

ESTUDO EXPLORATÓRIO ACERCA DA SATISFAÇÃO SEXUAL EM PESSOAS DE MEIA-IDADE DA CIDADE DA COVILHÃ - PORTUGAL

(2009)

Luis Alberto Coelho Rebelo Maia

Professor Universitário (UBI), Doutorado em Neuropsicologia Clínica, Universidade de Salamanca – USAL (Espanha), Mestre em Neurociências (Faculdade de Medicina de Lisboa), Graduado em Psicobiologia e Neuropsicologia Clínica (USAL) e em Ciências Médico-Legais (Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar)

Paulo Pessoa

Psicólogo Clínico

Email:

lmaia@ubi.pt

RESUMO

O presente estudo visou avaliar a satisfação sexual nos adultos entre 45-60 anos de idade residentes na cidade da Covilhã e freguesias limítrofes. Utilizando duas medidas de avaliação dos construtos sexualidade e qualidade de vida e ainda questionário demográfico, saúde e sexualidade, pretendeu-se ainda analisar vários factores inerentes a esta faixa etária, que podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo. Para o efeito, foram utilizados um questionário demográfico, de saúde e sexualidade, um Inventário de Satisfação Sexual (Pechorro, 2006) e um questionário de Qualidade de Vida (*World Health Organization Quality Of Life Assessment* - WHOQOL – bref) em versão portuguesa de Portugal (Vaz-Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, *et al.*, 2006). Pudemos constatar que ao nível do Índice de Satisfação Sexual, todos os sujeitos se encontram inseridos dentro de valores característicos das populações não clínicas ao nível sexual (Média geral do ISS = 26,5) e dentro de valores normativos na Qualidade de Vida aceites pela Organização Mundial de Saúde (≥ 50). Pode ainda concluir-se que as mulheres apresentam Índices de Satisfação Sexual estatisticamente mais elevados quando comparadas com os homens (29,4 - 22,9 respectivamente), o que poderá indicar ou sugerir uma maior satisfação Sexual por parte dos sujeitos do sexo feminino.

Palavras-chave: Envelhecimento, Satisfação Sexual, Sexualidade Adulta, Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

A população mundial neste princípio de século, segundo os dados oficiais da Organização das Nações Unidas ronda os 6.3 biliões de pessoas. (ONU, 2003, *cit. in* Cardoso, 2004). Verifica-se também, segundo as mesmas fontes, que nas últimas décadas foi observado um aumento a nível mundial da expectativa de vida¹ de cerca de 20 %, ou concretizando, de 46,5 anos (1950-1995) para 66 anos (2000-2005).

No que diz respeito ao Sul da Europa, dados oficiais apontam que os indivíduos nascidos em 2005 podem esperar viver aproximadamente 80 anos, se concernentes ao sexo feminino, e aproximadamente 74 anos respeitantes ao sexo masculino (ONU, 2002, *cit. in* Cardoso, 2004). Esta tendência, segundo o mesmo autor, é realçada também no número de nascimentos entre 2025-2030, apontando para uma esperança média de vida de 83 anos no sexo feminino e 77 no sexo masculino.

Em Portugal, a expectativa de vida tem igualmente vindo a aumentar como se pode observar no quadro 1, verificando-se consequentemente um aumento extremamente significativo da população idosa.

Quadro 1 - Expectativa de vida no nascimento em Portugal

População Total			
Ano	Expectativa de vida no nascimento	Mudança Percentual	Data da Informação
2003	76,35		2003
2004	77,53	1,55%	2004
2005	77,53	0,00%	2005
2006	77,7	0,22%	2006
2007	77,87	0,22%	2007
2008	78,04	0,22%	2008

Quadro 1: Adaptada de CIA (2008).

Quando caracterizada por género, a expectativa de vida revela-se com 74,78 anos no sexo masculino e 81,53 no sexo feminino (CIA, 2008).

Neste sentido para além da preocupação natural com a finitude da vida, hoje em dia coexiste uma crescente preocupação no indivíduo com a qualidade da mesma. Sendo a

¹ O termo “expectativa de vida” expressa o número de anos que se espera que viva um recém-nascido que, ao longo de sua vida esteja exposto às taxas de mortalidade observadas na população ao momento do nascimento do mesmo (Camargos, 2004).

expectativa de vida uma realidade em crescimento, vários estudos têm sido desenvolvidos com o objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida (Vecchia *et al.*, 2005).

Qualidade de Vida

A qualidade de vida, no parecer de Cardoso (2004), depende de vários factores e reflecte uma percepção individual e subjectiva acerca dos vários domínios de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) definiu o conceito como sendo a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, do contexto, da cultura e do sistema de valores nos quais vive, considerando os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Santos Silva, Passos de Jesus & Santos, 2007).

O conceito em questão parece estar relacionado com uma série de dimensões: auto-estima, bem-estar pessoal - abrangendo uma série de aspectos tais como a capacidade funcional, o nível sócio económico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o suporte social e familiar, o estado de saúde, os valores éticos, morais e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as actividades diárias e o ambiente em que vive (Velarde & Ávila, 2002; Bowling *et al.*, 2003 *cit. in* Cardoso, 2004). Neste sentido, este último refere que o conceito de qualidade de vida está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Com a expectativa de vida mais prolongada assiste-se a um crescente interesse em torno do tema da qualidade de vida. As reflexões sobre o tema tem suscitado muitas discussões uma vez que é um conceito transversal a inúmeras áreas, nomeadamente sociologia, antropologia, filosofia, saúde, economia, psicologia, *etc.* (Beck, Budô & Gonzalez, 1999 *cit. in* Lucas, Martins & Robazzi, 2008).

