas as culturas (Bouman et al., 2006; Cassel, 2005; González, Viáfara, Caba, Molina, & Ortiz, 2006; Kontula & Haavio-Mannila, 2009; Rothenberg & Dupras, 2010; Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2010). O desenvolvimento sexual ocorre durante toda a vida e, o que é considerado saudável varia não só de geração para geração, mas também de sociedade para sociedade, de homens para mulheres e para cada um dos indivíduos (WHO, 2002).

Contudo, apesar de vivermos numa sociedade dita moderna e evoluída, permanecem muitos estereótipos e mitos acerca de uma infinidade de assuntos, sendo que a sexualidade ainda é considerada um tema tabu, nomeadamente se o associarmos à terceira idade. De facto, para a sociedade em geral, o idoso é visto como um ser desprovido de sexualidade, apesar da reduzida fundamentação empírica o que, por sua vez, influencia não apenas as políticas de envelhecimento, mas também as investigações científicas sobre esta temática. A Gerontologia também tem vindo a descurar esta área, desvalorizando a sexualidade, vista muitas vezes como um tema obscuro, um tabu, em vez de ser encarada como uma parte importante e significativa do dia-a-dia dos nossos idosos (Bouman et al., 2006; Colson, 2007; M. Gott, Hinchliff, & Galena, 2004b; M. Gott & Hinchliff, 2003; Mahieu, Van Elsen, & Gastmans, 2011; Taylor & Gosney, 2011; Watson, Bell, & Stelle, 2010).

Efetivamente, a sexualidade na terceira idade é um tema negligenciado pela comunidade científica. A maioria dos estudos efetuados nesta área reflete um modelo biomédico demonstrando o impacto negativo de doenças específicas, condições clínicas ou de medicamentos na função sexual em indivíduos acima dos 55 anos, evidenciando o estereótipo de que indivíduos idosos saudáveis não têm ou não estão interessados na sua sexualidade. A falta de investigações com amostras representativas de pessoas saudáveis torna difícil o desenvolvimento de modelos de relações sexuais na terceira idade (J. D. DeLamater & Sill, 2005; J. DeLamater, 2012; Talbott, 1999).

Assim, torna-se necessária uma perspectiva biopsicossocial que tenha em consideração os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, uma vez que a sexualidade humana não se encontra circunscrita a apenas uma dimensão. Entre as influências biológicas encontramos os sistemas hormonais e vasculares, bem como as doenças e os seus tratamentos, enquanto as psicológicas incluem a informação acerca da sexualidade, as atitudes e a saúde mental. A existência de um parceiro ou parceira sexual é um fator importante para um relacionamento e expressão sexual e o nível socioeconómico pode ser determinante no acesso aos cuidados de saúde e nível de vida. Os fatores biológicos constituem uma condição importante para o funcionamento sexual embora seja insuficiente por si só. Além da capacidade biológica, os indivíduos devem uma base de conhecimentos e atitudes que permitam suportar a atividade sexual (J. D. DeLamater & Sill, 2005; Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

A maioria dos estudos realizados no âmbito da sexualidade na terceira idade apresenta amostras relativamente pequenas e com o objetivo de especificar o ato sexual e sua frequência, o que apenas vem demonstrar que os idosos se interessam pela sua vida sexual e que se mantêm sexualmente ativos nesta fase das vidas, embora se verifique um declínio no interesse sexual. Este pode estar relacionado com a fadiga física e mental, alguns tipos de medicação, preocupações, ingestão excessiva de alimentos ou bebidas, doenças físicas ou o receio de não conseguir alcançar um bom desempenho sexual. Embora as pessoas idosas se mantenham interessadas, ativas e satisfeitas com uma série de atividades sexuais, o declínio da atividade sexual encontra-se mais relacionado com o estado de saúde do que propriamente com a idade (M. Gott & Hinchliff, 2003; Taylor & Gosney, 2011; van der Geest, 2001; Walker & Ephross, 1999).

Embora a prevalência da atividade sexual diminua com a idade, existe um número substancial de homens e mulheres que têm relações sexuais convencionadas com penetração, sexo oral e masturbação, mesmo em idades mais avançadas, acima dos 80 e 90 anos de idade. Contudo, mais de 50% dos indivíduos referem algum tipo de problema sexual. Um em cada sete homens encontra-se medicado para conseguir melhorar a sua função sexual. Contudo, cerca de um quarto da população idosa sexualmente ativa com problemas sexuais refere evitar as relações sexuais como

consequência desses mesmos problemas (Bouman et al., 2006; Kalra et al., 2011; Lindau et al., 2007).

A cessação da atividade sexual na terceira pode ser atribuída ao estado geral de saúde, mas também a outros fatores tais como as experiências de vida prévias e relativas, especificamente a qualidade da relação conjugal e sexual desenvolvida durante a vida. Quando existem inibições na vida adulta, estas tendem a tornar-se ainda mais rígidas na terceira idade, bem como a degradação das relações afetivas provocadas por conflitos e rancores não elaborados podem afastar emocionalmente o casal. Sentimentos de raiva e ressentimentos não resolvidos e acumulados durante a vida destroem a atração sexual entre os elementos do casal (Vasconcellos et al., 2004).

Na sociedade ocidental, os conhecimentos acerca da sexualidade na terceira idade ainda são diminutos, sendo esta temática envolta em medos irracionais, preconceitos e estereótipos, sendo que o idoso é visto como sendo um ser assexuado e desprovido de interesse sexual (Choi et al., 2011; C. M. Gott, 2001; Papaharitou et al., 2008; Vasconcellos et al., 2004; White, 1982). A pessoa idosa que procura alcançar uma satisfação sexual é, frequentemente, caracterizada como sendo perversa ou repugnante (Nagaratnam & Gayagay, 2002; Reingold & Burros, 2004; van der Geest, 2001). A sociedade em geral associa a sexualidade à juventude, à saúde e corpos sadios, contrastando com as imagens associadas à terceira idade tais como o declínio físico, a decrepitude e a doença (M. Gott et al., 2004b).

A sociedade atual tende a valorizar a juventude e a desconsiderar as pessoas idosas no que diz respeito à sua aptidão e atração sexual, sendo estas incentivadas a abster-se da sua sexualidade, sendo que qualquer tipo de iniciativa incorre num elevado risco de desapontamento e frustração. As manifestações de interesse sexual estão frequentemente associados de forma errónea a processos demenciais, levando a que muitos idosos receiem ficar associados a este estereótipo. A pessoa idosa pode, inclusivamente, nem ter a percepção de estar a recalcar a sua sexualidade (recalcamento inconsciente) ou sentir-se obrigado a suprimi-la (supressão pré-consciente), evitando desta forma o conflito entre as suas pulsões e as normas sociais vigentes no seu meio cultural (Vasconcellos et al., 2004).

Assim, a sociedade em geral encara a sexualidade na terceira idade como algo que não deveria acontecer, nomeadamente dentro do seio familiar, em que as gerações mais jovens apresentam dificuldade em aceitar a ideia de que os seus pais ou avós têm relações sexuais. Este facto pode ter sido provocado pela imagem da sexualidade que as gerações mais velhas apresentaram às mais jovens, uma sexualidade repleta de limitações e restrições sexuais. Assim, mesmo aqueles que se rebelaram contra estas normas aplicam-nas agora aos elementos mais velhos da família. As manifestações de interesse sexual pelos parentes mais velhos tornam-se em algo “desapropriado” para a sua idade. Se esta sexualidade for expressa com um novo(a) parceiro(a), poderá ser encarado como desleal ao pai/mãe ou avô/avó, sendo que as

preocupações económicas também desempenham um papel determinante. Uma mudança na convencionada “ordem natural das coisas” poderá levar a um novo casamento que poderá constituir uma ameaça à posição económica dos filhos adultos no diz respeito às heranças, propriedades e negócios (Reingold & Burros, 2004).

A função sexual pode ser definida como os padrões geralmente aceites como “normais” de desempenho dentro do ciclo de resposta sexual e inclui a fase de desejo, de excitação sexual (manifestada fisiologicamente através da ereção masculina ou da lubrificação vaginal feminina), de relaxamento muscular suficiente para a penetração não dolorosa e o orgasmo. O bem-estar sexual, por sua vez, refere-se à experiência individual e subjetiva de cada indivíduo tendo em conta a história de vida e a fase do seu relacionamento. As perturbações que podem surgir ao nível do bem-estar sexual podem fazer com que os indivíduos não sejam capazes de atribuir sentimentos positivos para com a sua sexualidade ou estejam incomodados com determinados aspetos da mesma, surgindo então as disfunções ou problemas sexuais (Verschuren et al., 2010).

Cerca de 57% dos idosos refere ter desejo sexual, sendo que 53,1% destes mantém uma frequência de 3,9 relações sexuais por mês. Por sua vez, cerca de 37% dos idosos refere não ter relações sexuais devido a problemas de saúde e falta de desejo sexual. Nenhuma característica sociodemográfica aparenta estar relacionada com a frequência de relações sexuais, com a exceção do motivo pelo qual o casal se casou. Os idosos casados por amor referem uma maior frequência, partilhando o mesmo quarto/cama, do que aqueles cujos casamentos foram “arranjados” (Papaharitou et al., 2008).

O desejo sexual é um termo cuja definição não é consensual. Alguns autores defendem que o desejo sexual consiste numa força motivacional inata, outros dão maior ênfase aos aspetos relacionais, conceptualizando o desejo como um fator de um contexto relacional mais abrangente, regulado pela procura de prazer e pela ausência da dor, sendo produzido pela ativação de sistemas neurais específicos. Outros ainda definem o desejo sexual não como algo biológico, mas como uma experiência cognitiva ou emocional que representa as próprias necessidades ou desejos de cada indivíduo. A natureza intra-individual do desejo sexual determina que as necessidades biológicas inatas provenientes do corpo (sujeitas aos processos de aprendizagem e de socialização) produzem um estado subjetivo de desejo sexual que impele o indivíduo a procurar ou tornar-se recetivo a experiências sexuais. Outros autores definem o desejo sexual como uma experiência pessoal e subjetiva, uma energia psicobiológica que precede e acompanha a fase de excitação sexual e que tende a produzir comportamento sexual. Desta forma, o desejo sexual resulta de uma interação do sistema neuroendócrino (que produz um impulso sexual biológico), dos processos cognitivos que criam o desejo do comportamento sexual e dos processos psicológicos e motivacionais que determinam a vontade de se comportar sexualmente (J. D. DeLamater & Sill, 2005).

Existe também um grande preconceito do que diz respeito à masturbação na terceira idade embora cerca de 94% dos homens e 50 a 80% das mulheres o tenha feito em algum ponto da sua vida. A masturbação acarreta alguns benefícios tais como uma libertação sexual que pode inclusivamente prevenir a depressão, a frustração e a agressividade. A frequência da masturbação está relacionada com a existência de um(a) parceiro(a) e com os níveis de conhecimento acerca da sexualidade na terceira idade. Aqueles que não têm parceiro(a) tendem a masturbar-se com mais frequência, assim como aqueles que têm níveis mais elevados de conhecimentos (Catania & White, 1982).

A expressão sexual regular contribui para um bem-estar físico e psicológico e pode contribuir para a diminuição de problemas físicos e mentais associados ao envelhecimento. O desejo sexual não desaparece com o passar dos anos e o idoso pode disfrutar da vida sexual desde que este não se altere. As relações sexuais estão associadas a uma melhor qualidade das relações íntimas, a uma menor taxa de sintomas depressivos, a um aumento da autoestima, a uma melhoria da saúde cardiovascular, entre outros, ou seja, estão diretamente relacionadas com uma melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e do estado de saúde geral. A sexualidade na terceira idade é, para estes indivíduos, uma forma de expressão de sentimentos, de afetos, de admiração e lealdade, uma renovação do romance e uma forma de afirmação de vida, nomeadamente a expressão de felicidade e a oportunidade contínua de crescimento e experiências. Com o aumento do número de idosos e o aumento da esperança média de vida e do número de anos em que os indivíduos se mantêm ativos, surgem novos modelos de percursos de vida na terceira idade tais como a síndrome do ninho vazio e a reforma. Os idosos, assim, podem ter mais privacidade nesta fase da vida, aumentando as oportunidades de desenvolver e manter a sua sexualidade, com consequentes efeitos positivos na relação entre casais idosos, sendo considerada uma forma de demonstração de amor, afeto e compromisso (Choi et al., 2011; J. DeLamater, 2012; Hinchliff & Gott, 2011; Kalra et al., 2011).

Na terceira idade, os papéis sociais do idoso são alterados e a sua rede de relações é reduzida. As relações sexuais nas pessoas idosas não são meramente físicas mas sim relações íntimas, que diminuem os sentimentos de solidão e isolamento, dando significado à sua existência e ao seu desenvolvimento pessoal, contribuindo para a sua autoestima. De facto, uma vida sexual saudável dos casais de idosos favorece a evolução do seu matrimónio, permitindo-lhes uma visão da vida mais otimista que, por sua vez, leva a uma vida mais longa e saudável (Choi et al., 2011).

O principal obstáculo para uma vida sexual plena está nas ideias preconcebidas da sociedade, que se tornam particularmente significativas no que diz respeito à população idosa, que leva à falsa ideia de que a sexualidade desaparece com o passar dos anos (Colson, 2007; M. Gott et al., 2004b). Efetivamente, pouco tem sido feito no que diz respeito à saúde sexual na terceira idade e a maioria das medidas públicas implementadas são orientadas para uma população mais jovem, uma vez que a

sexualidade nos mais velhos é considerada irrelevante na vida dos mesmos (M. Gott & Hinchliff, 2003). Por conseguinte, a falta de informação acerca dos benefícios da atividade sexual na qualidade de vida leva à falta de atenção por parte das políticas públicas e à não criação de programas de SS adaptados a esta faixa etária (J. DeLamater, 2012).

As alterações sociodemográficas que têm ocorrido nos últimos anos demonstram que a probabilidade de não ter um cônjuge durante um maior período da vida tem vindo a aumentar devido às roturas matrimoniais, quer seja por divórcio ou por morte de um dos cônjuges. Por sua vez, com o aumento da esperança média de vida, também aumenta o número de novos casamentos e novos relacionamentos o que provoca um impacto ao nível da sociedade e sobre o romance, o namoro, os novos casamentos e sobre a sexualidade das pessoas idosas. Estas são vistas, em muitas culturas, como sendo menos capazes, quer física, quer cognitivamente, competentes que as pessoas mais jovens para se envolverem num relacionamento, uma vez que são retratadas de forma negativa, de forma menos atraente, com níveis reduzidos de concretização pessoal e com menos poder. O idadismo ainda condiciona e influencia fortemente a nossa sociedade levando a que as pessoas idosas que procuram um novo relacionamento afetivo sejam vistos como seres assexuados, que apenas procuram algum companheirismo ou um suporte financeiro. O romantismo é visto como algo exclusivo das faixas etárias mais jovens (Watson et al., 2010).

Um fator chave para a compreensão da sexualidade na atualidade passa pela compreensão do processo de desvinculação do ato sexual do casamento e da reprodução que tem vindo a ocorrer. Os idosos de hoje viveram a sua juventude numa época em que o prazer do ato sexual era destinado ao homem e as mulheres participavam com os objetivos de satisfazer os maridos e de procriar, sendo a maternidade um marco de um *status* social. Em muitas culturas ainda se considera que as mulheres não devem desejar atividades sexuais, que não devem considerá-las prazerosas, bem como não devem existir fora do contexto do matrimónio. Por sua vez, os homens são socializados de forma a considerar que a atividade sexual deve ser prazerosa que está relacionada com a sua autoridade e poder social. Contudo, as representações sociais da sexualidade têm vindo a alterar-se. Estas mudanças indicam que os idosos da atualidade e do futuro possuem expectativas diferentes dos seus antecessores em relação à sua saúde sexual. A sexualidade começa a ser encarada como uma componente fundamental para um envelhecimento bem-sucedido, em que a desvinculação da atividade sexual da reprodução/casamento, a medicalização da sexualidade e do envelhecimento (que implica que já não existem razões para não se manter sexualmente ativo com o passar dos anos), a ênfase da atividade sexual enquanto benefício para o estado de saúde (convergência da gerontologia e sexologia) e a influência de um envelhecimento positivo representaram um papel determinante (Hinchliff & Gott, 2011; Reingold & Burros, 2004; Rheume & Mitty, 2008; Watson et al., 2010; WHO, 2002).

O idoso tem sido avaliado sob uma perspectiva predominantemente biomédica o que, por sua vez, o associa à doença e ao declínio, reforçado por fatores tais como a posição social e económica das pessoas idosas (reformados e dependentes de uma pensão de reforma), a comunidade científica (conferências e estudos focados nas patologias/doenças da terceira idade) e a segurança social (institucionalização de idosos em lares de terceira idade). Assim, juntamente com o facto de o sexo estar associado à reprodução, a sexualidade na terceira idade tem vindo a ser considerado como uma perversão. Contudo, o conceito de relacionamento e o contexto para a atividade sexual tem vindo a mudar ao longo dos tempos, inclusive no que diz respeito às faixas etárias mais velhas. (Hinchliff & Gott, 2011; Rheume & Mitty, 2008). A diminuição da atividade sexual na terceira idade tem a sua origem em fatores mais culturais do que propriamente biológicos (van der Geest, 2001).

Durante a terceira idade, surgem algumas alterações da expressão sexual e alguns indivíduos referem obter prazer e satisfação sexual através de atividades que, geralmente, não são consideradas como sexuais tais como o toque, carícias, dar as mãos ou simplesmente estar perto do parceiro de uma forma íntima, demonstrando que a sexualidade vai muito além da convencional relação sexual com penetração. Aqueles que referem manter-se sexualmente ativos demonstram maior satisfação geral com a vida do que aqueles que não o são (Bouman et al., 2006; Hinchliff & Gott, 2011). A necessidade e a sensação de ser amado ganham especial importância nesta faixa etária, podendo ser expressada através do romance, companheirismo, comunicação, afeição, toque e atração. Uma relação íntima é conotada de vários sentimentos e comportamentos, sendo que a intimidade é composta por cinco componentes: compromisso, mutualidade (interdependência), intimidade emocional (cuidar, consideração positiva) e intimidade física (que vão desde a proximidade até à relação sexual) (Rheume & Mitty, 2008).

O desejo sexual é considerado como um fator fundamental para a função sexual, funcionando como fator motivacional para a atividade e gratificação sexual. De uma maneira geral, considera-se que o desejo sexual diminui com a idade (J. DeLamater, 2012; Kalra et al., 2011). Contudo, a idade não constitui necessariamente um obstáculo, uma vez que grande parte dos idosos mantém-se ativa e interessada na sua sexualidade. De um modo geral, os homens referem ter significativamente maior desejo e relações sexuais do que as mulheres (masturbação e ato sexual convencional), sendo que alguns fatores podem contribuir para tal: relações sexuais dolorosas devido às alterações decorrentes da menopausa, normas culturais conservadoras que levam à supressão de sentimentos e necessidades sexuais, o envelhecimento do parceiro e a função sexual. As mulheres atribuem maior importância ao companheirismo, à intimidade e à afetividade do que ao ato sexual em si (Papaharitou et al., 2008).

2.6 A Saúde Sexual na Terceira Idade

A saúde sexual, tal como a saúde física, não diz apenas respeito à ausência de doença ou disfunção sexual, mas sim a um estado de bem-estar sexual que inclui uma abordagem positiva em relação a uma relação sexual e a antecipação de uma experiência prazerosa sem medos, vergonha, violência ou coerção (Rheume & Mitty, 2008). A terceira idade é frequentemente associada à incapacidade física de desempenho sexual ou à perda do desejo sexual e para muitas pessoas idosas, estes fatores têm um grande impacto nas suas vidas. Muitos homens idosos receiam vir a sofrer de problemas de Disfunção Erétil (DE) e algumas mulheres idosas, embora manifestem interesse sexual, receiam que este seja vergonhoso ou indigno aos olhos de terceiros. A família também desempenha um papel na sexualidade na terceira idade, fazendo os seus parentes idosos sentirem-se culpados por desejarem manter-se sexualmente ativos (Kalra et al., 2011).

A atividade sexual está associada ao estado de saúde e a doença pode interferir fortemente na SS (Lindau et al., 2007). Quando os indivíduos idosos sofrem problemas ou dificuldades sexuais surgem igualmente problemas em se manterem sexualmente ativos. A probabilidade de sofrerem de doenças aumenta com a idade sendo que a administração de determinados tipos de medicação pode provocar um maior impacto ao nível da função sexual, o que, por sua vez, pode conduzir a uma redefinição de prioridades da atividade sexual. A função sexual pode ser definida como a capacidade de desenvolver relações e expressões sexuais satisfatórias, bem como um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sua sexualidade. Contudo, a frequência de atividade sexual não se encontra relacionada com a presença de doenças crónicas, mas sim com a existência de um parceiro sexual (J. DeLamater, 2012; Hinchliff & Gott, 2011). Apenas 40% das mulheres entre os 75 e os 85 anos de idade, contra 78% dos homens da mesma faixa etária referem ter um cônjuge ou companheiro íntimo. Esta diferença pode ser explicada através da estrutura dos relacionamentos conjugais das pessoas idosas, em que homens são, geralmente, casados com mulheres mais jovens, dos padrões de novos casamentos e com a esperança média de vida mais alta nas mulheres (Lindau et al., 2007).

A existência de um parceiro sexual regular tem um impacto relevante na atividade sexual durante o envelhecimento, sendo que os que têm parceiro consideram importante uma relação sexual satisfatória, enquanto aqueles sem parceiro não valorizam tanto este fator. Comparativamente às mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas, a proporção de mulheres sexualmente ativas é maior nas mulheres casadas, com maiores níveis significativos de sentimentos de desejo e prazer sexual. Contudo, as mulheres apontam mais frequentemente as relações sexuais como sendo algo sem importância nas suas vidas do que os homens. (J. DeLamater, 2012; Lindau et al., 2007; Pitkin, 2009; Rheume & Mitty, 2008).

A idade e o estado de saúde fragilizado estão negativamente associados a muitos aspetos da sexualidade. Alguns problemas sexuais surgem como um dos primeiros

sintomas de uma doença subjacente tal como a diabetes, uma infeção, problemas do trato urogenital ou cancro. Por sua vez, problemas sexuais não diagnosticados ou não tratados podem levar a estados de depressão ou a alterações do seu papel social. Inclusivamente, alguns utentes deixam de tomar medicação da qual necessitam devido aos seus efeitos secundários que alteram a sua vida sexual, assim como alguns tipos de medicação para alguns tipos de problemas sexuais podem igualmente ter efeitos negativos na saúde dos indivíduos (Lindau et al., 2007).

As doenças crónicas tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, artrite e cancro têm um impacto negativo na função e na resposta sexual pela sua ação nos mecanismos fisiológicos (ao interferirem com os processos endócrinos, neurais e vasculares que medeiam a resposta sexual) e nas estruturas reprodutoras e, indiretamente ao limitar a função corporal. As doenças cardiovasculares tais como o enfarte do miocárdio, hipertensão arterial e insuficiência vascular periférica estão frequentemente associadas a problemas sexuais. Os níveis de desejo sexual diminuem após um acidente vascular cerebral e a diabetes mellitus provoca alterações ao nível dos vasos sanguíneos, sendo um dos problemas sistémicos mais associados aos problemas sexuais nas pessoas idosas. A artrite é uma das principais causas de desconforto e incapacidade provocando uma diminuição do desejo sexual nos idosos que sofrem desta doença. As doenças prostáticas ocorrem com alguma frequência nos homens idosos e, quer estas, quer os seus tratamentos, geralmente provocam algum tipo de disfunção sexual (J. D. DeLamater & Sill, 2005).

