



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Lívia Barreto Votta

**A importância das relações afetivas e sexuais para a
qualidade de vida e o bem-estar subjetivo das pessoas idosas**

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento,
apresentada à Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Orientadora:

Prof. Doutora Margarida Pedroso Lima

Coimbra/2018

Dedico este trabalho aos meus pais.

Pai, que me estimulou a entrar no curso, apoiou de todas as formas enquanto esteve presente fisicamente, e hoje acompanha esta vitória em espírito ao lado da minha mãe biológica

Agradecimentos

Agradeço imensamente a minha família. Minha mãe Fátima, que esteve por perto ao longo de toda esta jornada e colaborou para que tudo se tornasse possível. Minha tia Ângela que também me ajudou muito.

Um agradecimento especial ao meu noivo Marcus, que esteve ao meu lado desde o início do mestrado e que não permitiu que eu desistisse quando nada mais fazia sentido. Obrigada por ter sido o meu porto seguro e por ter percorrido todo esse caminho comigo, sem você eu não teria conseguido.

Agradeço à Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima pela orientação e compreensão.

Agradeço às minhas amigas e colegas de turma por todo o companheirismo ao longo desse período.

Agradeço imensamente à todos os idosos que participaram do estudo pela conversa e saberes divididos.

Agradeço à Aposénior, ao Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra, e à Associação de Solidariedade Social dos Professores de Coimbra por terem permitido que eu colhesse inquéritos entre seus frequentadores.

Por fim agradeço à todos da Universidade de Coimbra por terem me acolhido.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo verificar se existe relação entre o grau de importância atribuído pelas pessoas de idade avançada a ter relações afetivas e sexuais, e a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a depressão, o bem-estar subjetivo, e a satisfação com o suporte social desses indivíduos.

Na primeira parte do enquadramento conceitual são abordados os aspectos biológicos, sociais e psicológicos que permeiam o processo de envelhecimento humano. No segundo capítulo dissertamos sobre o conceito de qualidade de vida e de bem-estar subjetivo, considerando os diversos aspectos que compõem os dois construtos e como as alterações na vida dos indivíduos de idade avançada podem afetar sua qualidade de vida e seu bem-estar subjetivo. No terceiro capítulo revisamos as questões relativas aos relacionamentos afetivos e sexuais durante a idade avançada. Desde a influência exercida pelas mudanças fisiológicas, até o contexto e a visão que a sociedade em geral tem em relação aos idosos, além das questões psicológicas ligadas a todo o processo de envelhecimento que influenciam no exercício pleno das vivências amorosas e sexuais durante essa etapa do ciclo de vida.

A amostra é composta por setenta homens e mulheres de 60 anos ou mais residentes na cidade de Coimbra e arredores. Foram selecionados os instrumentos: Ficha de Caracterização Sociodemográfica, EUROHIS-QOL-8, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), EADS- 7, Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Saúde Sexual. Os resultados obtidos revelaram correlações positivas significativas entre as dimensões: afetos positivos, satisfação com os amigos, intimidade e satisfação com a família.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Bem-estar Subjetivo; Afetividade; Sexualidade.

Abstract

The objective of this study is to verify if there is a relationship between the degree of importance attributed by the elderly to having affective and sexual relations, and the quality of life, satisfaction with life, depression, subjective well-being, and satisfaction with the social support of these individuals.

The first part of the conceptual work addresses the biological, social and psychological aspects that permeate the process of human aging. In the second chapter, the concept of quality of life and subjective well-being, considering the different aspects that compose the two constructs and how the changes in the life of the elderly can affect their quality of life and their subjective well-being are discussed. The third chapter discuss the issues of affective and sexual relationships during old age. From the influence exerted by the physiological changes, to the context and the society vision about elderly people, and the psychological questions related to the whole process of aging that may have an influence on the full exercise of the affective and sexual experiences during this stage of the life circle.

The sample is made up of seventy men and women aged 60 years or more living in Coimbra and surroundings. The following instruments were selected: Sociodemographic Characterization Sheet, EUROHIS-QOL-8, Satisfaction With Life Scale (SWLS), EADS-7, Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS), Social Support Satisfaction Scale (ESSS) and Sexual Health. The results obtained revealed significant positive correlations among the dimensions: positive affects, satisfaction with friends, intimacy and satisfaction with the family.

Keywords: Aging; Quality of life; Subjective well-being; Affectivity; Sexuality.

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Média dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Gráfico 2 - Histograma e diagrama tipo caixa para “9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?”

Gráfico 3 - Médias: Relações da importância de ter uma relação amorosa e do sexo com a existência de uma relação de compromisso

Gráfico 4 - Médias: Relações da qualidade de vida com a existência de uma relação de compromisso

Gráfico 5 - Médias: Relações da depressão com a existência de uma relação de compromisso

Gráfico 6 - Médias: Relações dos afetos positivos e negativos com a existência de uma relação de compromisso

Gráfico 7 - Médias: Relações das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) com a existência de uma relação de compromisso

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Frequências de Idade

Tabela 2 - Estatísticas da Idade

Tabela 3 - Frequências de Gênero

Tabela 4 - Frequências do Estado Civil

Tabela 5 - Frequências da Situação Relacional

Tabela 6 - Frequências da Orientação Sexual

Tabela 7 - Frequências da Religião

Tabela 8 - Frequências da Escolaridade

Tabela 9 - Frequências de “Pratica alguma atividade física?”

Tabela 10 - Frequências de “Se respondeu que Sim, qual atividade física pratica?”

Tabela 11 - Frequências de “Participa de algum grupo e/ou outras atividades?”

Tabela 12 - Frequências de “Se respondeu que sim de qual grupo(s) e/ou atividade(s) participa?”

Tabela 13 - Frequências de Zona de Residência

Tabela 14 - Resumo da Caracterização dos Participantes

Tabela 15 - Frequências dos itens da Escala EUROHIS-QOL-8

Tabela 16 - Estatísticas dos itens da Escala EUROHIS-QOL-8

Tabela 17 - Frequências dos itens da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 18 - Estatísticas dos itens da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 19 - Frequências dos itens da Dimensão Depressão da Escala EADS-7

Tabela 20 - Estatísticas dos itens da Dimensão Depressão da Escala EADS-7

Tabela 21 - Frequências dos itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Tabela 22 - Estatísticas dos itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Tabela 23 - Frequências dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Tabela 24 - Estatísticas dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Tabela 25 - Frequências de 1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?

Tabela 26 - Frequências de 2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?

Tabela 27 - Estatísticas das respostas às Questões 1 e 2

Tabela 28 - Frequências de 3. Quantos parceiros sexuais teve ao longo de sua vida?

Tabela 29- Frequências de 4. Considera que ao longo de sua vida, até os 60 anos e de um modo geral, foi uma pessoa sexualmente:

Tabela 30 – Frequências de 5. Qual o grau de satisfação com o nível de atividade sexual que teve, de um modo geral, ao longo de sua vida?

Tabela 31 – Frequências de 6. De um modo geral, em que medida está satisfeito(a) com a sua relação? Selecione a opção que melhor define a sua satisfação.

Tabela 32 – Frequências de 7. Nos últimos 12 meses experienciou algumas das seguintes dificuldades sexuais por um período de pelo menos 3 meses? Selecione quantas opções quiser.

Tabela 33 – Frequências de 8. Em que medida esta dificuldade sexual tem sido perturbadora para si?

Tabela 34 – Frequências de 9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?

Tabela 35 – Estatísticas de 9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?

Tabela 36 – Frequências de “10. Ao longo de sua vida, até os 60 anos e de um modo geral, com que frequência conseguiu chegar ao orgasmo nas relações sexuais com o (a) seu parceiro?”

Tabela 37 - Consistência interna: Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8

Tabela 38 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)

Tabela 39 - Consistência interna: Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 40 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 41 - Consistência interna: Dimensão Depressão da Escala EADS

Tabela 42 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Depressão da Escala EADS

Tabela 43 - Itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Tabela 44 - Consistência interna: Dimensão Afetos Positivos da Escala (PANAS)

Tabela 45 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Afetos Positivos da Escala (PANAS)

Tabela 46 - Consistência interna: Dimensão Afetos Negativos da Escala (PANAS)

Tabela 47 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Afetos Negativos da Escala (PANAS)

Tabela 48 - Itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Tabela 49 - Consistência interna: Dimensão Satisfação com amigos da Escala ESSS

Tabela 50 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Satisfação com amigos da Escala ESSS

Tabela 51 - Consistência interna: Dimensão Intimidade da Escala ESSS

Tabela 52 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Intimidade da Escala ESSS

Tabela 53 - Consistência interna: Dimensão Satisfação com a família da Escala ESSS

Tabela 54 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Satisfação com a família da Escala ESSS

Tabela 55 - Consistência interna: Dimensão Atividades sociais da Escala ESSS

Tabela 56 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Atividades sociais da Escala ESSS

Tabela 57 - Estatísticas para as Escalas e respectivas Dimensões

Tabela 58 - Correlação de Pearson

Tabela 59 - Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores das variáveis em estudo nas categorias da Situação Relacional

Tabela 60 - Estatística descritiva e Testes t de Student e de Mann-Whitney: Relações entre as variáveis em estudo e as categorias da Situação Relacional

Tabela 61 - Coeficientes de determinação

Tabela 62 - ANOVA e Teste F

Tabela 63 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 64 - Coeficientes de determinação

Tabela 65 - ANOVA e Teste F

Tabela 66 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 67 - Coeficientes de determinação

Tabela 68 - ANOVA e Teste F

Tabela 69 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 70 - Coeficientes de determinação

Tabela 71 - ANOVA e Teste F

Tabela 72 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 73 - Coeficientes de determinação

Tabela 74 - ANOVA e Teste F

Tabela 75 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 76 - Coeficientes de determinação

Tabela 77 - ANOVA e Teste F

Tabela 78 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 79 - Coeficientes de determinação

Tabela 80 - ANOVA e Teste F

Tabela 81 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 82 - Coeficientes de determinação

Tabela 83 - ANOVA e Teste F

Tabela 84 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 85 - Coeficientes de determinação

Tabela 86 - ANOVA e Teste F

Tabela 87 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

Tabela 88 - Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores das variáveis em estudo nos dois sexos

Tabela 89 - Estatística descritiva e Testes t de Student e de Mann-Whitney: Relações entre as variáveis em estudo e o sexo

Lista de Abreviaturas

BES – Bem-Estar Subjetivo

OMS – Organização Mundial da Saúde

PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

SWLS – Satisfaction With Life Scale

WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
-----------------	---

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO.....	5
1.1 Dimensão Biológica do Envelhecimento	5
1.2 Dimensão Social do Envelhecimento.....	7
1.3 Dimensão Psicológica do Envelhecimento	10
1.4 A Feminilização da Velhice	14
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA E BEM ESTAR.....	17
2.1 Qualidade de Vida	17
2.2 Bem-estar Subjetivo	19
2.3 Qualidade de Vida e Bem-estar na Idade Avançada	23
CAPÍTULO 3 – SEXUALIDADE E AFETIVIDADE NA IDADE AVANÇADA.....	27
3.1 As Vivências Afetivas e Sexuais na Idade Avançada	27
3.2 Mudanças Fisiológicas Que Podem Afetar a Sexualidade dos Idosos	29
3.3 A construção Social e os Mitos Acerca da Sexualidade dos Idosos	30
3.4 Aspectos Psicológicos Relacionados a Sexualidade na Idade Avançada.....	34

PARTE II - ANÁLISE EMPÍRICA

CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	37
4.1 Objetivos	37
4.2 Hipóteses de Investigação	37
4.3 Procedimentos	38
CAPÍTULO 5 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	39
5.1 Ficha de Caracterização Sociodemográfica	39
5.2 EUROHIS-QOL-8.....	39
5.3 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	40

5.4 EADS- 7	41
5.5 Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS)	42
5.6 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	43
5.7 Saúde Sexual (Carvalheiras, 2015)	43
CAPÍTULO 6 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	44
6.1 Amostra	44
6.2 Caracterização Sociodemográfica	44
CAPÍTULO 7 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
7.1 Apresentação dos Resultados	51
7.1.1 Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)	51
7.1.2 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	52
7.1.3 Dimensão Depressão da Escala EADS	53
7.1.4 Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS).....	54
7.1.5 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	57
7.1.6 Escala de Saúde Sexual	60
7.2 Análise de Consistência Interna das Escalas Utilizadas.....	66
7.3 Escalas e Análise Descritiva.....	76
7.4 Análise das Hipóteses.....	78
CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	104
CONCLUSÃO.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXO	118

INTRODUÇÃO

Os avanços nas pesquisas científicas, as descobertas médicas e o maior acesso aos serviços de saúde e sanitários possibilitaram um grande aumento na esperança de vida dos seres humanos. De acordo com a previsão da Organização Mundial da Saúde, em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo, e o grupo que mais cresce é das pessoas com 80 anos ou mais (OMS, 2001).

O aumento da expectativa de vida está provocando uma grande mudança demográfica, e como a população mundial será cada vez mais composta por indivíduos de idade avançada torna-se essencial estudar e refletir sobre esta etapa da vida.

Historicamente a maioria das investigações e teorias sobre a idade avançada abordavam os declínios, perdas e possíveis patologias que acompanham o envelhecimento. Porém o diálogo entre diversas áreas do saber como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia ampliou o conhecimento e entendimento sobre a cognição, as relações sociais, as metas desenvolvimentais, as questões afetivas e o processo de adaptação vivido pelos idosos.

Como consequência dessa interlocução o processo de envelhecimento passou a ser entendido de forma mais positiva, valorizando o potencial, as capacidades e a possibilidade de desenvolvimento dos indivíduos de idade avançada; criando assim um paradigma positivo sobre o envelhecer (Batistoni, Yassuda & Fortes, 2007).

O envelhecimento é a última etapa do ciclo de vida, onde as características biológicas, sociais e psicológicas dos indivíduos sofrem alterações. Todas essas características se relacionam e o resultado de sua interação tem forte influência na construção e na identidade da pessoa durante essa etapa de vida (Fonseca, 2010).

Por tudo o que foi exposto anteriormente é essencial garantir que os idosos possam não somente viver mais anos, mas também possam vivê-los com maior qualidade de vida. O que sobretudo depende da otimização e estimulação das capacidades e possibilidades de desenvolvimento, e da criação de políticas eficientes direcionadas aos indivíduos nessa etapa do ciclo de vida.

Para que seja possível pensar na saúde da pessoa idosa é necessário considerar toda a sua amplitude, ou seja, os diversos aspectos biopsicossociais. Apesar de terem impacto sobre a qualidade de vida e o bem-estar, quando se trata das pessoas de idade avançada a sexualidade e as vivências amorosas ainda são envoltas de diversos mitos e tabus.

Portanto, a proposta principal dessa investigação é verificar se existe relação entre o grau de importância atribuído a ter relações afetivas e sexuais pelas pessoas de idade avançada e a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a depressão, o bem-estar subjetivo, e a satisfação com o suporte social desses indivíduos.

A relevância social dessa pesquisa justifica-se pela possibilidade de aumentar o conhecimento sobre o tema, contribuindo para quebrar tabus relativos a sexualidade dos idosos. Já a relevância científica se baseia no aumento do conhecimento científico acerca da vivência afetiva e sexual das pessoas de idade avançada, podendo colaborar para a possibilidade de criação de políticas direcionadas e mais assertivas, além de poder estimular maior interesse dos profissionais da área da saúde para a questão.

O trabalho será dividido em duas etapas. Na primeira apresentaremos uma revisão teórica relativa ao assunto que servirá como base para a discussão e análise dos resultados da investigação na segunda etapa do trabalho.

O primeiro capítulo tratará do processo de envelhecimento. Abordaremos os diferentes aspectos sobre as vertentes biológicas, sociais e psicológicas que permeiam as mudanças e adaptações que ocorrem durante o desenvolvimento integral do indivíduo ao envelhecer.

No segundo capítulo dissertaremos sobre o conceito de qualidade de vida e de bem-estar subjetivo, considerando os diversos aspectos que compõem os dois construtos e como as alterações na vida dos indivíduos de idade avançada podem afetar sua qualidade de vida e seu bem-estar.

Já no terceiro capítulo, dissertaremos sobre as questões relativas aos relacionamentos afetivos e sexuais durante a idade avançada. Abordaremos a influência das mudanças fisiológicas, do contexto e da visão que a sociedade em geral tem em relação aos idosos, e também das questões psicológicas ligadas a todo o processo de envelhecimento que influenciam no exercício pleno das vivências amorosas e sexuais durante essa etapa do ciclo de vida.

A segunda parte do trabalho será dividida em cinco etapas. No quarto capítulo iremos revisar os objetivos e apresentar as hipóteses de investigação. No quinto capítulo iremos apresentar e detalhar os instrumentos de coleta de dados e avaliação utilizados no estudo. No sexto capítulo será realizada a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. No sétimo capítulo apresentaremos os resultados e a análise da consistência interna das escalas utilizadas. Nesta etapa também será realizada a análise descritiva e a análise das hipóteses delineadas para o estudo. O oitavo capítulo será centrado na discussão dos

resultados encontrados e na sua relação com a revisão teórica apresentada na primeira etapa deste trabalho. E finalmente, apresentaremos as conclusões acerca dos resultados encontrados.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO

1.1 Dimensão Biológica do Envelhecimento

Para a gerontologia o envelhecimento biológico é um processo que começa no nascimento do indivíduo e só termina com a morte, portanto, o corpo humano envelhece a cada minuto que passa (Debert, 1999), e esse fato caracteriza as mudanças e perdas como partes naturais do envelhecimento. A velhice é a última fase do ciclo vital e um resultado da ação dos processos de desenvolvimento e envelhecimento.

Biologicamente, o desenvolvimento é um processo de crescimento, organização e diferenciação, que tem como ápice a capacidade de reprodução. Ao contrário, o envelhecimento biológico é um processo gradual de declínio em estrutura, função, organização e diferenciação, que termina com a morte. Portanto, o envelhecimento biológico é definido como a diminuição progressiva da capacidade de adaptação e de sobrevivência (Neri, 2009).

O processo de envelhecimento é mais acelerado à partir da quinta década de vida, principalmente através da impossibilidade de reprodução e das mudanças fisiológicas e morfológicas típicas desse estágio. De acordo com Malloy-Diniz, Fuentes e Cosenza (2013) as incapacidades e doenças que o indivíduo poderá ter na idade avançada são resultado da interação entre a constituição genética e o estilo de vida. Para os autores além das questões genéticas e dos comportamentos adotados ao longo do ciclo de vida, a falta de acesso a recursos científicos, como por exemplo médicos e hospitais, a recursos tecnológicos e a recursos sociais também pode colaborar para um envelhecimento mau sucedido. No entanto, se os comportamentos adotados e as influências genéticas e do ambiente forem boas a pessoa pode apresentar apenas as mudanças normativas do envelhecimento que se caracterizam por pequenas perdas funcionais e poucas e controladas doenças crônicas e, conseqüentemente, manter a sua atividade e participação social e envelhecer de maneira bem-sucedida ou ativa.

Envelhecer do ponto de vista biológico provoca alterações morfológicas e funcionais, o possível aparecimento de doenças crônicas e implicações nas atividades físicas dos sujeitos. Segundo Costa (2003) a característica mais importante do envelhecimento biológico é a diminuição metabólica que provoca a lentidão do intercâmbio de energia do organismo. Isso pois quando usada em excesso a energia já não é recuperada inteiramente

porque o aumento da idade celular resulta na diminuição da capacidade de divisão das mesmas, provocando uma desaceleração funcional ou lentidão no intercâmbio de energia.

Segundo Papaléo Papaléo Netto e Borgonovi (2002) as alterações anatômicas são as mais visíveis e as primeiras a se manifestarem ao longo do envelhecimento. A pele fica mais ressecada, tornando-se quebradiça. Os cabelos ficam brancos, caem com mais frequência e muitas vezes não nascem novamente. A audição diminui ao longo dos anos e a visão também declina, principalmente para objetos próximos. Em decorrência da redução da massa óssea e outras alterações degenerativas da coluna vertebral a estatura da pessoa diminui. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Acontece uma alteração nas vísceras causada pelos elementos glandulares do tecido conjuntivo e certa atrofia secundária, como a perda de peso. Quanto ao sistema cardiovascular, é próprio das fases adiantadas do processo de envelhecimento ocorrer dilatação aórtica e hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial. O peso e o volume do cérebro diminuem devido a perda de neurônios, mas apesar desta redução as funções mentais permanecem preservadas até o final da vida (Costa & Pereira, 2005). Essas são alterações somáticas que rápida ou mais lentamente possivelmente estarão presentes em todas as pessoas de idade avançada.

Brink (2001) afere que em termos físicos o envelhecimento normal relaciona-se com o tempo e pode ser considerado um declínio diferencial das funções biológicas de partes do organismo e também do todo, que eventualmente resultarão na sua morte. As alterações biológicas podem ser divididas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros são a constituição genética individual que determina a longevidade máxima do indivíduo, e os segundos são as exposições ambientais que afetam a sobrevivência do indivíduo no ambiente. Corroborando assim com a ideia de que o envelhecimento biológico abrange diversos parâmetros relacionados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), a diminuição de capacidades cognitivas como a memória e a rapidez de aprendizagem são consideradas características do processo de envelhecimento. Porém, na maioria das vezes o declínio do funcionamento cognitivo é provocado mais pelo desuso, por doenças, por fatores comportamentais, por fatores psicológicos e por fatores sociais, do que pelo envelhecimento

em si; e as perdas e declínios podem ser compensados por aquisições novas relacionadas a sabedoria, ao conhecimento e a experiência.

Um estudo conduzido ao longo de três anos por Argimon e Stein (2005) demonstrou que os idosos mais escolarizados apresentam melhor resultado em muitas das funções cognitivas analisadas, e portanto a escolaridade foi considerada um aspecto que pode atuar como fator de proteção ao declínio cognitivo. Nesse estudo também foi observado que a senilidade não apareceu como um componente do envelhecimento normal, e que a idade avançada não leva a perda de raciocínio e das funções intelectuais, pois os idosos apresentaram um declínio de intensidade leve nas funções cognitivas. Concluindo que não é a idade em si, mas sim as patologias que estão envolvidas na maior parte dos eventuais problemas que interferem nas habilidades cognitivas das pessoas de idade avançada.

Para Papaléo Neto e Borgonovi (2002), apesar de o envelhecimento biológico ser um fenômeno comum a todos os seres vivos e ser caracterizado por modificações no organismo e na vida das pessoas, não é correto pensar o processo de envelhecimento apenas como uma questão biológica já que não existe relação direta entre o declínio das funções biológicas e das outras capacidades do indivíduo, como aprender, refletir, criar, amar, desejar, e etc. Desta forma é correto enfatizar que o envelhecimento também se insere num sistema de relações sociais (Mercadante, 2005), e é um fenômeno também pessoal e subjetivo que depende das experiências singulares e pessoais de cada indivíduo, e também de como cada um vive o envelhecer e internaliza essa condição (Simões, 1998).

1.2 Dimensão Social do Envelhecimento

Socialmente o envelhecimento é caracterizado por um processo de mudanças de papéis sociais, dentro do contexto histórico e do contexto cultural vigentes na época e sociedade em que o indivíduo se encontra inserido. As diferentes sociedades determinam certos comportamentos e hábitos e atribuem diferentes status sociais para os seus membros de acordo com suas idades cronológicas. Ou seja, cada sociedade espera diferentes comportamentos de suas crianças, de seus jovens, de seus adultos e de seus idosos. Portanto, ao pensar em envelhecimento social deve-se refletir sobre as mudanças de papéis sociais que os idosos enfrentam durante o seu processo natural de envelhecimento dentro de seu contexto social. Com a passagem da adultez para a idade avançada, espera-se que os idosos correspondam a novos papéis e tenham diferentes atitudes (Schroots & Birren, 1990).