No entanto como se pode depreender no que já foi dito anteriormente, a qualidade de vida poderá ser entendida como um construto multidimensional envolvendo dimensões psíquicas, sociais, físicas e emocionais. Ao relacionar-se contiguamente com a funcionalidade geral do homem, a sua importância nas questões de prevenção e intervenção da saúde dos indivíduos é sobejamente valorizada (Longo Jr., Buzatto, Fontes, Miyazaki & Godoy, 2005, *cit. in* Lucas *et al.*, 2008)

Lucas e colaboradores (2008) mencionando Gold (1996) referem que os conceitos de qualidade de vida têm em comum a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas bem como os danos relacionados com essas mesmas funções.

Partindo do princípio que a qualidade de vida é um construto que envolve a totalidade do ser, pode-se afirmar que a sexualidade estabelece uma relação de proximidade com a mesma.

Sexualidade Adulta

A sexualidade não só deriva de um impulso biológico mas também possui uma série de significados que a transforma numa dimensão do comportamento (Cayo Rios, Flores, Perea, Pizarro & Aracena, 2003).

Dentro do bem-estar pessoal a sexualidade representa uma das valências com impacto significativo sobre a qualidade de vida, independentemente da idade da pessoa. (Cardoso, 2004). Complementar a esta ideia, Viana & Madruga (2008) destacaram que a sexualidade é um dos factores que influenciam a qualidade de vida também no envelhecimento.

A actividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de um par e também do contexto sócio cultural no qual tem lugar a relação (Alonso Valera, Martínez Pacual, Díaz Palarea & Calvo Francés, 2004).

Kinsey *et al.*, (1948, Alonso Valera *et al.*, 2004) foram os primeiros a documentar a existência de um gradual declive na actividade e no interesse sexual com o envelhecimento, tanto em relação ao sexo masculino como ao sexo feminino. Posteriormente, ainda segundo o mesmo autor, outros estudos foram publicados com pequenas variações apresentando os mesmos resultados.

Como afirma Cardoso (2004) o padrão de resposta sexual tende a manifestar sucessivas alterações ao longo da vida. Todavia, o mesmo autor, sustentado em Masters & Johnson (1986) afirma que durante a senescência – processo natural de envelhecimento, que se diferencia do envelhecimento patológico, e que segundo Vega & Bueno (1995) refere-se àquele que começa a envelhecer – a resposta sexual humana pode ir ficando mais lentificada, mas certamente não deixa de existir.

Kaiser (1996) fazendo uma revisão bibliográfica sobre estes temas, destacou um estudo realizado por Pfeiffer e colaboradores onde encontraram que 95% dos homens de idades compreendidas entre os 46 e os 50 anos, mantinham relações sexuais semanalmente.

Schiavi & Rehman (1995) realizaram um estudo em homens dos 45 aos 74 anos com relações sexuais estáveis. Os dados obtidos das suas investigações, apontaram para uma significativa correlação negativa entre o desejo sexual e a actividade sexual; todavia, mencionam os mesmos autores, parece não ser assim em relação ao grau de satisfação obtido nas relações sexuais.

Alonso Valera *et al.* (2004, p. 152), ao efectuarem uma revisão da literatura relacionada com as questões da sexualidade e com a idade, referem que *“há uma diminuição na frequência de comportamentos sexuais que afectam também o interesse sexual e que se produz um aumento das disfunções sexuais associadas com a idade”*.

De qualquer modo, há diferenças individuais importantes nas quais parecem ter influência entre outros factores, as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, os medicamentos administrados, a existência de alterações psicopatológicas (Schiavi & Rehman, 1995). Por outro lado, continuam os mesmos autores, as diferenças supracitadas são ainda influenciadas por variáveis psicossociais tais como existência de parceiro estável, a qualidade da relação, o funcionamento social e o nível educacional).

Vários têm sido os autores a apresentarem diferentes conceptualizações daquilo que será a satisfação sexual e qual a melhor maneira de a medir. Lawrence e Byers (1995, *cit. in* Young, Young, Denny & Luquis, 1998) referem que esta satisfação é uma resposta afectiva que surge da avaliação subjectiva que o indivíduo faz das dimensões positivas e negativas do relacionamento sexual. Como afirmam os mesmos autores, a resposta afectiva subjacente é de difícil mensuração e ao passo que alguns a mediam através da consistência orgásmica outros procuraram medi-la através das componentes psicológicas e fisiológicas.

Segundo Fuertes & López (1999), para que as pessoas se sintam satisfeitas como o seu funcionamento sexual é necessário: obter um grau aceitável de prazer conjunto nas actividades sexuais efectivas e interessar-se cada um pelo prazer de outro; a existência de um acordo mais ou menos geral no que respeita à frequência com que desejam manter determinados contactos sexuais e outro tipo de contactos físicos não meramente sexuais; a existência de algum tipo de variação nas relações, que vá mais além da típica sequência de jogos sexuais - coito; a ausência de problemas continuados na excitação sexual ou na obtenção do orgasmo; o auto conhecimento e a aceitação da própria sexualidade, incluindo aceitação do próprio corpo; e por fim, o conhecimento e aceitação da sexualidade do casal, isto é, conhecimento e aceitação das diferenças no que se refere a desejos, atitudes, preferências, actividades.

Os mesmos autores apresentam ainda factores não sexuais que também consideram relevantes: a capacidade de comunicação, procura activa e intimidade, sentido de confiança e compromisso na relação, atracção erótica e autonomia, liberdade e responsabilidade por parte de cada membro do casal em relação ao outro (Fuertes & López, 1999).

O estudo de Young *et al.* (1998), permitiu ao autor identificar nove factores que contribuem em 65% para a variabilidade da satisfação sexual em mulheres casadas: aspectos não sexuais do relacionamento, satisfação geral com o casamento, consistência orgásmica na relação sexual, frequência das actividades sexuais, participação e prazer na actividade sexual não coital, e, três variáveis relacionadas com a religião e com a idade.

Byrers & Demmons (1999) revelam após alguns estudos, que quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a satisfação sexual.