A medicação prescrita pode igualmente provocar efeitos adversos ao nível da sexualidade. Entre estes podemos encontrar os antidepressivos e os anti-hipertensores e os seus efeitos são mais frequentes na população idosa. Contudo, os conhecimentos nesta área são diminutos devido à informação inadequada sobre a ação específica dos medicamentos, desde a maneira como são distribuídos, metabolizados, excretados e orientados na população idosa. Estes medicamentos podem influenciar a resposta sexual, que inclui o desejo sexual, através de efeitos não específicos no estado geral de bem-estar, nível de energia e no estado de humor. Os medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial representam o maior grupo farmacológico de medicamentos responsáveis pelos efeitos secundários ao nível da sexualidade dos seus consumidores (J. D. DeLamater & Sill, 2005).

A inatividade sexual nas pessoas mais idosas encontra-se relacionada com a idade avançada, a presença de crianças pequenas, baixos níveis de saúde e a duração do casamento (sendo este último específicos dos indivíduos do sexo masculino). A satisfação com o seu relacionamento encontra-se relacionada com a frequência da atividade sexual, mas não com a frequência da relação sexual convencional (coito), sendo que os casais podem manter-se sexualmente ativos sem, no entanto, terem este tipo de relação sexual (González et al., 2006).

Na terceira idade surgem novas oportunidades de experimentar novas sensações e emoções. Geralmente, as mulheres levam mais tempo a obter as suas respostas e

prazer sexual do que os homens e, com o processo de envelhecimento, a dimensão temporal dos homens pode ser sincronizada mais facilmente com a das mulheres, permitindo alcançar maior satisfação sexual para ambos. As reações sexuais são mais demoradas (mais tempo para atingir uma ereção ou uma lubrificação) e o tempo refratário masculino é mais prolongado. Assim, as carícias adquirem maior importância nesta faixa uma vez que permite dar tempo a ambos os parceiros para atingir as reações sexuais (Colson, 2007).

2.6.1 Condições Clínicas no Homem Idoso

A esperança média de vida sexualmente ativa pode ser definida como o número médio de anos que o indivíduo pode esperar como sendo sexualmente ativo. Embora muitos idosos permaneçam sexualmente ativos, é possível verificar uma diminuição na frequência das relações sexuais, juntamente com outras alterações da função sexual masculina (aumento do período refratário, diminuição da capacidade de adiar a ejaculação e aumento do tempo necessário para atingir uma ereção). Estes fatores, por sua vez, encontram-se relacionados com a idade, pressão arterial elevada, uso regular de medicação, percepção da importância da atividade sexual para a qualidade de vida e a existência de uma parceira sexual. Assim, um bom estado de saúde encontra-se relacionado com a continuidade de uma vida sexual ativa (J. DeLamater, 2012; Hinchliff & Gott, 2011).

Com o passar dos anos, existe um aumento da probabilidade de os homens virem a sofrer de disfunção erétil (DE), com prevalências que oscilam entre os 34,4% (homens entre os 60 e 69 anos de idade) e 53,4% (homens entre os 70 e os 80 anos de idade). Aos 70 anos de idade, cerca de 75% dos homens já sofreram de dificuldades em atingir uma ereção pelo menos uma vez durante as suas vidas. A DE nos idosos encontra-se associada a fatores tais como a hipertensão, artrite, hábitos tabágicos, hipercolesterolemia, diabetes, alguns medicamentos, doenças vasculares, doenças prostáticas e problemas do trato urinário e são encaradas como fazendo parte do processo de envelhecimento, sendo aceites como tal. Algumas doenças neurológicas tais como lesões da espinal medula e a doença de Parkinson podem também estar relacionadas com a DE. Esta, pode ainda surgir após cirurgias prostáticas, ou ser provocada por alguns tipos de medicação tais como os antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensores ou antipsicóticos (Hinchliff & Gott, 2011; Rheume & Mitty, 2008; Taylor & Gosney, 2011).

Outros fatores tais como a ansiedade, depressão e problemas matrimoniais podem também estar relacionados com a DE. Alguns homens sofrem da síndrome do viúvo, que consiste na dificuldade em atingir uma ereção devido ao sentimento de culpa que deriva de uma nova relação sexual após a morte da cónjuge. Contudo, os indivíduos idosos referem manter uma vida sexual ativa e atitudes positivas em relação à sua própria saúde sexual, com maior satisfação da sua relação afetiva e com mais reações positivas das suas parceiras sexuais (Hinchliff & Gott, 2011; Rheume & Mitty, 2008).

Nos últimos anos, a medicalização da sexualidade masculina e o surgimento de medicação capaz de combater a DE criaram na sociedade ocidental um desejo de uma vida ativa durante o envelhecimento, principalmente no que diz respeito à sexualidade. Assim, a capacidade de se manter vigorosamente ativo ao longo da vida torna-se uma medida do estado de saúde, da capacidade física e de produtividade. Através destes conceitos, a função sexual ao longo da vida, para os homens, é definida pela capacidade de manter uma ereção com o propósito de atingir o orgasmo masculino através da relação sexual convencionalizada com penetração. A medicalização da sexualidade masculina permitiu a emergência de uma narrativa anti-declínio, em que a perda da função sexual masculina já não é encarada como necessária ou mesmo como normal (Vares, Potts, Gavey, & Grace, 2007).

Contudo, o papel da mulher é, por vezes, negligenciado na medida em que a medicalização da sexualidade masculina tem como principal objetivo a relação sexual convencionalizada e não são tidos em conta os reais desejos e opiniões femininos. Para algumas mulheres, a idade acarreta consigo um declínio no interesse, no desejo e na atividade sexual. Contudo, encaram essa mudança como algo natural, não necessariamente negativo ou um problema. Essa mudança permite inclusivamente a descoberta de novas formas de explorar a sua sexualidade e de obterem prazer através da mesma. O uso de medicação que combate a DE implica a reintrodução da relação sexual convencionalizada nas suas vidas, algo que nem sempre é desejado, uma vez que devolve ao homem o “controle” da relação (Vares et al., 2007).

2.6.2 Condições Clínicas na Mulher Idosa

O envelhecimento encontra-se associado a uma série de alterações que influenciam a função sexual. Nas mulheres ocorre um declínio do funcionamento dos ovários no período climactérico. Cerca de 60% das mulheres podem sofrer atrofia e maior secura vaginal devido a um declínio gradual dos níveis de estrogénio, ou outros sintomas tais como dor e prurido na vulva e vagina, ardor, dispareunia (dor persistente e recorrente durante o ato sexual) e diminuição da capacidade de lubrificação, que tornam a mucosa vaginal suscetível a infeções. Este tipo de sintomatologia pode levar a uma diminuição da frequência ou cessação da atividade sexual. A menopausa é, talvez, a alteração mais visível associada a este período, no entanto, não é claro se existe relação entre a mesma e a diminuição da frequência das relações sexuais. Enquanto algumas mulheres referem maior excitação e desejo sexual após a menopausa, outras sofrem com a perda da capacidade reprodutora manifestando sentimentos negativos acerca da sexualidade, manifestando níveis mais baixos de desejo sexual (J. D. DeLamater & Sill, 2005; J. DeLamater, 2012; González et al., 2006; Lara et al., 2009; Taylor & Gosney, 2011). O prazer sexual feminino pode ser negativamente afetado pela secura vaginal, originando níveis mais baixos de desejo e funcionamento sexual, anorgasmia e dispareunia. (Hinchliff & Gott, 2011; Lara et al., 2009; Pitkin, 2009).

A partir da menopausa, a mulher sofre uma série de alterações e vários fatores podem influenciar a sua sexualidade, tais como os níveis hormonais, o próprio envelhecimento, a duração da sua relação, o declínio da saúde física, as alterações da imagem corporal, as doenças crónicas e a respetiva medicação, o nível educacional e a saúde mental. Este período está fortemente associado ao início do envelhecimento (Pitkin, 2009).

Uma comunicação eficaz e íntima com os seus parceiros e a adaptação da sua vida sexual permite a muitas mulheres que sofrem alterações do desejo sexual e do orgasmo disfrutar da sua sexualidade. Os fatores interpessoais desempenham um papel fundamental na sexualidade após a menopausa, havendo uma relação entre os fatores biológicos, sociais, psicológicos, demográficos, o estado geral de saúde, duração e qualidade da relação com o parceiro, bem como os problemas sexuais do mesmo. Problemas que já existissem previamente entre o casal (emocionais) ou os problemas sexuais do parceiro podem determinar a sua sexualidade, sendo que a satisfação com o seu relacionamento e a perceção da satisfação do parceiro estão associados com a frequência da atividade sexual (não necessariamente a relação sexual convencionada – coito). Este pode ser um período de elevado *stress* psicossocial quando as mulheres são confrontadas com a perda da juventude e da sua capacidade reprodutora, nomeadamente para as mulheres das culturas ocidentais. O nível cultural da mulher encontra-se positivamente relacionado com a intensidade das queixas provocadas pela menopausa. Uma vez que as mulheres passam cerca de um terço da sua vida após a menopausa, torna-se fundamental conhecer a diversidade de problemas sexuais que as mulheres podem sofrer, para que estas possam disfrutar de uma sexualidade plena. As mulheres de idades mais avançadas ou de habilitações literárias mais baixas apresentam maior relutância em expor os seus problemas sexuais, sendo que esta prevalência diminui com o avançar dos anos (González et al., 2006; Hinchliff & Gott, 2011; Lara et al., 2009; Pitkin, 2009).

A disfunção sexual feminina pode ser dividida em quatro áreas principais: desejo, excitação, orgasmo e dor, sendo que o desejo (libido) e a dor são apontados como os mais afetados pela menopausa. Cerca de 27% a 40% das mulheres nestas faixas etárias sofrem alterações dos níveis de desejo ou libido e 22% das mulheres sofrem alterações do orgasmo após a menopausa. Contudo, como referido anteriormente, a idade, o estado de saúde física e mental, o ser fumadora, o estado civil e a relação com o parceiro sexual provoca um impacto mais significativo na função e desejo sexual do que a menopausa *per se* (González et al., 2006).

2.6.3 Saúde Mental

A sexualidade é uma expressão natural de uma necessidade básica humana que influencia a qualidade de vida e o bem-estar. O desejo de intimidade sexual mantém a sua importância ao longo da vida, sendo que o envelhecimento não constitui uma exceção, apesar da presença ocasional de problemas funcionais, incluindo as

situações de demência (Shuttleworth, Russell, Weerakoon, & Dune, 2010). As mulheres idosas que têm um parceiro com quem disfrutam a sua intimidade têm um melhor estado de saúde mental que as mulheres que não têm parceiro. Para a maioria dos idosos, a atividade sexual é uma importante forma de expressar amor e carinho (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

A saúde mental também se encontra relacionada com a função sexual na terceira idade. O aumento da ansiedade está associado à falta de interesse sexual em ambos os gêneros e a um aumento da anorgasmia e falta de prazer sexual nas mulheres. Por sua vez, sintomas de depressão encontram-se associados à anorgasmia e à DE nos homens. O *stress* é um dos principais fatores relacionados com a ansiedade e depressão, podendo ser a causa primária de uma redução do funcionamento sexual na terceira idade. Pessoas idosas com depressão referem com maior frequência que não apreciam relações sexuais quando comparadas com a população em geral. Muitos idosos são também cuidadores dos seus parceiros, quando estes adoecem, sendo algo altamente stressante, especialmente em casos de demência. Estes cuidadores sofrem, frequentemente, de exaustão, sentimentos de culpa, despeito, preocupações financeiras, entre outras, que, conseqüentemente, irão ter um impacto ao nível do seu relacionamento íntimo e sexual (J. DeLamater, 2012; Hayes, Boylstein, & Zimmerman, 2009; Rheume & Mitty, 2008).

Pessoas idosas com processos demenciais apresentam frequentemente comportamentos de hipersexualidade, que consiste em níveis significativos de desejo de desenvolver atividades ou atos sexuais, manifestando-se em comportamentos desapropriados e desinibição sexual. Contudo, alguns comportamentos, interpretados como sexuais, nem sempre apresentam significado sexual para o idoso com demência, sendo que podem ser provocados por dor, desconforto, hipertermia ou tentativa de se libertar de um ambiente restritivo (Wallace & Safer, 2009).

Efetivamente, os comportamentos sexuais desapropriados ou agressão sexual estão muitas vezes associados a processos demenciais. O conceito de comportamento sexualmente agressivo não é consensual, sendo que pode ser definido como tal apenas se for contra a vontade da outra pessoa e pode incluir o abraçar, beijar, tocar algumas partes do corpo, relação sexual, fazer gestos obscenos ou tocar partes do corpo de outra pessoa. Os comportamentos desapropriados incluem a exposição ou masturbação em locais públicos (Kaplan, 1996).

A doença de Alzheimer é uma das doenças neurológicas mais estudadas que pode provocar um impacto profundo na vida dos indivíduos e dos seus familiares, afetando a memória, a personalidade, a capacidade de funcionar de forma autónoma, dificuldade na expressão de emoções, etc.. Os seus cuidadores, nomeadamente os cônjuges, estão, por conseguinte, sujeitos a uma enorme pressão e são obrigado a lidar com perda não antecipada e com as alterações no seu cônjuge e no seu relacionamento, numa altura em que muitos já estão a lidar com as conseqüências do seu próprio processo de envelhecimento. Gradualmente, este tipo de doença mental

altera de forma irreversível a maneira como o casal interage. Para muitos cuidadores, o cônjuge acaba por se tornar num “estranho” (Ballard, 1995; Hayes et al., 2009).

A forma como alguns sintomas comportamentais são tolerados varia de comportamento para comportamento, conforme o nível de preocupação que podem suscitar nos cuidadores. Os comportamentos sexuais podem ser definidos como desapropriados dependendo do contexto em que ocorrem e são expressados. Um determinado comportamento pode ser tolerado em sua casa mas ser totalmente inaceitável numa instituição para a terceira idade e, embora raro, pode ser altamente stressante quer para a família, quer para os cuidadores formais. A origem da dificuldade em lidar com este tipo de situações deriva em grande parte das atitudes negativas e da falta de informação acerca da sexualidade na terceira idade, especialmente em situações de demência (Ballard, 1995).

Problemas sexuais tais como a depressão e o seu tratamento estão associados a uma perda da função sexual em qualquer grupo etário. Contudo, a disfunção sexual em pessoas idosas deprimidas não é tão reconhecida e nem sempre são tratadas e encaminhadas de forma apropriada quando comparadas com pessoas mais jovens (Taylor & Gosney, 2011).

2.7 Conhecimento e Atitudes em Relação à Sexualidade na Terceira Idade

A sexualidade é construída social e culturalmente. A cultura fornece uma série de expectativas, crenças e atitudes para com a sexualidade e é através destas que os seres humanos atribuem significado das suas experiências. As atitudes e o conhecimento têm um grande impacto ao nível do comportamento de cada indivíduo, nomeadamente no que diz respeito à sexualidade. As atitudes negativas estão frequentemente associadas à sexualidade na terceira idade devido a questões culturais, em que a atração sexual está associada à juventude e à ênfase atribuída à reprodução, uma vez que muitas sociedades encaram a intimidade sexual apenas como um propósito para a reprodutividade (J. D. DeLamater & Sill, 2005; LaTorre & Kear, 1977).

As atitudes expressam-se sempre através de respostas avaliativas e podem ser fundamentadas ou desenvolvidas a partir de três tipos de informação: a informação cognitiva (aquilo que se conhece sobre o objeto, pensamentos, ideias, opiniões ou crenças que ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável), a informação afetiva ou emocional (o que se sente em relação ao objeto) e a informação comportamental (como se agiu perante esse objeto no passado ou intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar). As avaliações acerca de um objeto podem refletir qualquer um destes tipos de informação, ou todos eles e podem ser favoráveis ou desfavoráveis perante pessoas, grupos, objetos, assuntos, acontecimentos, situações, ideias abstratas, políticas sociais, etc.. As atitudes referem-se sempre a objetos

específicos que estão presentes ou são lembrados através de um indício do objeto (Baron & Graziano, 1990; Vala & Monteiro, 2006).

As atitudes dependem das crenças dos indivíduos e estas podem ter duas origens distintas – a experiência pessoal e os outros indivíduos. A experiência pessoal contribui para a maioria do conhecimento de cada sujeito sendo que as atitudes daqueles que já tiveram alguma experiência pessoal com determinado objeto serão mais confiantes, claras e preditivas de um comportamento futuro. Os outros indivíduos também influenciam as atitudes. Grande parte dos indivíduos não teve experiências pessoais diretas com determinadas problemáticas sociais. Assim, os outros adquirem grande importância nas nossas atitudes, sendo que os pais, os grupos de pares, as instituições e os meios de comunicação constituem as principais influências nas atitudes do ser humano (Baron & Graziano, 1990). Estas manifestam-se sempre através de um julgamento avaliativo sendo a sua direção favorável ou desfavorável. As atitudes podem oscilar na sua intensidade sendo que podem variar entre posições extremas e posições fracas. Outra característica das atitudes diz respeito à sua acessibilidade, ou seja, a probabilidade de ser ativada automaticamente da memória quando o sujeito se encontra com o objeto da atitude, estando associada à sua força, à forma como foi apreendida e à frequência com que é utilizada pelo indivíduo (Vala & Monteiro, 2006).

As atitudes podem surgir perante entidades abstratas ou concretas e existem as atitudes que surgem face a entidades específicas ou gerais. Também existem atitudes face a comportamentos ou a classes de comportamentos. As atitudes sociais e políticas referem-se a objetos que têm implicações políticas ou a grupos sociais específicos. As atitudes organizacionais referem-se a objetos de carácter organizacional e as atitudes face ao próprio designam-se por autoestima (Vala & Monteiro, 2006).

O conhecimento acerca da sexualidade influencia a atividade sexual em todas as faixas etárias, mas especialmente no que diz respeito à terceira idade. Níveis elevados de conhecimentos acerca desta temática encontram-se associados à existência de um relacionamento sexual. Por sua vez, a falta de conhecimentos leva a que muitos idosos cessem a sua vida sexual com receio de que esta possa levar a problemas de saúde significativos tais como ataques cardíacos. A maioria da população idosa tem baixos níveis de conhecimentos acerca da sua sexualidade, levando-a a ajustar os seus comportamentos de acordo com os estereótipos existentes na sua cultura, fomentando uma visão negativa dos comportamentos sexuais ou da discussão destes assuntos entre pessoas idosas (J. DeLamater, 2012; Walker & Ephross, 1999).

Níveis baixos de conhecimentos levam a que muitos idosos não compreendam as mudanças fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento, levando-os a interpretarem-nas como sintomas de impotência. Juntamente com os baixos níveis de autoestima, estes indivíduos receiam não conseguir uma ereção o que, por sua vez, leva a que estes evitem ter relações sexuais como forma de evitar esta frustração. A

cessação da atividade sexual é, na sua maioria, atribuída aos homens, apesar de estes se manterem interessados na sexualidade mais frequentemente do que as mulheres (Vasconcellos et al., 2004).

Os idosos com baixos níveis de habilitações literárias, bem como aqueles com baixos níveis socioeconómicos, apresentam níveis mais baixos de interesse pela sua vida sexual e percentagens mais baixas de relações sexuais, o que demonstra que níveis mais elevados de literacia estão relacionados com atitudes mais permissivas acerca da sexualidade (Papaharitou et al., 2008). Nem todas as pessoas idosas têm atitudes positivas acerca da sua sexualidade e podem inclusivamente sofrer de disfunção sexual provocado por medos, tédio, fadiga, processos de luto, diminuição do desejo sexual, incapacidade física, etc. (Kalra et al., 2011). Contudo, as próprias pessoas idosas apresentam atitudes mais abertas do que o esperado relativamente à sexualidade na terceira idade (Walker & Ephross, 1999).

Níveis baixos de conhecimentos acerca da sexualidade na terceira idade também estão relacionados com comportamentos de risco para a sua saúde. De acordo com as investigações, entre 5,5% e 7,5% de indivíduos com mais de 50 anos referem terem tido pelo menos um comportamento de risco para o VIH/SIDA. Cerca de 9% dos indivíduos entre os 60 e 69 anos de idade e 8% dos indivíduos acima dos 70 anos de idade referem ter tido mais de dois parceiros sexuais nos últimos 5 anos, sendo que apenas uma minoria utilizou preservativo, considerando que o HIV/SIDA não teve qualquer impacto no seu comportamento sexual. Desta forma, verifica-se que os comportamentos sexuais de risco podem estar associados a faixas etárias mais velhas. (C. M. Gott, 2001).

A maioria dos idosos tem falta de informação acerca do seu estado de saúde e da sua sexualidade mas considera que a atividade sexual acarreta benefícios para a sua saúde, nomeadamente ao nível do bem-estar. A masturbação é um dos assuntos mais delicados e que causa maior desconforto à população idosa uma vez que 71% prefere não responder a questões deste foro. Contudo, a maioria dos idosos discorda com a ideia que um cuidador informal deva interromper um idoso que o esteja a fazer (Walker & Ephross, 1999).

As pessoas idosas com parceiros(as) sexuais referem que um relacionamento com uma atividade sexual satisfatória é um fator importante nas suas vidas, enquanto que aquelas que não possuem parceiros(as) sexuais referem não atribuir tanta importância à sexualidade. Uma vez que as mulheres acima dos 75 anos de idade têm menor probabilidade de ter ou encontrar um parceiro sexual do que os homens da mesma faixa etária (devido às características sociodemográficas desta população), estas apresentam uma atitude menos positiva em relação à sexualidade. Por sua vez, os homens, com ou sem parceira, fantasiam e têm mais pensamentos e sentimentos de desejo sexual (e autoestimulação) do que as mulheres (com ou sem parceiro(a)) (Rheume & Mitty, 2008).

Walker & Ephross (1999) referem que os idosos são relativamente tolerantes em relação à temática da sexualidade na terceira idade e apoiam uma atitude proactiva por parte dos cuidadores formais que permita a expressão sexual das pessoas idosas, sendo que estes funcionários deveriam compreender as necessidades sexuais de cada um. Assim, estes não deveriam sentir-se envergonhados relativamente às preocupações sexuais dos utentes e deveriam igualmente fornecer informação sempre que esta seja requerida. Contudo, alguns idosos referem que não gostariam de conversar sobre esta temática, sendo que desejam receber informação e melhorar os seus conhecimentos, mas apenas quando os próprios a solicitam.

Os mitos existentes relativamente à sexualidade resultam de valores sociais, políticos, religiosos, culturais e morais e, juntamente com a imagem da velhice transmitida pelos meios de comunicação afetam fortemente a atitude que a sociedade desenvolveu para com a sexualidade na terceira idade. Uma atitude é um estado mental e neural de prontidão, organizado através da experiência, exercendo uma diretiva ou uma influência dinâmica sobre as respostas do indivíduo a todos os objetos e situações com as quais está relacionada. As atitudes são adquiridas através do processo de socialização e influenciam o comportamento. Foram definidos três tipos de atitudes que estão associadas à sexualidade na terceira idade. A primeira é uma atitude de um silêncio discreto, em que o melhor será não falar destes assuntos e que, apesar de respeitar a privacidade e permitir aos indivíduos fazer as suas escolhas sem interferências e curiosidade alheia, também torna-se uma atitude de risco quando surge algum problema, uma vez que este vai permanecer no silêncio, criando medos e sofrimento. Uma outra atitude é a de aversão, em que o sexo na terceira idade é considerado como algo feio e grotesco. Esta atitude tem uma longa tradição cultural. Uma outra atitude é a de visão em túnel, em que a sexualidade é vista apenas de forma genital e as relações são apenas heterossexuais. Contudo, a sexualidade é bem mais abrangente e inclui todo o tipo de intimidade física, representando uma oportunidade para expressar lealdade, paixão, afeto e estima, estando ligada a um sentido de identidade, valorização do próprio e do outro ao desempenhar um papel na vida de outrem, assim como do seu corpo (Bouman et al., 2006).