Dessa maneira a idade social atribuída em determinado grupo cultural e social está relacionada as expectativas em relação ao conjunto de hábitos, atitudes e papéis exercidos em comparação as demais pessoas de sua faixa etária que também fazem parte do mesmo grupo. Portanto, a experiência vivida pelos indivíduos em processo de envelhecimento pode ser diferente mesmo que eles sejam membros da mesma sociedade. Isso acontece porque os critérios de definição das categorias etárias podem mudar ao longo dos anos (Neri & Freire, 2000).

Schroots e Birren (1990) aferem que a idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e também se relaciona com as idades cronológica e psicológica. Dessa maneira uma pessoa pode ser considerada mais jovem ou mais velha socialmente de acordo com seus comportamentos em relação ao esperado para sua etapa de vida.

Com base nas ideias apresentadas, podemos aferir que o conceito de idoso é baseado em um contexto social específico e determinado pelas diferenças em aparência, força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais primários apresentados pelas pessoas de idade avançada; em comparação com adultos não idosos (Neri, 2009). Barros (2008) afirma que ser velho no mundo ocidental contemporâneo é diferente do que era ser idoso em outros momentos históricos de nossa sociedade e de outras culturas. Assim, a velhice também pode ser considerada uma categoria social e historicamente produzida.

Para contextualizar o conceito de velhice é importante analisarmos sua construção histórica. No século XVIII iniciou-se a industrialização e durante esse período a identidade social dos indivíduos passou a ser atribuída de acordo com a posição ocupada por eles no processo produtivo. Assim, as pessoas de idade avançada que já não tinham condições físicas de trabalhar passaram a ser excluídas e marginalizadas, e em muitos casos foram levadas a viver em condições miseráveis. A importância atribuída a produtividade e a eficiência aumentaram e em consequência disso ocorreu uma mudança nos modelos familiares, através do aumento de valores individualistas (Foner, 1984; Gutmann, 1987; Haraven, 1994, 1995 como referido em Viegas & Gomes, 2007).

Segundo Beauvoir (1990) desde o início do processo de industrialização a atribuição de valor social baseava-se na capacidade produtiva das pessoas e por isso quem não era mais apto para o trabalho em decorrência de limitações físicas deixava de ser importante, o que naturalmente era o caso de muitos indivíduos de idade avançada. Até o final do século XIX o número de pessoas que chegavam a essa faixa etária era pequeno em consequência das altas taxas de mortalidade e da baixa expectativa de vida. Nessa época a velhice ainda não tinha sido identificada como uma fase específica e diferenciada do ciclo de vida, o que só

ocorreu na modernidade com o advento da idade cronológica, e ainda não existiam leis de proteção ou políticas específicas para os indivíduos durante a idade avançada.

A aposentadoria foi estabelecida como resultado das reivindicações e da luta dos movimentos operários por melhorias das condições de vida e trabalho no final do século XIX e início do século XX. Salvo raras exceções a aposentadoria é vinculada aos indivíduos idosos, e muitas vezes também resulta em um rompimento súbito das relações sociais com os colegas de trabalho, em redução salarial considerável e em opções de atividades muito reduzidas (Pacheco, 2005).

Bosi (1995) aferiu que a visão social negativa que muitos tem em relação a velhice remete a essa época e surgiu em grande parte como consequência da luta de classes. Isso porque as mudanças decorrentes do desenvolvimento do capitalismo tornaram essa fase da vida das pessoas pobres muito diferente das pessoas ricas, já que os camponeses e operários muitas vezes nem chegavam a idade avançada em decorrência de suas precárias condições de vida; e quando se tornavam velhos e não mais fortes e aptos para trabalhar passavam a ser marginalizados.

À partir do resultado de um estudo Butler (1969) criou o termo *ageism* para caracterizar a construção de estereótipos negativos e a discriminação de pessoas baseada na idade; mais especificamente o uso de estereótipos prejudiciais à população idosa. O termo foi traduzido para a língua portuguesa como *idadismo*.

“O ageism tem uma componente afetiva (sentimentos face à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos face à pessoa idosa) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa idosa)” (Lima, 2010, p. 23). A autora defende que as atitudes negativas em relação ao envelhecimento são mais presentes nas sociedades contemporâneas, e que a discriminação afeta o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas de idade avançada, pois as exclui e denigre.

Butler (1980) descreveu os aspectos mais importantes que compõe a discriminação sofrida por pessoas de idade avançada. Sendo eles:

- 1- As atitudes depreciativas em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento por parte dos mais jovens e também dos próprios idosos;
- 2- As práticas discriminatórias em relação ao trabalho e a outras funções sociais;
- 3- As práticas institucionais e políticas que muitas vezes acabam perpetuando pensamentos estereotipados sobre a velhice involuntariamente.

Berger (1995) também identificou estereótipos negativos presentes na sociedade a respeito das pessoas de idade avançada. Alguns exemplos são doente, infeliz, improdutiva,

necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os outros da mesma faixa etária, e sofrendo com isolamento e solidão.

Apesar da ampliação das pesquisas acadêmicas na área da Gerontologia que vem possibilitando mais discussões e através dessas promovendo maior compreensão em relação aos idosos, e também colaborando com a desconstrução dos estereótipos que retratam as pessoas de idade avançada como frágeis, dependentes, pobres, assexuadas, esquecidas, infantis, etc.; as crenças de senso comum, que muitas vezes são transmitidas dentro do próprio ambiente familiar, ainda não mudaram completamente (Lima, 2006).

De acordo com Saldanha, Araújo e Felix (2006) a ideia negativa vigente nas sociedades ocidentais induz muitas pessoas de idade avançada a simplificar a própria condição e experienciar o processo de envelhecimento como uma etapa somente de perdas, predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos.

Em decorrência da construção social que valoriza a juventude e a capacidade de produção, e onde ser idoso muitas vezes representa um afastamento do mundo social, o envelhecimento muitas vezes deixa de ser entendido como um processo natural da vida e passa a representar um fardo para o sujeito (Veras, 1995, como referido em Minayo, 2002). Para reverter esse sentimento negativo não é preciso negar a existência de problemas associados ao processo de envelhecimento e à velhice, nem a importância dos esforços dirigidos à prevenção desses mesmos problemas (Fonseca, 2010), mas sim ressaltar a importância da perspectiva positiva em torno do processo de envelhecimento. Colaborando para que o ser humano tenha dentro de si o desejo de viver o máximo possível, de prolongar suas conquistas, sua participação social, e também de receber assistência para lidar com a possível diminuição de suas capacidades e completar seu ciclo de vida com dignidade e sem sofrimento (Simmons, 1945, como referido em Minayo et al., 2002).

1.3 Dimensão Psicológica do Envelhecimento

Apenas os aspectos biológicos e sociais não são suficientes para que o processo de envelhecimento possa ser compreendido em toda a sua amplitude, e por isso é essencial que o aspecto psicológico envolvido nessa etapa da vida dos indivíduos também seja considerado (Shepard, 2007).

O componente psicológico do envelhecimento refere-se à capacidade de autorregulação e de tomada de decisões, que se forem altas irão colaborar com a adaptação

do indivíduo a essa etapa de sua vida (Schroots & Birren, 1980, como referido em Fonseca, 2006).

As alterações corporais, cognitivas e emocionais que ocorrem durante a idade avançada, em conjunção com expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, relacionais e diversas vezes até no próprio contexto de residência, são mudanças que exigem uma flexibilidade pessoal. A forma como cada um lida com esse processo adaptativo constitui um componente essencial do desenvolvimento psicológico na idade avançada, e é resultado da combinação de fatores e características biológicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo (Lerner, 2002, como referido em Fonseca, 2005).

Oliveira (2005), afere que a consciência e a aceitação acerca dos acontecimentos e situações difíceis que enfrentaram ao longo de suas vidas é extremamente importante para os idosos, porém os aspectos e vivências positivas também devem ser exaltados, criando assim um equilíbrio entre ambos. Quando isso acontece durante o envelhecimento psíquico a pessoa torna-se menos vulnerável, pois tem mecanismos e capacidade para aceitar a própria realidade, lidar melhor com uma possível perda da independência biológica e também porque seus dispositivos de segurança serão cada vez mais eficazes em sua relação com o mundo (de Moraes, de Moraes & Lima, 2010). Para esses autores o amadurecimento é uma conquista individual que inclui a mudança de valores e a aquisição da consciência. Podendo assim ser entendido também como a personalização do indivíduo, harmonizando-o consigo mesmo e com o mundo.

A idade psicológica diz respeito às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças ambientais, onde se incluem os sentimentos, as cognições, as motivações, a memória, a inteligência e as outras competências que sustentam o controle pessoal e a autoestima (Birren e Cunningham, 1985 como referido em Fonseca 2006).

Já para Neri (2005), o conceito de idade psicológica pode ser utilizado em dois sentidos. O primeiro diz respeito as capacidades psicológicas que antecedem o potencial de funcionamento futuro do indivíduo e sua relação com a idade cronológica. O segundo sentido do conceito de idade psicológica relaciona-se com o sentido subjetivo de idade. Ou seja, depende de como cada pessoa se avalia biologicamente, socialmente e psicologicamente em relação a outras pessoas de sua faixa etária. O julgamento subjetivo, a estimativa da duração de eventos ou a quantia de tempo decorrida compõem este conceito de idade psicológica, que se correlaciona diretamente com a idade cronológica e o meio.

Para se adaptar melhor ao meio em que estão inseridas as pessoas utilizam diversas estratégias psicológicas ou habilidades adaptativas como por exemplo, a aprendizagem, a inteligência, o controle emocional, as estratégias de coping e etc. Enquanto alguns adultos possuem e utilizam essas estratégias psicológicas em grau menor e por isso são considerados “velhos psicologicamente”, outros apresentam graus de estratégias mais elevadas, sendo considerados “jovens psicologicamente”. Os idosos também podem ser muito resilientes, podendo recuperar-se e manter o comportamento adaptativo mesmo diante de situações difíceis e estressantes. (Hoyer e Rodin, 2003).

A teoria criada por Bandura (1986), considera que as crenças de auto-eficácia são um “julgamento das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de performance” (p. 391). O autor afere que é a partir dos julgamentos de auto-eficácia que o indivíduo consegue antecipar sua aptidão de obter resultados e encontrar motivação e incentivo para caminhar em direção a realização de seus objetivos. Influenciando assim as metas traçadas, os cursos de ação tomados e o tamanho do esforço e da perseverança que serão depositados na busca de suas conquistas. O autor acredita que os julgamentos de auto-eficácia também podem ser considerados os mediadores entre as capacidades, os conhecimentos e as habilidades do indivíduo e sua performance. Dessa forma as crenças positivas de auto-eficácia das pessoas de idade avançada atuam como um incentivo para a busca do envelhecimento bem sucedido (Bandura, 1986; 1989; 1993).

Quatro teorias se destacam por tratar de temas como adaptação, autonomia, dependência, regulação emocional e qualidade de vida, que são fundamentais para compreender os mecanismos envolvidos no processo psicológico do envelhecimento. A primeira delas é a Teoria do Construto de Qualidade de Vida na Velhice elaborada por Lawton (1985). Essa teoria descreve a percepção que as pessoas de idade avançada tem sobre suas relações passadas, atuais e futuras e também em relação ao ambiente onde estão inseridas. A qualidade de vida é avaliada através de quatro dimensões. A primeira é a competência comportamental, que consiste na avaliação do funcionamento do indivíduo em relação à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo; a segunda são as condições ambientais, que diz respeito ao contexto ecológico e construído e tem relação direta com a competência comportamental; a terceira é a qualidade de vida percebida, que consiste na avaliação subjetiva que a pessoa faz de seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais; e a quarta é o bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação pessoal sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas anteriores, gerando indicadores como grau de satisfação e estados afetivos. Portanto, essa

teoria diz respeito a uma avaliação multidimensional vinculada a critérios sicionormativos e intrapessoais.

A segunda teoria é da Seleção, Otimização e Compensação (Baltes & Baltes, 1990). Essa teoria é um processo de regulação dinâmico do desenvolvimento, e refere-se à maneira como as pessoas de idade avançada podem manejar seus recursos internos e externos para maximizar os ganhos e minimizar as perdas ao longo do tempo. Podendo assim lidar com mudanças em suas condições biológicas, psicológicas e sociais que aparecem como restrições ou oportunidades em suas trajetórias de desenvolvimento. Segundo os autores as pessoas podem alocar e realocar seus recursos internos e também os recursos do ambiente por meio de três processos. O primeiro desses processos é a seleção, que trata da especificação e da diminuição das alternativas que a plasticidade do indivíduo permite, ou seja, priorizar capacidades particulares e sacrificar outras. O segundo processo é a otimização, que diz respeito ao indivíduo gerenciar seus recursos buscando melhorar sua performance através da aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de seus recursos internos. O terceiro mecanismo é a compensação, que leva o indivíduo a adotar novas alternativas para manter o funcionamento e compensar capacidades perdidas. Esse modelo segue a direção do desenvolvimento através da seleção, está associado a ganhos através da otimização, e a perdas através da compensação. Segundo Fonseca (2010), o modelo SOC tem sua origem na convicção de que o curso da vida resulta em mudanças de objetivos e de sentido, e isso requer que o indivíduo redistribua seus recursos para se adaptar melhor. Enquanto na primeira metade da vida o investimento de recursos é mais dirigido a ganhos desenvolvimentais, na segunda metade da vida cada vez mais recursos são investidos na manutenção desses ganhos e na limitação e reparação das perdas.

A terceira é a Teoria da Seletividade Socioemocional (Carstensen, 1992), que busca explicar o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. Durante o envelhecimento as relações sociais do indivíduo mudam, e muitas vezes sua participação na rede de relações sociais diminui. Por isso a mudança na percepção do futuro resulta na redistribuição de recursos socioemocionais. Dessa maneira os idosos canalizam seus recursos para os relacionamentos mais relevantes e que oferecem maior retorno emocional. Segundo os autores essa mudança é adaptativa, pois tais alterações permitem que as pessoas de idade avançada poupem recursos e otimizem seu funcionamento afetivo e social.

A quarta e última é a Teoria da Dependência Aprendida. Essa teoria criada por Baltes (1996) aborda a questão da dependência na idade avançada. A autora pontua que a

dependência significa tanto perdas no sentido da maior dificuldade com a funcionalidade física e com o engajamento psicossocial; quanto ganhos, já que essas dificuldades também levam as pessoas a receber mais atenção e de certa forma também ter mais contato social. Fato esse que auxilia os indivíduos a preservar, canalizar e otimizar suas energias para outros objetivos, tornando-se mais uma estratégia adaptativa. É importante salientar que a dependência aprendida não deve ser entendida como característica somente da velhice, pois pode manifestar-se ao longo de toda a vida. Essa teoria trata o envelhecimento como multidimensional, pois considera que o processo de envelhecer está intimamente relacionado a diversos fatores como: incapacidade, motivação, práticas discriminativas e desestruturação ambiental.

Com o desenvolvimento dessas e outras teorias e de novas formas de pensar o processo de envelhecer, a Psicologia do Envelhecimento conquistou grandes avanços em relação a aspectos como planejamento e estratégias de pesquisa, e na integração de outras variáveis além da idade na explicação de fenômenos multidimensionais e multicausais (Neri, 2003). Segundo Fonseca (2010) o estudo do processo de envelhecimento evoluiu de uma perspectiva da regulação de perdas para uma perspectiva desenvolvimental, que considera que para compreender o processo de desenvolvimento devem ser incluídas todas as variáveis biopsicossociais.

Para os idosos, não deixar de participar ou retomar as atividades que exerciam anteriormente pode ser uma fonte de transformações e atribuições de novos significados às experiências vividas, as frustrações que sofreram ao longo de seus caminhos e até aos seus sonhos.

1.4 A Feminilização da Velhice

Segundo Berquó (1999) desde a década de 50 quando as mulheres passaram a ter maior taxa de esperança de vida, que se começou a verificar uma predominância do gênero feminino na população idosa. Os principais fatores associados a esta diferença são polêmicos, no entanto, de acordo com Goldani (1999, p. 80), o fato “da maior sobrevivência e longevidade feminina está comprovada para todas as sociedades modernas, desenvolvidas ou não”. Em consequência disso os problemas e as mudanças associadas à idade avançada acabam por afetar mais as pessoas do sexo feminino.

Em decorrência do aumento da esperança média de vida os papéis sociais exercidos pelas mulheres acabam sendo prolongados, além de novos papéis possivelmente serem adicionados. Um exemplo disso é que uma mulher que foi mãe por volta dos 20 anos de idade pode exercer esse papel durante 50 anos ou mais. Essa mulher sempre exercerá seu papel de mãe, mesmo que a visão tradicional seja de que a mãe tem que ser responsável por seus filhos até os primeiros 20 anos de suas vidas, pois o aumento de sua longevidade pessoal ampliará esse papel. Ampliará também seu papel de filha, já que seus pais possivelmente também viverão mais.

A aposentadoria, que atualmente pode corresponder a mais de um quarto da vida de um adulto, também vem acompanhada de novas funções para a mulher idosa (Calasanti, 1996). As mulheres podem enfrentar, então, uma aposentadoria com rendimento mínimo ou sem rendimento nenhum e por isso ter escassos recursos econômicos, possível viuvez ou separação de seu cônjuge, afastamento de seus filhos e filhas e possível responsabilidade pelo cuidado de familiares dependentes, que podem ser jovens ou idosos. Podem enfrentar ainda sentimentos negativos e de inutilidade, provocados por todos os mitos e estereótipos sociais em relação a mulher idosa, como por exemplo a negação da sua sexualidade, baixa auto-estima em relação à sua aparência física por não serem mais jovens e “belas”, etc.

O aumento da esperança de vida das mulheres também proporciona maior possibilidade de que essas vivam mais tempo como avós. Muitas avós são parte do sistema de apoio dos filhos para o cuidado com os netos, exercendo assim uma função importante dentro do sistema familiar amplo. Essa relação geracional de maior duração e o desenvolvimento de relações mais longas entre avós e netos resultam em benefícios para ambas as partes.

Muitas das mulheres que são idosas hoje estudaram durante menos anos e em consequência disso possuem menos qualificação profissional para conseguir emprego do que os indivíduos mais jovens e do que os homens idosos. Esse fato pode ser um fator de fragilidade e vulnerabilidade, pois essas mulheres tem maior probabilidade de serem mais pobres do que os homens, e em consequência disso depender em parte ou totalmente de recursos externos (Mehdizadeh, 2002).

Outra característica observada no grupo populacional de idade avançada é que a proporção de viúvas nessa faixa etária é maior do que em qualquer outra. Isso pode ser explicado pela tendência de muitas mulheres se casarem com homens mais velhos, que associada a maior mortalidade masculina aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Também contribuem para a maior quantidade de

mulheres idosas que não tem um companheiro e acabam por tornar-se chefes de família, os fatos de que em caso de divórcio ou viuvez a probabilidade de os homens voltarem a se casar é maior que a das mulheres.

Contrariando diversas crenças esse período de vida pode ser tão agradável e produtivo quanto as demais etapas da vida de muitas mulheres. A capacidade de estabelecer e manter relações com familiares, amigos, vizinhos e etc., pode ser vista como uma forma de adaptação à solidão que pode vir com a velhice, mantendo papéis já estabelecidos anteriormente em suas vidas, desenvolvendo novos caminhos, e criando assim um sentido de identidade positivo.

Neri (2001) alerta sobre o perigo de compreender a feminilização da velhice apenas como o aumento do número de mulheres na população idosa. Isso porque estudos epidemiológicos mostram que a longevidade das mulheres idosas representam mais riscos que vantagens, uma vez que elas são física e socialmente mais frágeis do que os homens. Portanto, a feminização da velhice não pode ser vista através de concepções simplistas e precisa ser pensada levando em consideração todos os aspectos abordados anteriormente. Felizmente mulheres de idade avançada de todas as classes sociais formam hoje um segmento cada vez mais visível e diferenciado, que lida com as mudanças e desafios do envelhecimento e responde de modos variados as diversas demandas da sociedade.

O grupo de pessoas de idade avançada que concordou em participar da nossa pesquisa é constituído majoritariamente por mulheres, tornando assim esta questão relevante para o nosso estudo.

CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA E BEM ESTAR

2.1 Qualidade de Vida

Qualidade de vida é um conceito sobre o qual não existe consenso. As visões sobre o assunto variam em função da época em que o indivíduo vive, da cultura em que está inserido, de sua classe social, e até em função das diferentes etapas da vida de uma mesma pessoa (Paschoal, 2000). O conceito altamente subjetivo e está relacionado com a satisfação com a vida e a condição de bem-estar subjetivo, e a forma como estes aspectos são percebidos por cada pessoa varia de acordo com sua história de vida, aspectos de sua personalidade e até a repercussão de doenças. Portanto, qualidade de vida é uma construção social que também é marcada pela relatividade cultural (Minayo et al, 2002).

A qualidade de vida era avaliada somente através de indicadores sócio demográficos ou objetivos, que descrevem as condições de vida dos indivíduos. Depois os indicadores subjetivos que incluem a avaliação pessoal do indivíduo em relação ao seu bem-estar e sua satisfação com a vida foram incorporados aos estudos sobre qualidade vida. A inclusão dos indicadores subjetivos é muito importante para uma boa avaliação da QdV, pois os indicadores objetivos apenas descrevem as condições de vida da pessoa através de variáveis demográficas e econômicas, e não são suficientes para avaliar o nível de satisfação da pessoa em relação a essas condições (Diener, Suh & Smith, 1999).

A qualidade de vida foi definida por Wilhelm e Deak (1970, como referido em Cardoso, 1999) como a sensação de bem-estar do indivíduo. Segundo os autores essa sensação é percebida através da satisfação em relação às condições objetivas e subjetivas que compõe a avaliação da QdV. O aspecto subjetivo é composto pelos sentimentos e percepções de cada pessoa em relação às suas experiências e às condições em que vive. Enquanto o aspecto objetivo pode ser aferido através da saúde objetiva e das condições financeiras, de moradia e demais meios observáveis e mensuráveis. Portanto, a QdV é um construto que avalia a maneira como o indivíduo interage com o mundo externo por meio de sua individualidade e subjetividade.

Farquhar (1995) fez uma revisão da literatura existente até então sobre o assunto e propôs uma taxonomia que identificou, descreveu e classificou as teorias sobre qualidade de vida. O autor listou quatro grupos de definições. O primeiro grupo trata das definições globais, que foram as primeiras a aparecer na literatura, predominaram até a década de 80, e

centram-se na avaliação da satisfação e insatisfação com a vida. Um exemplo é a definição de Abrams (1973, como referido em Noll, 2013) que afere que qualidade de vida é o grau de satisfação ou insatisfação que o indivíduo sente em relação aos diversos aspectos de sua vida. Segundo Farquhar (1995) essas definições não operacionalizam o conceito, pois são gerais e não abordam as dimensões do construto qualidade de vida.

O segundo grupo é o das definições baseadas em componentes. Essas definições começaram a surgir nos anos 80, quando o conceito global passou a ser fracionado em diferentes partes que identificam aspectos considerados importantes para que se possa avaliar a qualidade de vida de uma pessoa. Nessa época os estudos empíricos e que operacionalizam o conceito passaram a ser priorizados. Um exemplo desse grupo é a definição de Jonsen, Siegler & Wislade (1986) que defende que qualidade de vida é a satisfação subjetiva, expressa ou vivenciada por uma pessoa nas dimensões física, mental e social.