Yeh, Lorenz, Wickrama, Conger, Elder & Glen (2006) efectuaram um estudo longitudinal que decorreu em 12 anos, com 283 casais de meia-idade, casados em média há 30 anos, com o objectivo de avaliar as inter relações entre a satisfação sexual, a qualidade marital e a estabilidade

marital. Detectaram que estas três variáveis referidas anteriormente se mantiveram estáveis ao longo do tempo. De um modo geral, os resultados confirmam sequências causais entre a satisfação sexual e a qualidade marital, entre satisfação sexual e instabilidade marital e entre qualidade marital e instabilidade marital.

Um estudo de Pechorro (2006) com mulheres portuguesas, detectou que cerca de um quarto dessas mulheres se declararam sexualmente insatisfeitas e que a satisfação sexual tende a declinar progressivamente à medida que a idade avança, sendo mais subtil entre os grupos etários mais baixos, acentuando-se na velhice.

Sexualidade e Ciclo Vital

A psicologia do desenvolvimento ocupa-se de todas as mudanças do pensamento, vivências, e comportamentos durante todo o ciclo de vida da uma pessoa (Martinez, 2005). Neste sentido é de salientar que a própria definição contempla também a idade adulta, mesmo sabendo que os processos de mudança apresentam características distintas nas várias idades.

Se durante a primeira metade do século XX, Hall & Wechsler enfatizaram as concepções do desenvolvimento humano na sequência crescimento-estabilidade-declínio, e Freud e Piaget enfatizaram este desenvolvimento destacando os períodos da infância e da adolescência, ao longo da segunda metade do mesmo século, emergiram concepções de natureza multidisciplinar que reproduziam conceitos diferenciados de desenvolvimento (Fonseca, 2005).

Estas recentes concepções afirmam que o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida e é determinado não só pela idade mas também por múltiplos outros factores: contextos sócio-históricos, acontecimentos de vida (positivos ou negativos) podem, segundo Fonseca (2005), afectar profundamente o desenvolvimento humano pela introdução de mudanças radicais de curso da vida.

Também Raposo & Günther (2008) destacam que embora a fase adulta seja um dos períodos mais estáveis do ciclo de vida, as pessoas mudam como consequência de determinantes biológicos, de eventos de vida ou expectativas sociais.

No que diz respeito às mudanças biofisiológicas, Fuertes & López (1999), sublinham que nos deparamos com três momentos particularmente significativos ao longo do ciclo vital: o período pré-natal, a puberdade e o climatérico². Os mesmos autores referem que é nesta última fase que progressivamente se perde o vigor físico e aparece a menopausa.

No que diz respeito às mudanças psicossociais, Fuertes & López (1999), adiantam que a sexualidade divide-se essencialmente nos períodos pré-pubertário, adolescência, vida adulta e velhice.

² Período que precede o fim da vida reprodutiva da mulher

Gonçalves, Fagulha & Ferreira (2005) argumentam que teóricos e investigadores do desenvolvimento têm contestado a ideia de que a vida adulta é, em oposição à infância e adolescência, um período de relativa estabilidade. Se é certo que as mudanças desenvolvimentais são mais nítidas naquelas fases, não é possível negar que o processo de desenvolvimento se estende do nascimento até à morte.

No que diz respeito à chamada meia-idade, que compreende aproximadamente idades entre os 45 e os 60 anos, Ribeiro (2005) afirma que tanto os homens como as mulheres podem encontrar nesta altura uma vida muito enriquecedora e gratificante. Porém Cardoso (2004, p. 7) alerta para que *“qualquer tentativa de delimitação etária do momento em que se inicia o envelhecimento esta condenada ao fracasso”*.

As questões profissionais parecem constituir um critério subtil de situar as idades, nas quais a aposentação é vista como o principal marcador da transição (Cardoso, 2004).

Todavia, como nos diz Martínez (2005), ao longo do ciclo da vida, o conjunto dos anos obrigam a diferentes tarefas e não é estranho que os autores falem de diversos estádios, períodos ou fases. Estas fases não podem ser determinadas para cada pessoa e para cada contexto. O mesmo autor refere que por outro lado, estas fases não podem ter semelhantes dimensões, já que as mudanças se sucedem umas vezes de maneira regular e outras vezes de maneira mais intempestiva.

Por esta razão, Martinez (2005) alerta para o facto de a idade não ser uma questão cronológica, mas sim uma dimensão cheia de significados, estruturas, obrigações, relações, *etc.* que marcam o ritmo de vida de cada um.

O período da meia-idade tem auferido menos atenção, à excepção, talvez, dos estudos sobre a menopausa, acontecimento que marca a vida da mulher neste período da vida (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005). Os mesmos autores referem que simultaneamente, a crescente procura de apoio clínico por pacientes desta faixa etária veio chamar a atenção para a necessidade dum melhor conhecimento das características das experiências de vida que se colocam ao adulto que completou as tarefas do início da vida adulta que frequentemente atingiu um estatuto de sénior, e começa a partilhar o poder (na família e na sociedade) com a geração dos filhos, enquanto lida com as consequências do envelhecimento da geração anterior.

Segundo Levinson (1996), a passagem do início da vida adulta à meia-idade inicia-se com um período de transição, entre os 40 e os 45 anos cujo caracterizado pelo confronto com o fim da juventude e a necessidade de criação duma nova construção que comporta o ainda ser “novo”, mas estar a envelhecer.

Esta nova construção, segundo o mesmo autor, vai desenvolver-se entre os 45 e os 50 anos, numa adaptação evolutiva à tomada de posição numa outra geração: entre a geração dos filhos que se tornam adultos e a dos pais que entra em declínio.

Entre os 50 e os 55 anos, o adulto poderá sentir as mudanças como mais urgentes. Se nas fases anteriores não conseguiu realizar as adaptações necessárias para lidar com os novos desafios, poderão surgir crises de desenvolvimento (Levinson, 1996).

Por fim, da sua resolução depende, quer o modo como no período seguinte, entre os 55 e os 60 anos, conseguirá, ou não, realizar as aspirações e objectivos correspondentes à meia-idade, quer a forma como irá encarar e viver a última fase da sua vida, que começa, então, a desenhar-se no horizonte. (Levinson, 1996).