O idadismo está fortemente enraizado no sistema de crenças da sociedade e as pessoas idosas não constituem exceção uma vez que na sua maioria consideram-se demasiado velhos para ter uma vida sexual, menos atraentes. As suas atitudes são maioritariamente conservadoras. Os idosos de hoje têm níveis relativamente baixos de conhecimento acerca da função sexual uma vez que foram criados numa época em que a informação científica não se encontrava disponível nem era discutida. Contudo, a necessidade de amor e de intimidade sexual não diminui com a idade (Bouman et al., 2006).

Embora as atitudes acerca da sexualidade tenham vindo a sofrer alterações e se tenham tornado um pouco mais liberais nas últimas décadas, tais atitudes não se alargaram a todas as faixas etárias. A sexualidade ainda é vista como sendo algo

exclusivo dos mais jovens e mais saudáveis. A noção de que as pessoas idosas, em especial aquelas portadoras de doenças crónicas, têm ou desejam ser sexualmente ativas ainda é bastante criticada. As rugas, o cabelo grisalho, a artrite e uma série de outras condições físicas que indicam uma idade avançada são vistas como algo contraditório para uma vida sexual ativa e saudável. Este mito, de que os idosos são seres assexuados encontra-se mais presente nas camadas mais jovens da população, sendo que inclusivamente os cuidadores formais associam a terceira idade ao declínio sexual. Na população mais idosa, o interesse sexual, as atitudes e os comportamentos são mais diversificados (Ballard, 1995; Bouman et al., 2006; J. D. DeLamater & Sill, 2005).

As atitudes perante a sexualidade são determinantes perante a frequência de um comportamento sexual com o seu parceiro. A atividade sexual é considerada um importante fator para uma boa qualidade de vida. Embora os homens atribuam maior importância a este fator do que as mulheres, ambos os géneros consideram-no mais significativo quando se encontram num relacionamento sexual com um parceiro e quando têm atividade sexual frequente. Contudo, para muitos, a sexualidade vai adquirindo menor importância à medida que se vai envelhecendo, sendo que a capacidade para o desempenho sexual vai diminuindo com a idade. Uma atitude positiva torna-se, pois, fundamental para uma vida sexual ativa contínua (J. DeLamater, 2012).

Para muitos, a intimidade sexual é considerada apropriada dentro do contexto do casamento. Este é o acordo social mais comum em que a normativa da atividade sexual tem lugar. Por conseguinte, a morte do cônjuge leva, geralmente, à cessação do comportamento sexual. Muitas viúvas idosas que se encontram sem parceiro durante algum tempo significativo tendem a cair num estado de desinteresse sexual como mecanismo de *coping* evitando, desta forma, estados de depressão ou frustração (J. D. DeLamater & Sill, 2005).

A própria atitude dos profissionais é considerada um fator determinante para a procura de ajuda ou aconselhamento acerca da vida sexual na terceira idade. Um número significativo de idosos, cerca de 40%, não procura qualquer tipo de esclarecimento ou ajuda no que diz respeito à sua saúde sexual, por medo, receio, vergonha, inclusivamente daquilo que os profissionais irão pensar e da forma que poderão reagir (C. M. Gott, 2001). Os profissionais de saúde são fortemente influenciados pelos estereótipos e mitos acerca da sexualidade na terceira idade. Enquanto o amor romântico é frequentemente aceite e apoiado pelos cuidadores formais, o amor erótico e o comportamento sexual criam sentimentos de desconforto (Bouman et al., 2006; Rheume & Mitty, 2008).

As atitudes e as condutas dos cuidadores formais de instituições de terceira idade têm um impacto direto na expressão da sexualidade das pessoas idosas devido aos seus valores morais, culturais, sociais, educacionais e religiosos. Estes podem levar a perceções erradas das necessidades dos utentes e consequentes cuidados

precipitados e inconsistentes, bem como à criação de ambientes inibitórios. Desta forma, os funcionários devem ter em mente a criação de um ambiente que permita a realização das necessidades e desejos dos utentes de uma forma digna, uma vez que os espaços físicos da maioria das instituições não está preparado nem estruturado de forma a que os seus utentes possam disfrutar da sua sexualidade. Através dos estudos realizados neste âmbito, verifica-se que os cuidadores formais apresentam quer atitudes positivas e permissivas em relação à terceira idade, quer negativas e restritivas. As fortes crenças religiosas e experiências negativas com pessoas idosas estão relacionadas com as atitudes negativas, enquanto os níveis socioeconómicos, grau de formação e maior experiência estão associados a atitudes mais positivas (Bouman et al., 2006; LaTorre & Kear, 1977).

De facto, existem algumas barreiras que impedem a procura de ajuda especializada nesta área, que podem estar associadas a fatores relacionados com o utente (ex.: vergonha), com o profissional (idadismo) ou com o meio em que se encontram inseridos geográfica e culturalmente (dificuldade no acesso aos serviços) (Hinchliff & Gott, 2011).

Os cuidados em saúde sexual continuarão a crescer em importância quer para os homens, quer para as mulheres à medida que a consciência contemporânea continue a ser influenciada pelas mudanças nas atitudes para com o envelhecimento, as relações afetivas e a sexualidade. As futuras gerações de pessoas idosas poderão ter diferentes ideias e expectativas em relação à sua saúde sexual e à forma de lidar com a mesma. Por conseguinte, surge a necessidade de abordar o tema da saúde sexual com os utentes idosos (Hinchliff & Gott, 2011).

As mulheres raramente apresentam abertura para discutirem as suas atitudes e experiências sexuais durante o período da menopausa, uma vez que esta é uma temática pessoal e íntima. As suas atitudes são fortemente influenciadas pelo seu contexto cultural, assim como as suas expectativas em relação à sua sexualidade (Pitkin, 2009).

A aculturação modifica as atitudes e sexuais e o comportamento (Pitkin, 2009). A educação sexual não fazia parte da educação dos idosos de hoje. Os seus valores acerca da sexualidade eram moldados pelas circunstâncias e influenciados por mitos. Os níveis de conhecimento reduzidos sobre esta temática e as suas atitudes encontram-se fortemente ligados. Por conseguinte, os idosos podem hesitar em discutir este tipo de assuntos com os seus cuidadores (Rheume & Mitty, 2008).

Raramente são tomadas decisões e implementadas políticas que visem a SS dos utentes institucionalizados, uma vez que esta área ainda é vista como irrelevante ou pouco importante para a vida das pessoas idosas, embora já exista evidência que prova o contrário (Bouman et al., 2006).

2.8 A Institucionalização e os Cuidadores Formais

Numa sociedade atual, que se apresenta cada vez mais envelhecida, com o aumento da esperança média de vida, existe uma maior probabilidade dos indivíduos viverem com algum tipo de incapacidade. Presentemente verifica-se um número crescente de pessoas idosas que sofrem de algum tipo de doença ou enfermidade, bem como o número de pessoas dependentes (Kaplan, 1996). Contudo, se os estudos realizados na área da terceira idade são escassos, a informação relativa ao interesse e comportamentos sexuais no contexto institucional é ainda menor (Mulligan & Palguta Jr, 1991; Walker & Ephross, 1999).

Perante todo um conjunto de necessidades específicas desta faixa etária, houve necessidade de criar novas formas de resposta. O aumento do número de idosos conduziu a um fenómeno da institucionalização dos mesmos, como forma de resposta a essas mesmas necessidades. A institucionalização torna-se, portanto, uma opção para muitos idosos e suas famílias, e a única alternativa para outros. Tal como nos jovens, a população idosa também tem necessidades básicas e desejos de intimidade sexual. A sexualidade é um componente fundamental da identidade humana. A institucionalização de um idoso não diminui estas necessidades embora esteja frequentemente associada à diminuição da liberdade pessoal, incluindo a sexualidade. Efetivamente, a expressão sexual dos idosos institucionalizados é frequentemente restringida e encarada como um problema comportamental, uma vez que não é bem vista por parte dos cuidadores, da administração e dos utentes e das suas famílias (Colson, 2007; Kaplan, 1996; Mahieu et al., 2011; Nagaratnam & Gayagay, 2002; Rheume & Mitty, 2008).

O cuidador pode ser definido como a pessoa que fornece suporte e assistência, formal ou informal, através de várias atividades, a pessoas com incapacidade ou condições de longo-prazo ou a pessoas idosas. Este cuidador pode dar suporte emocional ou financeiro bem como auxiliar nas variadas tarefas. Nas instituições de terceira idade, encontramos variados tipos de cuidadores formais. Os cuidados formais dizem respeito ao auxílio fornecido a pessoas com uma ou mais incapacidades dado por instituições ou indivíduos que representam instituições (com ou sem fins lucrativos, governamentais ou privadas) ou por outras pessoas que não estejam associados a uma instituição (que não sejam familiares, amigos ou vizinhos) que fornecem assistência regular, sendo pagos por esses serviços (WHO, 2004).

Grande parte das pessoas idosas veem negada a sua sexualidade e as suas necessidades afetivas, quer seja devido a motivos de viuvez, de incapacidade física ou, inclusivamente, pela sua institucionalização numa instituição de terceira idade. Para estas, a expressão da afetividade torna-se especialmente importante para a sua autoestima. Contudo, a maioria destas instituições fomentam a eficiência e a produtividade e procuram dar resposta aos desejos dos familiares dos idosos institucionalizados, pelo que as necessidades sexuais dos utentes são um fator

negligenciado e esquecido, uma vez que estes são vistos como sendo seres assexuados (Kaplan, 1996).

As instituições para idosos, geralmente, não são construídas de forma a dar resposta às necessidades sexuais dos seus utentes. Enquanto algumas instituições apresentam atitudes moderadamente positivas e permissivas por parte dos seus cuidadores formais, muitas outras apresentam baixos níveis de tolerância dos seus funcionários, demonstrando atitudes negativas para com a expressão sexual dos seus utentes, sendo que o comportamento sexual “inapropriado” é frequentemente uma fonte de problemas e dificuldades. De facto, muitos dos cuidadores formais exercem a sua profissão através dos valores tradicionais e de crenças religiosas que não aceitam nem permitem a atividade sexual fora do contexto do casamento ou sem intenção reprodutiva. Assim, comportamentos sexuais normais, tais como a masturbação ou a relação sexual consensual, são frequentemente considerados como casos de hipersexualidade. Alguns idosos com problemas cognitivos podem apresentar comportamentos sexuais apropriados em locais impróprios quando os utentes confundem as áreas públicas com áreas privadas ou quando confundem alguém com o seu marido/esposa. Estes comportamentos sexuais disruptivos são maiores nos locais onde os cuidadores não possuem treino ou formação nesta área, o que por sua vez tem um grande impacto ao nível da qualidade dos serviços prestados (Reingold & Burros, 2004; Shuttleworth et al., 2010; Wallace & Safer, 2009).

Por sua vez, os administradores e os profissionais de saúde podem ser mais afetados pelas atitudes dos filhos/netos dos utentes que, muitas vezes, se sentem ofendidos com a ideia de os idosos podem ter atividades sexuais no contexto institucional. A noção de que estes familiares podem, eventualmente, apresentar uma reclamação acaba por se torna um impedimento ao apoio aos idosos com necessidade de intimidade e que procura estabelecer relacionamentos sexuais (Reingold & Burros, 2004).

A comunicação com os utentes e os seus familiares permite evitar mal-entendidos, alertando-os para a natureza das relações sexuais e fomentando o respeito pelas mesmas. Contudo, na maioria das instituições, não é fornecida qualquer informação, escrita ou outra, acerca das políticas da instituição sobre como são geridas as necessidades sexuais e íntimas dos seus utentes (Cassel, 2005; Shuttleworth et al., 2010).

A dignidade dos utentes e uma comunicação eficaz com as pessoas idosas são designadas como prioridades fundamentais na maioria das instituições de cuidados de saúde e sociais em grande dos países europeus. A conduta dos cuidadores formais deve visar a promoção e proteção dos interesses e da dignidade dos utentes independentemente da sua idade, sexo, raça, competências, condições socioeconómicas, estilo de vida, cultura, religião, escolhas políticas e, não menos importante, da sua sexualidade. O conceito de dignidade é algo complexo e está relacionado com respeito pelo próprio e reflete-se numa identidade individual

enquanto ser humano, podendo ser quebrada quer de forma física, quer de forma emocional e psicológica, através de insultos ou da humilhação. Para que tal não se suceda, os cuidadores devem estar dotados de uma noção de integridade, respeitando a individualidade e a identidade física de cada um, visando a inclusão da pessoa idosa, dando sentido à sua pessoa (Woolhead et al., 2006).

Os cuidadores formais de pessoas idosas devem, portanto, demonstrar respeito, procurando dar resposta às suas necessidades e preocupações e tratando-os de forma idêntica. Desta forma, é dada a oportunidade aos utentes de indicarem como preferem que se dirijam a eles, a estar envolvidos nas decisões acerca dos seus cuidados, a serem ouvidos e a serem tratados como pessoas individuais e não como objetos. A valorização pessoal, o direito à escolha, a privacidade e a delicadeza com que os profissionais se dirigem aos utentes institucionalizados tornam-se fatores chave para uma comunicação eficaz. Alguns profissionais apontam algumas barreiras a uma boa comunicação que estão implícitas ao aumento da produtividade e custo-eficiência tais como a falta de funcionários, falta de tempo e aumento da burocracia que visam a realização de tarefas, ao invés do cuidado individualizado de cada ser humano (Woolhead et al., 2006). Embora a maioria das pessoas idosas se mantenha sexualmente ativa e com desejo sexual, a prevalência de disfunções sexuais é elevada. Contudo, a maioria destes não procura qualquer tipo de ajuda (Nicolosi et al., 2006).

Dentro de uma instituição de terceira idade, a interação entre os elementos de um casal acaba por se tornar mais exposta, ou pública, sujeita ao julgamento dos restantes utentes, visitas ou pelos funcionários. Isto acarreta consequências ao nível da intimidade dos casais pelo que o papel dos cuidadores formais assume uma importância determinante ao influenciar o tipo de relacionamento entre os elementos do casal. Gestos simples tais como o bater à porta antes de entrar nos quartos podem fazer toda a diferença, uma vez que os cuidadores não devem presumir que os utentes se encontrem sempre sozinhos ou que não desejem privacidade. Inclusivamente, alguns utentes podem não se sentir à vontade em fechar a porta do quarto, receando aquilo que os outros utentes ou cuidadores irão pensar ou em pedir alguma privacidade. Os próprios comentários entre utentes acerca da vida íntima e sexual de outros utentes podem igualmente inibir a expressão sexual dos mesmos (Kaplan, 1996). A falta de privacidade em instituições de terceira idade constitui um obstáculo à expressão sexual que, juntamente com as atitudes pouco permissivas dos cuidadores formais, levam a que as pessoas idosas tenham poucas oportunidades para ter momentos de intimidade (Bouman et al., 2006).

Existem poucos estudos acerca da formação, do treino e das linhas de orientação das instituições para a terceira idade que visam a expressão sexual. A pouca informação existente nesta área indica que estas variam largamente de instituição para instituição, sugerindo a existência de uma subcultura específica para cada instituição que inclui um consenso acerca do que constitui uma conduta apropriada ou desapropriada (Shuttleworth et al., 2010).

A implementação de algumas medidas dentro da instituição podem auxiliar os administradores e aos restantes funcionários a adotarem atitudes mais positivas acerca da expressão sexual dos utentes, incluindo os portadores de processos demenciais, tais como: a criação de políticas formais que aprovelem a expressão sexual dos utentes; o desenvolvimento de programas de educação dos funcionários que lhes permitam dar resposta a estas situações e que fomentem um ambiente social de apoio apropriado à expressão sexual dos utentes; a modificação, sempre que possível, do espaço físico de forma a facilitar e apoiar a intimidade e a expressão sexual dos utentes; e a implementação de linhas de orientação dirigidas aos familiares que clarifiquem as necessidades e os direitos à expressão sexual dos idosos institucionalizados (Reingold & Burros, 2004).

Assim, a formação dos cuidadores formais acerca da sexualidade na terceira idade tem vindo a adquirir cada vez maior importância e deve assentar em três pilares fundamentais: no conhecimento (informação factual proveniente de estudos científicos sobre a sexualidade na terceira idade e nos comportamentos e atitudes dos idosos); nas atitudes (uma perspetiva tolerante e positiva para com a sexualidade na terceira idade, tendo em considerações que o comportamento sexual entre pessoas idosas é variável, tal como nos jovens, e na informação sobre como os próprios idosos se sentem em relação à sua sexualidade); e nas práticas (respostas apropriadas por parte dos cuidadores formais para com a sexualidade na terceira idade que têm em consideração as próprias normas e crenças das pessoas idosas) (Walker & Ephross, 1999). As atitudes dos cuidadores formais tornam-se significativamente mais permissivas após terem formação específica sobre os aspetos físicos, sociais e psicológicos da sexualidade na terceira idade (J. D. DeLamater & Sill, 2005).

A menor proporção de homens idosos institucionalizados em relação ao número de mulheres pode constituir uma fonte de conflitos interpessoais entre as idosas que competem pela atenção masculina. Desta forma, os cuidadores formais devem responder com sensibilidade, procurando abordar a questão preservando a dignidade de ambas as partes (Rheume & Mitty, 2008).

Os homens idosos institucionalizados também se apresentam interessados na sua sexualidade e têm pensamentos e fantasias do foro sexual, sendo que 61% dos idosos com interesse moderadamente forte ou muito forte têm um potencial parceiro(a) sexual. Aqueles que referem não ter interesse, por sua vez, não têm parceiro(a) sexual. A maioria destes idosos prefere a relação sexual convencionada quando comparada com outras formas de sexualidade como o abraçar, o beijar, sexo oral ou masturbação e sentem-se sexualmente satisfeitos, ainda que tenham limitações da atividade sexual (Mulligan & Palguta Jr, 1991).

Outra questão pertinente diz respeito às necessidades sexuais e de intimidade de casais de idosos em que um dos cônjuges continua a viver na comunidade e o outro se encontra institucionalizado. As pessoas idosas continuam a necessitar de intimidade e afeto mas são, frequentemente, obrigadas a adaptar-se às mudanças das

circunstâncias devido ao aumento da idade e também ao seu estado de saúde. A institucionalização não altera essas necessidades e a expressão sexual destes indivíduos, mesmo para aqueles que sofrem de demência, é uma forma de terem proximidade, libertação sexual e uma reafirmação da vida com uma conseqüente satisfação sexual, melhoria da autoestima e redução dos níveis de *stress*. Com o aumento do número de casamentos entre utentes de uma instituição de terceira idade, torna-se imperativo refletir acerca das necessidades e desejos destes indivíduos (Kaplan, 1996). A intimidade contribui para a qualidade de vida das pessoas idosas (Bouman et al., 2006).

De uma maneira geral, as instituições para idosos são vistas como locais sem privacidade ou dignidade, em que utentes acabam por perder a sua identidade e autonomia, provocado por doenças prolongadas e incapacidade. Contudo, a privacidade é um direito pessoal, que nem sempre é respeitado, nomeadamente em situações em que os idosos desejem manter uma vida sexual ativa. Poucas instituições se encontram preparadas para permitir momentos íntimos entre os seus utentes, sendo que podem ser interrompidos, ouvidos ou vistos por outro utente ou por um cuidador formal. Além da privacidade física, deve também ser tido em conta a privacidade de informação. Os cuidadores formais têm acesso à informação acerca da saúde mental e física dos utentes, incluindo problemas com a sua saúde sexual tais como a DE e, conseqüentemente, pode despertar nos idosos o sentimento que os outros podem facilmente aceder aos aspetos mais íntimos da sua vida (Rheume & Mitty, 2008). O aumento da dependência física e emocional dos utentes institucionalizados pode até certo ponto determinar a liberdade sexual dos mesmos devido às atitudes dos cuidadores formais (Reingold & Burros, 2004).

A criação de um ambiente informal e “caseiro” permite que os seus utentes mantenham durante o máximo de tempo possível o seu bem-estar psicossocial. Contudo, verifica-se que alguns cuidadores infantilizam os idosos, inadvertidamente, fomentando alguma passividade nos mesmos. A infantilização refere-se ao tratamento dos idosos como se fossem crianças através da linguagem utilizada, o tom de voz, atividades desapropriadas para a sua idade e o não reconhecimento das experiências de vida dos idosos, que os separam das crianças. Por sua vez, quando as instituições apresentam um ambiente mais formal, os utentes passam a constituir um instrumento de um regime de trabalho dos cuidadores formais, recebendo um menor suporte social e emocional. Os próprios regulamentos internos, que visam a proteção dos utentes e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, contribuem para a desumanização dos seus idosos. A sexualidade não é considerada como relevante para os cuidadores de pessoas idosas uma vez que esta não é vista como sendo fundamental para a manutenção das funções corporais (Mahieu et al., 2011; Nagaratnam & Gayagay, 2002; Ryvicker, 2009).

A falta de estudos científicos sobre a sexualidade na terceira idade, nomeadamente acerca das diferenças culturais e étnicas, níveis de habilitações literárias e *status* socioeconómico, faz com que a generalização dos resultados

existentes seja limitada. Por conseguinte, os cuidadores formais de pessoas idosas, nomeadamente os profissionais de saúde, não detêm os conhecimentos necessários que lhe permitam reconhecer as necessidades e os interesses sexuais dos seus utentes. Desta forma, os cuidadores formais não se encontram preparados para realizar uma avaliação acerca das necessidades sexuais dos idosos que por sua vez poderiam levar a uma intervenção planeada e individualizada. Ao invés, os idosos são frequentemente rotulados através dos seus comportamentos sexuais como sendo hipersexuais (Rheume & Mitty, 2008; Wallace & Safer, 2009).

O contacto diário dos cuidadores formais com estes idosos institucionalizados pode permitir-lhes o desenvolvimento de uma relação de confiança mútua entre ambos, que pode ou não facilitar a expressão sexual dos idosos, de acordo com a tolerância dos cuidadores. No entanto, os idosos são frequentemente infantilizados, o que, por sua vez, implica que os cuidadores não os encarem como indivíduos interessados na sua sexualidade. Como a expressão sexual é associada às faixas etárias mais jovens, as pessoas idosas são estigmatizadas como sendo altamente inibidas ou totalmente inativas. Consequentemente, o interesse sexual dos idosos institucionalizados é encarado como um problema e não como uma expressão de uma necessidade básica humana de amor e intimidade (Mahieu et al., 2011).

O toque afetivo não relacionado com as tarefas dos cuidadores tais como o acariciar a face do utente ou o segurar na sua mão, pode ser interpretado como uma agressão, como confortante, como erótico ou como presunção, conforme o passado cultural do idoso, a sua relação com o toque e a zonas pessoais de conforto. Assim, os cuidados prestados devem ser feitos de forma cautelosa para evitar equívocos e mal-entendidos (Rheume & Mitty, 2008).