O terceiro grupo é o das definições focalizadas. Essas definições avaliam componentes específicos da qualidade de vida ou fazem referência a apenas uma dimensão. Muitas vezes são direcionadas para a saúde ou as habilidades funcionais do indivíduo. As definições focalizadas aparecem com frequência em estudos sobre a qualidade de vida relacionada a saúde e possibilitaram a criação de instrumentos de avaliação para pessoas com diversos prejuízos.

O último grupo identificado por Farquhar é o grupo das definições combinadas. Essas definições combinam aspectos dos demais grupos, pois contemplam as dimensões derivadas das definições globais, e também os componentes específicos das definições focalizadas. Enfatizando assim, os aspectos empíricos e operacionais e possibilitando o desenvolvimento de instrumentos de avaliação global e fatorial. Um exemplo é a definição criada por Holmes & Dickerson (1987) que afere que a qualidade de vida é um conceito complexo que representa as respostas individuais da pessoa no que concerne aos fatores físicos, mentais e sociais de seu dia a dia. Para os autores, a qualidade de vida compreende diversas áreas como satisfação pessoal, auto-estima, experiência e conhecimento prévios, situação econômica, saúde geral e estado emocional do indivíduo.

Após a realização de uma extensa pesquisa transcultural o grupo de especialistas de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) definiu QdV como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

Segundo Fleck (2000), o amplo conceito criado pelo grupo de especialistas da OMS inter-relaciona o meio ambiente com os aspectos físicos, psicológicos, o nível de independência, as relações sociais e as crenças pessoais do indivíduo, abrangendo assim o construto em toda sua complexidade. Existe um consenso entre os pesquisadores da área acerca da afirmação de a qualidade de vida ser um construto multidimensional, no qual o bem estar físico, psicológico e social do indivíduo devem ser considerados.

De acordo com Galinha e Ribeiro (2005), a QdV inclui tanto fatores como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental, que são relacionados à saúde, quanto elementos como trabalho, família, amigos, e contexto de vida. Dessa maneira a QdV é influenciada pelas condições de vida e pela forma como a pessoa avalia a própria vida, porém existe uma diferença entre condições de vida e QdV, já que as condições de vida dependem de variáveis sociodemográficas como nível econômico, escolaridade, estado civil e etc. e a qualidade vida vai além desses aspectos (Giacomoni, 2004).

2.2 Bem-estar Subjetivo

A psicologia positiva desenvolveu-se nas últimas décadas com o objetivo de estudar os aspectos positivos da existência humana, secundarizando o foco na doença e no mal-estar. O bem-estar subjetivo é uma das áreas da psicologia positiva e a investigação acerca desse construto foi desencadeada pela percepção de que as pessoas evitam o mal-estar e buscam a felicidade. Portanto, o BES é considerado uma dimensão positiva da saúde. (Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos & Oliveira, 2003).

O conceito de bem-estar é baseado em duas concepções filosóficas. A primeira delas é o hedonismo, a qual se relaciona o conceito de bem-estar subjetivo que interpreta a felicidade como a procura de experiências prazerosas e à ausência de problemas. Já o bem-estar psicológico é relacionado ao eudaimonismo e entendido como a busca do crescimento pessoal e da realização do potencial humano (Ryff, 1989). As divergências entre estas duas concepções de bem-estar baseiam-se no fato do bem-estar subjetivo ser associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a ausência relativa de problemas, enquanto o bem-estar psicológico encontra-se associado ao ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal (Waterman, 1993 como referido em Albuquerque & Lima, 2007).

Como descrito acima, o conceito de bem-estar é multidimensional e suas facetas estão interligadas. A nossa pesquisa procura avaliar o bem-estar subjetivo dos idosos participantes, e por isso iremos nos centrar nesse conceito.

Bradburn (1969) foi o primeiro pesquisador a diferenciar os afetos como positivos e negativos. O autor propôs que os afetos positivos e os afetos negativos são influenciados por diferentes variáveis e que o equilíbrio entre os dois resulta na felicidade. Também aferiu que os afetos positivos e negativos formam dois grupos distintos de afetividades e que apresentam correlações com conjuntos específicos de traços de personalidade. Assim, a felicidade não é unidimensional, pois os afetos positivos e negativos devem ser mensurados separadamente. O autor considerou que o afeto positivo e o afeto negativo representam descrições de um estado emocional que não é permanente. O afeto positivo está relacionado com sentimentos agradáveis como prazer e entusiasmo e um baixo nível de afeto positivo pode ser caracterizado por tristeza e apatia. Já afeto negativo é relacionado a emoções desagradáveis como ansiedade, aborrecimento, pessimismo e angústia.

Outra concepção de grande importância para o estudo do bem-estar subjetivo acerca do funcionamento positivo enfatiza que a satisfação com a vida é o principal indicador do bem-estar subjetivo. A satisfação com a vida é o componente cognitivo que complementa a dimensão afetiva do funcionamento positivo (Ryff & Keyes, 1995). Portanto, consideramos que o bem-estar subjetivo é composto de dois aspectos básicos. O primeiro aspecto é o afeto que é composto pelas questões emocionais e pode ser dividido em afeto positivo e afeto negativo. E o segundo aspecto é a cognição, que se refere à avaliação que fazemos sobre a nossa vida (Ostrom, 1969, como referido em Giacomoni, 2004).

Diener (1997) aferiu que as circunstâncias ambientais da vida de um indivíduo também podem ter impacto no BES e que essa influência pode ser observada principalmente quando grupos, países ou culturas muito diferentes são comparados (Simões, 2000). Dessa maneira as variáveis sociodemográficas também podem exercer influência sobre o bem-estar subjetivo do indivíduo. A idade é uma variável bastante estudada e que tem grande importância para a nossa pesquisa. Segundo um estudo realizado por Ryff (1989) as pessoas de idade avançada são mais felizes em comparação com os jovens. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de as pessoas jovens tenderem a ter grandes expectativas para o presente e para o futuro e nem sempre conseguem realizá-las, enquanto os idosos não têm muitas diferenças entre suas aspirações e realizações, pois as pessoas mais velhas tendem a adaptar-se melhor aos eventos da vida e a maximizar seus afetos positivos e minimizar os negativos. A capacidade de lidar com as emoções e o papel da afetividade aumentam conforme o

indivíduo envelhece e a satisfação com a vida não diminui com a idade (Diener & Suh, 1997).

Estudo mostram que as mulheres sofrem mais de sintomas relacionados a depressão do que os homens e por isso podem apresentar maiores níveis de afeto negativo e menor índice de BES. Apesar disso as mulheres reconhecem e aceitam problemas emocionais mais rapidamente do que os homens (Wood & Bandura, 1989).

O estado de saúde é considerado um excelente preditor do bem-estar subjetivo. A saúde objetiva está relacionada com o aspecto físico e a presença ou não de enfermidades. Já a saúde subjetiva está relacionada com a percepção da pessoa acerca do seu estado de saúde e com a personalidade. A saúde subjetiva, ou a maneira como a pessoa percebe o próprio estado de saúde, parece ser bem mais importante para o BES do que a saúde objetiva, porém também pode ser influenciada pelo afeto negativo e pela saúde objetiva.

A cultura onde o indivíduo está inserido também é um fator que exerce influência sobre o BES. Um exemplo disso pode ser observado na diferença entre pessoas latino-americanas, que atribuem maior importância ao bem-estar subjetivo, e entre indivíduos asiáticos da costa do Pacífico. De acordo com Diener (2002) isso acontece porque os asiáticos privilegiam atingir as metas e objetivos valorizados pela sua cultura e para isso muitas vezes precisam sacrificar aspectos relacionados ao prazer e aos sentimentos positivos.

As variáveis da personalidade exercem forte influência em relação ao nível de BES dos indivíduos. Costa e McCrae (1980) organizaram os traços de personalidade em cinco, sendo eles extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência. A extroversão e o neuroticismo relacionam-se com a felicidade e a infelicidade, e a conscienciosidade apresenta correlação com a satisfação com a vida. Pessoas consideradas conscienciosas fixam objetivos mais elevados e podem apresentar melhores resultados no contexto de trabalho.

Ryff e Keyes (1995) criaram um modelo multidimensional de bem-estar subjetivo composto por seis componentes de funcionamento psicológico positivo. Sendo esses auto-aceitação, crescimento pessoal, sentido de vida, relações positivas com outros, domínio do ambiente e autonomia. A autoestima também pode ser um preditor do BES pois as pessoas que tem autoestima elevada muitas vezes prestam mais atenção em suas qualidades e nos êxitos que obtêm, ao mesmo tempo em que lidam melhor com o fracasso e potencializam o esforço direcionando-o para a conquista de novos êxitos no futuro.

Segundo Diener e Seligman (2004) pessoas que tem boas habilidades sociais e através dessas possuem também uma rede de relações e de suporte social tendem a ter maiores níveis

de BES positivo. Isso acontece porque geralmente as pessoas socialmente habilidosas desenvolvem melhores relações sociais, mantendo mais relacionamentos duradouros e benéficos, além de se engajarem mais em atividades prazerosas e que trazem satisfação. Dessa maneira, ter boas relações sociais relaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo, e também diminui a incidência de sentimentos relacionados com a depressão e o sofrimento. A solidão, que é diferente do isolamento, também é um importante preditor do BES e é resultado de características da personalidade da pessoa e também de fatores situacionais.

Diener (1984) considera que as crenças pessoais da pessoa e a participação em atividades religiosas também influenciam positivamente o bem-estar subjetivo. Em uma revisão de sua teoria realizada em 1999 o autor também incluiu a religião entre as variáveis sociodemográficas que interferem nos níveis de bem-estar subjetivo (Diener, 1984, como referido em Simões et al., 2000).

Giacomoni (2004) esclarece que existem dois grandes modelos de teorias acerca do bem-estar subjetivo. O primeiro modelo é chamado de bottom-up e o segundo de top-down.

1) A categoria bottom-up engloba as teorias mais antigas que identificam a influência dos fatores sociodemográficos na vida dos indivíduos e classificam o bem-estar subjetivo através do efeito cumulativo de experiências positivas. Esse grupo de teorias relaciona-se com a filosofia de Locke, que afirma que a mente é similar a uma tábula rasa que é moldada pela experiência.

2) A categoria de teorias top-down considera que o BES relaciona-se com os aspectos psicológicos e subjetivos do indivíduo. Por outras palavras, essa perspectiva considera que a auto avaliação que cada indivíduo faz de sua vida tem mais importância para a avaliação do seu bem-estar do que as circunstâncias objetivas.

De acordo com Diener e Lucas a “(...) compreensão de que fatores externos, do tipo de base-topo (bottom-up) são, muitas vezes, responsáveis por uma pequena parte, apenas, da variância do BES. O nosso temperamento e cognições, as nossas metas, a nossa cultura, os nossos esforços para conseguirmos adaptar-nos moderam a influência das circunstâncias e acontecimentos da vida sobre o BES” (Diener & Lucas, 1999, p. 286). Assim, é possível aferir que nas teorias bottom-up o bem-estar subjetivo é encarado como um efeito e nas teorias top-down como uma causa.

Atualmente, as teorias top-down vem sendo privilegiadas e conseqüentemente privilegia-se o valor da personalidade na investigação do bem-estar. Cada sujeito percebe a sua condição de vida de forma diferente e essa percepção relaciona-se a aspectos da sua

personalidade. A partir de uma perspectiva mais dinâmica da abordagem da personalidade passou-se a relacionar o BES também com as metas pessoais da pessoa. “As metas são estados finais ou resultados, que se procura atingir ou evitar. Possuem uma componente cognitiva (representação de uma situação a atingir), uma afetiva (sentimentos e emoções a ela ligados) e uma comportamental (comportamentos para a atingir)” (Simões et al., 2003, p.10).

As abordagens top-down do bem-estar subjetivo defendem que as experiências de vida podem ser interpretadas tanto de forma positiva como negativa, e que essa interpretação tem grande influência sobre o bem-estar subjetivo da pessoa, considerando o sujeito como ativo e protagonista de si mesmo. Portanto ao contrário das teorias bottom-up, para as teorias top-down as experiências podem ser objetivamente agradáveis e satisfatórias ou podem ser o oposto, porém o que realmente influencia o BES é a interpretação subjetiva atribuída a elas.

2.3 Qualidade de Vida e Bem-estar na Idade Avançada

Segundo Featherman, Smith e Peterson (1990) ter uma vida satisfatória na idade avançada não é um atributo biológico, psicológico ou social, mas sim o resultado da interação positiva entre pessoas em mudança, que estão inseridas em uma sociedade que também passa por mudanças. Assim, considerando a situação atual em que a população mundial está envelhecendo cada vez mais, é tarefa de diversas disciplinas no âmbito da Psicologia, das ciências biológicas e das ciências sociais promover estudos que possam identificar as condições que colaboram para o envelhecimento com qualidade de vida e bem-estar.

Os construtos qualidade de vida na velhice, bem-estar subjetivo e envelhecimento bem sucedido podem ser tidos como equivalentes, pois todos formam um construto global que contextualiza o envelhecimento como um fato individual e social (Neri, 2003).

Como já contextualizamos anteriormente qualidade de vida é um construto complexo que compreende múltiplas dimensões e é determinado por múltiplos fatores (Neri, 2000). Especificamente na idade avançada as referências do indivíduo podem mudar (Carr, Gibson & Robinson, 2001). Segundo Bowling (1995) a saúde e a independência são mais importantes para a boa qualidade de vida dos idosos, enquanto o trabalho e a condição financeira exercem mais influência para os jovens.

Lawton (1991) sustenta que a qualidade de vida na velhice é caracterizada por critérios intrapessoais e socionormativos, pois diz respeito a interação pessoa-ambiente no momento atual e em relação ao passado e ao futuro. Portanto, a qualidade de vida é resultado de muitos elementos que são relacionados entre si e que são produto da história interacional que se constrói junto com a evolução dos indivíduos e sociedades. Segundo o autor a avaliação da QdV na idade avançada baseia-se em quatro dimensões que são intimamente relacionadas. Sendo essas as condições ambientais, a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o bem-estar.

Envelhecer bem significa estar satisfeito com sua vida e ter expectativas positivas em relação ao futuro. Manter o bem-estar subjetivo positivo nessa época da vida que pode ser bastante desafiadora biologicamente, socialmente e psicologicamente é muito importante (Neri, 2003). Segundo Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002) a qualidade de vida do idoso está relacionada a ter boa capacidade funcional, bom estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde, enquanto níveis baixos desses fatores são relacionadas a depressão.

Sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, os conceitos individuais e subjetivos são determinantes em relação a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sua satisfação com a vida. Duas pessoas com o mesmo estado de saúde objetivo podem perceber sua qualidade de vida de maneira totalmente diferente, devido a suas capacidades de enfrentamento às doenças ou limitações físicas e a sua subjetividade (Trentini, Xavier & Fleck, 2006).

Em um estudo realizado em Porto Alegre no Brasil foi identificado que o domínio saúde é o mais importante para a qualidade de vida na idade avançada. Além da saúde também foram destacados os domínios psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade e crenças pessoais (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). Em outro estudo realizado por Browne et al. (1994) os domínios considerados mais importantes para a boa qualidade de vida na velhice foram primeiro atividades sociais e lazer, depois saúde, depois relações com a família, depois condições de moradia e depois religião.

Tsang et al. (2004) acreditam que a saúde seja o aspecto mais importante para a avaliação do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida entre a população idosa. Os autores também salientam a importância da independência e a relacionam com o estado de saúde e com as habilidades funcionais, considerando todas muito importantes para determinar a qualidade de vida.

Depender de outras pessoas na idade adulta muitas vezes é algo temido já que a autonomia é um dos objetivos principais dos seres humanos (Lemos & Medeiros, 2002). Porém é necessário diferenciar as patologias dos “efeitos da idade”. Uma possível dependência não caracteriza apenas a idade avançada, pois algumas pessoas podem apresentar declínio no estado de saúde ainda jovens, enquanto outras são saudáveis até os anos muito avançados. Dessa maneira a dependência não caracteriza essa etapa da vida, pois os declínios em geral refletem patologias e não os efeitos da idade (Hansson & Carpenter, 1994).

Baltes e Silverberg (1995) descreveram três formas de dependência relacionadas ao envelhecimento. A primeira delas é a dependência estruturada, onde o valor atribuído a pessoa é relacionado a sua participação no processo produtivo, e que se caracteriza pela dependência resultante de uma possível perda de emprego ou da aposentadoria. A segunda forma de dependência é a física, que se caracteriza pela possível perda da capacidade funcional do idoso. A terceira e última forma de dependência é a comportamental, que geralmente sucede a dependência física pois quando a pessoa depende de outros fisicamente espera-se que também dependa socialmente.

Segundo Covinsky et al. (1999) e Fassino et al. (2002) a capacidade funcional tem grande importância na avaliação do construto QdV. Assim, bem-estar subjetivo não significa ausência de problemas e/ou enfermidades que afetem a capacidade funcional do indivíduo, mas sim o equilíbrio entre as diversas dimensões que o compõem. Neri (2003) também destaca que quanto mais ativa for a pessoa de idade avançada maior será a sua satisfação com a vida.

A existência de redes de suporte social também é um importante elemento de qualidade de vida e bem-estar para os idosos. Cobb (1976) afere que o suporte social é uma informação ou ação de um semelhante que leva uma pessoa a acreditar que é cuidada, amada, estimada e valorizada, além de nutrir o sentimento de pertencimento a uma rede de relações e obrigações comuns e mútuas.

As redes de suporte social das pessoas de idade avançada podem ser classificadas em formais e informais, sendo a primeira compreendida pelos profissionais dos equipamentos públicos, e a segunda por familiares, amigos, vizinhos, etc (Neri, 2001).

Batistoni (2007) afere que a presença e percepção de um bom suporte social por parte das pessoas de idade avançada atua como um amortecedor de estresse e fator de prevenção a depressão. No entanto, a falta de suporte social pode estar relacionada a sintomas depressivos e a outros problemas de saúde. Para Neri (2001), apesar da rede de relações

sociais e do suporte social possivelmente diminuir com o avançar da idade, a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos.

As relações sociais são muito importantes para a saúde física e mental dos idosos, e conseqüentemente também para a qualidade de vida. Isso porque o isolamento social pode resultar em sentimentos de angústia e solidão (Novaes, 1997). O ambiente também pode ser determinante em relação a independência do indivíduo, pois idosos que vivem em ambientes não seguros acabam saindo menos de suas residências e ficando assim mais suscetíveis ao isolamento e a depressão, além de também poderem ter mais problemas com mobilidade e estado físico que levam a diminuição da qualidade de vida (OMS, 2001). Castellón e Pino (2003) também ressaltam que a possibilidade de ter depressão é cinco vezes maior para os idosos que tem limitações em seu ambiente físico.

Além dos fatores citados anteriormente, as crenças de auto-eficácia são importantes determinantes do BES na velhice (Neri, 2001), pois referem-se a crença que o indivíduo tem em si mesmo e em sua capacidade. Ainda existem muitos esteriótipos negativos em relação ao envelhecimento e isso pode prejudicar consideravelmente o sentimento de auto-eficácia (Yassuda, Lasca & Neri, 2005). Nesse sentido a participação em atividades educacionais, as relações familiares e as interações sociais favorecem o aumento do senso de auto-eficácia e, em consequência disso colaboram de maneira positiva para o bem-estar subjetivo e qualidade vida.

Segundo Sousa, Galante & Figueiredo (2003) o envelhecimento bem-sucedido é fomentado nos estágios anteriores do desenvolvimento do indivíduo, e resulta no acúmulo de recursos que ajudam na adaptação à mudança e na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida durante a idade avançada.

CAPÍTULO 3 – SEXUALIDADE E AFETIVIDADE NA IDADE AVANÇADA

3.1 As Vivências Afetivas e Sexuais na Idade Avançada

A afetividade é expressa através dos comportamentos e dos sentimentos subjetivos (Oliveira, 2005), sendo assim parte integrante da subjetividade humana; além de ter um papel importante na percepção que os indivíduos têm em relação às situações a que são expostos e ao planejamento de suas reações diante dessas (Bock, Furtado & Teixeira, 2008).

A capacidade de amar, de buscar intimidade, companheirismo e satisfação sexual juntas compõem a afetividade. O amor é um sistema complexo e dinâmico, que envolve cognições, emoções e comportamentos relacionados à felicidade. Não há restrições quanto ao amor e os sentimentos positivos de afeto, pois esses podem ser vividos e suscitados em todas as fases da vida do ser humano.

Durante o processo de envelhecimento podem ocorrer mudanças em todas as esferas da vida do indivíduo. Segundo Kinas e Vendruscolo (2010), ter alguém com quem dividir a vida e ser companhia nos momentos desafiadores e também durante as alegrias é a principal razão que leva os idosos a buscar um relacionamento amoroso.

Em muitos casos existe uma relação entre a afetividade e a sexualidade, pois o amor pode estar associado aos desejos sexuais. Porém algumas pessoas podem estar apaixonadas sem ter desejos sexuais por quem amam e outras podem sentir desejos sexuais em relação a uma pessoa que não amam (Monteiro, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde "A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e engloba sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais" (OMS, 2006, p. 5).

Em congruência com a definição elaborada pela OMS, Renaud (2001) afere que a sexualidade é intrínseca à condição humana e que faz parte da forma como cada indivíduo se expressa, comunica, sente, dá e recebe prazer com seu corpo. Segundo o autor a

sexualidade se manifesta não somente através do corpo; mas também através da mente, dos afetos, da ação e da compreensão.

Com tudo isso é seguro aferir que os ganhos provenientes das atividades sexuais são de grande diversidade e riqueza. As atividades sexuais têm os mais variados fins e não podem ser consideradas apenas reflexos que geram emoções e sensações (Beauvoir, 1990).

Kinsey et al. (1948) e Masters e Johnson (1966) foram os responsáveis pelos primeiros estudos acerca da sexualidade. Suas pesquisas concluíram que apesar da possibilidade de ocorrer uma diminuição na atividade sexual durante a idade avançada, os prazeres provenientes das variadas possibilidades sexuais perduram.

Os resultados encontrados pelos pesquisadores vão de encontro a teoria de que a sexualidade pode ser vivenciada de maneiras diversas pelos indivíduos de idade avançada.

Vasconcelos (1994) afere que o amor e a sexualidade para os idosos são compostos por diversos fatores. O primeiro deles é troca de afetos. Poder amar e ser amado, admirar e ser admirado e ter intimidade com outra pessoa. O segundo aspecto é relacionado ao funcionamento do corpo. Durante essa etapa da vida em que ocorrem alterações fisiológicas em maior ou menor grau, exercer a sexualidade também é uma forma de afirmação do corpo que pode proporcionar e sentir prazer. O terceiro aspecto é relacionado a identidade do indivíduo. Parte da identidade das mulheres é relacionada a ser feminina, assim como parte da identidade dos homens é relacionada a virilidade, e não deixar de manter relacionamentos sexuais é também uma forma de não perder esse aspecto da identidade. O quarto aspecto se relaciona com o sentimento de segurança que os relacionamentos afetivos e sexuais proporcionam, especialmente em uma época da vida onde a ansiedade acerca das perdas e declínios é tão presente.

A sexualidade é uma necessidade básica de afeto e de pertencimento, e por isso é parte fundamental e natural na vida de todos nós seres humanos, independentemente da idade e da condição física do indivíduo (Lima, 2006). Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações biológicas, psicológicas e sociais que poder afetar e conseqüentemente modificar a expressão comportamental da sexualidade (Cordeiro, 2003). Portanto, a sexualidade pode ter grande influência na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas de idade avançada. Os próximos tópicos deste capítulo irão abordar e aprofundar as influências que essas mudanças podem exercer sobre vivência da sexualidade nessa etapa do ciclo de vida.