Segundo Levine (1992,1998, *cit. in* Pechorro, 2006) a sexualidade na vida adulta percorre cinco fases sequenciais, cujo tempo de duração varia de indivíduo para indivíduo: a descoberta das próprias características sexuais na adultez não-conjugal, o estabelecimento do equilíbrio sexual, a preservação do comportamento sexual, os declínios fisiológicos na meia-idade consensual e os declínios adicionais da idade avançada. Surge ainda no ciclo vital, como destaca o mesmo autor, uma sexta fase de doença física ou psicológica grave que pode ocorrer adicionalmente em qualquer altura.

Fuertes & López (1999) referem que entre os 40 e 50 anos, acontece nos indivíduos mudanças que os obrigam a reformular a identidade de género e a identidade sexual: diminuição da secreção de androgénios nos homens (iniciada aos 30 anos) e de estrogénio nas mulheres; surgimento dos primeiros sinais de envelhecimento; a consciencialização da temporalidade de vida e da morte; diminuição das obrigações para com os filhos e progressiva liberalização das tarefas domésticas; opções profissionais mais limitadas. Avultam os mesmos autores, que estes factores podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo, dependendo daquilo que ao longo da vida, conseguiu atingir relativamente às expectativas conjugais, pessoais e sociais.

Neste estudo pretende-se analisar a satisfação sexual e a qualidade de vida de sujeitos com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos de idade, moradores no concelho da Covilhã e freguesias limítrofes. Um segundo objectivo centra-se na análise da relação entre os níveis de satisfação sexual e a qualidade de vida dos sujeitos, bem como, conhecer outras relações significativas entre a satisfação sexual e algumas variáveis sócio-demográficas (*e.g.* género, habilitações académicas e estado civil), variáveis de saúde (*e.g.* existência de doença física e/ou mental) e variáveis de sexualidade (*e.g.* frequência de relações sexuais).

Assim, este estudo transversal assume um carácter descritivo e correlacional, procurando-se contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno num contexto geográfico específico e numa faixa etária com particulares mudanças desenvolvimentais apontadas na literatura, ao nível físico e psicológico, com um possível impacto na satisfação sexual dos sujeitos e na sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Amostra

No presente estudo foi constituída uma amostra acidental “*grupo tout venants*”, com 46 sujeitos residentes no concelho da Covilhã e freguesias limítrofes, dos quais 26 (56,5%) são do género feminino e 20 (43,5%) são do género masculino. Os respondentes tinham idades compreendidas entre os 45 e 60 anos, com uma média de 52,6 anos ($DP=4,57$; Mín.- Máx.= 45-64). Em termos de escolaridade, 7 (15,2%) tem o 1º Ciclo, 12 (26,1%) o 2º Ciclo, também 12 (26,1%) tem o 3º Ciclo, 9 (19,6%) o 12º ano, 3 (6,5%) possuem uma graduação e também 3 (6,5%), são pós-graduados (mestrado ou doutoramento).

No que diz respeito ao estado civil, 38 dos sujeitos são casados (82,6%), 5 divorciados (10,9%), 2 solteiros (4,3%) e 1 está separado (2,2%). Têm filhos 93,5% destes sujeitos e não têm filhos 6,5%. Dos que têm filhos, 41,3% têm 1 filho a viver em sua casa enquanto 26,1% têm 2 filhos a residir consigo. Na sua maioria são católicos (91,3%) e, entre estes, 43,5% são praticantes e 56,5% não praticantes.

Quanto à saúde, apenas 19,6% sujeitos referem que têm alguma doença física ou mental (80,4% dos indivíduos referem que não têm qualquer doença). No que se reporta à sexualidade, 41 (89,1%) sujeitos afirmam que actualmente têm um parceiro fixo, sendo que os restantes 5 (10,9%) afirmam não ter parceiro fixo (entre estes, dois sujeitos referem que apesar de não terem um parceiro fixo, mantêm actualmente uma vida sexual activa). O momento do último contacto sexual situa-se na última semana em 71,7% dos casos, de duas semanas a um mês em 19,6% dos casos e há mais de um mês em 8,7% dos casos. Assim, verificou-se que a totalidade dos sujeitos da amostra refere já ter tido relações sexuais.

Procedimento

Os sujeitos contactados foram informados sobre os objectivos do estudo, salvaguardando-se o carácter voluntário e anónimo da sua participação, e clarificando-se eventuais dúvidas no preenchimento dos questionários. Os questionários foram entregues pessoalmente a 150 sujeitos, dentro de um *envelope* de porte pago (*Resposta Sem Franquia* - RSF) e já com o destinatário preenchido³ - depois de serem preenchidos os questionários, o respondente só teve de os encerrar e devolver por correio normal. A taxa de retorno foi de 30,6% (não foram respondidos 104

³ Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação
Ao cuidado do Professor Doutor Luís Maia e/ou Paulo Pessoa
6201-209 Covilhã.

questionários). A introdução dos dados e os procedimentos estatísticos foram efectuados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 17.0) para o Windows XP.

Instrumentos

Para este estudo, foram utilizados um questionário sócio-demográfico e descritivo das variáveis de saúde e sexualidade, um Inventário de Satisfação Sexual - ISS (Hudson, 2000), adaptado para a população feminina portuguesa (Pechorro, 2006) e um questionário de Qualidade de Vida: *World Health Organization Quality Of Life Assessment* - WHOQOL – bref (Organização Mundial da Saúde, versão em língua portuguesa de Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro & Quartilho, 2006)

O questionário demográfico, de saúde, e sexualidade foi elaborado pelos autores desta investigação, consta de 8 questões de âmbito demográfico (*e.g.* estado civil, religião, número de filhos), 3 questões da temática saúde (*e.g.* doença física ou mental, medicação), e 3 questões de ordem sexual (*e.g.* parceiro(a), actividade sexual).