Em muitas instituições, nomeadamente naquelas em que se procura um ambiente mais formal, os utentes constituem um meio para alcançar um fim, no que diz respeito às rotinas de prestação de cuidados. Os cuidados físicos prestados pelos cuidadores formais podem tornar-se extremamente invasivos para os utentes que necessitam ser lavados, vestidos ou submetidos a cuidados de saúde (Mahieu et al., 2011).

Com o aumento da esperança média de vida, aumenta também o número de casos de demência. Nalguns casos, esta encontra-se associada a comportamentos sexuais desinibidos tais como tocar partes do corpos íntimas dos cuidadores ou de transeuntes, beijar e abraçar de forma inapropriada, despir-se a si próprio ou outros, usar linguagem sexualmente sugestiva, tentativa de contacto sexual e masturbação compulsiva, quer em zonas públicas, quer em zonas privadas. Cerca de 80 a 90% dos indivíduos com demência apresentam alterações comportamentais, sendo que 7% dos idosos com doença de Alzheimer manifestam comportamentos de hipersexualidade. A maioria dos cuidadores formais, incluindo os profissionais de saúde, não se encontra preparada para reagir e lidar com este tipo de situações. Assim, podemos constatar que a sexualidade dentro das instituições pode despoletar

sentimentos de embaraço, irritação, incapacidade, confusão e rejeição, que, por sua vez, podem provocar efeitos negativos na autoimagem quer dos cuidadores, quer dos seus utentes. Os funcionários devem, inclusivamente, estar preparados para determinar se um relacionamento sexual entre utentes com processos demenciais é ou não consensual e/ou se a resposta dos utentes a este relacionamento sexual melhora ou não o seu estado emocional e o seu bem-estar. Desta forma, a compreensão das atitudes e conhecimentos acerca da sexualidade na terceira idade torna-se fundamental para a qualidade dos serviços prestados (Mahieu et al., 2011; Reingold & Burros, 2004; Taylor & Gosney, 2011; Wallace & Safer, 2009).

Torna-se importante reconhecer que muitos dos problemas sexuais vividos pelas pessoas idosas não se encontram relacionados com a sua idade. Para que a prestação de cuidados seja adequada e com qualidade, é necessário compreender as necessidades sexuais dos mais idosos. A falta de profissionais e serviços especializados nesta área da terceira idade leva a que muitos idosos procurem auxílio do seu médico de família ou do profissional de saúde com que tenham mais contacto. Contudo, a maioria dos idosos não recorre a este tipo de serviços quando sofre de problemas sexuais, optando por recorrer a colegas, amigos ou familiares, uma vez que consideram que é um problema normal da idade avançada, não lhe dando importância, optando por esperar que o problema eventualmente desapareça. A maioria dos idosos não é vista como uma população de risco em termos de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, pelo que raramente são questionados pelos profissionais de saúde acerca da sua vida sexual que, juntamente com os baixos níveis de conhecimento acerca deste tipo de doenças e da sua forma de transmissão, os torna mais suscetíveis de as contrair (C. M. Gott, 2001; Hinchliff & Gott, 2011).

Uma comunicação eficaz adquire uma ainda maior importância com alguns cuidadores formais qualificados, nomeadamente os profissionais de saúde, para que os cuidados de saúde sejam de boa qualidade. Foi demonstrado que uma boa comunicação influencia a capacidade dos utentes se lembrarem das recomendações médicas, de ficarem satisfeitos com os cuidados de saúde, de cumprirem os regimes terapêuticos, de alcançarem resultados clínicos satisfatórios e de prevenirem mal-entendidos e despesas desnecessárias. Por sua vez, uma fraca comunicação entre estes profissionais e as pessoas idosas leva a que estas nem sempre compreendam todas as opções, conduz a situações de ansiedade provocadas pela doença e, por vezes, impede-as de tomar decisões informadas acerca do seu diagnóstico e terapêutica (Dupras & Poissant, 1987; Lindau et al., 2007; Woolhead et al., 2006).

Muitas pessoas idosas não procuram ajuda nem tratamentos para a disfunção sexual uma vez que se sentem envergonhados e intimidados para falarem sobre estas questões. Os cuidadores formais são vistos como a principal fonte de ajuda profissional mas muitos idosos apresentam-se relutantes em procurar auxílio, mesmo que os problemas sexuais tenham um impacto severo na sua qualidade de vida. Contudo, a grande maioria destes indivíduos refere que gostaria que o seu médico

tomasse iniciativa de abordar estas questões uma vez que não se sentiriam tão envergonhados do que se fossem eles próprios a levantar estas questões. Este embaraço é provocado, frequentemente, pela sensação de que são os únicos a sofrer ou a experienciar estes sintomas e pelas crenças erróneas acerca da etiologia da sintomatologia. Muitos idosos também não procuram ajuda com receio de que os profissionais o vejam de forma errada devido ao seu interesse pela sua sexualidade. As próprias pessoas idosas interiorizam o estereótipo de que a sexualidade na terceira idade é errada e inapropriada. Embora a maioria destes seja sexualmente ativa, alguns consideram que os mais velhos não devem ter atividades sexuais (Taylor & Gosney, 2011).

Estudos indicam que os médicos não se sentem à vontade para questionar os seus utentes idosos sobre a sua vida sexual ou aconselhá-los, assim como estes também se apresentam relutantes em procurar ajuda ou aconselhamento médico. O historial da vida sexual é, frequentemente, omitido do historial clínico, uma vez que os profissionais de saúde tendem a ignorar este aspeto da vida dos idosos por não se sentirem à vontade para discutir estas temáticas e por considerarem que não têm formação suficiente nesta área. Por outro lado, os utentes manifestam o desejo que os seus médicos os questionassem acerca da sua vida sexual, criando assim uma oportunidade para que tais questões fossem debatidas. A diferença de idades e de género entre os utentes e os profissionais de saúde são também apontados como fatores para a fraca comunicação e discussão dos problemas sexuais. A atitude negativa da sociedade para com sexualidade feminina e sexualidade na terceira idade também inibe a procura de esclarecimentos acerca destas questões. Assim, torna-se importante a formação de médicos e outros profissionais de saúde para que estas necessidades de saúde sexual nos idosos possam ser identificadas e resolvidas. O aumento dos seus conhecimentos nesta área de forma permite dar resposta às necessidades dos idosos, desmistificando mitos e preconceitos (Bouman et al., 2006; Choi et al., 2011; C. M. Gott, 2001; Hinchliff & Gott, 2011; Kalra et al., 2011; Lindau et al., 2007; Papaharitou et al., 2008; Taylor & Gosney, 2011; Woolhead et al., 2006).

Os cuidadores formais necessitam de informação e ferramentas que lhes permitam dar respostas às necessidades sexuais das pessoas idosas institucionalizadas, ultrapassando assim as barreiras que os impedem de ter intimidade, ultrapassando os estereótipos e preconceitos acerca destes assuntos (Rheume & Mitty, 2008; Taylor & Gosney, 2011). O conhecimento dos profissionais de saúde acerca da sexualidade na terceira idade enriquece, por sua vez, os conhecimentos dos utentes e melhora o seu aconselhamento, assim como ainda permite identificar precocemente algumas condições de saúde e tratar e resolver alguns problemas sexuais (Lindau et al., 2007).

A saúde sexual das pessoas idosas deve ser tida em conta aquando da admissão nas instituições para idosos através de uma avaliação da sua história sexual, incluindo os seus hábitos de sono (exemplo: não utilização de pijamas ou camisas de noite), orientação sexual, relacionamentos extraconjugais passados, padrão de sono,

atividade sexual atual (exemplo: masturbação) e interesses, de forma a respeitar e promover as suas necessidades sexuais e de intimidade. A privacidade dos utentes deve ser garantida e existem variadas formas de a promover tais como a utilização de um sinal de “não incomodar” durante as visitas conjugais ou a existência de atividades de lazer para o companheiro de quarto durante estes períodos (Rheaume & Mitty, 2008).

Também podemos constatar que uma nova geração de pessoas idosas tem vindo a dar entrada em instituições de terceira e este número tenderá a aumentar. Estes indivíduos tiveram estilos de vida diferentes das dos seus antepassados e as expectativas são, por conseguinte, mais elevadas e necessitam, requerem e exigem viver em quartos individuais devido às suas necessidades de privacidade, que oferece uma maior oportunidade de expressão sexual digna. Estas pessoas idosas têm mentalidades diferentes e um relacionamento não se restringe apenas ao contexto do casamento. Em casos de divórcio ou viuvez, estes indivíduos frequentemente adquirem novos relacionamentos e, como tal, podem exigir partilhar um mesmo quarto, com uma cama de um tamanho que lhes confira segurança. Nestas situações, mesmo que cada um deles tenha um quarto privado, não lhe permite satisfazer as suas necessidades emocionais e sexuais (Reingold & Burros, 2004).

Desta forma, torna-se importante, mais do que nunca, desenvolver estudos e aprofundar os conhecimentos nesta área, para que possam ser implementadas políticas de saúde sexual e linhas de orientação na formação e treino dos cuidadores formais das instituições para pessoas idosas (Shuttleworth et al., 2010).

O direito à liberdade sexual dos idosos institucionalizados deve basear-se no direito à privacidade e no direito a receber as visitas que estes entenderem. Quando a sexualidade e a expressão sexual for vista como um direito e uma necessidade humana, então poderá ocorrer uma mudança de mentalidades. Assim, os funcionários poderão distinguir os julgamentos morais acerca do comportamento sexual, de uma avaliação objetiva acerca dos benefícios dos relacionamentos de alguns idosos. Os administradores ou responsáveis pelo funcionamento das instituições devem, por conseguinte, estar atentos às melhores formas de ajudar e apoiar a expressão sexual dos seus utentes. Apenas desta forma se poderá melhorar a qualidade dos serviços prestados, bem como potenciar uma melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (Reingold & Burros, 2004).

3. Metodologia

O estudo da sexualidade é ainda considerado um tema delicado quer pela sociedade, quer pela comunidade científica. Assim, a metodologia de investigação deve ter em atenção os aspetos éticos e ser precisa e conscienciosa para que se consigam alcançar as respostas que se procuram sem, no entanto, colocar em risco o bem-estar dos indivíduos. O Conselho de Organizações Internacional de Ciências Médicas, em colaboração com a OMS, determina que toda a pesquisa que envolva o ser humano deve respeitar quatro princípios fundamentais: o respeito pelo indivíduo, a beneficência, a não-maleficência e a justiça (Ringheim, 1995).

3.1 Objetivos do Estudo

Através da realização deste estudo, pretendia-se conhecer os níveis de conhecimentos e as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade por parte dos cuidadores formais de pessoas idosas, bem como conhecer se existe uma relação entre estas dimensões.

3.2 Hipóteses de Investigação

Nesta investigação conjectura-se que:

- Exista uma relação entre os níveis de conhecimentos e as atitudes dos cuidadores formais em relação à sexualidade na terceira idade;
- Existam níveis relativamente baixos de conhecimentos e atitudes pouco permissivas em cuidadores formais de pessoas idosas;
- Existam diferenças dos níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais com diferentes níveis de habilitações literárias;
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais com e sem formação na área em que exercem a sua atividade profissional;
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais que frequentaram diferentes regimes de escolaridade;
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais de diferentes grupos profissionais;
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais com diferentes tipos de estado civil;
- Existam uma relação entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e a idade dos cuidadores formais;

- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais com diferentes regimes de horário laboral;
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade em cuidadores formais que exercem a sua atividade laboral em instituições com diferentes tipologias.
- Existam diferenças entre os níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e o tempo de experiência profissional dos cuidadores formais.

3.3 Desenho do Estudo

Este estudo é do tipo transversal, quantitativo, exploratório, comparativo e correlacional.

3.4 População e Amostra

Através deste estudo pretendemos conhecer as atitudes e os níveis de conhecimentos dos cuidadores formais de pessoas idosas. Assim, a população abrange todos os funcionários que exerçam a sua atividade profissional em instituições que visam cuidar de pessoas idosas.

A amostra é constituída por 329 cuidadores formais de pessoas idosas que exercem a sua atividade profissional em lares de terceira idade, centros de dia, unidades de cuidados continuados integrados e empresas de apoio domiciliário, do distrito de Castelo Branco. Estes cuidadores são diferenciados/qualificados ou não-diferenciados. Foi utilizada um método de amostragem não probabilístico – amostra de conveniência (amostra em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num determinado momento).

Para tal, a Escola Superior de Educação de Castelo Branco realizou os contactos formais com 22 instituições do distrito, sendo que seis não autorizaram a aplicação dos questionários ou não deram resposta. Das restantes 16 instituições que consentiram a sua participação no estudo, seis são instituições com fins lucrativos e as restantes com fins não lucrativos (Instituições Privadas de Solidariedade Social).

Das instituições em que a investigação teve lugar, nove trabalham exclusivamente em regime de lar de terceira idade e cinco pertencem igualmente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Apenas uma instituição que trabalha exclusivamente em regime de apoio domiciliário participou na investigação.

Para a realização deste estudo foram enviados 782 envelopes destinados aos funcionários das instituições que aceitaram participar. Destes foram devolvidos 350 preenchidos, sendo 21 questionários eliminados por apresentarem mais de metade de respostas em branco em pelo menos uma das dimensões da escala (conhecimentos

e atitudes), o que perfaz uma taxa de resposta de cerca de 42%. O critério de inclusão foi estabelecido como os funcionários que exerçam a sua atividade profissional numa das instituições acima referidas e que cuidem, diretamente ou não, de pessoas idosas. Foi estabelecido como único critério de exclusão o analfabetismo dos participantes, uma vez que os questionários teriam de ser preenchidos sem assistência dos investigadores.

3.5 Definição das Variáveis

Para efeitos da investigação foram definidos três tipos de variáveis. As variáveis dependentes são aquelas que são influenciadas pelas variáveis independentes. As variáveis de caracterização constituem aquelas que não são consideradas para efeitos da análise estatística mas que são relevantes em termos de caracterização da amostra do estudo (Tabela 3).

Tabela 3 - Tipos de Variáveis do Estudo

Tipo de Variável	Variável
Dependentes	Conhecimentos
	Atitudes
Independentes	Regime de Escolaridade
	Formação na área profissional
	Qualificação dos sujeitos
	Grupo profissional
	Habilitações Literárias
	Estado Civil
	Idade
	Género
	Regime de horário laboral
	Tipologia das instituições
	Anos de experiência profissional
Caracterização	Número de filhos
	Local de Formação
	Local da atividade profissional
	Outra atividade profissional
	Outra fonte de rendimento
	Cuidador Informal

3.6 Recolha de dados

Neste tipo de estudos podem ser abordados temas ou questões sensíveis, em que os participantes nem sempre respondem de forma honesta. Assim, a confidencialidade deve ser garantida pelos investigadores para que o *status* social, a vida familiar ou o emprego do participante não estejam em risco (Ringheim, 1995). Para tal, os questionários foram previamente colocados em envelopes que foram enviados para as instituições, ao cuidado da pessoa responsável pela sua distribuição pelos funcionários. Estes envelopes encontravam-se divididos em dois tipos: tipo A e tipo B. Os primeiros destinavam-se aos funcionários auxiliares de serviços gerais ou ajudantes de geriatria, enquanto os segundos eram dirigidos aos funcionários qualificados que fossem igualmente cuidadores formais de pessoas idosas. No final do preenchimento dos questionários, os funcionários guardaram e fecharam os envelopes, entregando-os à pessoa responsável da instituição pela sua recolha, garantindo assim a confidencialidade das suas respostas, uma vez que estes apenas foram abertos pelos investigadores.

Quando a pessoa responsável pela recolha dos questionários tinha em sua posse todos os questionários dos sujeitos que aceitaram preenchê-los, foi agendada uma data para a sua recolha por parte dos investigadores, ou para o seu envio, caso a instituição assim o entendesse.

3.7 Instrumentos

Para a realização deste estudo foi elaborada uma folha de recolha de dados sociodemográficos que permitiu obter informação considerada relevante e pertinente para a caracterização da amostra.

Foi também selecionada a escala *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* (ASKAS) (White, 1982) que permite medir os conhecimentos e as atitudes acerca da sexualidade na terceira idade. Esta escala foi concebida para ser aplicada a idosos, indivíduos que trabalham com pessoas idosas e a qualquer outro grupo de indivíduos que tenham impacto nos idosos, tais como familiares ou voluntário que trabalhem com pessoas idosas. Para tal, o autor elaborou questões relacionadas com as alterações da sexualidade relacionadas ou não com o envelhecimento, que podem ser aplicadas através de entrevistas ou de preenchimento no papel (White, 1982). Neste estudo, a ASKAS foi preenchida pelos próprios participantes sob a forma de questionário autoadministrado dado ser considerado menos intimidatório e embaraçoso em estudos relacionados com a sexualidade (Catania, Mcdermott, & Pollack, 1986).

A ASKAS consiste num questionário de 61 itens, dos quais 35 pretendem medir o conhecimento acerca da sexualidade na terceira idade e são de resposta verdadeiro-falso ou “não sei”. As respostas verdadeiras são pontuadas com um ponto, as falsas com dois pontos e as “não sei” com 3 pontos, à exceção das questões 1, 9, 10, 14, 17,

20, 30 e 31, que apresentam os scores invertidos (verdadeiras = 2 pontos; falsas = 1 ponto). Os scores variam entre 35 e 105, sendo que scores baixos indicam elevados níveis de conhecimento. Os restantes 26 itens têm como formato de resposta uma escala de *Likert*, onde os participantes assinalam se concordam ou não com as afirmações, permitindo conhecer se as suas atitudes são ou não permissivas. O score é calculado através do somatório da pontuação atribuída pelos participantes, à exceção dos itens 44, 47, 50-55, 57 e 59 que apresentam os scores invertidos (1=7, 7=1, 6=2, 2=6, 3=5, 5=3, 4=4). Os scores variam entre 26 e 182, sendo que scores baixos indicam atitudes permissivas em relação à sexualidade na terceira idade (Davis, Yarber, Bauserman, Schreer, & Davis, 1998; White, 1982). A escala de *Likert* é uma escala que se encontra dividida por níveis de igual amplitude e que permite obter os resultados através da soma de um número de itens. Esta permite aos sujeitos exprimir em que medida está em acordo ou desacordo com cada um dos enunciados, o que nos dá uma indicação da atitude ou da opinião dos sujeitos (Freixo, 2011).

Uma vez que a ASKAS se encontra disponível em diferentes revistas e, nestas, apresenta pontuações diferentes em alguns dos itens, o autor foi consultado de forma a se conhecer a mais correta. Este indicou, através de email (Anexo B), que a pontuação mais correta e mais utilizada em diversas investigações é a que se encontra apresentada no *Handbook of Sexuality-Related Measures* (Davis, Yarber, Bauserman, Schreer, & Davis, 1998).

Qualquer esfera da ciência que estude o ser humano está sujeita a normas éticas que defendam os seus direitos e bem-estar, nomeadamente as que procuram estudar a área da sexualidade (Ringheim, 1995). Para tal, foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Informado onde era descrito o propósito deste estudo e de que forma se processa, garantindo a total confidencialidade dos seus participantes.

3.8 Pré-Teste da ASKAS

O pré-teste consiste num ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala (Freixo, 2011). Uma vez que este instrumento não se encontra traduzido e validado para a população portuguesa, foi elaborada uma tradução tendo-se obedecido aos seguintes passos:

- Foi elaborada uma tradução inicial da ASKAS pela autora do estudo, que possui diploma de *First Certificate in English* pela Universidade de Cambridge (Anexo A – Versão II);
- Esta tradução foi enviada juntamente com a versão original da ASKAS (Anexo A – Versão I) para:
 - Uma docente do ensino superior da área das Línguas, com experiência em tradução e retroversão em português e em inglês;
 - Uma profissional de saúde de origem norte-americana, que fez a sua formação em Portugal, tendo posteriormente realizado formação pós-

graduada na área da saúde da mulher no Reino Unido, onde exerce atualmente a sua atividade profissional;

- Destas colaborações, surgiram algumas sugestões de alteração na redação de alguns itens (Anexo A – Versão III e Versão IV), das quais resulta o modelo de consenso que foi aplicado em pré-teste, de forma a ensaiar este instrumento (Anexo A – Versão de Consenso).
- Essa versão foi aplicada a 6 cuidadores formais, 3 diferenciados (um enfermeiro, uma assistente social e uma psicóloga) e 3 não-diferenciados (auxiliares de serviços gerais) de forma a abranger uma população diversificada e representativa, cujas funções fossem distintas, incluindo profissionais dos ramos da saúde, da área social e da psicologia, bem como indivíduos sem formação específica para a função que desempenham.
- Após a aplicação do pré-teste foram efetuadas algumas alterações, de acordo com as sugestões, de modo a que a versão traduzida da ASKAS se tornasse mais perceptível e de fácil preenchimento. Durante o preenchimento do questionário foram assinaladas a dificuldade em alguns dos participantes em atribuir pontuação na escala de *Likert*, nomeadamente quando pretendiam assinalar que nem concordavam nem não concordavam. Também foi possível observar na maioria dos participantes que nesta mesma escala tinham de consultar a página anterior para verificar qual pontuação correspondia ao concordo e ao não concordo. Uma das participantes referiu não compreender a 12^a questão e manifestou hesitação devido ao termo “inserção social” utilizado na 57^a questão. Através desta observação foi possível averiguar a presença e proceder à correção de um erro de tradução. Desta forma, o termo “inserção social” foi corrigido para “interação social”.
- Desta correção foi elaborada a versão final traduzida da ASKAS aplicada neste estudo (Anexo A – Versão Final).

3.9 Análise Estatística

Para fazer a descrição das variáveis foram usadas medidas de tendência central e de dispersão e frequências relativas e absolutas. Foram realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), que revelaram uma distribuição normal da amostra.

Para comparação entre as variáveis foram utilizados testes *one-way ANOVA* e para as correlações o Coeficiente de *Pearson*. Neste estudo considera-se que os resultados são estatisticamente significativos quando o valor de *p* é inferior a 0,05, ou seja, a probabilidade dos resultados serem devidos a erros aleatórios é suficientemente baixa.

Esta análise foi feita através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19 para Windows.

4. Resultados

4.1 Apresentação dos Dados Sociodemográficos

A nossa amostra é constituída por 329 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos de idade, com uma média de 39,13 anos, sendo que 92,7% são do género feminino e 7,3% do género masculino (Figura 6).

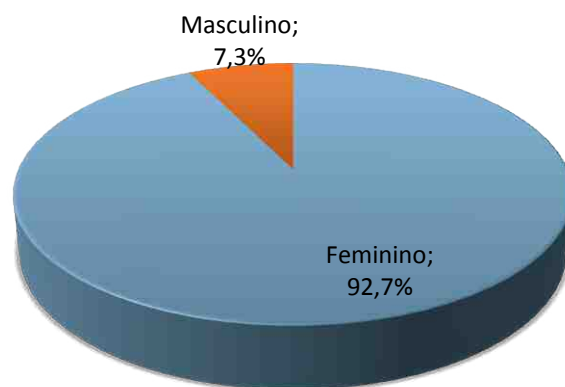


Figura 6 - Distribuição de Frequência do Género

A maioria dos participantes é casada (57,6%) e 28,2% de indivíduos são solteiros. Cerca de 7,7% vivem em união de facto, 3,4% são divorciados e 1,5% são separados e viúvos, respetivamente (Figura 7).