3.2 Mudanças Fisiológicas Que Podem Afetar a Sexualidade dos Idosos

Sabe-se que as mudanças fisiológicas são parte natural do processo de envelhecimento. Essas alterações podem ter influência perante as atividades sexuais dos indivíduos.

Pascual (2002) afere que as principais alterações fisiológicas no organismo feminino decorrentes do envelhecimento são: a menopausa e em sua consequência o fim da possibilidade de reprodução, a diminuição da produção hormonal, a diminuição de tamanho e da elasticidade vaginal, a lubrificação vaginal que passa a demandar mais tempo de estimulação, e possível dor durante o ato sexual.

Já no organismo masculino, as principais alterações fisiológicas observadas são: declínio da excitação e do orgasmo, aumento do tempo necessário para obter ereção, diminuição do volume e intensidade da ejaculação, ereção menos rígida, aumento do período refratário entre ereções e diminuição dos níveis de testosterona (Pascual, 2002).

A diminuição na produção de hormônios pode afetar o desejo sexual porque o baixo nível de androgênios no homem e o baixo nível de estrogênios e androgênios na mulher tem influência sobre o desejo sexual (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000).

Apesar da possível aparição das mudanças fisiológicas acima citadas, a atividade sexual não deixa de ser prazerosa ou cessa durante a idade avançada. Pode haver um declínio, mas esse é muito mais relacionado ao aparecimento de doenças, à questões sociais e às consequências psicológicas de todos esses aspectos do que ao processo de envelhecimento em si.

Cardoso (2004) afere que o erotismo e as vivências da sexualidade podem ser expressas de diversas formas. Por isso, mesmo no caso de haver impossibilidade de engajamento em relações coitais é possível que a sexualidade e o erotismo continuem a possibilitar inúmeras outras formas de obter prazer e satisfação sexual.

Dessa maneira, as mudanças que podem ocorrer na função sexual durante o processo de envelhecimento podem estimular as pessoas a vivenciar mais os relacionamentos sexuais de outras formas além do coito. As carícias, beijos e toques e o toque desempenham papel fundamental no exercício da sexualidade, por isso descobrir o poder do carinho, do beijo, da fala pode diferenciar a vivência do sexo. As mudanças relacionadas ao despertar do desejo e a excitação física não são necessariamente negativas, pois permitem que as pessoas

envolvidas na atividade sexual se conectem de maneira mais profunda e sincronizada do que faziam antes (Sterpellone, 2005)

Sánchez e Ulácia (2006) consideram que estas características da sexualidade na velhice podem ser positivas tanto para as mulheres quanto para os homens, pois podem concumir no descobrimento e no desfrutar maior de relações sexuais mais lentas e mais centradas nas carícias mútuas e na comunicação. Segundo os autores, se a adaptação perante as alterações fisiológicas for adequada, poderá verificar-se um enriquecimento da sexualidade na terceira idade.

Ao pensar a sexualidade das pessoas de idade avançada é importante considerar o possível declínio gradual das funções sexuais devido às mudanças fisiológicas. Porém, mais importante ainda é compreender e aceitar que se a adaptação perante essas alterações for adequada poderá verificar-se um enriquecimento das vivências sexuais.

Assim, podemos aferir que em decorrência desse processo de transformação se perde em quantidade, mas, seguramente pode-se ganhar em qualidade. O prazer pode ser vivido em sua totalidade, pois a pessoa na terceira idade tem neste momento a experiência e a paciência que em geral são determinantes da qualidade da vida sexual.

Para Ribeiro (2002), a idade permite às pessoas vivenciarem o sexo em suas sutilezas, com uma linguagem que aperfeiçoa, reforça e enriquece a relação humana.

3.3 A construção Social e os Mitos Acerca da Sexualidade dos Idosos

Sabemos que os valores e crenças socioculturais em relação aos indivíduos mudam de acordo com a etapa de vida em que se encontram, e portanto, as expectativas da sociedade quanto as atitudes sexuais das pessoas de idade avançada também mudam.

A visão geral da sexualidade está intimamente ligada a um sistema de valores, crenças e atitudes que tem por base o modelo reprodutivo do sexo, o paradigma do coito heterossexual e o mito da beleza física e jovem; e que traz consequências negativas para os indivíduos de idade avançada (Lima, 2003).

A prática sexual pode ter os mais variados objetivos e fins, como reprodução, prazer, expressão de ternura, expressão de afeto, comunicação e etc. Porém o contexto social e histórico no qual o indivíduo esteve inserido ao longo de sua vida pode influenciar fortemente a maneira como este entende e vive sua sexualidade durante a idade avançada. Por isso, se a pessoa aprendeu valores muito tradicionais e restritivos em relação a

sexualidade do idoso, existem mais chances de que quando chegar a essa fase do ciclo de vida veja a própria sexualidade à partir desses mesmos valores (Cordeiro, 2003).

Dias (2008) afirma que apesar de a sexualidade continuar impregnada de uma ideia muito associada ao coito e muitas vezes não conceber outras atitudes e práticas da mesma forma prazerosas, como as palavras carinhosas, as carícias preliminares, a relação de intimidade e cumplicidade, esses atos também fazem parte da expressão sexual e podem ser exercidos sem nenhum impedimento pelas pessoas de idade avançada. O autor considera que a sexualidade nesta fase da vida até pode ser experienciada de forma mais intensa e com maior qualidade, pois os problemas do cotidiano já se encontram estabilizados.

Pascual (2002) afere que nas sociedades ocidentais a atividade sexual tinha a finalidade da reprodução, era majoritariamente genital e não devia ser praticada fora do casamento. A educação sexual ensinava normas rígidas onde quase não havia espaço para a autoexploração e para vivências mais profundas. Apenas recentemente o sexo passou a ser visto também como fonte de prazer. Assim, a maioria dos idosos de hoje aprenderam esse conceito negativo e repressivo, que entendia o exercício livre da sexualidade como algo obscuro, perigoso e pecaminoso. Esses conceitos negativos podem favorecer o desinteresse pela sexualidade, bem como a redução da atividade e a insatisfação em todas as idades e especialmente na idade avançada.

Apesar de as crenças acerca da sexualidade dos mais jovens terem mudado, a sexualidade dos idosos infelizmente ainda é cercada de diversos mitos e tabus.

De acordo com Lima (2003) os principais mitos acerca da sexualidade dos idosos são:

- Os idosos não têm capacidades fisiológicas para ter comportamentos sexuais;
- Os idosos não têm interesses sexuais;
- Os idosos que se interessam pela sexualidade são perversos;
- Os desvios sexuais são mais frequentes nos idosos;
- A atividade sexual durante a idade avançada faz mal para a saúde;
- O coito e a emissão de sêmen são debilitantes e aceleram o envelhecimento;
- Não há motivo para os idosos praticarem atos sexuais já que não podem mais se reproduzir;
- As mudanças naturais do envelhecimento tornam o indivíduo “feio”;
- É indecente e de mau gosto que os idosos manifestem interesses sexuais;
- Ao envelhecer os homens continuam tendo interesses sexuais mas as mulheres não;
- As mulheres idosas que apreciam sexo foram provavelmente ninfomaníacas

quando jovens;

- A satisfação na relação sexual diminui depois da menopausa;
- A masturbação é uma atividade infantil e só é praticada por pessoas idosos se estiverem perturbadas;
- As pessoas doentes ou com deficiências não devem ter relações sexuais;
- O indivíduo que não pratica atividades sexuais a algum tempo não poderá voltar a fazê-lo.

Em consequência de todos os mitos e crenças mencionados, a autora considera que a maioria dos problemas sexuais vivenciados pelas pessoas de idade avançada são de ordem psicossocial.

Segundo Pascual (2002) a crença de que as pessoas de idade avançada que demonstram ter desejos e/ou praticam atividades sexuais são “sem vergonha”, “depravadas” e etc. caracterizam uma forte pressão sociocultural que colabora para que muitos idosos encararem suas vontades e desejos relacionados a sexualidade como algo negativo, experimentando sentimentos de culpa e vergonha.

O autor também considera que a ideia difundida pela mídia de que a juventude é o estado ideal da vida, menospreza a maturidade e todas as suas características. A sociedade atual raramente valoriza as capacidades mais positivas das pessoas de idade avançada, e em consequência disso, a experiência adquirida ao longo dos muitos anos de vida, as tradições, histórias e tudo que os idosos tem de melhor em suas experiências não tem mais grande valor. Cada vez mais tudo fica obsoleto rapidamente e apenas o novo e o jovem são valorizados.

As vivências familiares podem influenciar o comportamento afetivo e sexual das pessoas de idade avançada. Como consequência da crença equivocada de que os idosos não devem mais praticar atividades sexuais, muitas famílias reprimem qualquer manifestação dessa natureza. Fato esse que atrapalha as vivências dos casais idosos, e também limita a possibilidade de os idosos construírem novos relacionamentos. A falta de privacidade no caso de casais idosos que moram na mesma casa que outros membros da família também pode ser um fator limitante em relação ao exercício de sua afetividade e sexualidade, pois nesse caso dificilmente os cônjuges conseguirão exprimir seus sentimentos e afetos de maneira adequada.

Capodiecì (2000, p. 162) enfatiza que “O resultado e as modificações deste processo de remanejamento para a última adaptação dependem não só dos vários elementos que

constituem o psiquismo de um indivíduo, mas também de fatores externos presentes na realidade sociofamiliar da pessoa idosa”.

As convenções sociais relativas à idade são especialmente desfavoráveis quando se trata das mulheres. Isso porque a tradição nas sociedades ocidentais é de que em geral as mulheres casem com homens mais velhos, e isso somado a esperança de vida superior feminina resulta em um número alto de mulheres viúvas. Em consequência dos mitos já discutidos muitas dessas mulheres nem consideram a possibilidade de conhecer outras pessoas e se envolver novamente em um relacionamento afetivo e sexual (Lima, 2003).

Segundo Sterpellone (2005) a sexualidade depois dos 60 anos torna-se uma livre escolha, pois passa a ser desvinculada de exigências biológicas e convencionais. O autor acredita que durante essa etapa da vida onde a capacidade de reprodução já não é mais presente as pessoas podem continuar praticando atividades sexuais; porém, se for o caso de não desejarem mais praticar atos relacionados a sexualidade também podem fazê-lo livremente. Isso porque diferentemente da fase desenvolvimental anterior, esse comportamento é o esperado pela sociedade e não é acompanhado por sentimentos de culpa ou inadequação durante o envelhecimento.

Não existe uma idade definida para que a atividade, os pensamentos ou o desejo sexual acabem, e toda a sociedade deve ter noção de que durante toda a vida o ser humano pode ser sexualmente ativo. Muitas vezes, a pessoa idosa deseja a atividade sexual para remeter-se à juventude e a momentos de felicidade que viveu no passado. Porém esse desejo só se encontra em idosos que atribuíram ao longo da vida um valor positivo à atividade sexual. Pessoas que repugnavam as atividades sexuais utilizam a desculpa de estar velhos para abandonar a vida sexual ativa. Para a autora, a vida sexual prolonga-se mais se tiver sido rica e feliz ao longo do curso de vida (Pascual, 2002).

Como vimos, a sociedade não contribui para que as pessoas idosas possam manifestar livremente sua sexualidade. A negação da sexualidade, das manifestações amorosas e a infantilização dos idosos colaboram para que eles tenham dificuldades para desenvolver e explorar a nova fase de sua sexualidade e estabelecer relacionamentos, quaisquer que sejam. Os próprios idosos, muitas vezes pela interiorização das normas culturais, têm tomado para si o estereótipo negativo da pessoa idosa e inibido qualquer expressão sexual. É preciso superar o mito da velhice assexuada, pois sexualidade é uma parte importante da existência humana em qualquer etapa da vida e deve ser vista sob um novo olhar.

Apesar dos estereótipos e mitos relativos à sexualidade dos idosos ainda existentes, é necessário reafirmar que o processo de envelhecimento não é sinônimo do início de uma

fase assexuada da vida, e sim uma nova fase da sexualidade humana. Sabe-se que as alterações nas capacidades físicas dos idosos podem ter influência nas práticas sexuais, mas isso não quer dizer que o desejo também altera-se. O importante é desmistificar a sexualidade do idoso, para que este não descredite dos seus potenciais e capacidades e seja impelido a adotar uma vida assexuada. Uma sexualidade bem vivida aumenta o prazer de viver e auto estima, tanto para o homem como para a mulher (Lopez & Fuertes, 1999).

3.4 Aspectos Psicológicos Relacionados a Sexualidade na Idade Avançada

Embora hajam muitas investigações sobre a sexualidade dos indivíduos de idade avançada, a maioria dessas trata apenas de questões relacionadas a disfunções e mudanças no funcionamento sexual. As muitas mudanças fisiológicas e socioculturais que ocorrem durante o envelhecimento têm consequências psicológicas e emocionais, além de exercer grande impacto sobre a qualidade de vida dos idosos.

Como foi mencionado anteriormente a idade avançada é frequentemente entendida como uma etapa da vida onde a sexualidade não mais se faz presente. Essa crença equivocada tem consequências psicológicas negativas para os idosos, muitas vezes levando-os a não ter nenhum tipo de experiência sexual e a ter vergonha de conversar sobre o assunto.

As alterações fisiológicas naturais durante o processo de envelhecimento podem ter um efeito bastante negativo em termos psicológicos. No caso dos homens as dificuldades ou impossibilidade de ter relações coitais pode resultar em um sentimento de perda da masculinidade, e além disso também pode desencadear quadros de stress e outros sentimentos negativos e depreciativos. Isso ocorre principalmente se o indivíduo entender que a sexualidade se resume ao coito (Lopez & Fuertes, 1999).

Cardoso (2004) afere que o caso das mulheres é diferente, pois elas conseguem aceitar melhor as alterações na esfera sexual. Porém as idosas podem ter grandes dificuldade com as mudanças em sua imagem corporal. E isso as afeta mais do que aos homens graças a construção social que supervaloriza a beleza e a aparência jovial femininas, levando muitas mulheres de mais idade e que já não tem mais o corpo e o rosto com aspecto jovem a sentirem-se feias e a terem baixa auto-estima.

A passagem pela menopausa que concumina no fim da fase reprodutiva também pode trazer sentimentos de inferioridade, pois socialmente a feminilidade, assim como a juventude

e a beleza, também é muito associada a maternidade. Todos os fatores mencionados podem ter efeitos psicológicos bastante negativos para as mulheres (Cardoso, 2004).

Como vimos anteriormente, o ato sexual é complexo e abrange o corpo, a mente e as emoções. Apesar de afetar mais as mulheres, os homens também se preocupam com a aparência física e podem apresentar sentimentos negativos em consequência da perda do aspecto atraente e jovem. Esses sentimentos relacionados a aparência pode levar o indivíduo a sentir-se feio e sem atrativos, e em muitos casos até prejudicar além da vida sexual também a vida social e afetiva.

Segundo Cardoso (2004), outro fator relacionado a sexualidade que pode ter influências negativas psicologicamente é a comparação entre a sexualidade como era exercida durante a juventude e a sexualidade como pode e é exercida durante o envelhecimento.

Apesar de todos os fatores mencionados que podem ser negativos para a vivência sexual, a maturidade que acompanha os anos e experiências vividos pode ser muito positiva para a vivência da sexualidade. Todos os conhecimentos, vivências e aquisições psíquicas podem ajudar o indivíduo a lidar melhor com todo o seu processo de mudanças sexuais, e ainda no caso de haver um parceiro(a) fixo(a), a convivência durante mais tempo concumina em maior intimidade e confiança entre o casal, e contribui para uma vivência sexual mais rica e satisfatória.

PARTE II

ANÁLISE EMPÍRICA

CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

4.1 Objetivos

Os capítulos anteriores relativos aos diversos aspectos do processo de envelhecimento, a qualidade de vida e bem-estar subjetivo, e a sexualidade e afetividade na idade avançada, permitiram-nos estruturar um enquadramento teórico-conceitual que fundamenta o estudo empírico que apresentaremos à seguir.

A proposta principal dessa investigação é verificar se existe relação entre o grau de importância atribuído a ter relações afetivas e sexuais pelas pessoas de idade avançada e a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a depressão, o bem-estar subjetivo, e a satisfação com o suporte social desses indivíduos.

Baseando-nos na problemática apresentada, os seguintes objetivos foram traçados:

- Investigar a opinião dos idosos acerca da importância que manter relações afetivas e sexuais tem para eles nessa fase de suas vidas;
- Investigar como avaliam suas vidas em relação aos construtos qualidade de vida, satisfação com a vida, depressão, afetos positivos e negativos e satisfação com o suporte social.
- Investigar e analisar se há relação entre os construtos mencionados e o grau de importância que os participantes do estudo atribuem a ter relações afetivas e sexuais na idade avançada;

4.2 Hipóteses de Investigação

H1 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem maior qualidade de vida;

H2 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem maior satisfação com a vida;

H3 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem menor depressão;

H4 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem mais afetos positivos;

H5 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem menos afetos negativos;

H6 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem mais satisfação com amigos;

H7 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem mais intimidade;

H8 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também tem mais satisfação com a família;

H9 – As pessoas de idade avançada que atribuem mais importância as relações afetivas e sexuais também estão mais satisfeitas com suas atividades sociais.

4.3 Procedimentos

O processo de recolha de dados relativamente à administração dos questionários, consistiu na sua apresentação em duas modalidades: em suporte papel e através de formulário eletrónico disponível no Google Docs.

Objetivando buscar o maior número possível de sujeitos para participar do estudo a investigadora foi as ruas e convidou quantos idosos pode a responder o questionário.

A investigadora também procurou diversas instituições direcionadas a cidadãos aposentados e Universidades Sénior, e foram os idosos que frequentam essas instituições que mais concordaram em participar do estudo e formam a maior da amostra..

Os dados foram recolhidos no período entre Fevereiro e Julho de 2016.

Foram utilizados para este estudo os inquéritos em que todos os instrumentos foram respondidos pelos indivíduos de idade avançada que concordaram em participar do estudo.

As análises dos resultados foram feitas utilizando o programa IBM SPSS, versão 22.

CAPÍTULO 5 – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a realização da presente investigação foram escolhidos instrumentos que condizem com a conceitualização teórica abordada, assim como os objetivos e as hipóteses delineadas para o trabalho. Sendo assim, foram selecionados os instrumentos: Ficha de Caracterização Sociodemográfica, EUROHIS-QOL-8, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), EADS- 7, Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e Saúde Sexual.

5.1 Ficha de Caracterização Sociodemográfica

Este instrumento foi aplicado com o intuito de recolher as informações sócio demográficas dos participantes do estudo. As questões levantadas são: idade, sexo, profissão, moradia em instituição ou não, estado civil, situação relacional, orientação sexual, religião, escolaridade, prática de atividade física, participação em grupo ou outras atividades e zona de residência.

5.2 EUROHIS-QOL-8

EUROHIS-QOL-8 (Versão Original: Power, 2003; Versão Portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) é uma medida de avaliação da qualidade de vida composta por oito itens, e que foi desenvolvida a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. Trata-se de um instrumento de medida geral de Qvd, de natureza multidimensional, que permite a recolha das percepções subjetivas dos indivíduos acerca da sua qualidade de vida.

O instrumento avalia o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais e o do domínio do ambiente; e cada um desses é representado por dois itens. O resultado é um índice global, que é calculado a partir da soma dos oito itens onde um valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção da QdV. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, que variam, por exemplo, entre “Nada” e “Completamente” (Pereira et al., 2011).

As recomendações originais são de que os valores encontrados nos quatro domínios e também o resultado geral sejam transformados em uma escala de 0 a 100. No estudo piloto o EUROHIS-QOL-8 apresentou um α de Cronbach de .78 (Power, 2003), no estudo de campo inicial, que envolveu uma amostra de 10 países (Schmidt, Mühlan, & Power, 2006), assim como nos estudos da versão portuguesa (Pereira et al., 2011), apresentou um α de Cronbach de .83.

5.3 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A SWLS (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993) avalia o conceito subjetivo que os indivíduos têm sobre a qualidade das suas próprias vidas. Nessa escala os critérios adotados pelos indivíduos para chegar a esse conceito são formulados pelos próprios sujeitos, já que não há imposição dos mesmos pelo investigador. É importante que o conceito formulado seja relativo à qualidade de vida num sentido global e não apenas referente a domínios específicos (Pavot & Diener, 1993). Os itens de SWLS são globais, conduzindo os respondentes a pesar os domínios das suas vidas segundo os seus próprios valores e permitindo um julgamento global sobre seus níveis de satisfação com a vida.

A SWLS é constituída originalmente por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos, sendo que a pontuação do sujeito pode variar entre 5 e 35 pontos, e a pontuação 20 representa o ponto médio. Na sua construção, Diener et al. (1985) tiveram como base uma escala de 45 itens, que foi sujeita a uma análise fatorial da qual resultaram três aspectos: Satisfação com a vida, Afeto positivo e Afeto Negativo. Dez dos itens apresentavam uma saturação de .60 no fator Satisfação com a vida, e este grupo foi reduzido posteriormente a 5 itens. Esse formato mais preciso permite que o tempo necessário para o seu preenchimento seja menor.

A SWLS tem mostrado forte consistência interna e moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993). Diener e colaboradores (1985) referem um coeficiente alfa de .87 e no teste-reteste, após dois meses, um coeficiente de estabilidade de .82.

A validade de construto do instrumento é provada através das correlações positivas e significativas que o mesmo apresenta com outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida, apresentando uma convergência adequada com as referidas medidas e incluindo medidas utilizadas em diferentes abordagens metodológicas (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991). Por outro lado, mostrou estar negativamente relacionado com

a depressão, com o afeto negativo, a ansiedade e ou neuroticismo (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993).

Adaptada para a população portuguesa por Simões (1992), a SWLS revelou boas qualidades psicométricas e uma estrutura unifatorial, que é possível identificar como a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2001). Nessa adaptação os aspectos da tradução foram aperfeiçoados buscando facilitar a compreensão do conteúdo por pessoas de níveis académicos inferiores, reduzindo paralelamente a amplitude da escala resposta para cinco pontos. Os resultados possíveis de obter com esta escala, oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, sendo que quanto mais elevado for o valor maior é o nível de satisfação com a vida, e o ponto médio situa-se na pontuação 15.

5.4 EADS- 7

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) é uma adaptação para a língua portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) da escala original Depression Anxiety Stress Scale (DASS) criado por Lovibond e Lovibond (1995). Os autores consideraram que a depressão se caracteriza essencialmente pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. Já a ansiedade realça as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo, e o stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Assim, a EADS mede três dimensões, que se encontram distribuídas em 3 sub escalas: Ansiedade, Depressão e Stress. Cada sub escala inclui sete itens, que são afirmações que remetem a sintomas emocionais negativos. Portanto, solicita-se ao sujeito que responda se experienciou os sentimentos e emoções da afirmação na “semana passada”. Existem quatro possibilidades de resposta apresentadas numa escala de tipo Likert.

A escala fornece três notas, uma por cada sub escala, sendo que, as notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al, 2004). Neste estudo foi utilizada uma versão resumida, denominada EADS-7 que contém apenas as questões da dimensão Depressão.

A sub escala Depressão é composta pelos conceitos: disforia (dois itens), desânimo (dois itens), desvalorização da vida (dois itens), auto depreciação (dois itens), falta de

interesse ou de envolvimento (dois itens), anedonia (dois itens) e Inércia (dois itens) (Lovibond & Lovibond, 1995).