Quanto ao Inventário de Satisfação Sexual de Hudson (2000), a versão inicial foi desenvolvida a partir de um estudo com 1738 sujeitos, incluindo solteiros e casados, população clínica e não clínica, com diversos níveis de instrução académica. Os sujeitos pertencentes à amostra inicial eram caucasianos, sendo mais tarde incluídos outros grupos étnicos. O índice de Satisfação Sexual original apresenta um alfa de Cronbach médio de 0,92, o que indica uma boa consistência interna (Pechorro, 2006).

Segundo Pechorro (2006) trata-se de uma curta escala, que mede o grau de (in)satisfação sexual no seio de um relacionamento a dois e que está indicada para a população a partir dos 12 anos de idade. É constituída por 25 itens, os quais estão escritos com linguagem cuidada com o objectivo de não se tornarem ofensivos ou invasivos dos direitos de privacidade dos respondentes, de auto-preenchimento, com uma duração aproximada de aplicação de 6 minutos. Os itens apresentam um formato de resposta de tipo *likert*, com 7 opções de resposta (1=nunca e 7=sempre). De modo a evitar uma eventual manipulação das respostas e melhor controlar a validade da escala, alguns itens foram categorizados em ordem negativa.

A cotação do Índice de Satisfação Sexual (ISS) é feita a partir da aplicação de uma fórmula específica⁴, que permite converter os resultados brutos em pontuações finais que variam de 0 a 100, sendo que, quanto mais alta for a pontuação, maior será o grau de magnitude de insatisfação

⁴ Os itens 1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 e 23 são reconvertidos, através da subtracção da resposta do item a K+1, onde K é o número de categorias de resposta da escala de cotação. De seguida, procede-se ao cálculo da pontuação total através da fórmula $S = (\sum X_i - N) (100) / [(K-1) N]$, em que X é a resposta ao item, K é o numero de categorias de resposta e N é o numero de itens devidamente respondidos (Pechorro, 2006). Esta fórmula, permite que a pontuação seja válida mesmo que ocorram respostas omitidas, desde que o sujeito responda a, pelo menos 80% dos itens (20 itens), uma vez que substitui os valores em falta por um valor obtido pela media das repostas aos itens. Nestas condições, as pontuações vão de 0 a 100 independentemente do valor de N, isto é, do número de itens respondidos devidamente (Pechorro, 2006).

sexual. O valor 70 na pontuação final também serve de corte clínico, a partir do qual se considera que o sujeito está a passar por uma experiência de stress severo, com clara possibilidade de existência de violência (Pechorro, 2006).

Decorrente dos estudos de validação do ISS em Portugal, o instrumento manteve 80% dos itens da escala original sendo que os restantes foram excluídos ou alterados, verificando-se também neste caso uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,95 (Pechorro 2006). O valor obtido na correlação inter-item foi também satisfatório. O leque de correlação item-total corrigida da escala, determinou um mínimo de 0,30 e um máximo de 0,82, o que também se revela satisfatório.

O *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-bref) foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde, tendo sido já traduzido e validado em vários países. As características psicométricas do WHOQOL-bref preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade *teste-reteste* (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 2000). A aferição portuguesa deste instrumento foi realizada por Vaz-Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro e Quartilho (2006).

A construção deste instrumento partiu da preocupação por parte da OMS em auferir um enfoque transcultural à avaliação de qualidade de vida. Inicialmente foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL 100), composto por cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL- bref (Fleck *et al.*, 2000).

O WHOQOL-bref, versão utilizada neste estudo, consta de 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais 24 divididas em quatro domínios: (a) físico, (b) psicológico, (c) relações sociais e (d) meio ambiente. Cada um destes domínios é formado por diferentes facetas, cada uma delas avaliada a partir de uma questão (cf. quadro 2).

O formato das respostas é baseado numa escala tipo *Likert* que pode variar de “nada” (1 ponto) a “extremamente/completamente satisfeito” (5 pontos), considerando-se que o respondente deve ter como referência as suas duas últimas semanas para responder cada conjunto de itens.

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL – bref

<i>Domínios e facetas do WHOQOL – bref</i>	
<p>Domínio 1 – Domínio Físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Actividades da vida quotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho 	<p>Domínio 3 – Relações Sociais</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social 15. Actividade sexual
<p>Domínio 2 – Domínio Psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais 	<p>Domínio 4 – Meio Ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Segurança física e protecção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte

Quadro 2: Adaptada Fleck *et al.* 2000)

RESULTADOS

Os resultados obtidos ao nível da insatisfação sexual foram analisados com base numa amostra de 43 sujeitos, tendo-se eliminado 3 sujeitos da amostra original que não responderam a todos os itens do Índice de Satisfação Sexual - ISS. Em termos gerais, verifica-se a ausência de valores severos nesta variável, uma vez que todos os sujeitos obtiveram pontuações que não ultrapassam o valor 70 (ponto de corte) na pontuação final a partir do qual se considera que o sujeito está a passar por uma experiência de stress severo, com clara possibilidade de existência de violência (Pechorro, 2006). A média obtida no ISS foi de 26,5, com desvio-padrão de 13,66 e valores mínimo e máximo, respectivamente, de 0 e 57.

Tomando diferentes características da amostra, nomeadamente o género, escolaridade e estado civil, apresentam-se no quadro 3 os resultados obtidos nesta variável. Importa salientar

que à medida que as pontuações aumentam neste índice, mais insatisfeitos estarão os sujeitos relativamente à sua sexualidade.

Devido ao reduzido número de sujeitos que se enquadravam nalgumas categorias no que se reporta às habilitações académicas e estado civil, optou-se por uma recodificação destas variáveis em dois grupos cada uma, de forma a facilitar a análise dos dados e, nesta medida, conseguir uma distribuição mais equitativa dos sujeitos pelos grupos para posteriormente ser possível analisar se existem ou não diferenças estatisticamente significativas entre eles. Assim, quanto às habilitações académicas, constituiu-se um grupo, de 17 sujeitos, com escolaridade igual ou inferior ao 6º ano de escolaridade (2º Ciclo do Ensino Básico) e um grupo de 26 sujeitos com escolaridade superior ao 2º Ciclo do Ensino Básico. Para a análise relativa ao estado civil, constituiu-se um grupo formado pelos sujeitos casados (n=38) e um outro grupo que agrega todos os outros estados civis (divorciados, solteiros e separados).