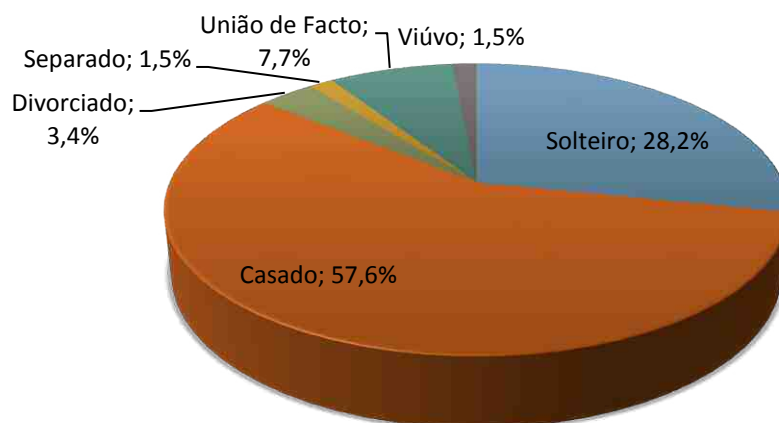


Figura 7 - Distribuição de Frequência do Estado Civil

Cerca de 38,4% não tem nenhum filho, 33,6% tem dois filhos, 20,1% tem um filho e 6,6% tem três filhos. Apenas 1,3% dos participantes tinha 4 filhos (Figura 8).

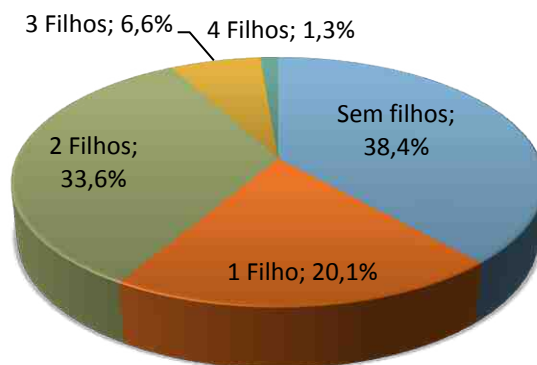


Figura 8 - Distribuição de Frequência do Número de Filhos

Cerca de 31% dos indivíduos da nossa amostra tem formação superior e 23,3% tem o 9º ano de escolaridade. Os indivíduos com o 4º ano de escolaridade perfazem 11,7% da amostra, 6,7% têm formação pós-graduada, 5,8% têm o 6º ano de escolaridade. Apenas 4,9% têm um curso tecnológico/profissional com equivalência ao 12º ano de escolaridade (Figura 9).

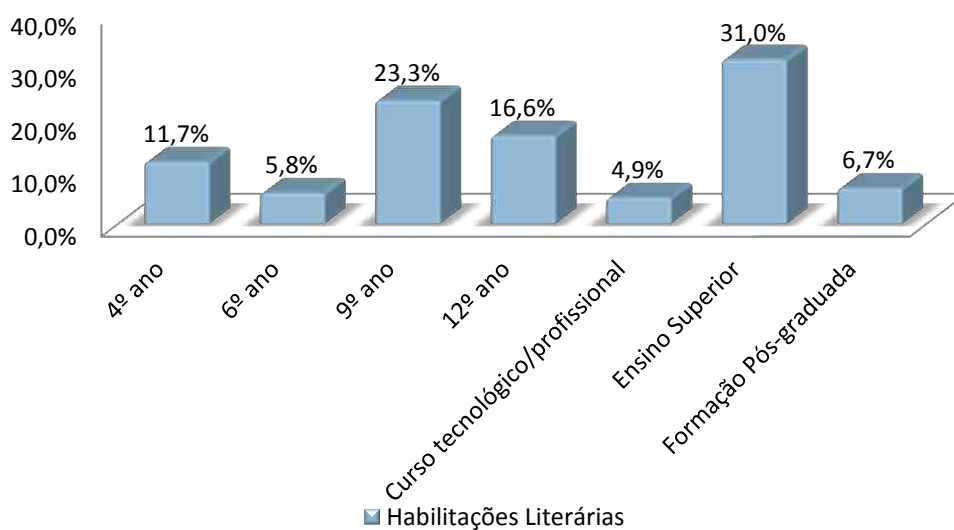


Figura 9 - Distribuição de Frequência do Estado Civil

Destes indivíduos, 72,8% frequentou um regime de escolaridade normal, enquanto 23,8% frequentou o regime de Novas Oportunidades. Apenas 3,4% frequentou o ensino recorrente (Figura 10).

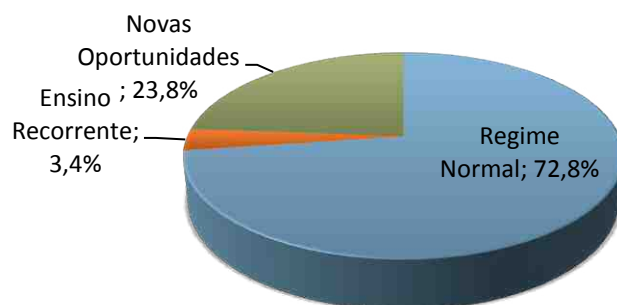


Figura 10 - Distribuição de Frequência do Regime de Escolaridade

Foi ainda possível verificar que 82,6% dos indivíduos referem ter recebido algum tipo de formação na área em que exercem a sua atividade profissional, enquanto 17,4% refere não ter recebido qualquer tipo de formação (Figura 11). Contudo, nenhum referiu ter recebido alguma formação na área da sexualidade na terceira idade.

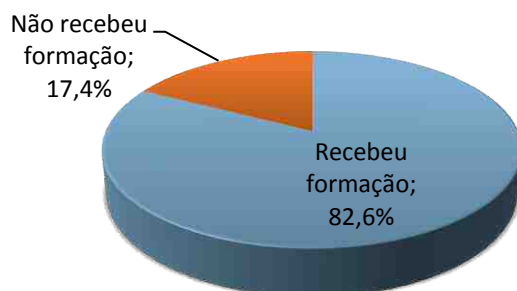


Figura 11 - Distribuição de Frequência da Formação na Área da Sua Atividade

A maioria dos indivíduos recebeu esta formação no seu local de trabalho (37,0%), seguida das instituições de ensino (29,4%). Cerca de 14,0% dos indivíduos recebeu formação em mais que um local ou instituição enquanto 13,6% recebeu a sua formação em instituições de formação profissional. Cerca de 6,0% refere ter recebido formação em outro tipo de instituições (Figura 12).

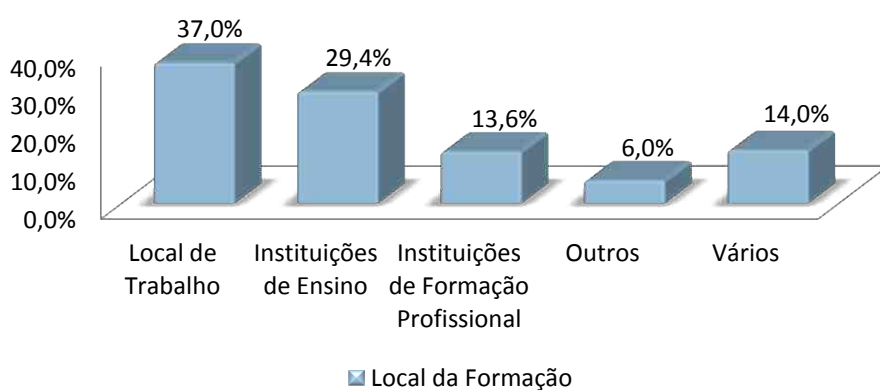


Figura 12 - Distribuição de Frequência do Local de Formação

A nossa amostra é constituída por 62,3% indivíduos não qualificados e por 37,7% de indivíduos qualificados (Figura 13).



Figura 13 - Distribuição de Frequência da Qualificação dos Cuidadores

A maioria dos participantes pertencia à classe profissional de auxiliares, enquanto 32,5% eram técnicos qualificados. Cerca de 4,6% detinha cargos de chefia e 1,2% eram administrativos (Figura 14).

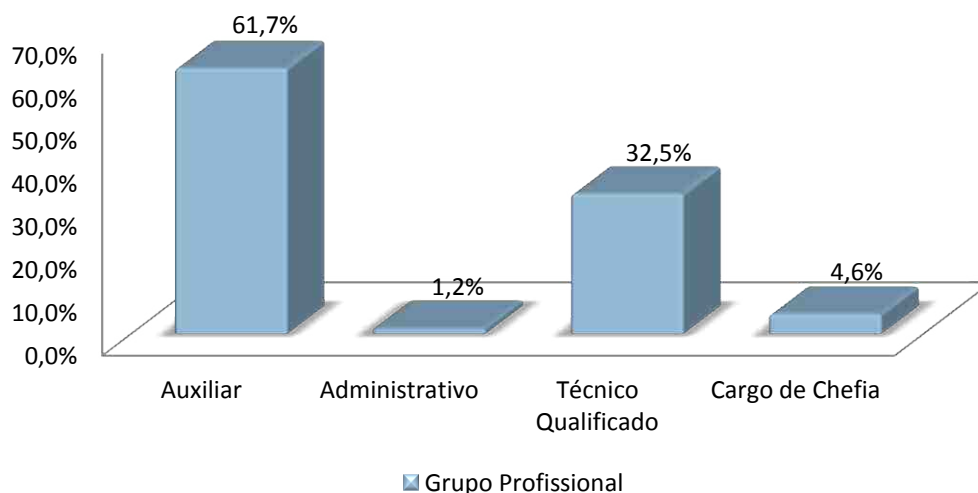


Figura 14 - Distribuição de Frequência do Grupo Profissional

Os participantes trabalhavam, em média, há 6,1 anos na instituição atual, embora fossem cuidadores de pessoas idosas há cerca de 7,1 anos, em média. A maioria trabalhava em regimes de horários rotativos (53,1%) e apenas 0,9% trabalhava em regime noturno. Cerca de 46,0% trabalhava em regime diurno (Figura 15). Os participantes trabalhavam no regime de horário atual há cerca de 5,6 anos, em média, com uma carga de trabalho média de 38,47 horas semanais.

Em média, os indivíduos tinham 15,02 funcionários a exercer a mesma função que a sua na instituição onde exercem a sua atividade profissional, sendo cuidadores de 52,52 utentes (em média) e, destes, 10,02 (em média) se encontravam acamados.

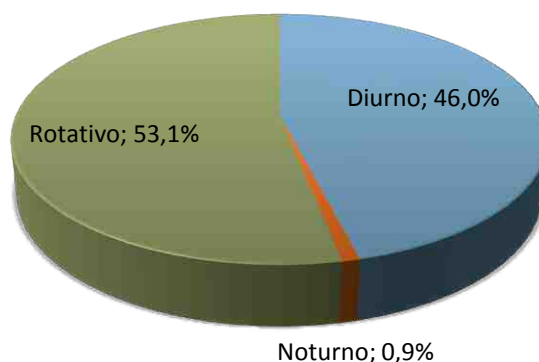


Figura 15 - Frequência do Regime do Horário de Trabalho

Relativamente ao local onde exercem a sua atividade profissional, cerca de 92,7% exercem-na apenas nas infraestruturas da instituição, enquanto apenas 2,4% a exerce

no domicílio dos utentes. Cerca de 4,9% exerce a sua atividade em ambos os locais (Figura 16).

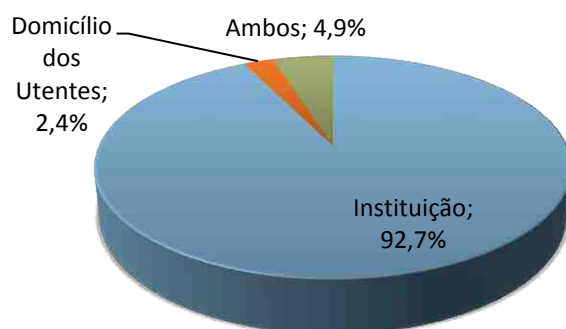


Figura 16 - Frequência do Local da Atividade Profissional

Cerca de 9,1% dos participantes tem outra atividade profissional enquanto 90,9% não tem mais nenhum tipo de atividade profissional. Relativamente a outras fontes de rendimentos, enquanto 13,8% possui alguma fonte de rendimento além da sua atividade profissional exercida na instituição enquanto 86,2% não auferem mais nenhum tipo de rendimento. Dos cuidadores formais avaliados neste estudo, 16,6% é igualmente cuidador informal, isto é, cuida de algum idoso fora do seu contexto laboral, tal como um familiar ou amigo, enquanto 83,4% apenas cuida de idosos no seu contexto profissional (Figura 17).

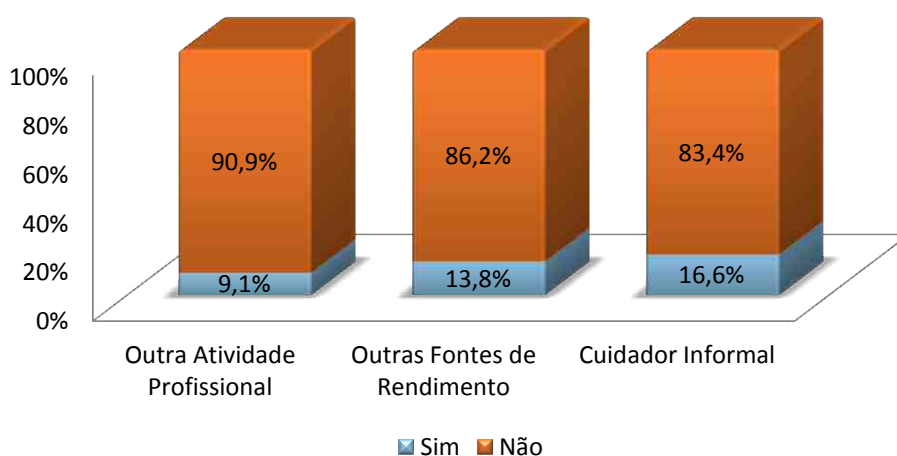


Figura 17 - Frequências de Outra Atividade Profissional, de Outras Fontes de Rendimento e de Cuidadores Informais

Relativamente à tipologia da instituição, verificou-se que 83,6% dos participantes exerciam a sua atividade laboral numa instituição sem fins lucrativos, enquanto 16,4% exerce-a em instituições com fins lucrativos (Figura 18).



Figura 18 - Frequência da Tipologia das Instituições

4.2 Apresentação dos Dados Obtidos na ASKAS

A análise das pontuações obtidas na escala utilizada revela a pontuação média dos níveis da dimensão dos conhecimentos foi de 61,88 e da dimensão das atitudes foi de 77,57 (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise Descritiva dos Conhecimentos e Atitudes

	Média	Desvio Padrão	N
Conhecimentos	61,88	16,10	329
Atitudes	77,57	19,19	329

Foi realizado um teste de correlação entre estas variáveis que permitiu constatar que existe uma correlação positiva entre os conhecimentos e as atitudes dos cuidadores formais, sendo esta estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação de Pearson para as variáveis Conhecimentos e Atitudes

	Atitudes	
Conhecimentos	Correlação de Pearson	0,384
	<i>p</i>	0,000
	N	329

4.3 Comparação Entre Variáveis

Através da Tabela 6 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas de conhecimentos e atitudes entre alguns grupos de habilitações literárias. Os indivíduos com o 4º ano de escolaridade apresentam médias mais baixas nas pontuações do conhecimento em comparação com os indivíduos com o 9º ano, o que nos diz que os primeiros têm níveis de conhecimentos mais elevados. Os indivíduos com o 9º ano também têm níveis de conhecimento mais baixos em relação aos que têm formação superior ou pós-graduado. Os participantes com formação superior também têm maiores níveis de conhecimentos quando comparados com aqueles que completaram o 12º ano.

Tabela 6 - Comparação entre grupos por Habilitações Literárias

	Comparação	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>
Conhecimentos	4º ano	60,42	16,92	0,012
	9º ano	70,74	17,81	
	9º ano	70,74	17,81	0,000
	Ensino Superior	55,57	11,09	
	9º ano	70,74	17,81	0,000
	Formação Pós-Graduada	51,50	6,94	
	12º ano	65,02	17,52	0,004
	Ensino Superior	55,57	11,09	
	12º ano	65,02	17,52	0,008
	Formação Pós-Graduada	51,50	6,94	
Atitudes	4º ano	86,58	19,11	0,000
	Ensino Superior	68,32	15,20	
	4º ano	86,58	19,11	0,000
	Formação Pós-Graduada	66,73	12,72	
	6º ano	73,79	15,73	0,021
	9º ano	88,46	19,91	
	9º ano	88,46	19,91	0,019
	Curso Tecn./Profissional	72,56	18,21	
	9º ano	88,46	19,91	0,000
	Ensino Superior	68,32	15,20	
	9º ano	88,46	19,91	0,000
	Formação Pós-Graduada	66,73	12,72	
	12º ano	79,19	17,20	0,005
	Ensino Superior	68,32	15,20	

Os indivíduos com o 4º ano de escolaridade também apresentam pontuações mais baixas quanto às atitudes, o que nos indica que têm atitudes menos permissivas quando comparados com os que têm formação superior ou pós-graduada. Os participantes com o 9º ano de escolaridade apresentam atitudes menos permissivas quando comparados com os grupos do 6º ano, cursos tecnológicos/profissionais, ensino superior ou pós-graduado. Por fim, os indivíduos com o 12º ano apresentam igualmente atitudes menos permissivas quando comparados com que frequentaram o ensino superior. Estas diferenças de pontuações são estatisticamente significativas.

Quanto ao regime de escolaridade, também encontramos diferenças estatisticamente significativas dos níveis de conhecimentos e de atitudes entre os grupos que frequentaram um regime normal e o regime de Novas Oportunidades. Os indivíduos que frequentaram o regime de ensino normal apresentam maiores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas em relação à sexualidade na terceira idade do que aqueles que frequentaram o regime Novas Oportunidades (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre grupos por Regime de Escolaridade

	Grupos	Média	Desvio Padrão	p
Conhecimentos	Normal	58,58	13,83	0,010
	Novas Oportunidades	71,39	18,50	
Atitudes	Normal	74,31	18,28	0,000
	Novas Oportunidades	86,38	18,73	

Relativamente à comparação da média de idades entre os indivíduos que frequentaram um regime de escolaridade normal e aqueles que frequentaram um regime de Novas Oportunidades, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que os primeiros são mais jovens do que os segundos, como se pode constatar na Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação de idades entre grupos de Regime de Escolaridade

	Grupos	Média	Desvio Padrão	p
Idades	Normal	37,73	12,45	0,001
	Novas Oportunidades	43,32	8,80	

Relativamente ao estado civil, também foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre vários grupos, como se pode averiguar na Tabela 9. O grupo dos indivíduos solteiros possui médias mais baixas, o que nos indica um maior nível de conhecimentos e atitudes mais permissivas em comparação com o grupo dos casados.

Tabela 9 - Comparação entre grupos por Estado Civil

	Grupos	Média	Desvio Padrão	<i>p</i>
Conhecimentos	Solteiro	56,47	12,633	0,010
	Casado	64,40	17,306	
Atitudes	Solteiro	69,90	17,816	0,001
	Casado	81,10	19,645	

A comparação entre os diferentes locais onde os cuidadores formais exercem a sua atividade profissional (na instituição, no domicílio dos utentes ou ambos), não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Na tabela 10 podemos verificar a relação que existe entre os níveis de conhecimentos e atitudes e a experiência de trabalho, que tem expressão no tempo de trabalho na instituição atual. Relativamente aos níveis de conhecimentos, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. Contudo, verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de trabalho na instituição e as pontuações das atitudes, o que nos indica que quanto maior a experiência profissional, menos permissivas são as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade.

Tabela 10 - Correlação entre o tempo na instituição e o tempo de cuidador com os conhecimentos e as atitudes

		Conhecimentos	Atitudes
Tempo na Instituição	Correlação de Pearson	-0,076	0,132
	<i>p</i>	0,171	0,017
	N	328	328

Na tabela 11 encontra-se representada a relação entre os níveis de conhecimento e atitudes e a idade dos sujeitos. Assim, podemos constatar que não existe relação estatisticamente significativa entre os níveis de conhecimentos e a idade, mas existe uma correlação positiva entre as pontuações das atitudes e a idade, o que nos indica que quanto mais velhos os participantes, menos permissivas são as suas atitudes.

Tabela 11 - Correlação entre a idade e os conhecimentos e atitudes

		Conhecimentos	Atitudes
Idade	Correlação de Pearson	0,064	0,235
	<i>p</i>	0,245	0,000
	N	327	327

Na tabela 12 podemos encontrar a comparação entre os níveis de conhecimentos e atitudes e o grupo profissional dos sujeitos em que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assim, verifica-se que existem diferenças nos níveis de conhecimentos entre o grupo das auxiliares e os técnicos qualificados, sendo que os últimos apresentam níveis de conhecimentos mais elevados. Relativamente às atitudes podemos encontrar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das auxiliares e dos técnicos qualificados e das auxiliares e os indivíduos que apresentam cargos de chefia, sendo que as auxiliares apresentam atitudes menos permissivas.

Tabela 12 - Comparação entre grupos por Grupo Profissional

	Grupos	Média	Desvio Padrão	p
Conhecimentos	Auxiliar	65,80	17,512	0,000
	Técnico Qualificado	54,39	10,608	
Atitudes	Auxiliar	83,92	18,757	0,000
	Técnico Qualificado	67,08	14,756	
	Auxiliar	83,92	18,757	0,002
	Cargo de Chefia	66,07	15,931	

Tal como podemos verificar na tabela 13, existe uma diferença estatisticamente significativa dos níveis de conhecimentos entre os participantes que têm um regime de horário laboral diurno e rotativo, sendo que os que trabalham em regime diurno apresentam maiores níveis de conhecimentos do que os que trabalham em regime rotativo.

Tabela 13 - Comparação entre grupos por regime de horário laboral

	Grupos	Média	Desvio Padrão	p
Conhecimentos	Diurno	58,67	14,337	0,006
	Rotativo	64,41	16,948	

Relativamente à tipologia das instituições, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dos níveis de conhecimentos e das atitudes entre instituições com fins lucrativos e instituições sem fins lucrativos.

5. Análise e Discussão de Resultados

Após análise dos dados é possível verificar que a maioria dos cuidadores formais que fizeram parte deste estudo pertence ao género feminino (92,7%) e apenas 7,3% pertencem ao género masculino. As mulheres assumem, assim, um papel determinante no cuidado aos idosos num contexto profissional. As raízes históricas e culturais atribuem à mulher um papel decisivo do ato de cuidar. Os cuidados da prole constituem a origem do cuidado e da afetividade no ser humano (Ribeiro, Ferreira, Ferreira, de Magalhães, & Moreira, 2008).

Cerca de 57,6% dos sujeitos eram casados e 28,2% eram solteiros, o que perfaz 85,8% do total da amostra. Os restantes 14,2% são divorciados, viúvos, separados ou vivem em união de facto. Verifica-se igualmente que 38,4% não tinha nenhum filho e 33,6% dos sujeitos tinham dois filhos. Cerca de 20,1% tem um filho. Os indivíduos com 3 e 4 filhos perfazem uma minoria dos participantes (7,9%).

A percentagem de indivíduos com formação superior ou pós-graduada do nosso estudo é de 37,7%. Cerca de 23,3% dos participantes têm o 9º ano de escolaridade e 16,6% dos participantes têm o 12º ano de escolaridade. Contudo, podemos igualmente verificar que existem mais participantes com o 4º ano de escolaridade (11,7%) do que a soma dos participantes com o 6º ano de escolaridade e com cursos tecnológicos/profissionais (10,7%). Desta forma, podemos constatar que, com a exceção dos indivíduos com formação superior ou pós-graduada, os cuidadores formais têm, em geral, baixos níveis de habilitações literárias. A percentagem elevada de indivíduos com formação superior ou pós-graduada pode-se dever à maior taxa de resposta por parte dos mesmos. Embora a maioria dos cuidadores formais de pessoas idosas de uma instituição pertença à categoria de auxiliar, estes revelaram maior relutância em responder, refletindo-se numa menor taxa de resposta em comparação com os técnicos qualificados.