5.5 Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS)

A Escala de Afeto Positivo e de Afeto Negativo (PANAS) (Watson, Clark e Tellegen, 1988), é o instrumento utilizado para medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo (PA - Afetos Positivos e NA - Afetos Negativos). A escala é constituída por 20 termos descritores da afetividade sentida pelo sujeito, sendo que 10 integram o domínio do afeto positivo e os outros 10 termos descrevem o afeto negativo.

A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos e o respondente deve escolher a opção que melhor expressa a extensão em que experienciou cada um dos estados de espírito ou sentimentos durante um determinado período de tempo. Os termos descritores dos afetos são distribuídos aleatoriamente pela escala, e seu desenvolvimento teve como base a utilização de 60 termos descritores da afetividade, que foram sujeitos a uma análise em componentes principais, onde se consideraram os termos descritores com uma saturação igual ou superior a .40.

As médias são superiores nos descritores do afeto positivo (PA), relativamente às médias obtidas nos descritores do afeto negativo (NA), e não existe uma diferença significativa de médias entre sexos. A correlação entre as sub escalas PA e NA é baixa, indo de -.12 a -.23, consoante o período de tempo a que se reporta (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A PANAS apresenta uma boa consistência interna, com valores que se situam entre .86 e .90 para a sub escala PA e valores entre .84 e .87 na sub escala NA, não sendo nenhuma delas afetadas pelo quadro temporal considerado. A estabilidade avaliada pela consistência do teste-reteste atinge níveis significantes em qualquer dos quadros temporais considerados (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Neste estudo utilizaremos a versão da PANAS validada para a população portuguesa por Simões (1993). Nesta validação, o autor adicionou um item à sub escala PA e um item à sub escala NA por considerar que “alguns destes itens originais não ficavam, adequadamente traduzidos, em termos de conteúdo” (p.389). Assim sendo, a versão totaliza 22 itens. As duas escalas revelam bons índices de fidelidade, apresentando um alfa de Cronbach de .82 para a

PA e de .85 para a NA. A versão da PANAS validada para a população portuguesa revelou também boa validade de construto e discriminante.

5.6 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999) avalia a percepção do respondente em relação ao suporte social que recebe. Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens de resposta tipo Likert, com cinco possibilidades de resposta que vão de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” (Pais-Ribeiro, 1999; 2011).

A ESSS avalia quatro dimensões ou fatores. O primeiro fator, denominado “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o sujeito tem e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). Já o terceiro fator, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três itens (9, 10, 11). O último fator, denominado “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam e inclui três itens (2, 7, 8) (Pais-Ribeiro, 1999; 2011).

5.7 Saúde Sexual (Carvalheiras, 2015)

Este instrumento avalia a saúde sexual dos indivíduos de idade avançada através de questões sobre diversos aspectos de sua sexualidade ao longo de sua vida e durante o processo de envelhecimento. O instrumento também avalia a importância que a pessoa atribui a manter relacionamentos afetivos e sexuais durante esta etapa da vida.

CAPÍTULO 6 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

6.1 Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 70 homens e mulheres que moram na cidade de Coimbra e adjacências, e tem entre 61 e 85 anos.

6.2 Caracterização Sociodemográfica

Tabela 1 - Frequências de Idade

	Frequência	Porcentagem
61	1	1,4
62	1	1,4
63	1	1,4
64	3	4,3
65	6	8,6
66	2	2,9
67	5	7,1
68	5	7,1
69	4	5,7
70	3	4,3
71	4	5,7
72	6	8,6
73	4	5,7
74	8	11,4
75	6	8,6
76	4	5,7
77	2	2,9
79	4	5,7
85	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela 2 - Estatísticas de Idade

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade	70	71,0	4,84	7%	61	85

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 71,0 anos, com uma dispersão de valores de 7%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 61 e 85 anos.

Tabela 3 - Frequências de Gênero

	Frequência	Porcentagem
Masculino	18	25,7
Feminino	52	74,3
Total	70	100,0

Na amostra, 74,3% do total de participantes são do sexo feminino e os restantes 25,7% são do sexo masculino.

Relativamente à questão “Está a viver em uma instituição?”, todos responderam negativamente.

Tabela 4 - Frequências de Estado Civil

	Frequência	Porcentagem
Solteiro(a)	5	7,1
União de facto	1	1,4
Casado(a)	45	64,3
Divorciado(a)/ Separado(a)	7	10,0
Viúvo(a)	12	17,1
Total	70	100,0

Na amostra, 64,3% são casados, 17,1% são viúvos, 10,0% são divorciados/separados, 7,1% são solteiros e 1,4% (um elemento) vive em união de facto.

Tabela 5 - Frequências de Situação Relacional

	Frequência	Porcentagem
Não tenho relação de compromisso	23	32,9
Tenho relação de compromisso	47	67,1
Total	70	100,0

Na amostra, 67,1% tem uma relação de compromisso e 32,9% não tem.

Tabela 6 - Frequências de Orientação Sexual

	Frequência	Porcentagem
Heterossexual	68	97,1
Homossexual	02	2,9
Total	70	100,0

Na amostra, 97,1% são heterossexuais e 2,9% são homossexuais.

Tabela 7 - Frequências de Religião

	Frequência	Porcentagem
Católico praticante	20	28,6
Católico não praticante	39	55,7
Outra religião	03	4,3
Sem religião	08	11,4
Total	70	100,0

Na amostra, 55,7% são católicos não praticantes, 28,6% são católicos praticantes, 11,4% não têm religião e 4,3% têm outra religião.

Tabela 8 - Frequências de Escolaridade

	Frequência	Porcentagem
Escola primária (ensino básico)	11	15,7
Liceu	13	18,6
Licenciatura	37	52,9
Pós-graduação	09	12,9
Total	70	100,0

Na amostra, 52,9% têm licenciatura, 18,6% têm o liceu, 15,7% têm escola primária e 12,9% têm pós-graduação.

Tabela 9 - Frequências de “Pratica alguma atividade física?”

	Frequência	Porcentagem
Não	36	51,4
Sim	34	48,6
Total	70	100,0

Na amostra, 48,6% pratica alguma atividade física e os restantes não praticam.

Tabela 10 - Frequências de “Se respondeu que Sim, qual atividade física pratica?”

	Frequência	Porcentagem
Não pratica	36	51,4
Caminhada	12	17,1
Dança	1	1,4
Ginástica	5	7,1
Hidroginástica	2	2,9
Passadeira	1	1,4
Pilates	4	5,7
Pilates e caminhada	1	1,4
Shiqung	1	1,4

Universidade sênior	1	1,4
Yoga	5	7,1
Yoga e corrida de rua	1	1,4
Total	70	100,0

Na amostra, para os que praticam alguma atividade física, as respostas mais dadas são caminhada por 17,1%, seguida de ginástica por 7,1% e também yoga por 7,1%, e depois pilates por 5,7%, verificando-se ainda as restantes respostas listadas.

Tabela 11 - Frequências de “Participa de algum grupo e/ou outras atividades?”

	Frequência	Porcentagem
Não	25	35,7
Sim	45	64,3
Total	70	100,0

Na amostra, 64,3% participam de algum grupo e/ou outras atividades e os restantes não participam.

Tabela 12 - Frequências de “Se respondeu que sim de qual grupo(s) e/ou atividade(s) participa?”

	Frequência	Porcentagem
Não participam	25	35,7
Academia Sênior	1	1,4
Academia Sênior SCMAH	1	1,4
Apojovi	1	1,4
Aposenior	3	4,3
Associação de Solidariedade Social dos Professores	7	10,0
Caminhada	1	1,4
Canto coral ; cavaquinho ; jardinagem	1	1,4
Catequese, como animadora e teologia, como aluna	1	1,4
CCI	1	1,4

Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade de Coimbra	1	1,4
Centro de Convívio	1	1,4
Clube de mães, confeccionamos enxovais para grávidas carentes	2	2,9
Coro, danças e cantares	1	1,4
Escrita, Leitura, Cinema...	1	1,4
Escrita, pintura, história da arte, dou aulas de português a estrangeiros	1	1,4
Ginástica	1	1,4
Grupo Coral e Clube UNESCO	1	1,4
Grupo de estudos	1	1,4
Grupo de leitura	1	1,4
Grupo musical e aulas de música em Bandolim	1	1,4
Grupo particular	1	1,4
Grupos de poesia; associação cultural	1	1,4
Inglês	4	5,7
Oficina de ginástica mental	1	1,4
Sindicato de Jornalistas	1	1,4
Um clube Unesco	1	1,4
Universidade Senior	3	4,3
Vários	4	5,7
Total	70	100,0

Na amostra, para os que participam de algum grupo e/ou outras atividades, as respostas mais dadas são Associação de Solidariedade Social dos Professores por 10,0%, seguida de inglês por 5,7% e Aposenior por 4,3%, e também Universidade Senior por 4,3%, verificando-se ainda as restantes respostas listadas.

Tabela 13 - Frequências de Zona de Residência

	Frequência	Porcentagem
Urbana (cidade)	53	75,7
Peri-urbana (arredores da cidade)	16	22,9
Rural	01	1,4
Total	70	100,0

Na amostra, 75,7% residem em zona urbana, 22,9% em zona peri-urbana e 1,4% (um elemento) em zona rural.

Tabela 14 - Resumo de Caracterização dos Participantes

		Frequência	Porcentagem
Idade	Média = 71,0		
	Desvio padrão = 4,84		
Sexo	Masculino	18	25,7
	Feminino	52	74,3
Estado Civil	Solteiro(a)	5	7,1
	União de facto	1	1,4
	Casado(a)	45	64,3
	Divorciado(a)/ Separado(a)	7	10,0
	Viúvo(a)	12	17,1
Situação Relacional	Não tenho relação de compromisso	23	32,9
	Tenho relação de compromisso	47	67,1
Orientação Sexual	Heterossexual	68	97,1
	Homossexual	2	2,9
Religião	Católico praticante	20	28,6
	Católico não praticante	39	55,7
	Outra religião	3	4,3
	Sem religião	8	11,4
Escolaridade	Escola primária (ensino básico)	11	15,7
	Liceu	13	18,6
	Licenciatura	37	52,9
	Pós-graduação	9	12,9
Pratica alguma atividade física?	Não	36	51,4
	Sim	34	48,6
Participa de algum grupo ou outras atividades?	Não	25	35,7
	Sim	45	64,3
Zona de residência	Urbana (cidade)	53	75,7
	Peri-urbana (arredores da cidade)	16	22,9
	Rural	1	1,4
	Total	70	100,0

CAPÍTULO 7 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

7.1 Apresentação dos Resultados

7.1.1 Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)

Tabela 15 - Frequências dos itens da Escala EUROHIS-QOL-8

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Como avalia a sua vida?			2	2,9%	19	27,1%	43	61,4%	6	8,6%
2. Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?	1	1,4%	10	14,3%	16	22,9%	40	57,1%	3	4,3%
3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?			3	4,3%	28	40,0%	29	41,4%	10	14,3%
4. Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para empenhar as atividades do seu dia-a-dia?			6	8,6%	12	17,1%	42	60,0%	10	14,3%
5. Até que ponto está satisfeito/a consigo próprio(a)?			3	4,3%	10	14,5%	49	71,0%	7	10,1%
6. Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais?	4	5,7%	4	5,7%	14	20,0%	43	61,4%	5	7,1%
7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	1,4%	5	7,1%	40	57,1%	15	21,4%	9	12,9%
8. Até que ponto está satisfeito/a com as condições do lugar em que vive?	4	5,7%	4	5,7%	5	7,1%	45	64,3%	12	17,1%

Os valores indicados reportam-se às escalas de medida:

Item 1: 1- Muito má; 2- Má; 3- Nem boa nem má; 4- Boa; 5- Muito boa.

Itens 2, 4, 5, 6 e 8: 1- Muito insatisfeito(a); 2- Insatisfeito(a); 3- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a); 4- Satisfeito(a); 5- Muito satisfeito(a).

Itens 3 e 7: 1- Nada; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Bastante; 5- Completamente.

Tabela 16 - Estatísticas dos itens da Escala EUROHIS-QOL-8

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín	Máx
1. Como avalia a sua vida?	70	3,76	0,65	17%	2	5
2. Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?	70	3,49	0,85	24%	1	5
3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	70	3,66	0,78	21%	2	5
4. Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para empenhar as atividades do seu dia-a-dia?	70	3,80	0,79	21%	2	5
5. Até que ponto está satisfeito/a consigo próprio(a)?	69	3,87	0,64	17%	2	5

6. Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais? 70	3,59	0,92	26%	1	5
7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? 70	3,37	0,85	25%	1	5
8. Até que ponto está satisfeito/a com as condições do lugar em que vive? 70	3,81	0,98	26%	1	5

Os valores indicados reportam-se às escalas de medida:

Item 1: 1- Muito má; 2- Má; 3- Nem boa nem má; 4- Boa; 5- Muito boa.

Itens 2, 4, 5, 6 e 8: 1- Muito insatisfeito(a); 2- Insatisfeito(a); 3- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a); 4- Satisfeito(a); 5- Muito satisfeito(a).

Itens 3 e 7: 1- Nada; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Bastante; 5- Completamente.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a apreciação é superior para “5. Até que ponto está satisfeito/a consigo próprio(a)?”, seguido de “8. Até que ponto está satisfeito/a com as condições do lugar em que vive?”, “4. Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para empenhar as atividades do seu dia-a-dia?” e “1. Como avalia a sua vida?”, depois de “3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?” e “6. Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais?”, seguidos de “2. Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?” e finalmente de “7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?”, tendo todos os itens uma apreciação superior ao ponto intermédio da escala de medida.

7.1.2 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 17 - Frequências dos itens da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse?	6	8,6%	11	15,7%	4	5,7%	43	61,4%	6	8,6%
2. As minhas condições de vida são muito boas?	1	1,4%	10	14,3%	8	11,4%	37	52,9%	14	20,0%
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	2	2,9%	7	10,0%	12	17,1%	33	47,1%	16	22,9%
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	3	4,3%	9	12,9%	8	11,4%	32	45,7%	18	25,7%
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	3	4,3%	29	41,4%	8	11,4%	23	32,9%	7	10,0%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Discordo muito; 2- Discordo um pouco; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo um pouco; 5- Concordo muito.

Tabela 18 - Estatísticas dos itens da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín	Máx
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse?	70	3,46	1,13	33%	1	5
2. As minhas condições de vida são muito boas?	70	3,76	0,98	26%	1	5
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	70	3,77	1,01	27%	1	5
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	70	3,76	1,11	30%	1	5
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	70	3,03	1,15	38%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Discordo muito; 2- Discordo um pouco; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo um pouco; 5- Concordo muito.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a concordância é superior para “3. Estou satisfeito(a) com a minha vida”, “2. As minhas condições de vida são muito boas?” e “4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria”, seguidos de “1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse?”, tendo estes itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida; finalmente surge o item “5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”, com uma concordância próxima do ponto intermédio da escala de medida.

7.1.3 Dimensão Depressão da Escala EADS

Tabela 19 - Frequências dos itens da Dimensão Depressão da Escala EADS-7

	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	32	45,7%	20	28,6%	15	21,4%	3	4,3%
2. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.	17	24,3%	45	64,3%	6	8,6%	2	2,9%
3. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	35	50,0%	23	32,9%	10	14,3%	2	2,9%
4. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	20	28,6%	39	55,7%	11	15,7%		
5. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	36	51,4%	25	35,7%	9	12,9%		
6. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	44	62,9%	20	28,6%	4	5,7%	2	2,9%
7. Senti que a vida não tem sentido.	50	71,4%	13	18,6%	5	7,1%	2	2,9%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 0- Não se aplicou nada a mim; 1- Aplicou-se a mim algumas vezes; 2- Aplicou-se a mim algumas vezes; 3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo.

Tabela 20 - Estatísticas dos itens da Dimensão Depressão da Escala EADS-7

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín	Máx
1. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	70	0,84	0,91	108%	0	3
2. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.	70	0,90	0,66	74%	0	3
3. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	70	0,70	0,82	118%	0	3
4. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	70	0,87	0,66	75%	0	2
5. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	70	0,61	0,71	115%	0	2
6. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	70	0,49	0,74	152%	0	3
7. Senti que a vida não tem sentido.	70	0,41	0,75	181%	0	3

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 0- Não se aplicou nada a mim; 1- Aplicou-se a mim algumas vezes; 2- Aplicou-se a mim algumas vezes; 3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a apreciação é superior para “2. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas”, “4. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)” e “1. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”, seguidos de “3. Senti que não tinha nada a esperar do futuro”, depois de “5. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”, e ainda de “6. Senti que não tinha muito valor como pessoa” e finalmente de “7. Senti que a vida não tem sentido”, tendo todos os itens uma apreciação inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

7.1.4 Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

Tabela 21 - Frequências dos itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Interessado(a)	3	4,3%	9	12,9%	28	40,0%	30	42,9%		

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Aflito(a)	24	34,3%	23	32,9%	14	20,0%	6	8,6%	3	4,3%
3. Estimulado(a)	7	10,0%	21	30,0%	30	42,9%	12	17,1%		
4. Aborrecido(a)	22	31,4%	24	34,3%	18	25,7%	5	7,1%	1	1,4%
5. Forte	6	8,6%	18	25,7%	28	40,0%	18	25,7%		
6. Culpado(a)	41	58,6%	21	30,0%	6	8,6%	2	2,9%		
7. Assustado(a)	42	60,0%	16	22,9%	8	11,4%	2	2,9%	2	2,9%
8. Hostil/Inimigo	44	62,9%	14	20,0%	12	17,1%				
9. Entusiasmado(a)/Arrebatado	2	2,9%	22	31,4%	29	41,4%	15	21,4%	2	2,9%
10. Orgulhoso(a)	3	4,3%	24	34,3%	22	31,4%	17	24,3%	4	5,7%
11. Irritável	15	21,4%	29	41,4%	18	25,7%	6	8,6%	2	2,9%
12. Atento(a)	4	5,7%	14	20,0%	24	34,3%	25	35,7%	3	4,3%
13. Envergonhado(a)	42	60,0%	13	18,6%	13	18,6%	1	1,4%	1	1,4%
14. Inspirado(a)	9	12,9%	24	34,3%	27	38,6%	10	14,3%		
15. Nervoso(a)	12	17,1%	25	35,7%	20	28,6%	12	17,1%	1	1,4%
16. Decidido(a)/Determinado	3	4,3%	16	22,9%	29	41,4%	18	25,7%	4	5,7%
17. Atencioso(a)	5	7,2%	18	26,1%	29	42,0%	13	18,8%	4	5,8%
18. Agitado(a)/Inquieto(a)	13	18,6%	21	30,0%	23	32,9%	10	14,3%	3	4,3%
19. Ativo(a)/Mexido(a)	7	10,0%	23	32,9%	16	22,9%	20	28,6%	4	5,7%
20. Medroso(a)	35	50,0%	21	30,0%	12	17,1%	2	2,9%		
21. Emocionado(a)	5	7,1%	15	21,4%	28	40,0%	20	28,6%	2	2,9%
22. Magoadado(a)	22	31,4%	29	41,4%	13	18,6%	4	5,7%	2	2,9%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Muito pouco ou quase nada; 2- Um pouco; 3- Assim, assim; 4- Muito; 5- MUITÍSSIMO.

Tabela 22 - Estatísticas dos itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Interessado(a)	70	3,21	0,83	26%	1	4
2. Aflito(a)	70	2,16	1,12	52%	1	5
3. Estimulado(a)	70	2,67	0,88	33%	1	4
4. Aborrecido(a)	70	2,13	0,99	47%	1	5
5. Forte	70	2,83	0,92	32%	1	4

6. Culpado(a)	70	1,56	0,77	50%	1	4
7. Assustado(a)	70	1,66	0,99	60%	1	5
8. Hostil/Inimigo	70	1,54	0,77	50%	1	3
9. Entusiasmado(a)/Arrebatado(a)	70	2,90	0,87	30%	1	5
10. Orgulhoso(a)	70	2,93	1,00	34%	1	5
11. Irritável	70	2,30	1,00	43%	1	5
12. Atento(a)	70	3,13	0,98	31%	1	5
13. Envergonhado(a)	70	1,66	0,93	56%	1	5
14. Inspirado(a)	70	2,54	0,90	35%	1	4
15. Nervoso(a)	70	2,50	1,02	41%	1	5
16. Decidido(a)/Determinado	70	3,06	0,95	31%	1	5
17. Atencioso(a)	69	2,90	0,99	34%	1	5
18. Agitado(a)/Inquieto(a)	70	2,56	1,09	42%	1	5
19. Ativo(a)/Mexido(a)	70	2,87	1,12	39%	1	5
20. Medroso(a)	70	1,73	0,85	49%	1	4
21. Emocionado(a)	70	2,99	0,96	32%	1	5
22. Magoado(a)	70	2,07	1,00	48%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Muito pouco ou quase nada; 2- Um pouco; 3- Assim, assim; 4- Muito; 5- Muitíssimo.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a frequência é superior para “1. Interessado(a)”, seguido de “12. Atento(a)” e “16. Decidido(a)/Determinado(a)”, itens com frequência superior ao ponto intermédio da escala de medida; depois surge “21. Emocionado(a)”, com uma frequência próxima do ponto intermédio da escala de medida; seguindo-se “10. Orgulhoso(a)”, “9. Entusiasmado(a)/Arrebatado(a)”, “17. Atencioso(a)”, “19. Ativo(a)/Mexido(a)” e “5. Forte”, seguidos de “3. Estimulado(a)”, depois de “18. Agitado(a)/Inquieto(a)”, “14. Inspirado(a)” e “15. Nervoso(a)”, seguidos de “11. Irritável”, depois de “2. Aflito(a)”, “4. Aborrecido(a)” e “22. Magoado(a)”, seguidos de “20. Medroso(a)”, “7. Assustado(a)” e “13. Envergonhado(a)”, e finalmente de “6. Culpado(a)” e “8. Hostil/Inimigo”, tendo todos estes itens uma frequência inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

7.1.5 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Tabela 23 - Frequências dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	13	18,6%	28	40,0%	12	17,1%	14	20,0%	3	4,3%
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	6	8,6%	12	17,1%	12	17,1%	23	32,9%	17	24,3%
3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	10	14,3%	17	24,3%	12	17,1%	24	34,3%	7	10,0%
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	4	5,7%	7	10,0%	9	12,9%	30	42,9%	20	28,6%
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	2	2,9%	2	2,9%	9	12,9%	24	34,3%	33	47,1%
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	7	10,0%	12	17,1%	9	12,9%	24	34,3%	18	25,7%
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	7	10,0%	14	20,0%	20	28,6%	17	24,3%	12	17,1%
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (clube desportivos, escuteiros, partidos políticos e etc).	13	18,6%	13	18,6%	22	31,4%	16	22,9%	6	8,6%
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.	4	5,7%	10	14,3%	14	20,0%	21	30,0%	21	30,0%
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	3	4,3%	18	25,7%	17	24,3%	9	12,9%	23	32,9%
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	4	5,7%	6	8,6%	15	21,4%	24	34,3%	21	30,0%
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	2	2,9%	11	15,7%	12	17,1%	17	24,3%	28	40,0%
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	2	2,9%	15	21,4%	14	20,0%	23	32,9%	16	22,9%
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	2	2,9%	12	17,1%	12	17,1%	26	37,1%	18	25,7%
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	2	2,9%	3	4,3%	8	11,4%	24	34,3%	33	47,1%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

Tabela 24 - Estatísticas dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	70	2,51	1,14	45%	1	5
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	70	3,47	1,27	37%	1	5
3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	70	3,01	1,26	42%	1	5
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	70	3,79	1,14	30%	1	5
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	70	4,20	0,97	23%	1	5
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	70	3,49	1,32	38%	1	5
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	70	3,19	1,23	39%	1	5
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (clube desportivos, escuteiros, partidos políticos e etc).	70	2,84	1,22	43%	1	5
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.	70	3,64	1,22	33%	1	5
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	70	3,44	1,30	38%	1	5
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	70	3,74	1,15	31%	1	5
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	70	3,83	1,20	31%	1	5
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	70	3,51	1,15	33%	1	5
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	70	3,66	1,13	31%	1	5
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	70	4,19	1,00	24%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

Os valores médios observados apresentam as variações observadas, em média, a frequência é superior para “5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer” e “15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho”, seguidos de “12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho”, “4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer” e “11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família”, depois de “14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de

amigos” e “9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família” e ainda de “13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos”, “6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”, “2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria” e “10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família”, seguidos depois de “7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”, itens com concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida; depois surge “3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, com uma concordância próxima do ponto intermédio da escala de medida; seguindo-se “8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (clube desportivos, escuteiros, partidos políticos e etc)” e depois “1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”, ambos com concordância inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

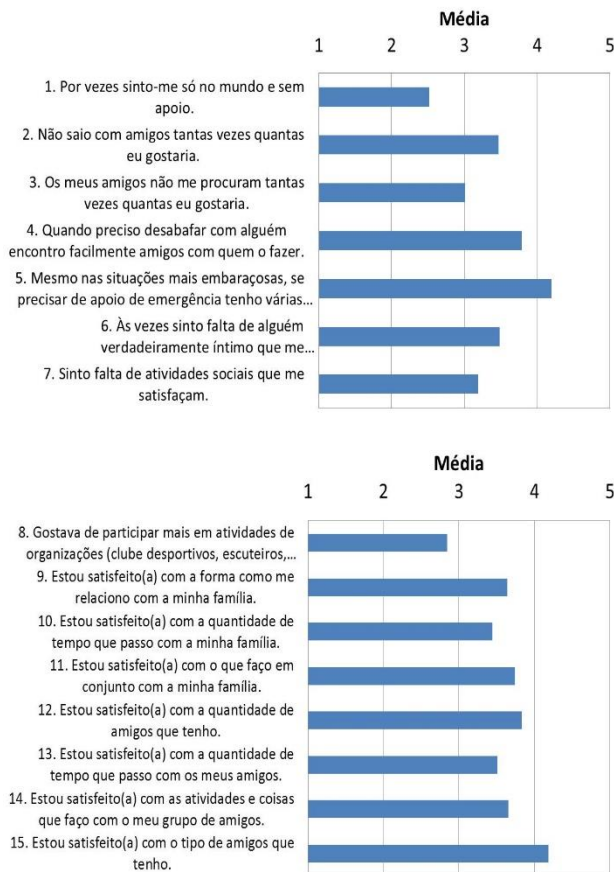


Gráfico 1 - Média dos itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

7.1.6 Escala de Saúde Sexual

Tabela 25 - Frequências para 1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?