Quadro 3 – Resultados obtidos no ISS, tomando o género, escolaridade e estado civil

Variáveis		Média	DP	Mín.- Máx.
Género	Masculino (n=19)	22,9	12,95	0-52
	Feminino (n=24)	29,4	13,79	7-57
Escolaridade	2º Ciclo ou menos (n=17)	25,2	12,68	7-55
	3º Ciclo ou mais (n=26)	27,5	14,42	0-57
Estado civil	Casado (n=37)	27,2	14,44	0-57
	Outros (n=6)	22,0	15,38	2-45

A partir de uma análise global destes resultados, verifica-se que as mulheres apresentam uma tendência para se percepcionarem como mais insatisfeitas sexualmente do que os homens pois, além de apresentarem uma média de resultados superior no ISS (com uma diferença de 6,5 valores), apresentam também um valor mínimo e máximo superior ao dos homens, ou seja, os seus resultados variam num intervalo que traduz maior insatisfação sexual (a dispersão de resultados no género feminino varia entre 7 e 57, enquanto nos homens varia entre 0 e 52).

No que se refere à escolaridade, os indivíduos que se situam no 3º ciclo ou mais apresentam uma media maior ISS, apresentando igualmente uma dispersão de resultados (min.-max: 0-57) superior aos indivíduos com escolaridade mais baixa, isto é, com o 2º ciclo ou menos (min.-max: 7-55). Ao que parece, os indivíduos com mais altas habilitações académicas mostram-se mais satisfeitos sexualmente.

Quanto ao estado civil o grupo dos casados parece sentir-se mais satisfeitos sexualmente que os outros estados civis, apresentando uma media superior em relação ao grupo *Outros*. Também aqui a dispersão de resultados no grupo de casados varia entre 0 e 57, enquanto nos outros estados civis varia entre 2 e 45.

De forma a averiguar o significado estatístico destas diferenças, procedeu-se a uma análise de diferenças de médias utilizando o teste-*t*, para amostras independentes. Em nenhuma das variáveis consideradas (género, escolaridade e estado civil) se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao Índice de Satisfação Sexual, conforme se pode constatar no quadro 4.

Quadro 4 - Diferenças de médias (teste-*t*), tomando o género, escolaridade e estado civil

Variáveis	<i>t</i>	<i>p</i>
Género	1,564	,125
Escolaridade	,575	.569
Estado civil	,870	,389

Devido ao tamanho da amostra e como não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as seguintes variáveis e o ISS, decidiu-se analisar descritivamente as variáveis relacionadas com a saúde dos sujeitos (existência de doença física e/ou mental) e a variável relacionada com a frequência das relações sexuais dos participantes deste estudo.

Os sujeitos que referem ter alguma doença física ou mental, apresentaram uma media de ISS superior ($M=29,3$; $DP=14,50$) dos sujeitos que responderam não ter qualquer tipo de doença ($M=25,9$; $DP=13,59$), demonstrando uma maior insatisfação sexual dos primeiros face aos segundos, já que quanto maior a media no ISS maior a insatisfação sexual do sujeito. (a dispersão de resultados no primeiro grupo é de min-max:7-55, sendo inferior ao segundo grupo que não apresenta doença física ou mental min-max: 0-57).

Os sujeitos que na última semana tiveram relações sexuais, apresentaram igualmente uma média superior no ISS ($M=25,1$; $DP=13,72$) dos que tiveram relações há mais de duas semanas a um mês ($M=31,4$; $DP=6,22$). Neste sentido poder-se-á afirmar que os sujeitos que tiveram relações sexuais na última semana, apresentam índices de satisfação sexual superiores.

Passando agora à análise dos resultados na percepção sobre a sua qualidade de vida, as médias mais favoráveis verificaram-se no domínio psicológico ($M=72,8$; $DP=14,48$), seguindo-se por ordem decrescente o domínio físico ($M=71,0$; $DP= 20,77$), o domínio relações sociais

($M=69,7$; $DP=16,79$) e o domínio meio ambiente ($M= 59,8$; $DP= 14,82$). No entanto, a média obtida no domínio geral situa-se acima dos 50 ($M=65,2$; $DP=17,46$), o que indica uma boa qualidade de vida percebida pelos sujeitos no seu geral. Comparando as médias obtidas em função do género, os homens apresentam sempre, em qualquer um dos domínios, médias mais elevadas que as mulheres. Mais especificamente, e por ordem decrescente, as diferenças das médias mais acentuadas verificaram-se nos domínios relações sociais (onde a média no género masculino foi de 77,1 e no feminino de 64,1) e físico (médias de 77,7 e 65,9 respectivamente), seguindo-se o domínio psicológico (media 78,3 para o género masculino e 68,6 para género feminino) e meio ambiente (63,0 para género masculino e 57,3 para o feminino).

Quadro 5 – Diferenças de médias nos vários domínios da QV

Domínios QV	Sexo	Média	Diferença de Média
Relações Sociais	Masculino	77,1	13
	Feminino	64,1	
Físico	Masculino	77,7	11,8
	Feminino	65,9	
Psicológico	Masculino	78,3	9,7
	Feminino	68,6	
Meio Ambiente	Masculino	63,0	5,7
	Feminino	57,3	

Da análise da relação entre o Índice de Satisfação Sexual e os vários domínios da *Qualidade de Vida* dos sujeitos (físico, relações sociais, meio ambiente e psicológico), a partir do coeficiente de correlação de *Spearman*, apenas se observaram uma correlação significativamente moderada (Cohen, 1988, *cit. in* Pallant, 2005) em relação ao domínio relações sociais ($r = -.38$, $p < .05$). Esta relação apresenta-se negativa, o que significa que quanto mais insatisfeitos os sujeitos se encontram (mais elevadas são as suas pontuações no ISS), menor a pontuação obtida no domínio relação social.