Relativamente ao regime de escolaridade em que os indivíduos completaram as suas habilitações, a maioria frequentou um regime de escolaridade normal (72,8%). Cerca de 23,8% frequentou o regime das Novas Oportunidades. Os indivíduos que frequentaram este regime de escolaridade apresentam níveis de conhecimentos mais baixos e atitudes menos permissivas, ambos estatisticamente significativos ($p = 0,000$ e $p = 0,000$, respetivamente). Estes podem ser explicados através da diferença de idades entre os participantes destes regimes de escolaridade, uma vez que aqueles que frequentaram as Novas Oportunidades apresentam médias de idades significativamente superiores dos que frequentaram um regime normal ($p = 0,001$). Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças dos níveis de conhecimentos e de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e o regime de escolaridade frequentado pelos cuidadores formais.

Embora cerca de 82,6% dos participantes tenha recebido formação na área em que exerce a sua atividade profissional, nenhum referiu ter recebido qualquer formação na área da sexualidade na terceira idade, o que vem demonstrar que esta

temática constitui uma lacuna nas áreas de formação dos cuidadores formais de pessoas idosas. Desta forma, não se confirma a hipótese de que existam diferenças entre dos conhecimentos e das atitudes entre indivíduos com e sem formação na área em que exercem a sua atividade profissional. A sexualidade na terceira idade constitui, assim, uma área ainda pouco valorizada quer pelas entidades formadoras ou instituições de ensino, quer pelos próprios cuidadores, que não procuram receber formações neste âmbito. De acordo com Roach (2004), a formação dos cuidadores formais deve abranger as dimensões da sexualidade humana e nas suas necessidades, tendo em conta os valores e crenças pessoais de cada indivíduo. A maioria dos cuidadores formais, nomeadamente os qualificados não abrangem estas temáticas durante o seu percursos académico o que, por sua vez, leva a níveis limitados de conhecimentos com consequentes efeitos ao nível das suas atitudes. Assim, a formação contínua nesta área assume uma importância determinante para os níveis de conhecimentos dos cuidadores (C. M. Gott, 2001; Mahieu et al., 2011; Rheume & Mitty, 2008).

Dos participantes na investigação, cerca de 37,0% recebeu formação no seu local de trabalho e 29,4% recebeu formação em instituições de ensino. Cerca de 14,0% recebeu formação em vários contextos e 13,6% recebeu formação através das instituições de formação profissional. Apenas 6,0% recebeu formação noutra tipo de locais ou instituições. Os valores elevados de formação em instituições de ensino podem dever-se ao facto de 37,7% dos participantes serem cuidadores qualificados e daí terem frequentado instituições de ensino como forma de obterem formação na área em que exercem a sua atividade profissional.

Os participantes são maioritariamente não qualificados (62,3%). Para efeitos da investigação, os sujeitos foram divididos em quatro grupos profissionais, sendo que os auxiliares ocupam a maior percentagem, cerca de 61,7%, seguidos dos técnicos qualificados com 32,5%. Os cargos de chefia são ocupados por cerca de 4,6% da amostra e apenas 1,2% têm cargos administrativos.

A maioria dos cuidadores da amostra desempenha a sua atividade profissional na instituição. Apenas 2,4% exerce a sua atividade profissional no domicílio dos utentes e 4,9% dos participantes exercem-na em ambos os locais.

Cerca 83,6% dos sujeitos exercem a sua atividade profissional em instituições sem fins lucrativos, enquanto 16,4% exerce em instituições com fins lucrativos.

A maioria dos participantes não exerce outra atividade profissional além da que exerce na instituição onde participou na investigação (90,9%) nem refere ter outras fontes de rendimento (86,2%). Cerca de 83,4% exerce as suas funções de cuidador de pessoas idosas exclusivamente num contexto profissional.

Constatamos que existe uma correlação positiva entre os níveis de conhecimentos e as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade. Assim, os indivíduos que apresentam níveis mais baixos de conhecimentos apresentam atitudes menos permissivas em relação a esta temática e os indivíduos que apresentam níveis de

conhecimentos mais elevados apresentam atitudes mais permissivas. Esta relação é estatisticamente significativa ($p = 0,000$). Desta forma, confirma-se a nossa hipótese de que existe uma relação entre os níveis de conhecimentos e as atitudes sobre esta temática o que é coerente com os pressupostos teóricos que determinam a existência de uma relação entre os mesmos. Estes resultados são consistentes com Baron & Graziano (1990), que referem que as atitudes são determinadas pela informação cognitiva através do uso sistemático da informação disponível.

De acordo com as normas de pontuação da ASKAS, os valores dos níveis de conhecimentos podem variar entre 35 e 105, sendo que as pontuações mais baixas correspondem a níveis mais elevados de conhecimentos e pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais baixos de conhecimentos em relação à sexualidade na terceira idade. O autor deste instrumento não define nenhum valor de referência a partir do qual se considerem que os conhecimentos são reduzidos ou elevados, pelo que consideramos para este efeito o ponto médio da dimensão da escala, ou seja, o valor de 70. A média dos níveis de conhecimentos dos indivíduos da nossa amostra é de 61,88 pelo que podemos considerar que estes têm níveis de conhecimento superiores ao do ponto médio da escala. O mesmo raciocínio é aplicado às pontuações das atitudes, que podem variar entre os 26 e 182. Desta forma, o ponto médio das pontuações corresponde a 104. A média dos scores dos participantes é de 77,57, pelo que poderemos considerar que as atitudes dos cuidadores são permissivas em relação à sexualidade na terceira idade. Assim, não se confirma a nossa hipótese de que os cuidadores formais têm níveis baixos de conhecimentos e atitudes não permissivas.

De acordo com LaTorre & Kear (1977), os cuidadores formais de pessoas têm atitudes negativas em relação à sexualidade na terceira idade o que, inevitavelmente, se irá refletir nos cuidados aos idosos. Desta forma, torna-se necessária uma mudança de crenças e de atitudes dos cuidadores para que estes possam compreender e aceitar os problemas sexuais, preocupações, frustrações e desapontamentos das pessoas idosas. Bouman et al. (2006) refere que estudos desenvolvidos na área da sexualidade na terceira revelam as atitudes podem oscilar entre as negativas e restritivas e as positivas e permissivas. As atitudes negativas estão frequentemente associadas a crenças religiosas e a experiências negativas com idosos enquanto as atitudes positivas estão relacionadas com habilitações literárias mais elevadas e maior experiência profissional. Contudo, não existem valores de referência para a população portuguesa que tenham em consideração os valores culturais e religiosos.

Relativamente aos grupos profissionais, foram encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas. Quanto aos níveis de conhecimentos podemos verificar que os técnicos qualificados apresentam níveis de conhecimentos significativamente mais elevados do que o grupo de auxiliares ($p = 0,000$). Este fator pode justificar o valor médio dos níveis de conhecimentos da amostra, uma vez que se esperavam encontrar níveis baixos de conhecimentos nos cuidadores formais de pessoas idosas. Mahieu et al. (2011) refere que os níveis de conhecimento dos

profissionais de enfermagem são limitados, uma vez que os idosos continuam a ser vistos como seres incapazes de ter uma vida sexual satisfatória. Relativamente às atitudes, mais uma vez encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de auxiliares e com os grupos dos técnicos qualificados e com cargos de chefia ($p = 0,000$ e $p = 0,002$, respetivamente). A média das pontuações do grupo das auxiliares é significativamente mais elevada, sendo igualmente inferiores ao ponto médio da escala ($83,92 < 104$). O grupo profissional de auxiliares, embora tenha bons níveis de conhecimentos, tem atitudes não permissivas em relação à sexualidade na terceira idade. Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças entre indivíduos com e sem qualificação. Este facto também pode ser explicado pela diferença de idades entre os diferentes grupos, uma vez que o grupo de técnicos qualificados apresenta médias de idades mais baixas do que o grupo de auxiliares. De acordo com Roach (2004), as questões da sexualidade na terceira idade podem ter um grande impacto na vida profissional dos cuidadores formais sendo que este é variável consoante as chefias, os utentes, os familiares, a comunidade local e a própria sociedade em geral. Mahieu et al. (2011) refere, no entanto, que os cargos de chefia estão associados a atitudes mais restritivas em relação à sexualidade na terceira idade.

Segundo Mahieu et al. (2011), os profissionais de saúde têm a capacidade de determinar se e quais as formas de sexualidade que são toleradas nas pessoas idosas institucionalizadas. As atitudes de alguns profissionais de enfermagem são negativas uma vez que estes não se encontram preparados para lidar com a sexualidade na terceira idade, criando sentimentos de vergonha, embaraço, raiva, confusão e rejeição, enquanto outros apontam para atitudes positivas em relação à sexualidade na terceira idade.

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável habilitações literárias. Os indivíduos com o 9º ano de escolaridade apresentam níveis de conhecimentos mais baixos do que aqueles que têm o 4º ano, ou dos que frequentaram o ensino superior ou que possuem formação pós-graduada. O grupo de indivíduos que frequentou o ensino superior ou pós-graduado apresenta igualmente níveis de conhecimentos mais elevados do que aqueles que apenas frequentaram até ao 12º ano de escolaridade. Desta forma, podemos constatar que, de uma forma geral, os indivíduos com graus académicos superiores ou pós-graduados possuem melhores níveis de conhecimentos nesta temática. Relativamente às atitudes, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre diversos grupos de habilitações literárias. O grupo dos indivíduos com o 4º ano de escolaridade possui atitudes menos permissivas quando comparado com os grupos de ensino superior ou pós-graduado. O grupo dos que têm o 9º ano de escolaridade tem atitudes menos permissivas do que aqueles com o 6º ano, com cursos tecnológico/profissionais, com cursos superiores ou formação pós-graduada. O grupo dos indivíduos com cursos superiores tem atitudes mais permissivas do que aqueles que frequentaram até ao 12º ano de escolaridade. Mais uma vez podemos verificar que os níveis de

habilitações literárias influenciam as atitudes em relação à sexualidade, sendo que estas tendem a ser mais permissivas nos indivíduos com maiores níveis de habilitações. Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças nos conhecimentos e nas atitudes entre os sujeitos com diferentes níveis de habilitações literárias. Papaharitou et al. (2008) e Choi et al. (2011) identificam a necessidade do desenvolvimento de programas de formação e treino para os profissionais de saúde para que os idosos possam expressar a sua sexualidade de acordo com as suas escolhas individuais e não através dos mitos ou conceções erróneas destes profissionais de saúde.

A análise estatística permitiu constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos solteiros e casados. O grupo de sujeitos solteiros apresentam níveis mais elevados de conhecimentos do que o grupo de sujeitos casados ($p = 0,010$) assim como também apresenta atitudes mais permissivas em relação à sexualidade na terceira idade ($p = 0,001$). Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças dos níveis de conhecimentos e atitudes em relação à sexualidade na terceira idade entre sujeitos com diferentes estados civis, nomeadamente entre o grupo dos solteiros e o grupo dos casados. Estes valores podem dever-se ao facto de uma grande percentagem de técnicos qualificados serem mais jovens e serem solteiros, refletindo-se em melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas.

Apesar de existir uma correlação positiva, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre a idade dos sujeitos e os seus níveis de conhecimentos acerca da sexualidade. Contudo, esta diferença torna-se significativa no que diz respeito às atitudes. Existe uma correlação positiva entre a idade e as atitudes, o que nos indica que quanto mais velhos são os indivíduos, maiores são as pontuações da dimensão das atitudes, ou seja, menor a sua permissividade em relação à sexualidade na terceira idade. Assim, apenas se confirma a hipótese de que existem diferenças dos níveis de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e a idade dos cuidadores. Os sujeitos que têm baixos níveis de habilitações literárias exercem a sua atividade profissional predominantemente no grupo profissional de auxiliares. Este grupo é também o que tem uma média de idades mais avançadas, o que pode explicar a menor permissividade das suas atitudes. Contudo, Mahieu et al. (2011) refere existirem estudos que revelam uma relação positiva e significativa entre a idade e os níveis de conhecimentos, enquanto outros apontam para uma diminuição dos níveis de conhecimentos à medida que a idade aumenta.

Relativamente à análise entre o tempo na instituição enquanto cuidador de pessoas idosas e os níveis de conhecimentos podemos verificar que existe uma correlação negativa entre estas variáveis (embora não seja estatisticamente significativa), o que nos indica que quanto maior a experiência profissional na instituição, menores as pontuações, ou seja, maiores os níveis de conhecimentos em relação à sexualidade na terceira idade. Estes resultados vão de encontro aos referidos por Mahieu et al. (2011), que refere existir uma correlação positiva entre a

experiência numa determinada função e os níveis de conhecimentos acerca da sexualidade na terceira idade. Contudo, podemos constatar que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo na instituição e as pontuações nas atitudes, ou seja, quanto maior o tempo na instituição, menos permissivas são as suas atitudes. Isto pode dever-se ao facto de os cuidadores não se encontrarem preparados para lidar a sexualidade na terceira idade, podendo criar sentimentos de frustração e angústia, moldando as suas atitudes. Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças de atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e o tempo de experiência profissional, mas o mesmo não se confirma em relação aos conhecimentos.

Por fim, podemos verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre o regime de horário diurno e o rotativo ($p = 0,006$) e os níveis de conhecimentos. Os sujeitos que exercem a sua atividade profissional num regime de horário exclusivamente diurno apresentam melhores níveis de conhecimentos do que aqueles que trabalham em regimes de horário rotativo, o que pode ser devido ao facto de a maioria dos técnicos qualificados trabalharem durante o período diurno. Embora existam alguns profissionais qualificados que exercem a sua atividade em regime rotativo, durante o período noturno encontramos maioritariamente funcionários do grupo profissional de auxiliares, o que pode explicar os níveis de conhecimentos mais baixos. Assim, confirma-se a hipótese de que existem diferenças dos níveis de conhecimentos em relação à sexualidade na terceira idade e o regime de horário laboral dos cuidadores formais, mas não se confirma relativamente às atitudes.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que exercem a sua atividade laboral em instituições com fins lucrativos e instituições sem fins lucrativos, pelo que podemos constatar que a tipologia da instituição e as diferenças de funcionamento que possam existir entre elas não influenciam os níveis de conhecimentos e as atitudes dos cuidadores formais em relação à sexualidade na terceira idade. Assim, não se confirma a hipótese de que existem diferenças entre os níveis de conhecimentos e atitudes em relação à sexualidade na terceira idade e a tipologia das instituições onde os cuidadores exercem a sua atividade profissional. Shuttleworth et al. (2010) referem que as políticas de funcionamento e a formação dos seus funcionários variam bastante de instituição para instituição. As linhas de orientação da formação e treino dos seus funcionários devem incluir nos seus conteúdos programáticas a saúde sexual e o processo de envelhecimento, permitindo assim uma melhoria significativa dos cuidados prestados.

6. Conclusão

A realização deste estudo permitiu-nos concluir que a sexualidade na terceira idade ainda se mantém um assunto delicado para os cuidadores formais de pessoas idosas, uma vez que mais de metade dos funcionários optou por não responder ao nosso questionário e, dos que responderam, 21 responderam a um número reduzido de questões, impossibilitando a sua inclusão na investigação.

Os indivíduos qualificados apresentaram melhores taxas de resposta, pelo que demonstram uma maior sensibilidade a estas temáticas, o que também explica a elevada percentagem de indivíduos na amostra com formação superior ou pós-graduada. Contudo, a maioria dos participantes é não qualificado.

Através da análise estatística foi possível verificar que os sujeitos têm níveis relativamente bons de conhecimentos acerca da sexualidade na terceira idade. Quanto às atitudes, verificamos que as atitudes são relativamente permissivas em relação a esta temática. Foi encontrada uma correlação positiva entre estas duas dimensões o que nos indica que os níveis de conhecimentos determinam as atitudes dos cuidadores formais de pessoas idosas.

Constatamos ainda que a maioria dos cuidadores formais pertence ao género feminino, sendo que a maioria pertence ao estado civil de solteiros e casados. A maior parte dos sujeitos não tem filhos.

Foi possível obter resultados estaticamente significativos entre os regimes de escolaridade normais e as Novas Oportunidade. Contudo, os melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas relativamente à sexualidade na terceira dos indivíduos que frequentaram um regime de escolaridade normal devem-se fundamentalmente à diferença de idades que existe entre estes grupos.

Embora a maioria dos sujeitos tenha recebido formação na área em que exerce a sua atividade profissional, constatou-se que nenhum dos indivíduos referiu ter formação na área da sexualidade na terceira idade, pelo que se torna importante a valorização desta temática quer por parte das entidades formados, quer pelos próprios cuidadores, de forma a potenciar-se a qualidade dos serviços prestados.

A relação encontrada entre os níveis de habilitações literárias e as dimensões medidas pelo instrumento demonstram que os graus académicos superiores (ensino superior e pós-graduado) contribuem para um aumento dos conhecimentos na área da sexualidade na terceira idade e para atitudes mais permissivas.

Contudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativos entre os diferentes grupos profissionais, sendo que os técnicos qualificados apresentam melhores níveis de conhecimentos do que os auxiliares. Relativamente às atitudes, o grupo de técnicos qualificados e dos cargos de chefia apresentam atitudes significativamente mais permissiva do que o grupo de auxiliares, o que demonstra que estes têm mais dificuldade em lidar com situações relacionadas com a sexualidade das pessoas idosas.

Foram encontradas diferenças entre o grupo de indivíduos solteiros e de casados, sendo que os primeiros apresentam níveis de conhecimentos mais elevados e atitudes mais permissivas. Contudo, este facto pode dever-se às diferenças de idades entre os sujeitos de cada um destes grupos.

Foi possível constatar que o tempo de experiência profissional tem um impacto significativo ao nível das atitudes dos sujeitos. Quanto maior a experiência profissional, menos permissivas se tornam as suas atitudes, o que nos indica que os profissionais não se encontram preparados para lidar com as manifestações da sexualidade das pessoas idosas.

Também foi possível encontrar uma diferença significativa ao nível dos conhecimentos entre indivíduos que exercem a sua atividade profissional exclusivamente durante o período diurno e aqueles que a exercem em regime de horário rotativo. Os menores níveis de conhecimentos nos sujeitos que trabalham com horários rotativos pode dever-se ao facto de a maioria pertencer ao grupo profissional de auxiliares.

Contudo, não foram encontradas diferenças nas dimensões medidas pelo instrumento nas diferentes tipologias das instituições. Embora as instituições com fins lucrativos sejam, de uma forma geral, mais recentes, com funcionários mais jovens e, possivelmente, maior exigência em termos de formação dos seus funcionários, não existem diferenças estatisticamente significativas entre elas.

Desta forma, recomenda-se que, quer as instituições, quer os próprios cuidadores, considerem investir mais na formação na área da sexualidade e, nomeadamente, na sexualidade na terceira idade. Assim, poder-se-á melhorar não apenas a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas, mas também a qualidade dos serviços prestados.

Convém ainda realçar a necessidade de mais estudos nesta área e, especificamente, na população portuguesa, uma vez que estas temáticas ainda constituem tabus e existem inúmeros mitos acerca da mesma. A ASKAS ainda não se encontra validada para a população e cultura portuguesa pelo que se torna pertinente a realização de investigações para este efeito. Poderá também constituir uma mais-valia a realização de estudos que utilizem uma aleatorização da amostra.

Referências Bibliográficas

- Alves, J. E. D. (2004). As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: «o choque de civilizações» versus progressos civilizatórios. *Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA*, 21–47.
- Ballard, E. L. (1995). Attitudes, myths, and realities: Helping family and professional caregivers cope with sexuality in the Alzheimer's patient. *Sexuality and Disability*, 13(3), 255–270.
- Baron, R. A., & Graziano, W. G. (1990). *Social Psychology* (2ª Edição.). Nova Iorque: Bolt, Rinehart & Winston.
- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 149–161. doi:10.1080/14681990600618879
- Cassel, J. (2005). Sexual Behaviour. *Medicine*, 33(9), 8–9.
- Catania, J. A., Mcdermott, L. J., & Pollack, L. M. (1986). Questionnaire Response Bias and Face-to-Face Interview Sample Bias in Sexuality Research. *The Journal of sex research*, 22(1), 52–72.
- Catania, J. A., & White, C. B. (1982). Sexuality in an aged sample: Cognitive determinants of masturbation. *Archives of Sexual Behavior*, 11(3), 237–245.
- Choi, K.-B., Jang, S.-H., Lee, M.-Y., & Kim, K.-H. (2011). Sexual life and self-esteem in married elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), e17–e20.
- Colson, M.-H. (2007). Sexualité après 60 ans, déclin ou novel âge de vie ? *Sexologies*, 16(2), 91–101.
- Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G., & Davis, S. L. (1998). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Estados Unidos da América: SAGE Publications, Inc.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *The Journal of sex research*, 49(2-3), 125–41.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138–149.
- Dupras, A., & Poissant, M.-S. (1987). The fear of sexuality in residents of a long-term care hospital. *Sexuality and disability*, 8(4), 203–215.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas* (3ª Edição.). Lisboa: Instituto Piaget.
- González, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Ortiz, C. (2006). Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas*, 53(1), 1–10.
- Gott, C. M. (2001). Sexual activity and risk-taking in later life. *Health and social care in the community*, 9(2), 72–8.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social science & medicine*, 56(8), 1617–1628.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004a). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2093–2103.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004b). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science & medicine*, 58(11), 2093–2103.

- Hayes, J., Boylstein, C., & Zimmerman, M. K. (2009). Living and loving with dementia: Negotiating spousal and caregiver identity through narrative. *Journal of Aging Studies, 23*(1), 48–59.
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: a review of the literature. *The Journal of sex research, 48*(2-3), 106–112.
- INE. (2012). *Censos - Resultados definitivos: Portugal - 2011* (Censos No. XV Recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação) (pp 1–560). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido de http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y
- IPPF. (2012). International Planned Parenthood Federation. *Glossary - International Planned Parenthood Federation*. Obtido 25 de Março de 2013, de <http://ippf.org/resources/glossary?g=R>
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry, 53*(4), 300–306. doi:10.4103/0019-5545.91902
- Kaplan, L. (1996). Sexual and institutional issues when one spouse resides in the community and the other lives in a nursing home. *Sexuality and Disability, 14*(4), 281–293.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research, 46*(1), 46–56.
- Lara, L. A. da S., Useche, B., Silva, J. C. R. e, Ferriani, R. A., Reis, R. M., Sá, M. F. S. de, ... Silva, A. C. J. de S. R. e. (2009). Sexuality during the climateric period. *Maturitas, 62*(2), 127–133.
- LaTorre, R. A., & Kear, K. (1977). Attitudes toward sex in the aged. *Archives of Sexual Behavior, 6*(3), 203–213.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine, 357*(8), 762–774. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses’ perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International journal of nursing studies, 48*(9), 1140–1154.
- Mulligan, T., & Palguta Jr, R. F. (1991). Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Archives of sexual behavior, 20*(2), 199–204.
- Nagaratnam, N., & Gayagay, G. (2002). Hypersexuality in nursing care facilities—a descriptive study. *Archives of gerontology and geriatrics, 35*(3), 195–203.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., & Gingell, C. (2006). Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World journal of urology, 24*(4), 423–428.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M., & Hatzichristou, D. (2008). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of gerontology and geriatrics, 46*(2), 191–201.
- Pitkin, J. (2009). Sexuality and the menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 23*(1), 33–52.
- Reingold, D., & Burros, N. (2004). Sexuality in the nursing home. *Journal of Gerontological Social Work, 43*(2-3), 175–186.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and Intimacy in Older Adults. *Geriatric nursing, 29*(5), 342–349.