	Frequência	Porcentagem
Nenhuma importância	5	7,1
Pouca importância	6	8,6
Alguma importância	27	38,6
Muita importância	32	45,7
Total	70	100,0

Na amostra, relativamente à importância de ter uma relação amorosa na idade sénior, 45,7% responde ter muita importância, 38,6% responde ter alguma importância, 8,6% responde ter pouca importância e 7,1% responde não ter nenhuma importância.

Tabela 26 - Frequências para 2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?

	Frequência	Porcentagem
Nenhuma importância	4	5,8
Pouca importância	14	20,3
Alguma importância	43	62,3
Muita importância	8	11,6
Total	69	100,0

Verifica-se uma não resposta.

Na amostra, relativamente à importância do sexo na idade sénior, 11,6% responde ter muita importância, 62,3% responde ter alguma importância, 20,3% responde ter pouca importância e 5,8% responde não ter nenhuma importância.

Tabela 27 - Estatísticas das respostas às Questões 1 e 2

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín	Máx
1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior? Relação amorosa significa ter sentimentos amorosos por alguém, independentemente de ter ou não um casamento ou uma relação de compromisso.	70	3,23	0,89	27%	1	4
2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior? Sexo significa masturbação (a solo) ou qualquer comportamento sexual com parceiro(a)(carícias, estimulação, masturbação, sexo oral, coito vaginal e etc).	69	2,80	0,72	26%	1	4

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Nenhuma importância; 2- Pouca importância; 3- Alguma importância; 4- Muita importância.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a importância é superior para “1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior? Relação amorosa significa ter sentimentos amorosos por alguém, independentemente de ter ou não um casamento ou uma relação de compromisso” seguido de “2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior? Sexo significa masturbação (a solo) ou qualquer comportamento sexual com parceiro(a) (carícias, estimulação, masturbação, sexo oral, coito vaginal e etc)”, tendo ambos os itens uma importância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Tabela 28 - Frequências para 3. Quantos parceiros sexuais teve ao longo de sua vida?

	Frequência	Percentagem
1	46	65,7
2	10	14,3
3	5	7,1
4	4	5,7
7	1	1,4
alguns	3	4,3
Não sei	1	1,4
Total	70	100,0

Na amostra, 65,7% teve um parceiro, 14,3% tiveram dois parceiros, 7,1% tiveram três parceiros, 5,7% tiveram quatro parceiros, 4,3% tiveram alguns parceiros e as respostas sete e não sei são dadas por 1,4% (um elemento) cada.

Tabela 29- Frequências de 4. Considera que ao longo de sua vida, até os 60 anos e de um modo geral, foi uma pessoa sexualmente:

	Frequência	Porcentagem
Nada ou muito pouco activa	2	2,9
Pouco activa	7	10,0
Razoavelmente activa	58	82,9
Muito activa	3	4,3
Total	70	100,0

Na amostra, 4,3% responde ter sido muito activa, 82,9% responde ter sido razoavelmente activa, 10,0% responde ter sido pouca activa e 2,9% responde ter sido nada ou muito pouco activa.

Tabela 30 - Frequências de 5. Qual o grau de satisfação com o nível de actividade sexual que teve, de um modo geral, ao longo de sua vida?

	Frequência	Porcentagem
Nenhuma satisfação	2	2,9
Pouca satisfação	7	10,0
Alguma satisfação	38	54,3
Muita satisfação	23	32,9
Total	70	100,0

Na amostra, 32,9% responde ter muita satisfação, 54,3% responde ter alguma satisfação, 10,0% responde ter pouca satisfação e 2,9% responde não ter nenhuma satisfação.

Tabela 31 - Frequências de 6. De um modo geral, em que medida está satisfeito(a) com a sua relação? Selecione a opção que melhor define a sua satisfação.

	Frequência	Porcentagem
Nada satisfeito(a)	2	4,2
2	1	2,1
3	2	4,2
4	11	22,9
5	14	29,2
6	14	29,2
Totalmente satisfeito(a)	4	8,3
Total	70	100,0

Verificam-se 22 não respostas, que correspondem aos que não têm nenhuma relação.

Na amostra, a maioria das respostas situam-se entre quatro e seis na escala de satisfação apresentada (de 1 a 7).

Tabela 32 – Frequências de 7. Nos últimos 12 meses experienciou algumas das seguintes dificuldades sexuais por um período de pelo menos 3 meses? Selecione quantas opções quiser.

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Falta de interesse sexual	50	71,4%	20	28,6%
Ansiedade durante a atividade sexual	63	90,0%	7	10,0%
Dor durante a atividade sexual	59	84,3%	11	15,7%
Não sentir entusiasmo e excitação durante o sexo	64	91,4%	6	8,6%
Não conseguir chegar ao orgasmo	64	91,4%	6	8,6%
Ejacular demasiado rápido para o que gostaria (só para homens)	67	95,7%	3	4,3%
Dificuldade em conseguir ou manter a ereção (só para homens)	65	92,9%	5	7,1%
Vagina seca (só para mulheres)	56	80,0%	14	20,0%
Tive outras dificuldades sexuais	61	87,1%	9	12,9%
Não tive nenhuma dificuldade sexual	43	61,4%	27	38,6%

Na amostra, 38,% responde que “Não tive nenhuma dificuldade sexual”, 28,6% refere “Falta de interesse sexual”, 20,0% indica “Vagina seca (só para mulheres)”, 15,7% responde “Dor durante a atividade sexual”, 12,9% indica “Tive outras dificuldades sexuais”, 10,0% refere “Ansiedade durante a atividade sexual”, 8,6% responde “Não sentir entusiasmo e excitação durante o sexo”, também 8,6% assinala “Não conseguir chegar ao orgasmo”, 7,1% indica “Dificuldade em conseguir ou manter a ereção (só para homens)” e 4,3% refere “Ejacular demasiado rápido para o que gostaria (só para homens)”.

Tabela 33 – Frequências de 8. Em que medida esta dificuldade sexual tem sido perturbadora para si?

	Frequência	Porcentagem
Não referi nenhuma dificuldade sexual	27	38,6
Nada perturbadora	19	27,1
Algo perturbadora	21	30,0
Bastante perturbadora	2	2,9
Extremamente perturbadora	1	1,4
Total	70	100,0

Na amostra, 38,6% responde “Não referi nenhuma dificuldade sexual”, 27,1% diz ser “Nada perturbadora”, 30,0% responde ser “Algo perturbadora”, 2,9% responde “Bastante perturbadora” e 1,4% (um elemento) responde “Extremamente perturbadora”.

Tabela 34 – Frequências de 9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?

	Frequência	Porcentagem
15	1	1,4
16	3	4,3
17	3	4,3
18	9	12,9
19	9	12,9
20	4	5,7

21	8	11,4
22	6	8,6
23	10	14,3
24	6	8,6
25	5	7,1
26	1	1,4
27	1	1,4
28	3	4,3
30	1	1,4
Total	70	100,0

Tabela 35 – Estatísticas de 9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?

	N	Média	Desvio		Mínimo	Máximo
			Padrão	Coef. Variação		
9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?	70	21,3	3,28	15%	15	30

Na amostra, a idade quando teve a primeira relação sexual apresenta um valor médio de 21,3 anos, com uma dispersão de valores de 15%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 15 e 30 anos.

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade quando teve a primeira relação sexual, onde pode observar-se que a distribuição de valores das idades se verifica principalmente entre 18 e 24 anos, sendo a idade superior considerada um *outlier*.

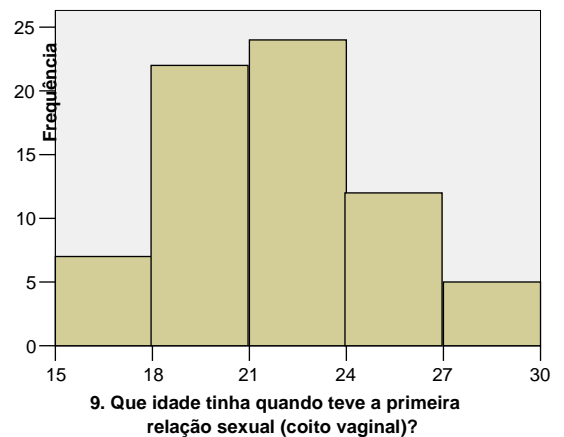
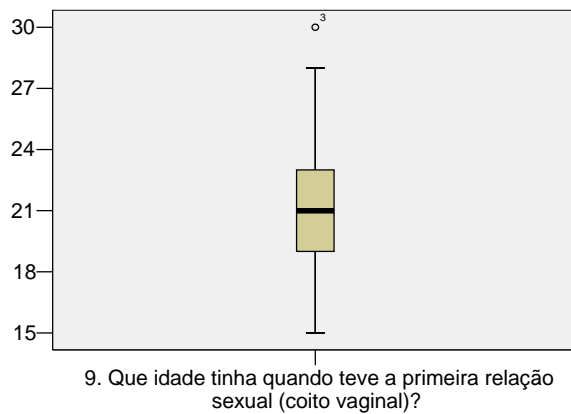


Gráfico 2 - Histograma e diagrama tipo caixa de “9. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual (coito vaginal)?”

Tabela 36 – Frequências de “10. Ao longo de sua vida, até os 60 anos e de um modo geral, com que frequência conseguiu chegar ao orgasmo nas relações sexuais com o (a) seu parceiro?”

	Frequência	Porcentagem
Nunca ou raramente	2	2,9
Algumas vezes	25	35,7
A maior parte das vezes	29	41,4
Quase sempre ou sempre	14	20,0
Total	70	100,0

7.2 Análise de Consistência Interna das Escalas Utilizadas

Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”), com as escalas de medida apresentadas no ponto 2.2. para cada item. É constituída por oito itens, os quais se organizam numa única dimensão.

Tabela 37 - Consistência interna: Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,787	8

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as oito variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Qualidade de Vida. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, embora o item “7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” contribua para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 38 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. Como avalia a sua vida?	,551	,758
2. Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?	,518	,759
3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	,659	,737
4. Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para empenhar as atividades do seu dia-a-dia?	,617	,744
5. Até que ponto está satisfeito/a consigo próprio(a)?	,659	,745
6. Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais?	,468	,769
7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	,150	,818
8. Até que ponto está satisfeito/a com as condições do lugar em que vive?	,465	,771

Portanto, a escala demonstra ser aceitável para medir o construto em análise nesta amostra.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert também com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “Discordo muito” e “Concordo muito”. É constituída por cinco itens, os quais se organizam numa única dimensão.

Tabela 39 - Consistência interna: Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,862	5

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as cinco variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Satisfação com a Vida. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Tabela 40 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse?	,657	,840
2. As minhas condições de vida são muito boas?	,699	,830
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	,775	,812
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	,703	,828
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	,593	,858

Portanto, a escala demonstra ser adequada para medir o construto em análise nesta amostra.

Dimensão Depressão da Escala EADS

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com quatro alternativas de resposta (de “0” a “3”) entre “Não se aplicou nada a mim” e “Aplicou-se a mim a maior parte do tempo”. É constituída por sete itens, os quais se organizam numa única dimensão.

Tabela 41- Consistência interna: Dimensão Depressão da Escala EADS

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,805	7

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as sete variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Depressão. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, embora o item “1. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.” contribua para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 42 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Depressão da Escala EADS

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	,302	,831
2. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.	,524	,783
3. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	,714	,744
4. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a).	,330	,812
5. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	,734	,746
6. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	,592	,770
7. Senti que a vida não tem sentido.	,658	,758

Portanto, a escala demonstra ser adequada para medir o construto em análise nesta amostra.

Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “Muito pouco ou quase nada” e “Muitíssimo”. É constituída por 22 itens, os quais se organizam em duas dimensões.

Tabela 43 - Itens da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)

DIMENSÕES	ITENS
Afetos Positivos	1. Interessado(a)
	3. Estimulado(a)
	5. Forte
	9. Entusiasmado(a)/Arrebatado(a)
	10. Orgulhoso(a)
	12. Atento(a)
	14. Inspirado(a)
	16. Decidido(a)/Determinado(a)
	17. Atencioso(a)
	19. Ativo(a)/Mexido(a)
21. Emocionado(a)	
Afetos Negativos	2. Aflito(a)
	4. Aborrecido(a)
	6. Culpado(a)
	7. Assustado(a)
	8. Hostil/Inimigo
	11. Irritável
	13. Envergonhado(a)
	15. Nervoso(a)
	18. Agitado(a)/Inquieto(a)
	20. Medroso(a)
	22. Magoado(a)

Tabela 44 - Consistência interna: Dimensão Afetos Positivos da Escala (PANAS)

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,877	11

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 11 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: os Afetos Positivos. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Tabela 45 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Afetos Positivos da Escala (PANAS)

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. Interessado(a)	,375	,878
3. Estimulado(a)	,539	,869
5. Forte	,731	,856
9. Entusiasmado(a)/Arrebatado	,575	,867
10. Orgulhoso(a)	,559	,868
12. Atento(a)	,666	,860
14. Inspirado(a)	,638	,863
16. Decidido(a)/Determinado	,674	,860
17. Atencioso(a)	,681	,859
19. Ativo(a)/Mexido(a)	,638	,863
21. Emocionado(a)	,362	,881

Tabela 46 - Consistência interna: Dimensão Afetos Negativos da Escala (PANAS)

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,881	11

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 11 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: os Afetos Negativos. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Tabela 47 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Afetos Negativos da Escala (PANAS)

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2. Aflito(a)	,669	,865
4. Aborrecido(a)	,555	,873
6. Culpado(a)	,566	,873
7. Assustado(a)	,727	,861
8. Hostil/Inimigo	,538	,874
11. Irritável	,506	,876
13. Envergonhado(a)	,599	,870
15. Nervoso(a)	,627	,868
18. Agitado(a)/Inquieto	,510	,877
20. Medroso(a)	,598	,871
22. Magoado(a)	,656	,866

Portanto, a escala demonstra ser adequada para medir os construtos Afetos Positivos e Afetos Negativos em análise nesta amostra.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “Concordo totalmente” e “Discordo totalmente”. É constituída por 15 itens,

os quais se organizam em quatro dimensões. Os itens formulados pela negativa apresentam a sua escala recodificada de forma inversa.

Tabela 48 - Itens da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

DIMENSÕES	Itens
Satisfação com amigos	R3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.
	12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.
	13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.
	14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.
	15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.
Intimidade	R1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.
	4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.
	5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.
	R6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.
Satisfação com a família	9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.
	10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.
	11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.
	Atividades sociais
Atividades sociais	R2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.
	R7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.
	R8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (clube desportivos, escuteiros, partidos políticos e etc).

Tabela 49 - Consistência interna: Dimensão Satisfação com amigos da Escala ESSS

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,797	5

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as cinco variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Satisfação com amigos. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não

existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, embora o item “R3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.” contribua para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 50 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Satisfação com amigos da Escala ESSS

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
R3. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	,231	,869
12. Estou satisfeito(a) com a quantidade de amigos que tenho.	,759	,695
13. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	,751	,701
14. Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	,608	,749
15. Estou satisfeito(a) com o tipo de amigos que tenho.	,631	,746

Tabela 51 - Consistência interna: Dimensão Intimidade da Escala ESSS

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,625	4

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que as quatro variáveis medem de forma minimamente aceitável uma única dimensão: a Intimidade. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Tabela 52 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Intimidade da Escala ESSS

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
R1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	,358	,588
4. Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	,393	,564
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	,396	,566
R6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	,485	,491

Tabela 53 - Consistência interna: Dimensão Satisfação com a família da Escala ESSS

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,836	3

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as três variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Satisfação com a família. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Tabela 54 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Satisfação com a família da Escala ESSS

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
9. Estou satisfeito(a) com a forma como me relaciono com a minha família.	,638	,830
10. Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	,674	,801
11. Estou satisfeito(a) com o que faço em conjunto com a minha família.	,794	,685

Tabela 55 - Consistência interna: Dimensão Atividades sociais da Escala ESSS

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,616	3

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que as quatro variáveis medem de forma minimamente aceitável uma única dimensão: as Atividades sociais. Testes adicionais, apresentados na tabela seguinte, indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, embora o item “R2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria” contribua para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 56 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão Atividades sociais da Escala ESSS

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
R2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	,310	,676
R7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	,565	,303
R8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (clube desportivos, escuteiros, partidos políticos e etc).	,415	,529

Portanto, a escala demonstra ser adequada para medir os construtos Satisfação com amigos e Satisfação com a família, e ser aceitável para medir os construtos Intimidade e Atividades sociais, em análise nesta amostra.

7.3 Escalas e Análise Descritiva

Para a escala e para cada uma das suas dimensões, os seus valores foram determinadas a partir do cálculo da média dos itens que as constituem.

Tabela 57 - Estatísticas das Escalas e Respectivas Dimensões

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8	70	3,67	0,52	14%	2,50	5,00
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	70	3,55	0,87	24%	1,00	5,00
Dimensão Depressão da Escala EADS	70	0,69	0,51	74%	0,00	2,00
Escala de Afetos (PANAS)						
Afetos Positivos	70	2,91	0,64	22%	1,45	4,09
Afetos Negativos	70	1,99	0,65	33%	1,00	3,91
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)						
Satisfação com amigos	70	3,63	0,85	24%	1,60	5,00
Intimidade	70	3,50	0,79	23%	1,50	5,00
Satisfação com a família	70	3,61	1,06	29%	1,00	5,00
Atividades sociais	70	2,83	0,93	33%	1,33	5,00

A média do Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8 é superior ao ponto intermediário da escala.

A média da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) é superior ao ponto intermediário da escala.

A média da Dimensão Depressão da Escala EADS é inferior ao ponto intermediário da escala.

A média da dimensão Afetos Positivos está próxima do ponto intermediário da escala, a média da dimensão Afetos Negativos é inferior ao ponto intermediário da escala.

A média é superior para as dimensões Satisfação com amigos e a Satisfação com a família, seguidas da dimensão Intimidade, com valores sempre superiores ao ponto intermediário da escala, e inferior para a dimensão Atividades sociais, com valor inferior ao ponto intermediário da escala.

7.4 Análise das Hipóteses

Correlação entre a importância atribuída pelos idosos participantes da pesquisa à importância de ter relacionamentos amorosos e sexuais, e as dimensões avaliadas pelos instrumentos aplicados.

As variáveis que serão estudadas à seguir são quantitativas ou em escala de Likert, o que permite que a análise seja feita utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R.

Tabela 58 - Correlação de Pearson

		1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?	2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?
Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)	Coef. Correlação	0,141	-0,007
	Valor de prova	0,245	0,955
	N	70	69
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	Coef. Correlação	0,142	0,122
	Valor de prova	0,241	0,318
	N	70	69
Dimensão Depressão da Escala EADS	Coef. Correlação	-0,019	0,057
	Valor de prova	0,873	0,644
	N	70	69
Escala de Afetos (PANAS):			
Afetos Positivos	Coef. Correlação	0,247	0,227
	Valor de prova	* 0,039	0,061
	N	70	69
Afetos Negativos	Coef. Correlação	-0,141	-0,025
	Valor de prova	0,245	0,842
	N	70	69
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):			

Satisfação com amigos	Coef. Correlação	0,253	0,082
	Valor de prova	* 0,034	0,504
	N	70	69
Intimidade	Coef. Correlação	0,317	0,189
	Valor de prova	** 0,007	0,120
	N	70	69
Satisfação com a família	Coef. Correlação	0,285	0,020
	Valor de prova	* 0,017	0,869
	N	70	69
Atividades sociais	Coef. Correlação	0,082	-0,021
	Valor de prova	0,502	0,864
	N	70	69

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$.

Apenas se verificam relações estatisticamente significativas entre “1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?” e “Afetos Positivos da Escala de Afetos PANAS” ($p=0,039$), que é uma relação positiva ($r=0,247$), significa que quem atribui mais importância a ter uma relação amorosa apresenta mais afetos positivos; entre “1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?” e “Satisfação com amigos” ($p=0,034$, $r=0,253$), “Intimidade” ($p=0,007$, $r=0,317$) e “Satisfação com a família” ($p=0,017$, $r=0,285$), que são relações positivas, significa que quem atribui mais importância a ter uma relação afetiva apresenta mais satisfação com amigos, intimidade e satisfação com a família, na Escala de Suporte Social ESSS. Não se verificam relações estatisticamente significativas entre a importância de ter uma relação afetiva com a Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8), a Satisfação com a Vida (SWLS), a Dimensão Depressão da Escala EADS, os Afetos Negativos da Escala de Afetos (PANAS) e as Atividades sociais da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa entre “2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior? Sexo significa masturbação (a solo) ou qualquer comportamento sexual com parceiro(a) (carícias,

estimulação, masturbação, sexo oral, coito vaginal e etc)” e qualquer das restantes escalas e dimensões em estudo, o que significa que a importância do sexo não está relacionada de forma estatisticamente significativa com a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas de idade avançada.