Quadro 6 - Relação entre o ISS e os vários domínios da Q.V.

		ISS	QV - g	QV - f	QV - p	QV - rs
QV - G	r	-,210				
	p	,176	.			
QV - F	r	-,125	,785**			
	p	,424	,000	.		
QV - P	r	-,217	,582**	,629**		
	p	,161	,000	,000	.	
QV - RS	r	-,383*	,586**	,467**	,582**	
	p	,011	,000	,001	,000	.
QV - MA	r	-,124	,682**	,596**	,666**	,605**
	p	,428	,000	,000	,000	,000

*p<.05

**p<.01

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Esta investigação teve como objectivo estudar a relação existente entre a satisfação sexual e a qualidade de vida de sujeitos com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos de idade, moradores no concelho da Covilhã e freguesias limítrofes. Ao mesmo tempo, foi criado um segundo objectivo, da possível existência de relações significativas entre a satisfação sexual e algumas variáveis sócio-demográficas

Verificou-se neste estudo que de uma forma geral, estamos perante uma população não clínica no que diz respeito às pontuações de ambos os testes utilizados. Em ambos os casos não se registaram valores estatisticamente significativos que possam ser motivo de realce nesta discussão.

Pelas características da amostra e pelo número reduzido de respondentes⁵ ($n \leq 46$), optou-se por elaborar uma análise descritiva dos dados, analisando as médias dos vários grupos estudados.

Assim pudemos constatar que ao nível do Índice de Satisfação Sexual todos os sujeitos que participaram neste estudo, se encontram inseridos dentro de valores característicos das populações não clínicas ao nível sexual⁶ (Média geral do ISS = 26,5) e dentro de valores normativos na Qualidade de Vida aceites pela Organização Mundial de Saúde (≥ 50)

Pode concluir-se que as mulheres apresentam Índices de Satisfação Sexual estatisticamente mais elevados quando comparadas com os homens (29,4 - 22,9 respectivamente), o que poderá indicar ou sugerir uma maior satisfação Sexual por parte dos sujeitos do sexo feminino. No entanto, os sujeitos de ambos os sexos, revelam estar satisfeitos com a sua vida sexual.

Esta tendência, por parte das mulheres, em apresentarem níveis superiores na média poderá estar relacionada com o tamanho de reduzido da amostra, e por isso os resultados deste estudo não se poderão generalizar à população. Todavia é pertinente destacar aqui que num estudo realizado por Pechorro (2006) com mulheres portuguesas, conclui-se que cerca de um quarto dessas mulheres se declararam sexualmente insatisfeitas e que a satisfação sexual tende a declinar progressivamente à medida que a idade avança, sendo mais subtil entre os grupos etários mais baixos, acentuando-se na velhice (Média das idades neste estudo=52,6 anos).

Por outro lado, nos ciclos das relações sexuais à medida que vamos envelhecendo parecem acontecer algumas mudanças que afectam a resposta sexual. Verifica-se uma menor lubrificação vaginal na mulher ao passo que no homem como consequência do seu deterioro da função reprodutiva, a própria resposta sexual é mais lenta (Mustelier Sagarra & Diez Monterdes, 2002).

Ainda a respeito da insatisfação no sexo feminino, Santos e Reis Marques (2006) referem que se podem observar um conjunto de mudanças no sistema génito-urinário, resultantes das alterações hormonais ocorridas na peri e pós menopausa. Assiste-se a uma diminuição substancial das concentrações de estrogéneo, progesterona e androgéneos⁷.

Também nas mulheres, na opinião de Genazzani, Gambacciani e Simoncini (2007), o declínio hormonal tem um profundo impacto na funcionalidade de todo o organismo e causa sintomas que afectam significativamente a qualidade de vida e a sexualidade (Média das idades = 52,6 anos).

A faceta *Actividade Sexual* avaliada no Domínio Relações Sociais do WHOQOL – bref, como seria previsível, poderá estar na origem da única correlação moderada entre o ISS e a Qualidade de Vida do sujeito.

⁵ Por isso foi utilizado o coeficiente de *Spearman* na correlação entre *Índice de Satisfação Sexual* e os vários domínios da *Qualidade de Vida*.

⁶ Ponto de corte ISS= 70

⁷ A concentração de testosterona (androgéneo mais potente) é numa mulher de 40 anos, cerca de metade da apresentada por uma mulher de 20 anos (Santos & Reis Marques, 2006).

A percepção dos homens quanto à sua melhor qualidade de vida em qualquer um dos domínios do WHOQOL – bref, pode estar relacionada com a maior satisfação sexual percebida por este género, ou seja, quanto maior satisfação sexual (ou menor ISS) melhor qualidade de vida.

A este respeito, Santos e Reis Marques (2006) referem que ao contrário da mulher, as mudanças fisiológicas ocorridas no sexo masculino são variáveis, graduais e incompletas, e a fertilidade masculina matem-se até a um período tardio de vida. Todavia, Zaragoza (2006) afirma que o deficit de testosterona associado ao envelhecimento parece causar um deterioro na qualidade e vida tanto ao nível físico, psicológico e social.

Tess e Savoia (2004) referem que factor demograficos como a idade e género são fortemente preditivos de dificuldades sexuais. A este respeito, as mesmas autoras destacam que homens mais velhos apresentam frequentemente diminuição do desejo e dificuldade em ter ou manter ereções. Estes problemas, segundo ainda as mesmas fontes estão associados à idade, possivelmente em função das mudanças fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, bem como a doenças prováveis nesta faixa etária (próstata, hipertensão, diabetes e medicação).