- Ribeiro, M. T. de F., Ferreira, R. C., Ferreira, E., de Magalhães, F. C. S., & Moreira, A. N. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & saúde coletiva*, (004), 1285–1292.
- Ringheim, K. (1995). Ethical issues in social science research with special reference to sexual behaviour research. *Social science & medicine*, 40(12), 1691–1697. doi:10.1016/0277-9536(94)00279-3
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing*, 48(4), 371–379.
- Rothenberg, M.-I., & Dupras, A. (2010). Sexuality of individuals in the end-of-life stage. *Sexologies*, 19(3), 147–152.
- Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: Contradictory practices within two models of care. *Journal of aging studies*, 23(1), 12–23.
- Santos, A. C. (2002). Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal Politicized sexualities: AIDS activism and sexual orientation in Portugal. *Cad. saúde pública*, 18(3), 595–611.
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in residential aged care: a survey of perceptions and policies in Australian nursing homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187–194. doi:10.1007/s11195-010-9164-6
- Talbott, M. M. (1999). Older widows' attitudes towards men and remarriage. *Journal of Aging Studies*, 12(4), 429–449.
- Taylor, A., & Gosney, M. A. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538–543.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2006). *Psicologia social* (7ª Edição.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido de <http://baes.sdum.uminho.pt/handle/1822.1/23>
- Van der Geest, S. (2001). «No strength»: sex and old age in a rural town in Ghana. *Social Science & Medicine*, 53(10), 1383–1396.
- Vares, T., Potts, A., Gavey, N., & Grace, V. M. (2007). Reconceptualizing cultural narratives of mature women's sexuality in the Viagra era. *Journal of Aging Studies*, 21(2), 153–164.
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M., ... Giami, A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas—comparação transcultural. *Estudos de psicologia*, 9(3), 413–419.
- Vaz, R. A., & Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, 23(3), 329–339.
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of sex research*, 47(2-3), 153–170.
- Vilar, D. (2009). Contributos Para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *E-Cadernos CES*, (4), 7–28.
- Walker, B. L., & Ephross, P. H. (1999). Knowledge and attitudes toward sexuality of a group of elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(1-2), 85–107.
- Wallace, M., & Safer, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatric nursing*, 30(4), 230–7.

Watson, W. K., Bell, N. J., & Stelle, C. (2010). Women narrate later life remarriage: Negotiating the cultural to create the personal. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 302–312.

White, C. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491–502.

WHO. (2002). *Defining Sexual Health* (Report of a technical consultation on sexual health) (pp 1–35). Geneva: World Health Organization. Obtido de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

WHO. (2004). A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Oldes Persons. *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Oldes Persons*. Japão: World Health Organization.

WHO. (2013). WHO | Defining sexual health. *WHO*. Obtido 26 de Março de 2013, de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html

Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J. A., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., ... Dieppe, P. (2006). «Tu» or «Vous?»: A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient education and counseling*, 61(3), 363–371. doi:10.1016/j.pec.2005.04.014

Apêndices

Apêndice A - Folha de Recolha de Dados Sociodemográficos

Dados Sociodemográficos

Data: ___/___/___

- 1. SEXO:** Feminino
 Masculino

2. IDADE: _____

3. Nº DE FILHOS: _____

- 4. ESTADO CIVIL:** Solteiro(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Separado
 União de facto
 Viúvo(a)

5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- 4º ano de escolaridade (1º ciclo do ensino básico)
 6º ano de escolaridade (2º ciclo do ensino básico)
 9º ano (3º ciclo do ensino básico)
 12º ano (ensino secundário)
 Curso tecnológico/profissional (equivalência ao 12º ano)
 Ensino superior
 Formação pós-graduada

6. COMO COMPLETOU O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE?

- Regime Normal
 Ensino Recorrente
 Novas Oportunidades

7. RECEBEU ALGUM TIPO DE FORMAÇÃO NA ÁREA EM EXERCE A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

- Não Sim. Indique qual: _____

Onde recebeu essa formação? No local de trabalho

- Em instituições de ensino
 Em instituições de formação profissional
 Outros

8. QUAL A ATIVIDADE/PROFISSÃO QUE DESEMPENHA NA INSTITUIÇÃO?

8.1 Se mais que uma, qual a principal?

9. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA INSTITUIÇÃO ATUAL?

10. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA INSTITUIÇÃO ATUAL?

11. EM QUE HORÁRIO EXERCE HABITUALMENTE A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

- Diurno
- Noturno
- Rotativo

12. HÁ QUANTO TEMPO TEM ESTE HORÁRIO?

13. QUANTAS HORAS TRABALHA POR SEMANA?

14. QUANTOS FUNCIONÁRIOS EXISTEM, NA SUA INSTITUIÇÃO, COM A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL? _____

15. QUANTOS UTENTES TEM A SEU CARGO?

16. QUANTOS UTENTES SE ENCONTRAM ACAMADOS?

17. ONDE EXERCE, HABITUALMENTE, A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

- Na instituição
- No domicílio dos utentes
- Ambos

18. EXERCE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

- Sim
- Não

19. TEM MAIS ALGUMA FONTE DE RENDIMENTO?

- Sim
- Não

20. TEM MAIS IDOSOS A SEU CARGO (FAMÍLIA OU AMIGOS)?

- Sim
- Não

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Informado

Termo de Consentimento Livre e Informado

Investigadora

Margarida Senra sob orientação do Doutor Horácio Saraiva e coorientação do Fisioterapeuta Vítor Pinheira, aluna do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Eu _____,
nascido(a) a ___/___/____, funcionário(a) da instituição _____,

concordo em participar voluntariamente neste estudo acima mencionado e sei que para a sua realização não terei qualquer tipo de benefício ou recompensa financeira ou de qualquer outro tipo.

É de meu conhecimento que este estudo será desenvolvido num âmbito de uma investigação científica que pretende conhecer as atitudes e os níveis de conhecimento dos cuidadores formais acerca da sexualidade na terceira idade sendo que, para tal, será aplicado um questionário específico que permite medir estas dimensões.

Fui esclarecido(a) que estes questionários serão aplicados num único momento e que o seu preenchimento leva cerca de 15 minutos.

Estou ainda ciente que todas as informações recolhidas durante este estudo serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por terceiros sem a minha devida autorização. Estes mesmos dados, no entanto, poderão ser utilizados para fins da investigação científica, desde que a minha privacidade seja totalmente reservada.

Li e entendi as informações acima referidas, tendo sido esclarecido(a) acerca de todos os riscos e benefícios inerentes a este estudo e que poderei abandonar o mesmo a qualquer altura sem nenhum tipo de implicação ou prejuízo. Qualquer dúvida futura que possa surgir será prontamente esclarecida pelos investigadores.

O(a) participante _____

Data ___/___/____

Anexos

Anexo A - ASKAS - Versão I - Original

Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale

T = True, F = False, DN = Don't Know

1	Sexual activity in aged persons is often dangerous to their health	T	F	DN
2	Males over the age of 65 typically take longer to attain an erection of their penis than do younger males.	T	F	DN
3	Males over the age of 65 usually experience a reduction in the intensity of orgasm relative to younger males.	T	F	DN
4	The firmness of erection in aged males is often less than that of younger males.	T	F	DN
5	The older female (65+ years of age) has reduced vaginal lubrication secretion relative to younger males.	T	F	DN
6	The aged female takes longer to achieve adequate vaginal lubrication relative to younger females.	T	F	DN
7	The older female may experience painful intercourse due to reduced elasticity of the vagina and reduced vaginal lubrication.	T	F	DN
8	Sexuality is typically a lifelong need.	T	F	DN
9	Sexual behaviour in older people (65+) increases the risk of heart attack.	T	F	DN
10	Most males over the age of 65 are unable to engage in sexual intercourse.	T	F	DN
11	The relatively most sexually active younger people tend to become the relatively most sexually active older people.	T	F	DN
12	There is evidence that sexual activity in older persons has beneficial physical effects on the participants.	T	F	DN
13	Sexual activity may be psychologically beneficial to older person participants.	T	F	DN
14	Most older people females are sexually unresponsive.	T	F	DN
15	The sex urge typically increases with age in males over 65.	T	F	DN
16	Prescription drugs may alter a person's sex drive.	T	F	DN
17	Females, after menopause, have a physiological-induced need for sexual activity.	T	F	DN
18	Basically, changes with advanced age (65+) in sexuality involve a slowing of response time rather than a reduction of interest in sex.	T	F	DN
19	Older males typically experience a reduced need to ejaculate and hence may maintain an erection of the penis for a longer time than younger males.	T	F	DN
20	Older males and females cannot act as a sex partners as both need younger partners for stimulation.	T	F	DN
21	The most common determinant of the frequency of sexual activity in older couples is the interest or lack of interest of the husband in a sexual relationship with his wife.	T	F	DN
22	Barbiturates, tranquilizers, and alcohol may lower the sexual arousal levels of aged persons and interfere with sexual responsiveness.	T	F	DN
23	Sexual disinterest in aged persons may be a reflection of a psychological state of depression.	T	F	DN
24	There is a decrease in frequency of sexual activity with older age in males.	T	F	DN
25	There is a greater decrease in male sexuality with age than there is in female sexuality.	T	F	DN
26	Heavy consumption of cigarettes may diminish sexual desire.	T	F	DN
27	An important factor in the maintenance of sexual responsiveness in the aging male is the consistency of sexual activity throughout his life.	T	F	DN
28	Fear of inability to perform sexually may bring about an inability to perform sexually in older males.	T	F	DN
29	The ending of sexual activity in the old age is most likely and primarily due to social and psychological causes rather than biological and physical causes.	T	F	DN
30	Excessive masturbation may bring about an early onset of mental confusion and dementia in the aged.	T	F	DN
31	There is an inevitable loss of sexual satisfaction in the post-menopausal women.	T	F	N/S
32	Secondary impotence (or non-physiologically caused) increases in males over the age of 60 relative to young males.	T	F	DN
33	Impotence in aged males may literally be effectively treated and cured in many instances.	T	F	DN
34	In the absence of severe physical disability males and females may maintain sexual interest and activity well into their 80s and 90s.	T	F	DN
35	Masturbation in older males and females has beneficial effects on the maintenance of sexual responsiveness.	T	F	DN

(7-point Likert-type Scale, where <i>disagree</i> = 1, <i>agree</i> = 7)		1	2	3	4	5	6	7
36	Aged people have little interest in sexuality. (Aged = 65+ years of age).							
37	An aged person who shows sexual interest brings disgrace to himself/herself.							
38	Institutions, such as nursing homes, ought not to encourage or support sexual activity of any sort in their residents.							
39	Male and female residents of nursing homes ought to live on separate floors or separate wings of the nursing home.							
40	Nursing homes have no obligation to provide adequate privacy for residents who desire to be alone, either by themselves or as a couple.							
41	As one becomes older (say, past 65) interest in sexuality inevitably disappears.							
42	If a relative of mine, living in a nursing home, was to have a sexual relationship with another resident I would complain to the management.							
43	If a relative of mine, living in a nursing home, was to have a sexual relationship with another resident I would move my relative from this institution.							
44	If a relative of mine, living in a nursing home, was to have a sexual relationship with another resident I would stay out of it as it is not my concern.							
45	If I knew that a particular nursing home permitted and supported sexual activity in residents who desired such, I would not place a relative in that nursing home.							
46	It is immoral for older persons to engage in recreational sex.							
47	I would like to know more about the changes in sexual functioning in older years.							
48	I feel I know all I need to know about sexuality in the aged.							
49	I would complain to the management if I knew of sexual activity between any residents of a nursing home.							
50	I would support sex education courses for aged residents of nursing homes.							
51	I would support sex education courses for the staff of nursing homes.							
52	Masturbation is an acceptable sexual activity for older males.							
53	Masturbation is an acceptable sexual activity for older females.							
54	Institutions, such as nursing homes, ought to provide large enough beds for couples who desire such to sleep together.							
55	Staff of nursing homes ought to be trained or educated with regard to sexuality in the aged and/or disabled.							
56	Residents of nursing homes ought not to engage in sexuality activity of any sort.							
57	Institutions, such as nursing homes, should provide opportunities for the social interaction of man and women.							
58	Masturbation is harmful and ought to be avoided.							
59	Institutions, such as nursing homes, should provide privacy such as to allow residents to engage in sexual behaviour without fear of intrusion or observation.							
60	If family members object to a widowed relative engaging in sexual relations with another resident of a nursing home, it is the obligation of the management and staff to certain that such activity is prevented.							
61	Sexual relations outside the context of marriage are always wrong.							

Anexo A - ASKAS - Versão II - Tradução Inicial

Escala de Atitudes de Conhecimentos acerca da Sexualidade na Terceira Idade**Assinale as seguintes afirmações como verdadeiras (V), falsas (F) ou não sabe a resposta (N/S).**

1	A atividade sexual nos idosos é, frequentemente, perigosa para a sua saúde.	V	F	N/S
2	Geralmente, os homens com mais de 65 anos levam mais tempo para alcançar uma ereção do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
3	Geralmente, os homens com mais de 65 anos sofrem uma redução da intensidade do orgasmo quando comparados com os homens mais jovens.	V	F	N/S
4	A firmeza da ereção nos homens idosos é menor do que nos homens mais jovens.	V	F	N/S
5	A mulher idosa (com mais de 65 anos) sofre uma redução da lubrificação vaginal relativamente às mulheres mais jovens.	V	F	N/S
6	As mulheres idosas levam mais tempo a atingir uma lubrificação vaginal adequada do que a mulheres mais jovens.	V	F	N/S
7	O ato sexual pode ser doloroso na mulher idosa devido à redução da elasticidade e da lubrificação vaginal.	V	F	N/S
8	A sexualidade é, geralmente, uma necessidade que se encontra presente durante toda a vida.	V	F	N/S
9	O comportamento sexual nos idosos (com mais de 65 anos) aumenta o risco de ataque cardíaco.	V	F	N/S
10	A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.	V	F	N/S
11	Jovens com mais atividade sexual tendem a tornar-se em idosos com mais atividade sexual.	V	F	N/S
12	Existem evidências em como a atividade sexual nos idosos traz benefícios físicos para os mesmos.	V	F	N/S
13	A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para as pessoas idosas.	V	F	N/S
14	A maioria das mulheres idosas é fria sexualmente.	V	F	N/S
15	Geralmente, o desejo sexual aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	V	F	N/S
16	Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.	V	F	N/S
17	Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	V	F	N/S
18	Geralmente, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos estão mais relacionadas com respostas mais lentas do que com uma diminuição do interesse por sexo.	V	F	N/S
19	Geralmente, os homens idosos têm uma menor necessidade de ejacular e, portanto, conseguem manter uma ereção do pênis durante mais tempo do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
20	As mulheres e os homens idosos não podem ser parceiros sexuais entre si pois ambos necessitam de parceiros mais jovens para serem estimulados.	V	F	N/S
21	O fator determinante mais comum da frequência da atividade sexual nos casais idosos é o interesse ou falta de interesse por parte do marido em ter relações sexuais com a sua mulher.	V	F	N/S
22	Os sedativos, ansiolíticos e o álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas idosas e interferir na capacidade de resposta sexual.	V	F	N/S
23	A falta de interesse sexual das pessoas idosas pode ser devido a um estado psicológico de depressão.	V	F	N/S
24	Com o aumento da idade existe uma diminuição na frequência de atividade sexual nos homens idosos.	V	F	N/S
25	Com o avançar da idade, ocorre uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	V	F	N/S
26	O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.	V	F	N/S
27	Um fator importante na manutenção da resposta sexual no homem idoso é a continuidade da atividade sexual ao longo da vida.	V	F	N/S
28	O medo de não ser capaz de desempenhar a atividade sexual pode provocar uma incapacidade no desempenho sexual em homens idosos.	V	F	N/S
29	O fim da atividade sexual na terceira idade deve-se principalmente a fatores sociais e psicológicos e não a causas biológicas ou físicas.	V	F	N/S
30	A masturbação excessiva pode provocar um estado de confusão mental e demência precoce em idosos.	V	F	N/S
31	Existe uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres após a menopausa.	V	F	N/S
32	A impotência secundária (causas não fisiológicas) aumenta nos homens com mais de 60 anos, relativamente aos homens mais jovens.	V	F	N/S
33	Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser efetivamente tratada e curada.	V	F	N/S
34	Na ausência de incapacidade física grave, homens e mulheres podem manter o interesse sexual e a atividade sexual até depois dos 80 e 90 anos.	V	F	N/S
35	A masturbação nas mulheres e homens idosos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.	V	F	N/S

Assinale com uma cruz (X) se discorda ou concorda com as seguintes afirmações, sendo que 1=discordo e 7=concordo.		1	2	3	4	5	6	7
36	As pessoas idosas (mais de 65 anos) têm pouco interesse na sexualidade.							
37	É vergonhoso uma pessoa idosa demonstrar interesse por sexo.							
38	Instituições como os lares de terceira idade não devem encorajar nem apoiar qualquer tipo de atividade sexual nos seus utentes.							
39	Os homens e as mulheres, utentes de lares de terceira idade, deveriam viver em pisos diferentes ou em alas separadas dessas mesmas instituições.							
40	Os lares de terceira idade não têm qualquer obrigação de garantir privacidade para os utentes que desejem estar sozinhos ou com os seus parceiros.							
41	O desejo sexual de uma pessoa com mais de 65 anos acaba inevitavelmente por desaparecer.							
42	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: faria uma reclamação à administração.							
43	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: iria transferir o meu familiar para outra instituição.							
44	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: não me meteria no assunto, uma vez que não me diz respeito.							
45	Eu não colocaria um familiar numa instituição que permitisse e apoiasse as atividades sexuais dos seus utentes.							
46	É imoral que os idosos pratiquem sexo casual (sem compromisso).							
47	Eu gostaria de aprender mais acerca das mudanças no funcionamento sexual na terceira idade.							
48	Eu acho que sei tudo o que preciso saber sobre a sexualidade na terceira idade.							
49	Eu iria fazer queixa à administração se soubesse da existência de atividades sexuais entre utentes de uma instituição de terceira idade.							
50	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os utentes de uma instituição de terceira idade.							
51	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os funcionários de uma instituição de terceira idade.							
52	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens idosos.							
53	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres idosas.							
54	Instituições, tais como os lares de terceira idade, deveriam dispor de camas de casal para os casais que desejassem dormir juntos.							
55	Os funcionários de lares para idosos deveriam receber formação acerca da sexualidade nos idosos com ou sem deficiência.							
56	Os utentes dos lares de terceira idade não deveriam ter atividade sexual de qualquer tipo.							
57	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam criar oportunidades para a inserção social entre homens e mulheres.							
58	A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.							
59	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam ter condições de privacidade que permitissem aos seus utentes ter comportamentos sexuais sem medo de serem observados ou incomodados.							
60	Caso a família deseje, é obrigação da instituição e dos seus funcionários impedir que o idoso viúvo tenha atividade sexual.							
61	As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.							

Anexo A - ASKAS - Versão III - Sugestão de Tradução I

Escala de Atitudes de Conhecimentos acerca da Sexualidade na Terceira Idade

Assinale as seguintes afirmações como verdadeiras (V), falsas (F) ou não sabe a resposta (N/S).

1	A atividade sexual nos idosos é, frequentemente, perigosa para a sua saúde.	V	F	N/S
2	Geralmente, os homens com mais de 65 anos levam mais tempo para alcançar uma ereção do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
3	Geralmente, os homens com mais de 65 anos sofrem uma redução da intensidade do orgasmo quando comparados com os homens mais jovens.	V	F	N/S
4	A firmeza da ereção nos homens idosos é geralmente menor do que nos homens mais jovens.	V	F	N/S
5	A mulher idosa (com mais de 65 anos) tem uma secreção de lubrificação vaginal reduzida relativamente às mulheres mais jovens.	V	F	N/S
6	A mulher idosa leva mais tempo a atingir uma lubrificação vaginal adequada do que a mulheres mais jovens.	V	F	N/S
7	A mulher mais idosa pode sentir dores aquando das relações sexuais, devido à redução da elasticidade da vagina e da reduzida lubrificação vaginal.	V	F	N/S
8	A sexualidade é, geralmente, uma necessidade que se encontra presente durante toda a vida.	V	F	N/S
9	O comportamento sexual nos idosos (com mais de 65 anos) aumenta o risco de ataque cardíaco.	V	F	N/S
10	A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.	V	F	N/S
11	Os jovens que relativamente são sexualmente mais ativos tendem a tornar-se em idosos sexualmente mais ativos.	V	F	N/S
12	Existem evidências em como a atividade sexual nos idosos traz benefícios físicos para os mesmos.	V	F	N/S
13	A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para as pessoas idosas.	V	F	N/S
14	A maioria das mulheres idosas é sexualmente fria.	V	F	N/S
15	Geralmente, o desejo sexual aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	V	F	N/S
16	Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.	V	F	N/S
17	Após a menopausa, as mulheres têm uma necessidade fisiológico-induzida de atividade sexual.	V	F	N/S
18	Geralmente, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos estão mais relacionadas com respostas mais lentas do que com uma diminuição do interesse por sexo.	V	F	N/S
19	Geralmente, os homens idosos têm uma menor necessidade de ejacular e, portanto, conseguem manter uma ereção do pénis durante mais tempo do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
20	As mulheres e os homens idosos não podem ser parceiros sexuais entre si pois ambos necessitam de parceiros mais jovens para serem estimulados.	V	F	N/S
21	O fator determinante mais comum da frequência da atividade sexual nos casais idosos é o interesse ou falta de interesse por parte do marido em ter relações sexuais com a sua mulher.	V	F	N/S
22	Os sedativos, ansiolíticos e o álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas idosas e interferir na capacidade de resposta sexual.	V	F	N/S
23	O desinteresse sexual das pessoas idosas pode ser um reflexo de um estado psicológico de depressão.	V	F	N/S
24	Com o aumento da idade existe uma diminuição na frequência de atividade sexual nos homens idosos.	V	F	N/S
25	Com o avançar da idade, ocorre uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	V	F	N/S
26	O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.	V	F	N/S
27	Um fator importante na manutenção da resposta sexual no homem idoso é a continuidade da atividade sexual ao longo da vida.	V	F	N/S
28	O medo de não ser capaz de desempenhar a atividade sexual pode provocar uma incapacidade no desempenho sexual em homens idosos.	V	F	N/S
29	O fim da atividade sexual na terceira idade deve-se principalmente a fatores sociais e psicológicos e não a causas biológicas ou físicas.	V	F	N/S
30	A masturbação excessiva pode provocar um estado precoce de confusão mental e demência em idosos.	V	F	N/S
31	Existe uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres após a menopausa.	V	F	N/S
32	A impotência secundária (ou não-fisiologicamente causada) aumenta nos homens com mais de 60 anos, relativamente aos homens mais jovens.	V	F	N/S
33	Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser efetivamente tratada e curada.	V	F	N/S
34	Na ausência de incapacidade física grave, homens e mulheres podem manter o interesse sexual e a atividade sexual até depois dos 80 e 90 anos.	V	F	N/S
35	A masturbação nas mulheres e homens idosos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.	V	F	N/S

Assinale com uma cruz (X) se discorda ou concorda com as seguintes afirmações, sendo que 1=discordo e 7=concordo.		1	2	3	4	5	6	7
36	As pessoas idosas (mais de 65 anos) têm pouco interesse na sexualidade.							
37	É vergonhoso uma pessoa idosa demonstrar interesse por sexo.							
38	Instituições como os lares de terceira idade não devem encorajar nem apoiar qualquer tipo de atividade sexual nos seus utentes.							
39	Os homens e as mulheres, utentes de lares de terceira idade, deveriam viver em pisos diferentes ou em alas separadas dessas mesmas instituições.							
40	Os lares de terceira idade não têm qualquer obrigação de garantir privacidade aos utentes que desejem estar sozinhos ou com os seus parceiros.							
41	O desejo sexual de uma pessoa com mais de 65 anos acaba inevitavelmente por desaparecer.							
42	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: faria uma reclamação à administração.							
43	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: transferiria o meu familiar para outra instituição.							
44	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: não me meteria no assunto, uma vez que não me diz respeito.							
45	Eu não colocaria um familiar numa instituição que permitisse e apoiasse as atividades sexuais dos seus utentes.							
46	É imoral que os idosos pratiquem sexo casual (sem compromisso).							
47	Eu gostaria de aprender mais acerca das mudanças no funcionamento sexual na terceira idade.							
48	Eu acho que sei tudo o que preciso saber sobre a sexualidade na terceira idade.							
49	Eu faria queixa à administração se soubesse da existência de atividades sexuais entre utentes de uma instituição de terceira idade.							
50	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os utentes de uma instituição de terceira idade.							
51	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os funcionários de uma instituição de terceira idade.							
52	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens idosos.							
53	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres idosas.							
54	Instituições, tais como os lares de terceira idade, deveriam dispor de camas de casal para os casais que desejassem dormir juntos.							
55	Os funcionários de lares para idosos deveriam receber formação acerca da sexualidade nos idosos com ou sem deficiência.							
56	Os utentes dos lares de terceira idade não deveriam envolver-se em atividade sexual de qualquer tipo.							
57	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam criar oportunidades para a interação social entre homens e mulheres.							
58	A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.							
59	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam ter condições de privacidade que permitissem aos seus utentes ter comportamentos sexuais sem medo de serem observados ou incomodados.							
60	Caso a família deseje, é obrigação da instituição e dos seus funcionários impedir que o idoso viúvo tenha atividade sexual.							
61	As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.							