Para analisar se a presença de relacionamentos afetivos e sexuais tem influência na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas de idade avançada, pode ainda realizar-se o estudo da relação entre as variáveis anteriormente analisadas com a Situação Relacional. Pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, consoante os resultados da análise do pressuposto da normalidade.

Tabela 59 - Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores das variáveis em estudo nas categorias da Situação Relacional

	Relação compromisso:	K-S (a)			
		de	Estatística	gl	Valor de prova
1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa?	Não tenho		0,228	23	** 0,003
	Tenho		0,281	47	** 0,000
2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?	Não tenho		0,284	22	** 0,000
	Tenho		0,377	47	** 0,000
Índice de QdV (EUROHIS-QOL-8)	Não tenho		0,099	23	> 0,200
	Tenho		0,191	47	** 0,000
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	Não tenho		0,169	23	0,089
	Tenho		0,132	47	* 0,038
Dimensão Depressão da Escala EADS	Não tenho		0,138	23	> 0,200
	Tenho		0,127	47	0,056
Afetos Positivos (PANAS)	Não tenho		0,110	23	> 0,200
	Tenho		0,160	47	** 0,004

Afetos Negativos (PANAS)	Não tenho	0,095	23	> 0,200
	Tenho	0,147	47	** 0,012
Satisfação com amigos	Não tenho	0,192	23	* 0,028
	Tenho	0,136	47	* 0,029
Intimidade	Não tenho	0,149	23	> 0,200
	Tenho	0,105	47	> 0,200
Satisfação com a família	Não tenho	0,150	23	0,197
	Tenho	0,108	47	> 0,200
Atividades sociais	Não tenho	0,174	23	0,070
	Tenho	0,132	47	* 0,040
a Correção de significância de Lilliefors			* p < 0,05	p < 0,01

O pressuposto da normalidade apenas se verifica para duas dimensões da escala ESSS (Intimidade e Satisfação com a família), pois para as restantes variáveis pelo menos um valor de prova é inferior a 5%. O teste paramétrico t será utilizado para essas duas variáveis e o teste não paramétrico de Mann-Whitney será utilizado para as restantes.

Tabela 60 - Estatística descritiva e Testes t de Student e de Mann-Whitney: Relações entre as variáveis em estudo e as categorias da Situação Relacional

	Relação de compromisso:	N	Média	Desvio padrão	Teste t	
					U Mann-Whitney	p
1. ... importância ter uma relação amorosa?	Não tenho	23	3,04	,976	U = 454,5	0,242
	Tenho	47	3,32	,837		
2. ... importância sexo na idade sénior?	Não tenho	22	2,68	,839	U = 457,5	0,376
	Tenho	47	2,85	,659		
Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)	Não tenho	23	3,64	,668	U = 521,5	0,811
	Tenho	47	3,68	,430		
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	Não tenho	23	3,36	1,058	U = 460,5	0,315
	Tenho	47	3,65	,749		
Dimensão Depressão da Escala EADS	Não tenho	23	0,74	,532	U = 489,0	0,518
	Tenho	47	0,67	,507		
Afetos Positivos (PANAS)	Não tenho	23	3,00	,622	U = 481,5	0,460

	Tenho	47	2,87	,644		
Afetos Negativos (PANAS)	Não tenho	23	2,02	,686	U = 519,0	0,788
	Tenho	47	1,97	,641		
Satisfação com amigos	Não tenho	23	3,70	1,011	U = 497,5	0,589
	Tenho	47	3,60	,777		
Intimidade	Não tenho	23	3,52	,923	$t_{68} = 0,418$	0,677
	Tenho	47	3,48	,723		
Satisfação com a família	Não tenho	23	3,64	,932	$t_{68} = 0,187$	0,852
	Tenho	47	3,60	1,131		
Atividades sociais	Não tenho	23	2,80	1,246	U = 486,5	0,497
	Tenho	47	2,85	,751		

Para todas as escalas e dimensões em estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem tem e quem não tem uma relação de compromisso.

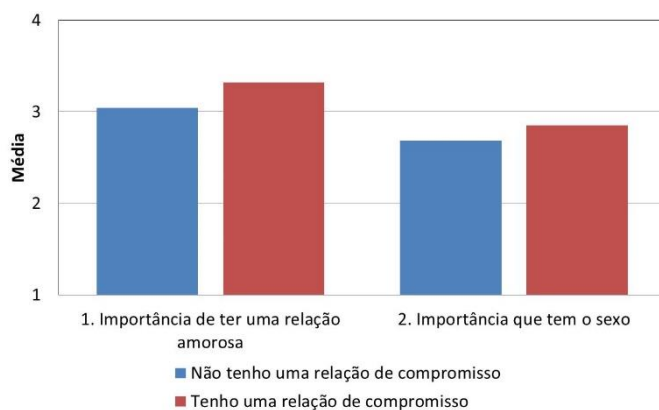


Gráfico 3 - Médias: Relações da importância de ter uma relação amorosa e do sexo com a existência de uma relação de compromisso

Na amostra, o valor médio da importância de ter uma relação amorosa é superior para os que têm uma relação de compromisso ($M=3,32$) em comparação com os que não têm ($M=3,04$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=454,5$; $p = 0,242$); e o valor médio da importância do sexo é também superior para os que têm uma relação de

compromisso ($M=2,85$) em comparação com os que não têm ($M=2,68$), mas as diferenças observadas também não são significativas ($U=457,5$; $p = 0,376$).

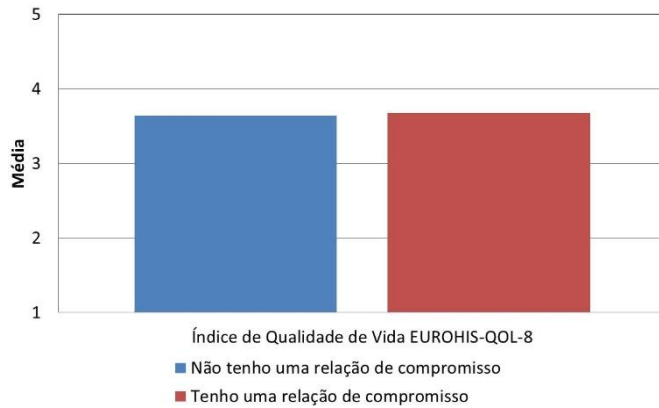


Gráfico 4 - Médias: Relações da qualidade de vida com a existência de uma relação de compromisso

Na amostra, o valor médio da qualidade de vida é apenas ligeiramente superior para os que têm uma relação de compromisso ($M=3,68$) em comparação com os que não têm ($M=3,64$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=521,5$; $p = 0,811$).

Na amostra, o valor médio da satisfação com a vida (SWLS) é superior para os que têm uma relação de compromisso ($M=3,65$) em comparação com os que não têm ($M=3,36$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=460,5$; $p = 0,315$).

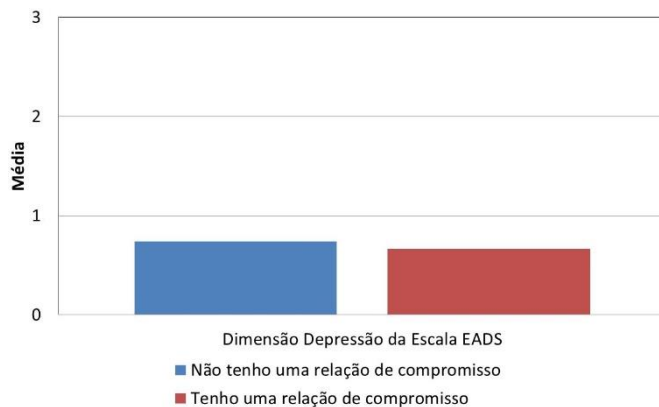


Gráfico 6 - Médias: Relações da depressão com a existência de uma relação de compromisso

Na amostra, o valor médio da depressão é superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=0,74$) em comparação com os que têm ($M=0,67$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=489,5$; $p = 0,518$).

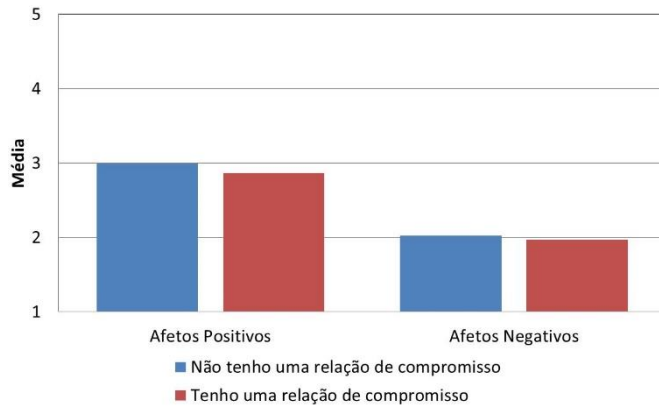


Gráfico 7 - Médias: Relações dos afetos positivos e negativos com a existência de uma relação de compromisso

Na amostra, o valor médio dos afetos positivos é superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=3,00$) em comparação com os que têm ($M=2,87$), sem existirem diferenças significativas ($U=481,5$; $p = 0,460$); e o valor médio dos afetos negativos é também superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=2,02$) em comparação com os que têm ($M=1,97$), sem existirem diferenças significativas ($U=519,0$; $p = 0,788$).

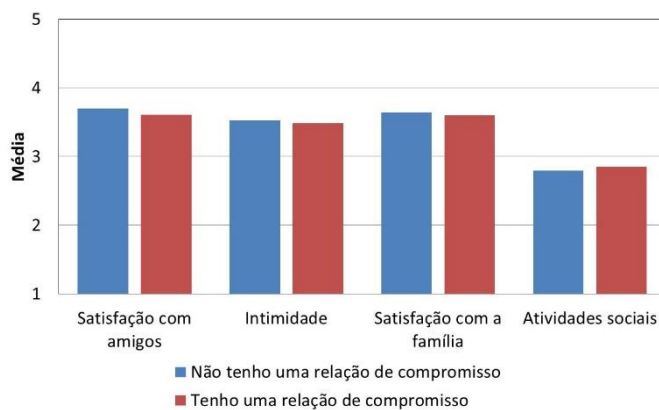


Gráfico 8 - Médias: Relações das dimensões da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) com a existência de uma relação de compromisso

Na amostra, o valor médio da satisfação com amigos é ligeiramente superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=3,70$) em comparação com os que têm ($M=3,60$), sem existirem diferenças significativas ($U=497,5$; $p = 0,589$); o valor médio da intimidade é também ligeiramente superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=3,52$) em comparação com os que têm ($M=3,48$), sem existirem diferenças significativas ($t_{68}=0,418$; $p = 0,677$); o valor médio da satisfação com a família é também ligeiramente superior para os que não têm uma relação de compromisso ($M=3,64$) em comparação com os que têm ($M=3,60$), sem existirem diferenças significativas ($t_{68}=0,187$; $p = 0,852$); o valor médio das atividades sociais é ligeiramente superior para os que têm uma relação de compromisso ($M=2,85$) em comparação com os que não têm ($M=2,80$), sem existirem diferenças significativas ($U=486,5$; $p = 0,497$).

Portanto, não se verificam diferenças significativas nas escalas e dimensões relacionadas com a importância das relações amorosas/ afectivas e sexuais, a qualidade de vida e o bem-estar, entre os que têm uma relação de compromisso e os que não têm uma relação de compromisso, pelo que não podemos concluir que a presença de relacionamentos amorosos/afectivos e sexuais tenha influência positiva na importância das relações amorosas/ afectivas e sexuais, na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas de idade avançada.

Hipótese 1 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem maior qualidade de vida.

Variáveis Independentes:

1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?
2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?

Variável Dependente:

Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8

São apresentados os resultados mais relevantes para o modelo de regressão, com todas as variáveis independentes selecionadas para integrar este modelo e respectivos níveis de significância ou valor de prova.

Tabela 61 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,183	0,033	-0,011	0,520

O coeficiente de determinação indica que 3,3% da variação que ocorre na variável dependente Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8 é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é de negativo.

Tabela 62 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	,607	3	,202	,749	0,527
Residual	17,549	65	,270		
Total	18,156	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 63 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	3,543	0,276	12,824	0,000
Situação Relacional	0,003	,136	,022	0,982
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,135	0,091	1,489	0,141
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	-0,110	0,112	-0,979	0,331

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional ($p=0,982$), a importância atribuída a ter uma relação afetiva ($p=0,141$) e a importância atribuída a relações sexuais ($p=0,331$) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8. Portanto, não podemos afirmar que as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre a qualidade de vida, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada que têm mais relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem maior qualidade de vida.

Hipótese 2 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual tem maior satisfação com a Vida (SWLS).

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Tabela 64 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,190	0,036	-0,008	0,868

O coeficiente de determinação indica que 3,6% da variação que ocorre na variável dependente Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é de negativo.

Tabela 65 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	1,836	3	,612	,811	0,492
Residual	49,014	65	,754		
Total	50,850	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 66 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,959	0,462	6,409	0,000
Situação Relacional	0,226	0,227	0,996	0,323
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,085	0,151	0,564	0,575
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	0,064	0,187	0,342	0,733

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional (p=0,323), a importância atribuída as relações afetivas (p=0,575) e a importância atribuída as relações sexuais (p=0,733) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Portanto, não podemos afirmar que

as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre a satisfação com a vida, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada que consideram mais importante manter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem maior satisfação com a vida.

Hipótese 3 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem menos depressão.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Dimensão Depressão da Escala EADS

Tabela 67 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,101	0,010	-0,036	0,522

O coeficiente de determinação indica que 1,0% da variação que ocorre na variável dependente Dimensão Depressão da Escala EADS é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é de negativo.

Tabela 68 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	,182	3	,061	,222	0,881
Residual	17,731	65	,273		
Total	17,913	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 69 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	0,645	0,278	2,322	0,023
Situação Relacional	-0,056	0,136	-0,413	0,681
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	-0,045	0,091	-0,491	0,625
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	0,079	0,113	0,703	0,485

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional ($p=0,323$), a importância atribuída a ter uma relação afetiva ($p=0,575$) e a importância atribuída a ter relações sexuais ($p=0,733$) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente Dimensão Depressão da Escala EADS. Portanto, não podemos afirmar que as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre a depressão, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada que atribuem maior importância a ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem menor depressão.

Hipótese 4 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem mais Afetos Positivos.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Afetos Positivos

Tabela 70 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,297	0,088	0,046	0,625

O coeficiente de determinação indica que 8,8% da variação que ocorre na variável dependente Afetos Positivos é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é 4,6%

Tabela 71 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	2,457	3	,819	2,096	0,109
Residual	25,404	65	,391		
Total	27,861	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 72 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,291	0,332	6,892	0,000
Situação Relacional	-0,187	0,163	-10,147	0,256
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,136	0,109	10,246	0,217
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	0,110	0,135	0,817	0,417

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional ($p=0,256$), a importância atribuída a ter uma relação afetiva ($p=0,217$) e a importância atribuída a ter relações sexuais ($p=0,417$) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente Afetos Positivos. Portanto, não podemos afirmar que as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre os afetos positivos, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem mais afetos positivos.

Hipótese 5 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem menos Afetos Negativos.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Afetos Negativos

Tabela 73 – Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,161	0,026	-0,019	0,661

O coeficiente de determinação indica que 2,6% da variação que ocorre na variável dependente Afetos Negativos é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é negativo.

Tabela 74 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	,754	3	,251	,575	0,634

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Residual	28,440	65	,438		
Total	29,195	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 75 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,209	0,352	6,281	0,000
Situação Relacional	-0,013	0,173	-0,073	0,942
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	-0,148	0,115	-1,282	0,204
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	0,093	0,143	0,653	0,516

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional (p=0,942), a atribuição da importância de ter uma relação afetiva (p=0,204) e a importância da importância de ter relações sexuais (p=0,516) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente Afetos Negativos. Portanto, não podemos afirmar que as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre os afetos negativos, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem menos afetos negativos.

Hipótese 6 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem mais satisfação com os amigos.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Satisfação com amigos

Tabela 76 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,284	0,081	0,039	0,844

O coeficiente de determinação indica que 8,1% da variação que ocorre na variável dependente Satisfação com amigos é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é 3,9%.

Tabela 77 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	4,076	3	1,359	1,908	0,137
Residual	46,294	65	,712		
Total	50,370	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 78 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	3,080	0,449	6,863	0,000
Situação Relacional	-0,152	0,220	-0,690	0,492
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,330	0,147	2,241	* 0,028
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	-0,147	0,182	-0,805	0,424

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

p - Valor de prova (*p<0,05)

A questão “1. ... importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?” apresenta valor de prova inferior a 5% (p=0,028), pelo que é estatisticamente significativa para o modelo. As restantes variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a importância de ter uma relação afetiva (p=0,028) é significativa para explicar a satisfação para os amigos, e como o coeficiente é positivo, tal significa que a satisfação com os amigos aumenta para quem considera mais importante ter uma relação afetiva; as variáveis situação relacional (p=0,492), e a importância atribuída as relações sexuais (p=0,424) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente satisfação com amigos. Portanto, podemos afirmar que a importância de ter uma relação afetiva tem um efeito significativo sobre a satisfação com os amigos, ou seja, verifica-se a hipótese parcialmente: as pessoas de idade avançada que dão mais importância às relações afetivas também têm mais satisfação com amigos.

Hipótese 7 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem mais Intimidade.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Intimidade

Tabela 79 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,327	0,107	0,066	0,765

O coeficiente de determinação indica que 10,7% da variação que ocorre na variável dependente Intimidade é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é 6,6%.

Tabela 80 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	4,546	3	1,515	2,591	0,060
Residual	38,016	65	,585		
Total	42,562	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 81 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,675	0,407	6,578	0,000
Situação Relacional	-0,141	0,200	-0,704	0,484
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,296	0,133	2,222	* 0,030
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	-0,012	0,165	-0,072	0,943

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

p - Valor de prova (*p<0,05)

A questão “1. ... importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?” apresenta valor de prova inferior a 5% ($p=0,030$), pelo que é estatisticamente significativa para o modelo. As restantes variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a importância de ter uma relação afetiva ($p=0,030$) é significativa para explicar a intimidade, e como o coeficiente é positivo, tal significa que a intimidade aumenta para quem considera mais importante ter uma relação afetiva; as variáveis situação relacional ($p=0,484$), e a importância atribuída às relações sexuais ($p=0,943$) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente intimidade. Portanto, podemos afirmar que a importância de ter uma relação afetiva tem um efeito significativo sobre a intimidade, ou seja, verifica-se a hipótese parcialmente: as pessoas de idade avançada que dão mais importância às relações afetivas têm mais intimidade.

Hipótese 8 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também tem mais satisfação com a família.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Satisfação com a família

Tabela 82 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,357	0,127	0,087	1,020

O coeficiente de determinação indica que 12,7% da variação que ocorre na variável dependente Intimidade é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é 8,7%.

Tabela 83 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	9,856	3	3,285	3,159	* 0,030
Residual	67,606	65	1,040		
Total	77,462	68			

* p < 0,05

O teste F, à significância global do modelo, é validado por apresentar valor de prova inferior a 5%, o que permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 84 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,979	0,542	5,494	0,000
Situação Relacional	-0,094	0,266	-0,355	0,724
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,547	0,178	3,073	** 0,003
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	-0,387	0,220	-1,758	0,084

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

p - Valor de prova (** p<0,01)

A questão “1. ... importância tem para si ter uma relação amorosa na idade sénior?” apresenta valor de prova inferior a 5% (p=0,003), pelo que é estatisticamente significativa para o modelo. As restantes variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a importância de ter uma relação afetiva (p=0,003) é significativa para explicar a satisfação com a família, e como o coeficiente é positivo, tal significa que a satisfação com a família aumenta para quem considera mais importante ter uma relação afetiva; as variáveis situação relacional (p=0,484), e a importância atribuída as relações sexuais (p=0,943) não apresentam uma relação

estatisticamente significativa com a variável dependente satisfação com a família. Portanto, podemos afirmar que a importância de ter uma relação amorosa tem um efeito significativo sobre a satisfação com a família, ou seja, verifica-se a hipótese parcialmente: as pessoas de idade avançada que dão mais importância às relações afetivas também têm mais satisfação com a família.

Hipótese 9 – As pessoas de idade avançada que consideram mais importante ter relações afetivas e relacionamento(s) sexual também são mais satisfeitas com suas atividades sociais.

Variáveis Independentes: As mesmas do modelo anterior

Variável Dependente: Atividades sociais

Tabela 85 - Coeficientes de determinação

R	R ²	R _a ²	Erro padrão da estimativa
0,123	0,015	-0,030	0,955

O coeficiente de determinação indica que 1,5% da variação que ocorre na variável dependente Atividades Sociais é explicada pelas variáveis incluídas no modelo. O coeficiente de determinação ajustado é negativo.

Tabela 86 - ANOVA e Teste F

	Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Média dos quadrados	F	Valor de prova (p)
Regressão	,911	3	,304	,333	0,801
Residual	59,227	65	,911		
Total	60,138	68			

O teste F, à significância global do modelo, não é validado por apresentar valor de prova superior a 5%, o que não permite rejeitar a hipótese de não existirem variáveis independentes significantes para o modelo.

Tabela 87 - Coeficientes das variáveis no modelo e nível de significância

	bi	s(bi)	t	p
(Constante)	2,728	0,508	5,375	0,000
Situação Relacional	0,030	0,249	0,121	0,904
1. ... que importância tem uma relação amorosa na idade sénior?	0,160	0,167	0,962	0,340
2. ... que importância tem para si o sexo na idade sénior?	-0,154	0,206	-0,746	0,458

bi e s(bi) – estimativas do coeficiente e do seu desvio padrão para a variável i.

t – Estatística do teste t de Student.

As variáveis apresentam valores de prova superiores a 5%, pelo que não são estatisticamente significativas para o modelo.

As variáveis do modelo indicam que a situação relacional (p=0,904), a importância de ter uma relação afetiva (p=0,340) e a importância atribuída as relações sexuais (p=0,458) não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a variável dependente atividades sociais. Portanto, não podemos afirmar que as variáveis em estudo tenham um efeito significativo sobre a satisfação com as atividades sociais, ou seja, não se verifica a hipótese de que as pessoas de idade avançada que dão mais importância a ter uma relação afetiva e relacionamento(s) sexual também tem mais satisfação com as atividades sociais.

Para analisar se existem diferenças entre os gêneros na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas de idade avançada, pode ainda realizar-se o estudo da relação entre as variáveis anteriormente analisadas com a Situação Relacional. Pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, consoante os resultados da análise do pressuposto da normalidade.