Anexo A - ASKAS - Versão IV - Sugestão de Tradução II

Escala de Atitudes de Conhecimentos acerca da Sexualidade na Terceira Idade

Assinale as seguintes afirmações como verdadeiras (V), falsas (F) ou não sabe a resposta (N/S).

1	A atividade sexual nos idosos é, frequentemente, perigosa para a sua saúde.	V	F	N/S
2	Geralmente, os homens com mais de 65 anos levam mais tempo para alcançar uma ereção do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
3	Geralmente, os homens com mais de 65 anos sofrem uma redução da intensidade do orgasmo quando comparados com os homens mais jovens.	V	F	N/S
4	A firmeza da ereção nos homens idosos é menor do que nos homens mais jovens.	V	F	N/S
5	A mulher idosa (com mais de 65 anos) sofre uma redução da lubrificação vaginal relativamente às mulheres mais jovens.	V	F	N/S
6	As mulheres idosas levam mais tempo a atingir uma lubrificação vaginal adequada do que a mulheres mais jovens.	V	F	N/S
7	O ato sexual pode ser doloroso na mulher idosa devido à redução da elasticidade e da lubrificação vaginal.	V	F	N/S
8	A sexualidade é, geralmente, uma necessidade que se encontra presente durante toda a vida.	V	F	N/S
9	O comportamento sexual nos idosos (com mais de 65 anos) aumenta o risco de ataque cardíaco.	V	F	N/S
10	A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.	V	F	N/S
11	Jovens com atividade sexual relativamente maior tendem a tornar-se nos idosos com atividade sexual relativamente maior.	V	F	N/S
12	Existem evidências em como a atividade sexual nos idosos traz benefícios físicos para os mesmos.	V	F	N/S
13	A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para as pessoas idosas.	V	F	N/S
14	A maioria das mulheres idosas tem menor desejo sexual.	V	F	N/S
15	Geralmente, o desejo sexual aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	V	F	N/S
16	Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.	V	F	N/S
17	Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	V	F	N/S
18	Basicamente, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos estão mais relacionadas com respostas mais lentas do que com uma diminuição do interesse por sexo.	V	F	N/S
19	Geralmente, os homens idosos têm uma menor necessidade de ejacular e, portanto, conseguem manter uma ereção do pênis durante mais tempo do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
20	As mulheres e os homens idosos não podem ser parceiros sexuais entre si pois ambos necessitam de parceiros mais jovens para serem estimulados.	V	F	N/S
21	O fator determinante mais comum da frequência da atividade sexual nos casais idosos é o interesse ou falta de interesse por parte do marido em ter relações sexuais com a sua mulher.	V	F	N/S
22	Os sedativos, ansiolíticos e o álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas idosas e interferir na capacidade de resposta sexual.	V	F	N/S
23	A falta de interesse sexual das pessoas idosas pode ser devido a um estado psicológico de depressão.	V	F	N/S
24	Com o aumento da idade existe uma diminuição na frequência de atividade sexual nos homens idosos.	V	F	N/S
25	Com o avançar da idade, ocorre uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	V	F	N/S
26	O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.	V	F	N/S
27	Um fator importante na manutenção da resposta sexual no homem idoso é a continuidade da atividade sexual ao longo da vida.	V	F	N/S
28	O medo de não ser capaz de desempenhar a atividade sexual pode provocar uma incapacidade no desempenho sexual em homens idosos.	V	F	N/S
29	O fim da atividade sexual na terceira idade deve-se principalmente a fatores sociais e psicológicos e não a causas biológicas ou físicas.	V	F	N/S
30	A masturbação excessiva pode provocar um estado de confusão mental e demência precoce em idosos.	V	F	N/S
31	Existe uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres após a menopausa.	V	F	N/S
32	A impotência secundária (causas não fisiológicas) aumenta nos homens com mais de 60 anos, relativamente aos homens mais jovens.	V	F	N/S
33	Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser efetivamente tratada e curada.	V	F	N/S
34	Na ausência de incapacidade física grave, homens e mulheres podem manter o interesse sexual e a atividade sexual até aos 80 e 90 anos.	V	F	N/S
35	A masturbação nas mulheres e homens idosos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.	V	F	N/S

Assinale com uma cruz (X) se discorda ou concorda com as seguintes afirmações, sendo que 1=discordo e 7=concordo.		1	2	3	4	5	6	7
36	As pessoas idosas (mais de 65 anos) têm pouco interesse na sexualidade.							
37	É vergonhoso uma pessoa idosa demonstrar interesse por sexo.							
38	Instituições como os lares de terceira idade não devem encorajar nem apoiar qualquer tipo de atividade sexual nos seus utentes.							
39	Os homens e as mulheres, utentes de lares de terceira idade, deveriam viver em pisos diferentes ou em alas separadas dessas mesmas instituições.							
40	Os lares de terceira idade não têm qualquer obrigação de garantir privacidade para os utentes que desejem estar sozinhos ou com os seus parceiros.							
41	O desejo sexual de uma pessoa com mais de 65 anos acaba inevitavelmente por desaparecer.							
42	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: faria uma reclamação à administração.							
43	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: iria transferir o meu familiar para outra instituição.							
44	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade tivesse uma relação sexual com outro utente eu: não me meteria no assunto, uma vez que não me diz respeito.							
45	Eu não colocaria um familiar numa instituição que permitisse e apoiasse as atividades sexuais dos seus utentes.							
46	É imoral que os idosos pratiquem sexo casual (sem compromisso).							
47	Eu gostaria de aprender mais acerca das mudanças no funcionamento sexual na terceira idade.							
48	Eu acho que sei tudo o que preciso saber sobre a sexualidade na terceira idade.							
49	Eu iria fazer queixa à administração se soubesse da existência de atividades sexuais entre utentes de uma instituição de terceira idade.							
50	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os utentes de uma instituição de terceira idade.							
51	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os funcionários de uma instituição de terceira idade.							
52	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens idosos.							
53	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres idosas.							
54	Instituições, tais como os lares de terceira idade, deveriam dispor de camas de casal para os casais que desejassem dormir juntos.							
55	Os funcionários de lares para idosos deveriam receber formação acerca da sexualidade nos idosos com ou sem deficiência.							
56	Os utentes dos lares de terceira idade não deveriam ter atividade sexual de qualquer tipo.							
57	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam criar oportunidades para a interação social entre homens e mulheres.							
58	A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.							
59	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam ter condições de privacidade que permitissem aos seus utentes ter comportamentos sexuais sem medo de serem observados ou incomodados.							
60	Caso a família deseje, é obrigação da instituição e dos seus funcionários impedir que o idoso viúvo tenha atividade sexual.							
61	As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.							

Anexo A - ASKAS - Versão de Consenso (Pré-Teste)

Escala de Atitudes de Conhecimentos acerca da Sexualidade na Terceira Idade

Assinale as seguintes afirmações como verdadeiras (V), falsas (F) ou não sabe a resposta (N/S).

1	A atividade sexual nos idosos é, frequentemente, perigosa para a sua saúde.	V	F	N/S
2	Geralmente, os homens com mais de 65 anos levam mais tempo para alcançar uma ereção do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
3	Geralmente, os homens com mais de 65 anos sofrem uma redução da intensidade do orgasmo quando comparados com os homens mais jovens.	V	F	N/S
4	A firmeza da ereção nos homens idosos é menor do que nos homens mais jovens.	V	F	N/S
5	A mulher idosa (com mais de 65 anos) sofre uma redução da lubrificação vaginal relativamente às mulheres mais jovens.	V	F	N/S
6	A mulher idosa leva mais tempo a atingir uma lubrificação vaginal adequada do que a mulher mais jovem.	V	F	N/S
7	A mulher mais idosa pode sentir dores aquando das relações sexuais, devido à redução da elasticidade da vagina e da reduzida lubrificação vaginal.	V	F	N/S
8	A sexualidade é, geralmente, uma necessidade que se encontra presente durante toda a vida.	V	F	N/S
9	O comportamento sexual nos idosos (com mais de 65 anos) aumenta o risco de ataque cardíaco.	V	F	N/S
10	A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.	V	F	N/S
11	Jovens com mais atividade sexual tendem a tornar-se em idosos com mais atividade sexual.	V	F	N/S
12	Existem evidências em como a atividade sexual nos idosos traz benefícios físicos para os mesmos.	V	F	N/S
13	A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para as pessoas idosas.	V	F	N/S
14	A maioria das mulheres idosas é sexualmente fria.	V	F	N/S
15	Geralmente, o desejo sexual aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	V	F	N/S
16	Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.	V	F	N/S
17	Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	V	F	N/S
18	Geralmente, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos estão mais relacionadas com respostas mais lentas do que com uma diminuição do interesse por sexo.	V	F	N/S
19	Geralmente, os homens idosos têm uma menor necessidade de ejacular e, portanto, conseguem manter uma ereção do pénis durante mais tempo do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
20	As mulheres e os homens idosos não podem ser parceiros sexuais entre si pois ambos necessitam de parceiros mais jovens para serem estimulados.	V	F	N/S
21	O fator determinante mais comum da frequência da atividade sexual nos casais idosos é o interesse ou falta de interesse por parte do marido em ter relações sexuais com a sua mulher.	V	F	N/S
22	Os sedativos, ansiolíticos e o álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas idosas e interferir na capacidade de resposta sexual.	V	F	N/S
23	A falta de interesse sexual das pessoas idosas pode ser devido a um estado psicológico de depressão.	V	F	N/S
24	Com o aumento da idade existe uma diminuição na frequência de atividade sexual nos homens idosos.	V	F	N/S
25	Com o avançar da idade, ocorre uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	V	F	N/S
26	O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.	V	F	N/S
27	Um fator importante na manutenção da resposta sexual no homem idoso é a continuidade da atividade sexual ao longo da vida.	V	F	N/S
28	O medo de não ser capaz de desempenhar a atividade sexual pode provocar uma incapacidade no desempenho sexual em homens idosos.	V	F	N/S
29	O fim da atividade sexual na terceira idade deve-se principalmente a fatores sociais e psicológicos e não a causas biológicas ou físicas.	V	F	N/S
30	A masturbação excessiva pode provocar um estado precoce de confusão mental e demência em idosos.	V	F	N/S
31	Existe uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres após a menopausa.	V	F	N/S
32	A impotência secundária (origem não fisiológica) aumenta nos homens com mais de 60 anos, relativamente aos homens mais jovens.	V	F	N/S
33	Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser efetivamente tratada e curada.	V	F	N/S
34	Na ausência de incapacidade física grave, homens e mulheres podem manter o interesse sexual e a atividade sexual até depois dos 80 e 90 anos.	V	F	N/S
35	A masturbação nas mulheres e homens idosos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.	V	F	N/S

Assinale com uma cruz (X) se discorda ou concorda com as seguintes afirmações, sendo que 1=discordo e 7=concordo.		1	2	3	4	5	6	7
36	As pessoas idosas (mais de 65 anos) têm pouco interesse na sexualidade.							
37	É vergonhoso uma pessoa idosa demonstrar interesse por sexo.							
38	Instituições como os lares de terceira idade não devem encorajar nem apoiar qualquer tipo de atividade sexual nos seus utentes.							
39	Os homens e as mulheres, utentes de lares de terceira idade, deveriam viver em pisos diferentes ou em alas separadas dessas mesmas instituições.							
40	Os lares de terceira idade não têm qualquer obrigação de garantir privacidade aos utentes que desejem estar sozinhos ou com os seus parceiros.							
41	O desejo sexual de uma pessoa com mais de 65 anos acaba inevitavelmente por desaparecer.							
42	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu faria uma reclamação à administração.							
43	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu transferiria o meu familiar para outra instituição.							
44	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu não me meteria no assunto, uma vez que não me diz respeito.							
45	Eu não colocaria um familiar numa instituição que permitisse e apoiasse as atividades sexuais dos seus utentes.							
46	É imoral que os idosos pratiquem sexo casual (sem compromisso).							
47	Eu gostaria de aprender mais acerca das mudanças no funcionamento sexual na terceira idade.							
48	Eu acho que sei tudo o que preciso saber sobre a sexualidade na terceira idade.							
49	Eu faria queixa à administração se soubesse da existência de atividades sexuais entre utentes de uma instituição de terceira idade.							
50	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os utentes de uma instituição de terceira idade.							
51	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os funcionários de uma instituição de terceira idade.							
52	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens idosos.							
53	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres idosas.							
54	Instituições, tais como os lares de terceira idade, deveriam dispor de camas de casal para os casais que desejassem dormir juntos.							
55	Os funcionários de lares para idosos deveriam receber formação acerca da sexualidade nos idosos com ou sem deficiência.							
56	Os utentes dos lares de terceira idade não deveriam envolver-se em atividade sexuais de qualquer tipo.							
57	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam criar oportunidades para a inserção social entre homens e mulheres.							
58	A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.							
59	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam ter condições de privacidade que permitissem aos seus utentes ter comportamentos sexuais sem medo de serem observados ou incomodados.							
60	Caso a família deseje, é obrigação da instituição e dos seus funcionários impedir que o idoso viúvo tenha atividade sexual.							
61	As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.							

Anexo A - ASKAS - Versão Final

Escala de Atitudes de Conhecimentos acerca da Sexualidade na Terceira Idade

Assinale as seguintes afirmações como verdadeiras (V), falsas (F) ou não sabe a resposta (N/S).

1	A atividade sexual nos idosos é, frequentemente, perigosa para a sua saúde.	V	F	N/S
2	Geralmente, os homens com mais de 65 anos levam mais tempo para alcançar uma ereção do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
3	Geralmente, os homens com mais de 65 anos sofrem uma redução da intensidade do orgasmo quando comparados com os homens mais jovens.	V	F	N/S
4	A firmeza da ereção nos homens idosos é menor do que nos homens mais jovens.	V	F	N/S
5	A mulher idosa (com mais de 65 anos) sofre uma redução da lubrificação vaginal relativamente às mulheres mais jovens.	V	F	N/S
6	A mulher idosa leva mais tempo a atingir uma lubrificação vaginal adequada do que a mulher mais jovem.	V	F	N/S
7	A mulher mais idosa pode sentir dores aquando das relações sexuais, devido à redução da elasticidade da vagina e da reduzida lubrificação vaginal.	V	F	N/S
8	A sexualidade é, geralmente, uma necessidade que se encontra presente durante toda a vida.	V	F	N/S
9	O comportamento sexual nos idosos (com mais de 65 anos) aumenta o risco de ataque cardíaco.	V	F	N/S
10	A maioria dos homens com mais de 65 anos não consegue ter relações sexuais.	V	F	N/S
11	Jovens com mais atividade sexual tendem a tornar-se em idosos com mais atividade sexual.	V	F	N/S
12	Existem evidências em como a atividade sexual nos idosos traz benefícios físicos para os mesmos.	V	F	N/S
13	A atividade sexual pode ser psicologicamente benéfica para as pessoas idosas.	V	F	N/S
14	A maioria das mulheres idosas é sexualmente fria.	V	F	N/S
15	Geralmente, o desejo sexual aumenta com a idade em homens com mais de 65 anos.	V	F	N/S
16	Medicamentos podem alterar o desejo sexual de uma pessoa.	V	F	N/S
17	Após a menopausa, o organismo das mulheres passa a ter necessidade de atividade sexual.	V	F	N/S
18	Geralmente, as mudanças na sexualidade das pessoas com mais de 65 anos estão mais relacionadas com respostas mais lentas do que com uma diminuição do interesse por sexo.	V	F	N/S
19	Geralmente, os homens idosos têm uma menor necessidade de ejacular e, portanto, conseguem manter uma ereção do pênis durante mais tempo do que os homens mais jovens.	V	F	N/S
20	As mulheres e os homens idosos não podem ser parceiros sexuais entre si pois ambos necessitam de parceiros mais jovens para serem estimulados.	V	F	N/S
21	O fator determinante mais comum da frequência da atividade sexual nos casais idosos é o interesse ou falta de interesse por parte do marido em ter relações sexuais com a sua mulher.	V	F	N/S
22	Os sedativos, ansiolíticos e o álcool podem diminuir os níveis de excitação sexual das pessoas idosas e interferir na capacidade de resposta sexual.	V	F	N/S
23	A falta de interesse sexual das pessoas idosas pode ser devido a um estado psicológico de depressão.	V	F	N/S
24	Com o aumento da idade existe uma diminuição na frequência de atividade sexual nos homens idosos.	V	F	N/S
25	Com o avançar da idade, ocorre uma maior redução na sexualidade masculina do que na feminina.	V	F	N/S
26	O consumo exagerado de cigarros pode diminuir o desejo sexual.	V	F	N/S
27	Um fator importante na manutenção da resposta sexual no homem idoso é a continuidade da atividade sexual ao longo da vida.	V	F	N/S
28	O medo de não ser capaz de desempenhar a atividade sexual pode provocar uma incapacidade no desempenho sexual em homens idosos.	V	F	N/S
29	O fim da atividade sexual na terceira idade deve-se principalmente a fatores sociais e psicológicos e não a causas biológicas ou físicas.	V	F	N/S
30	A masturbação excessiva pode provocar um estado precoce de confusão mental e demência em idosos.	V	F	N/S
31	Existe uma perda inevitável da satisfação sexual nas mulheres após a menopausa.	V	F	N/S
32	A impotência secundária (origem não fisiológica) aumenta nos homens com mais de 60 anos, relativamente aos homens mais jovens.	V	F	N/S
33	Em muitos casos, a impotência em homens idosos pode ser efetivamente tratada e curada.	V	F	N/S
34	Na ausência de incapacidade física grave, homens e mulheres podem manter o interesse sexual e a atividade sexual até depois dos 80 e 90 anos.	V	F	N/S
35	A masturbação nas mulheres e homens idosos traz benefícios para a manutenção da resposta sexual.	V	F	N/S

Assinale com uma cruz (X) se discorda ou concorda com as seguintes afirmações, sendo que 1=discordo e 7=concordo.		1	2	3	4	5	6	7
36	As pessoas idosas (mais de 65 anos) têm pouco interesse na sexualidade.							
37	É vergonhoso uma pessoa idosa demonstrar interesse por sexo.							
38	Instituições como os lares de terceira idade não devem encorajar nem apoiar qualquer tipo de atividade sexual nos seus utentes.							
39	Os homens e as mulheres, utentes de lares de terceira idade, deveriam viver em pisos diferentes ou em alas separadas dessas mesmas instituições.							
40	Os lares de terceira idade não têm qualquer obrigação de garantir privacidade aos utentes que desejem estar sozinhos ou com os seus parceiros.							
41	O desejo sexual de uma pessoa com mais de 65 anos acaba inevitavelmente por desaparecer.							
42	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu faria uma reclamação à administração.							
43	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu transferiria o meu familiar para outra instituição.							
44	Se um familiar meu, institucionalizado num lar de terceira idade, tivesse uma relação sexual com outro utente eu não me meteria no assunto, uma vez que não me diz respeito.							
45	Eu não colocaria um familiar numa instituição que permitisse e apoiasse as atividades sexuais dos seus utentes.							
46	É imoral que os idosos pratiquem sexo casual (sem compromisso).							
47	Eu gostaria de aprender mais acerca das mudanças no funcionamento sexual na terceira idade.							
48	Eu acho que sei tudo o que preciso saber sobre a sexualidade na terceira idade.							
49	Eu faria queixa à administração se soubesse da existência de atividades sexuais entre utentes de uma instituição de terceira idade.							
50	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os utentes de uma instituição de terceira idade.							
51	Eu apoiaria cursos de educação sexual para os funcionários de uma instituição de terceira idade.							
52	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para os homens idosos.							
53	A masturbação é uma atividade sexual aceitável para as mulheres idosas.							
54	Instituições, tais como os lares de terceira idade, deveriam dispor de camas de casal para os casais que desejassem dormir juntos.							
55	Os funcionários de lares para idosos deveriam receber formação acerca da sexualidade nos idosos com ou sem deficiência.							
56	Os utentes dos lares de terceira idade não deveriam envolver-se em atividade sexuais de qualquer tipo.							
57	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam criar oportunidades para a interação social entre homens e mulheres.							
58	A masturbação é prejudicial e deve ser evitada.							
59	Instituições tais como os lares de terceira idade deveriam ter condições de privacidade que permitissem aos seus utentes ter comportamentos sexuais sem medo de serem observados ou incomodados.							
60	Caso a família deseje, é obrigação da instituição e dos seus funcionários impedir que o idoso viúvo tenha atividade sexual.							
61	As relações sexuais fora do casamento são sempre erradas.							

Anexo B - Registo de Email do Autor

Dear Dr. Charles **White**,

I have been doing my research for the Master Degree and I have been using your scale (ASKAS), such as I have told you in the previous emails. I have one version sent by you (from the Handbook of Sexuality-Related Measures) and another from Archives of Sexual Behavior. Although, the scores are not the same in these two versions because some of the items that have inverted scoring in one of the articles are not inverted in the other, and vice versa.

So, could you help me by telling me which of the articles is correct or by sending me the correct scoring of the 61 items of ASKAS?

Yours sincerely





Charles White <cwhite@trinity.edu>

19/12/12 ☆



para mim ▾

Margarida:

The correct scoring is in the handbook version. That is the one used in most all prior research.

Chuck White

Charles B. **White**, Ph.D.

Professor, Psychology
Trinity University