Tabela 88 - Teste K-S para verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores das variáveis em estudo nos dois sexos

	Sexo	K-S (a)		
		Estatística	gl	Valor de prova
1. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si ter uma relação amorosa?	Masculino	,387	18	** 0,000
	Feminino	,267	52	** 0,000
2. Mesmo que não tenha um(a) parceiro(a), que importância tem para si o sexo na idade sénior?	Masculino	,389	18	** 0,000
	Feminino	,334	51	** 0,000
Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8	Masculino	,261	18	** 0,002
	Feminino	,105	52	> 0,200
Escala de Satisfação com o Suporte Social SWLS	Masculino	,208	18	* 0,039
	Feminino	,140	52	* 0,012
Dimensão Depressão da Escala EADS	Masculino	,214	18	* 0,028
	Feminino	,127	52	* 0,036
Afetos Positivos	Masculino	,182	18	0,117
	Feminino	,133	52	* 0,022
Afetos Negativos	Masculino	,172	18	0,168
	Feminino	,121	52	0,053
Satisfação com amigos	Masculino	,159	18	> 0,200
	Feminino	,116	52	0,076
Intimidade	Masculino	,181	18	0,121
	Feminino	,091	52	> 0,200
Satisfação com a família	Masculino	,184	18	0,109
	Feminino	,088	52	> 0,200
Atividades sociais	Masculino	,176	18	0,144
	Feminino	,107	52	> 0,200

a Correção de significância de Lilliefors * $p < 0,05$ p < 0,01

O pressuposto da normalidade verifica-se para os afetos negativos e para as dimensões da escala ESSS, pois para as restantes variáveis pelo menos um valor de prova é inferior a 5%. O teste paramétrico t será utilizado para essas variáveis e o teste não paramétrico de Mann-Whitney será utilizado para as restantes.

Tabela 89 - Estatística descritiva e Testes t de Student e de Mann-Whitney: Relações entre as variáveis em estudo e o sexo

	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Teste t	p
1. ... importância tem para si ter uma relação amorosa?	Masculino	18	3,50	,857	U = 341,5	0,065
	Feminino	52	3,13	,886		
2. ... importância tem para si o sexo na idade sénior?	Masculino	18	3,00	,686	U = 358,5	0,112
	Feminino	51	2,73	,723		
Índice de Qualidade de Vida EUROHIS-QOL-8	Masculino	18	3,59	,528	U = 436,0	0,665
	Feminino	52	3,69	,513		
Escala de Satisfação com o Suporte Social SWLS	Masculino	18	3,71	,740	U = 398,5	0,348
	Feminino	52	3,50	,906		
Dimensão Depressão da Escala EADS	Masculino	18	0,75	,575	U = 440,5	0,710
	Feminino	52	0,67	,493		
Afetos Positivos	Masculino	18	2,85	,703	U = 440,5	0,711
	Feminino	52	2,93	,616		
Afetos Negativos	Masculino	18	1,92	,746	$t_{68} = -0,510$	0,612
	Feminino	52	2,01	,622		
Satisfação com amigos	Masculino	18	3,52	1,063	$t_{68} = -0,643$	0,523
	Feminino	52	3,67	,778		
Intimidade	Masculino	18	3,35	,862	$t_{68} = -0,932$	0,355
	Feminino	52	3,55	,762		
Satisfação com a família	Masculino	18	3,46	1,478	$t_{68} = -0,676$	0,501
	Feminino	52	3,66	,889		
Atividades sociais	Masculino	18	2,76	,782	$t_{68} = -0,388$	0,699
	Feminino	52	2,86	,987		

Para todas as escalas e dimensões em estudo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois gêneros.

Na amostra, o valor médio da importância de ter uma relação amorosa é superior para o sexo masculino (M=3,50) em comparação com o sexo feminino (M=3,13), mas as diferenças observadas não são significativas (U=341,5; p = 0,065); e o valor médio da

importância atribuída as relações sexuais é também superior para o sexo masculino ($M=3,00$) em comparação com o sexo feminino ($M=2,73$), mas as diferenças observadas também não são significativas ($U=358,5$; $p = 0,112$).

Na amostra, o valor médio da qualidade de vida é superior para o sexo feminino ($M=3,69$) em comparação com o sexo masculino ($M=3,59$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=436,5$; $p = 0,665$).

Na amostra, o valor médio da satisfação com a vida (SWLS) é superior para o sexo masculino ($M=3,71$) em comparação com o sexo feminino ($M=3,50$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=398,5$; $p = 0,348$).

Na amostra, o valor médio da depressão é superior para o sexo masculino ($M=0,75$) em comparação com o sexo feminino ($M=0,67$), mas as diferenças observadas não são significativas ($U=440,5$; $p = 0,710$).

Na amostra, o valor médio dos afetos positivos é superior para o sexo feminino ($M=2,93$) em comparação com o sexo masculino ($M=2,85$), sem existirem diferenças significativas ($U=440,5$; $p = 0,711$); e o valor médio dos afetos negativos é também superior para o sexo feminino ($M=2,01$) em comparação com o sexo masculino ($M=1,92$), sem existirem diferenças significativas ($t_{68}=-0,510$; $p = 0,612$).

Portanto, não se verificam diferenças significativas nas escalas e dimensões relacionadas com a importância das relações amorosas/ afectivas e sexuais, a qualidade de vida e o bem-estar, entre o sexo masculino e feminino, pelo que não podemos concluir que o sexo tenha influência na importância das relações amorosas/ afectivas e sexuais, na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas de idade avançada.

CAPÍTULO 8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise estatística dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, de satisfação com a vida, de depressão, de afetos positivos e negativos, de satisfação com o suporte social e de saúde sexual que compõe o protocolo que os participantes da pesquisa responderam demonstrou que existem relações estatisticamente significativas entre a importância que os indivíduos de idade avançada atribuem a ter uma relação afetiva e algumas das dimensões avaliadas.

Foi encontrada uma correlação significativa entre a importância atribuída a presença de relacionamentos afetivos na idade avançada e os afetos positivos. Esse dado demonstra que os idosos que participaram do estudo e que atribuem maior importância a ter uma relação amorosa também tem maiores níveis de bem-estar subjetivo, já que os afetos positivos são um de seus componentes. Dado esse que vai de encontro a ideia defendida por Ryff (1989), que relaciona o bem-estar subjetivo à felicidade, ao relaxamento, aos sentimentos positivos e a ausência relativa de problemas.

Também foram verificadas correlações positivas entre a importância atribuída a presença de relacionamentos afetivos na idade avançada e as dimensões satisfação com amigos, intimidade e satisfação com a família, evidenciando que os idosos participantes que atribuem maior importância a ter uma relação afetiva apresentam mais satisfação com amigos, mais intimidade e maior satisfação com a família.

Essas três dimensões são avaliadas através do instrumento Escala de Satisfação com o Suporte Social, e o resultado encontrado em nossa pesquisa é suportado pela teoria de Batistoni (2007), que afirma que a presença e percepção de um bom suporte social por parte das pessoas de idade avançada atua como um diminuidor de estresse e sofrimento, e até como fator de prevenção a depressão.

Segundo Diener e Seligman (2004) pessoas que tem boas habilidades sociais e através dessas possuem também uma rede de relações e de suporte social tendem a ter maiores níveis de bem-estar subjetivo positivo. Isso acontece porque geralmente as pessoas socialmente habilidosas desenvolvem melhores relações sociais, mantendo mais relacionamentos duradouros e benéficos, além de se engajarem mais em atividades prazerosas e que trazem satisfação. O apoio de familiares, de amigos e de toda a rede social, principalmente durante períodos em que o indivíduo está passando por uma situação difícil aumenta a auto-estima e

o sentimento de auto-eficácia, sendo um fator que favorece o bem-estar. Dessa maneira, ter boas relações sociais relaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo.

No entanto, não foram verificadas relações estatisticamente significativas entre a importância atribuída a ter uma relação afetiva com a qualidade de vida, com a satisfação com a vida, com a depressão, com os afetos negativos e com as atividades sociais. Acreditamos que esse resultado possa não ser uma representação da realidade, e que o tamanho da amostra seja um fator delimitante quanto as hipóteses que buscávamos validar.

Também não foram verificadas relações estatisticamente significativas entre a importância atribuída aos relacionamentos sexuais durante a idade avançada pelos participantes da pesquisa e qualquer das escalas e dimensões estudadas. Este resultado demonstra que a importância atribuída as relações sexuais não está relacionada de forma estatisticamente significativa com a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo das pessoas de idade avançada que participaram do estudo.

Acreditamos que o resultado encontrado possa ter sido influenciado por outros fatores. Como foi discutido anteriormente no trabalho, a visão da sexualidade está intimamente ligada a um sistema de valores e crenças. Acreditamos que as respostas dos indivíduos que participaram do estudo possam ter sido influenciadas pela cultura em que cresceram, pois como Cordeiro (2003) afirma, o contexto social e histórico no qual o indivíduo esteve inserido ao longo de sua vida pode influenciar fortemente a maneira como este entende e vive sua sexualidade durante a idade avançada.

Nas sociedades ocidentais a atividade sexual tinha a finalidade de reprodução, era entendida como quase somente genital e devia ser praticada apenas por pessoas casadas. Os idosos que participaram do estudo provavelmente receberam uma educação que ensinava normas rígidas, e onde quase não havia espaço para a autoexploração e para vivências mais profundas (Pascual, 2002). Esse conceito negativo e repressivo, que entendia o exercício livre da sexualidade como algo obscuro, perigoso e pecaminoso também pode ser um fator que atrapalhou a fidedignidade dos resultados. Durante a coleta de dados, a pesquisadora também percebeu que houve uma grande resistência e recusa em relação ao tema por parte dos idosos. Isso porque a grande maioria dos idosos abordados não concordou em responder o inquérito porque este continha questões de cunho sexual, mesmo depois de todo o projeto ter sido explicado e do anonimato ter sido garantido.

Foram realizadas análises adicionais que objetivaram entender se a importância atribuída aos relacionamentos afetivos e sexuais e sua possível influência na qualidade de vida, na satisfação com a vida, na depressão, no bem-estar subjetivo e no suporte social

percebido pelos idosos que participaram pode estar relacionada a situação relacional ou ao sexo do indivíduo. No entanto, não houveram diferenças significativas entre as médias dos resultados dos homens e a média das mulheres, e também não houveram diferenças significativas nos resultados das pessoas de diferentes status relacionais nas dimensões avaliadas.

Em função dos resultados destas análises, podemos concluir que a importância atribuída aos relacionamentos afetivos tem correlação positiva com o bem-estar das pessoas de idade avançada que participaram da pesquisa, pois os afetos positivos, a satisfação com os amigos, a intimidade e a satisfação com a família apresentaram relações positivas.

Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo possivelmente deve-se à amostra utilizada (70 pessoas) que não é suficiente para retratar a população idosa de forma geral, pois essa pode apresentar características bem diferentes dos participantes estudados. Os resultados destacados nesta pesquisa não têm objetivo de encerrar essa discussão, e não devem ser generalizados pois podem não se aplicar a outros grupos e populações, já que esta pesquisa pressupõe a realidade das pessoas de idade avançada que vivem na cidade de Coimbra e arredores, e investigações complementares se fazem necessárias para compreender uma amostra e população maiores.

CONCLUSÃO

Em decorrência do aumento da esperança média de vida e do cada vez maior número de idosos em todo o mundo, é muito importante que seja possível para todos envelhecer integralmente, tendo acesso a boas condições de saúde e também tendo boa qualidade de vida e bem-estar.

O caminho que trilhamos ao longo desse estudo nos mostrou que a qualidade de vida é um construto subjetivo e multidimensional. O que significa, que para um indivíduo ter bons níveis de qualidade de vida e bem-estar as diversas áreas de sua vida precisam estar bem.

Como as pessoas não viviam tantos anos como vivem atualmente, os estudos acerca da idade avançada abordavam em sua grande maioria as mudanças e dificuldades fisiológicas que o organismo sofre ao longo do processo de envelhecimento.

Assim os estudos e revisões de literatura sobre a idade avançada dificilmente incluem as vivências amorosas e a sexualidade, e quando essas temáticas são tratadas quase sempre são discutidas as questões fisiológicas e os mitos relacionados ao processo de envelhecimento.

Porém, os estudos mais recentes realizados com pessoas de idade avançada mostraram que os idosos não deixam de se interessar por ter relacionamentos afetivos, e que o desejo sexual também não diminui com o avançar dos anos. Portanto para que o envelhecimento possa ser mais saudável em todos os sentidos, é preciso que a sexualidade na idade avançada deixe de ser entendida como inexistente e através de tabus depreciativos.

É importante que os indivíduos não deixem de ser protagonistas de sua própria história durante o processo de envelhecimento e em sua fase final do ciclo de vida. Garantir que todos tenham essa possibilidade é dever de todos nós, e para isso é fundamental que ocorra uma mudança nessa mentalidade que ainda é bem presente, e que entende a pessoa idosa como não mais dona de si, como alguém que só está a espera do fim e a quem não são permitidas certas atitudes, sentimentos e desejos.

Saber superar as adversidades e conseguir adaptar-se as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento é muito importante. Sabe-se que os indivíduos que se preparam para a velhice tem mais possibilidade de se ajustarem melhor às mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas que acompanham a idade avançada, e não diferem muito dos jovens no que se refere à capacidade de solucionar problemas.

Assim as pessoas de idade avançada serão livres para viver de forma mais positiva e completa. Sabendo que apesar das muitas mudanças que acontecem em seus corpos e nas diversas esferas de suas vidas; seus desejos, vontades e prazeres não deixarão de existir ou precisarão ser interditados, nessa etapa da vida que é tão intrigante e promissora como qualquer outra.

Os resultados obtidos com essa investigação nos mostraram que os afetos positivos, a satisfação com os amigos, a satisfação com a família e a intimidade relacionam-se com a forma como as pessoas de idade avançada entendem sua afetividade nesta etapa da vida. Não foram encontradas correlações com o grau de importância atribuído as atividades sexuais, porém esse resultado pode ter sido influenciado pelo fato de que a sexualidade na velhice ainda não é vista como saudável, normal e desejada pela sociedade. Essa ideia pode também influenciar a própria ideia dos indivíduos de idade avançada, que em casos nem se permitem vivenciar qualquer experiência do gênero.

Os construtos que mostraram-se correlacionados positivamente com a importância atribuída a ter relacionamentos afetivos pelos idosos que participaram do estudo são muito importantes para o bem-estar.

Porém, como já foi mencionado, a investigação ainda é muito escassa e por isso recomenda-se que sejam conduzidos mais estudos acerca do assunto, com diferentes amostras e variáveis. Mais investigações trarão mais conhecimento, e o conhecimento acerca desse assunto ainda tão pouco tratado é fundamental para a promoção de um envelhecimento saudável, ativo, integral e que compreenda todas as esferas da vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais.
- Argimon, I. L.; & Stein, L. M. (2005). Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito Idosos: Um Estudo Longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, p. 64-72.
- Baltes, M. (1996). The many faces of dependency in old age. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Orgs.), *Successful aging* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., & Silverberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento* (p. 73-110). Campinas: Papyrus.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought & Action – A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, v. 44, n. 9, p. 1175-84.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, v. 28, n. 2, p. 117-48.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic –Edições de Psicologia.
- Batistoni, S. S. T. Sintomas depressivos entre idosos: Estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Doutorado em Educação - Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação -, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, Pp.146, 2007.
- Batistoni, S.S.T., Fortes, A. G., Yassuda, M. S. (2007). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In O. V. Forlenza. (Ed.) *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce a reabilitação*. São Paulo: Atheneu, p. 32-36.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.**

- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7.
- Berquó, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri, A. L., Debert, G. G. (Ed.). *Velhice e Sociedade*. São Paulo: Papirus Editora, 1999. p. 11-40.
- Bosi, E. (1995). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 4. ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- Bowling, A. (1995). The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age group by gender. Results from a national survey of the public judgement. *International Journal of Health Sciences*, 6 (12), 169-175.
- Bradburn, N.M.(1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine
- Brink, J. "Biologia e fisiologia do envelhecimento celular." *Assistência ao idoso, aspectos clínicos do envelhecimento* (2001): 50-74.
- Butler, R. N. 1969. "Age-ism: Another Form of Bigotry." *The Gerontologist* 9(4, Part 1): 243–6.
- Butler, R. N. (1980), Ageism: A Foreword. *Journal of Social Issues*, 36: 8–11.
- Calasanti, T. Gender and Life Satisfaction in Retirement: an assessment of the male model. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Washington, DC, n. 51B, p. S18-S19, 1996.
- Cardoso, W. L. C. D. (1999). Qualidade de vida e trabalho: Uma articulação possível. Em L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.), *Saúde Mental e Trabalho* (pp. 89-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cardoso, J. (2004), "Sexualidade e Envelhecimento" in *Sexualidade & Planejamento Familiar*, N.º 38/39, Lisboa, Associação para o Planejamento da Família, pp. 7-13.
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322 (7296), 1240-1243.
- Capodiecici, S. (2000). *A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os 60 anos*. Bauru: EDUSC.
- Carstensen, L. L. (1992). Socio emotional selectivity theory: Social activity in life-span context. *Psychology and Aging*, 11, 195-217.

- Castellon, A., Pino, S. (2003). Calidad de vida em la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, Barcelona, v. 13, n. 3, jul., p. 188-192.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cordeiro, M. (2003), "Sexualidade. Algumas questões" in Sá, E. (Coord.) *Quero-te. Psicologia da Sexualidade*, Coimbra, Quarteto, pp. 71-85.
- Costa, E. F. A., & Pereira, S. R. M. (2005). Meu corpo está mudando o que fazer? In J. L. Pacheco, J. L. M. Sá, L. Py & N. Goldman (Orgs.), *Tempo rio que arrebatada* (pp.13-25). Holambra: Setembro.
- Costa, G. D. A. (2003). O processo e o sujeito do envelhecimento. *COSTA, Geni de Araújo. Tríplíce visão do envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice. Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia.*
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678.
- Covinsky, K.E., Landefeld, C.S., Connors, A.F. Jr., Phillips, R.S., Tsevat, J., et al. (1999). Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med*, 106(4):435-40.
- Debert, G. G. (1999). (Ed.). *Velhice e Sociedade*. São Paulo: Papirus Editora, p. 11-40.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). 11 Personality and Subjective Well-Being. *Well-being: Foundations of hedonic psychology*, 213.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2004). Beyond money toward an economy of well-being. *Psychological science in the public interest*, 5(1), 1-31.
- Diener, E., & Suh, M. (1997). Bem-estar subjetivo e idade: Uma análise internacional. *Revisão anual da gerontologia e geriatria*, 17, 304-324
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Farquhar, M. (2005). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*, 22,502-8.

- Fassino S., Leombruni P., Abbate Daga G., Brustolin A., Rovera G.G., Fabris F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr*, 35(1):9-20.
- Featherman, D., Smith, J., & Peterson, J. (1990). Successful aging in post-retired society. In P. Baltes, & M. Baltes (Orgs.), *Successful aging* (pp.50-93). New York: Cambridge University Press.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*.
- Fonseca A. M. (2006). O envelhecimento. Uma abordagem psicológica.
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2),124-131.
- Galinha, I., Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, n.º 6 (2), p. 203 – 214.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar Subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*. Universidade Federal de Santa Maria. Vol.12, nº 1, p. 43 – 50.
- Goldani, A. M. (1999) Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In Camarano, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos eiros*. Rio de Janeiro, Ipea, pp. 75-114.
- Hansson R. O., & Carpenter B. N. (1994). *Relationships in Old Age: Coping with the Challenge of Transition*. New York: Guilford Press.
- Holmes S., Dickerson J. (1987). The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *Int J NursStud*, 24(1):15-24.
- Jonsen, A.R., Siegler, M., Winslade, W.J. (1986): *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* 2nd edition. New York; Macmillan.

- Kinsey, A. C. et al. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press.
- Larsen, R., Diener, E. & Emmons, R. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-18.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben & J. C. Rowe, D. E. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp.3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Lemos N, Medeiros, S.L. (2006). Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, p. 892-897.
- Lima, M. P. (2003). Sentir e pensar a sexualidade. in Sá, E.(Coord.) *Quero-te. Psicologia da Sexualidade*, Coimbra, Quarteto, pp. 109-115.
- Lima, M. P. (2006). Sexualidade “de terceira” na terceira idade? *Psychologica: Sexualidades*, 41, 83-102.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- López, F., Fuertes, A. (1999). *Para Comprender La Sexualidad*. Navarra: Editorial Verbo Divino.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Cosenza, R. M. (2013). *Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Masters, W., and Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Little, Brown, Boston.
- Mehdzadeh, S. Health and Long-Term Care Use Trajectories of Older Disabled Women. *The Gerontologist*, Washington, DC, v. 42, n. 3, p. 304-313, 2002.
- Mercadante, E. F. A. (2005). Velhice: uma questão complexa. Em B.Côrte, E. F. Mercadante, y Arcuri, I. G. (Ed.) *Velhice, envelhecimento, complex (idade)* (pp. 23-34). São Paulo: Vetor.

- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M.. (2002). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Monteiro, D. M. R. (2006). Afetividade e Intimidade. In: Freitas, E. V., PY, L.; Cançado, F. A. X., Doll, J., Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p.1296 – 1300.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade madura no atendimento domiciliário. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* (pp.33-47). São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. L. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2003) Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri. *Qualidade de vida e idade madura*. 5a. ed.. São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2005). As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso: A terceira idade v.16, n.34, p.7-24.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Noll, H. H. (2013).Soc Indic Res. 114: 1.
- Novaes, M. H. (1997). *Psicologia da terceira idade: conflitos possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: NAU.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto. Legis Editora.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud y envejecimiento: un documento para el debate: Versión preliminar*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *The world health report*. Geneva.
- Pacheco, J. L. (2005). Sobre aposentadoria e envelhecimento. In J. L. Pacheco, L. Py, & J. L. Sá (Orgs.), *Tempo: rio que arrebatou* (p. 59-73). Holambra: Setembro.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo editora.

- Papaléo Netto, M., & Borgonovi, N. (2002). Biologia e teorias do envelhecimento. In *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 44-59). Atheneu.
- Paschoal S.M.P. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Pascual, C. P. (2002). *A Sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo: Edição Loyola.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press.
- Renaud, M. (2001). Sexualidade e Ética. In L. Archer, J. Biscaia, M. Renaud, & W. Osswald (Org.), *Novos desafios à Bioética* (p. 39-45). Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6),1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4),719-727.

- Saldanha, A. A. W., Araujo, L. F. & Felix, S. M. F. (2006). Aids na velhice: os grupos de convivência de idosos como espaços de possibilidades. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias. *Maturidade e velhice: pesquisa e intervenções psicológicas* (pp. 126-233). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sánchez, F. L. & Ulacia, J. C. O. (2006). *Sexualidad en la vejez*. 2ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16 (4), 420-428.
- Schroots, J. J. F., Birren, J. E. (1990). Concepts of time and aging in science. In J. E. Birren, K. W. Schaie (Orgs.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 45-66). New York: Academic Press.
- Shephard, R. J. (2007). *Envelhecimento, Atividade Física e Saúde*. São Paulo: Phorte Editora.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XXVI, 3, 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXVII, 3, 387-404.
- Simões, R. *Corporeidade e terceira idade – a marginalização do corpo idoso*. São Paulo: Unimep; 1998.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. *Modelos e Práticas em Educação de Adultos*, 301-320, Coimbra: NAPFA.

- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371
- Sterpellone, L. (2005). *Dicionário do sexo e da sexualidade*. Lisboa: Mareantes
- Trentini, C. M., Xavier, F. M. F., & Fleck, M. P. A. (2006). Qualidade de vida em idosos. In M. A. M. P. Parente (Org.), *Cognição e envelhecimento* (pp.19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Tsang, E. Y. L., Liamputtong, P., & Pierson, J. (2004). The views of older Chinese people in Melbourne about their quality of life. *Ageing and Society*, 24 (1), 51-74.
- Vasconcelos, M. F. Sexualidade na 3ª Idade. In: SOCIEDADE Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- Viegas, S. & Gomes, C. (2007). *A Identidade na Velhice*. Colecção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, 14, 361-384.
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social, Science and Medicine*, 41:1403-10.
- World Health Organization. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, 46 (12), 1569-85.
- Yassuda, M.S.; Lasca, V.B.; Neri, A.L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, 1, 78-90.

ANEXO