Um estudo epidemiológico onde se avaliou a prevalência de disfunções sexuais num período de 12 meses numa amostra representativa da população americana, elaborado por Laumann, Paik e Rosen (1999, cit. in Tess & Savoia, 2004), no qual foram inquiridos 1.410 homens e 1.740 mulheres entre os 18 e 59 anos, destaca que 43% das mulheres e 31% dos homens apresentaram algum tipo de disfunção sexual.

Este estudo anteriormente referido revela ainda que factores psicossociais favorecem o aparecimento de queixas sexuais, independentemente do sexo. Relacionamento estável, bom nível de escolaridade são característicos que os mesmos autores apontam estar associadas a uma melhor qualidade de vida (Tess & Savoia, 2004).

Em futuros trabalhos, será pertinente verificar nesta faixa etária e nesta área geográfica, se as mudanças (físicas, psicológicas, emocionais e fisiológicas) relacionadas com o envelhecimento dos sujeitos de ambos os sexos, influenciam de alguma maneira a sua (in)satisfação sexual. Poderá assim este estudo contribuir para ponto de partida de outras investigações relacionadas com a qualidade sexual tendo em conta as mudanças inerentes ao envelhecimento.

O grande desafio dos profissionais de saúde que trabalham com a sexualidade, segundo Tess e Savoia (2004) continua a ser divulgação de informação para a população geral e a preparação dos profissionais da área da saúde em abordar estes aspectos tão importantes para a vida, de uma forma acolhedora e competente.

Várias limitações foram detectadas nesta investigação nomeadamente no que se refere ao número da amostra. A taxa de retorno de 30.6% poderá querer dizer que a sexualidade ainda é um assunto que não é discutido por pudor ou educação na faixa etária contemplada pelo estudo.

Por outro lado, o facto de não ter sido transmitida na folha de cabeçalho a informação da data limite do retorno poderá ter conduzido a que muitos sujeitos deixassem de responder por esquecimento aos três questionários entregues.

Também a falta de estudos na temática da sexualidade e nesta população com a característica geográfica comum (cidade da Covilhã e freguesias limítrofes), apresentou-se como outra limitação, já que não houve oportunidade de consultar estudos comparativos que enriquecessem esta mesma investigação.

É necessário para próximas investigações um outro procedimento que garanta um número da amostra significativo para que se possam generalizar os resultados. Por outro lado, o facto de haver grupos com poucos sujeitos, e por isso a categorização de algumas variáveis, limitou a variabilidade de amostra empobrecendo os resultados.

Também outras variáveis poderiam ter sido introduzidas neste estudo com objectivo de o enriquecer (e.g. desejo de relações sexuais, identidade sexual, relações extra conjugais, profissão, dificuldades de erecção/lubrificação, doenças específicas). Estas limitações só se foram realçando, à medida que as análises estavam a ser elaboradas.

REFERÊNCIAS

Alonso Valera, J.M., Martínez Pacual, B., Díaz Palarea, M.D., Calvo Francés, F. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidade en los ancianos. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 14 (3), 150-157.

Byers, E. & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual disclosure within dating relationships. *The Journal of sex research*, 36 (2), 180-189.

Camargos, M.C.S. (2000). Estimativas de Expectativa de Vida Livre de e com Incapacidade Funcional: Uma Aplicação do Método de Sullivan para Idosos Paulistanos. *Dissertação de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.*

Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade & Planejamento Familiar, Associação para o Planejamento da Família (APF)*, (38/39), 7-13.

Cayo Rios, G.L, Flores, E. J., Perea, X., Pizarro, M. & Aracena A. (2003). La sexualidad en la tercera edad e su relación con el bienestar subjetivo. Estudio apresentado no “*Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social – Congreso Internacional de Americanistas – Santiago do Chile.*

Central Intelligence Agency (CIA) (2008). *The 2008 World Factbook* in <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/docs/gallery.html>.

Colombino, A. F. (2008). Sexualidad de la mujer y crisis de la mediana edad. *Aporte para diariosalud.net - agencia noticias y portal medicina y salud* - in <http://www.diariosalud.net>.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (1ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.

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., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000b). Aplicação da versão em português do instrumento bref de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista Saúde Pública*, 34 (2), 178- 183.

Genazzani, A. R., Gambacciani, M. & Simoncini, T. (2007). Menopausia y benvejecimiento, calidad de vida y sexualidad. *Revista del climaterio*, 11(61), 32-42.

Gonçalves, B., Fagulha, T. & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes de cuidados de saúde primários. *Psicologia*, XIX (1-2), 39-56.

Kaiser, F.E. (2006). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology*, 23 (1), 99-107.

Levinson, D. J. (1996). *The season's of a woman's life*. Nova Iorque: Ballantine Books.

López F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.

Lucas, L. S., Martins J. T. & Robazzi, M. L.C. C. (2008). Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores – úlcera de perna. *Ciencia y Enfermeria XIV* (1), 43-52.

Martínez, A. I. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta - Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 16 (2), 601 – 619.

Mustelier Sagarra, S. & Diez Monterdes, M. T. (2002). Accionar de enfermería en la sexualidad del adulto mayor. La Zarza, enero-marzo del 2002. *Medisan*, 6 (3), 20-24.

Pallant, J. (2005). *SPSS - Survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)* (2ªEd.). New York: Open University Press.

Pechorro, P. F. S. (2006). Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas. (Dissertação de mestrado em psicopatologia e psicologia clínica). Lisboa: *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*.

Raposo D. S. P. & Günther, I. A. (2008). O ingresso na universidade após os 45 anos: Um evento não-normativo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (1), 123-131.

Ribeiro, M. T. (2005). Casais de meia-idade: estudos com casais Portugueses numa perspectiva sistémica. *Revista Psicologia*, XIX, (1/2), 59-71.

Santos, G. & Reis Marques, T. (2006). Sexualidade do Idoso. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría* (95-112) Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Santos Silva, D. A., Passos de Jesus, K. & Santos, R. J. (2007). Conceito de saúde e qualidade de vida para académicos de educação física – um estudo descritivo. *Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança*, 2 (4), 140-153.

Schiavi, R. C. & Rehman, J. (1995). Sexuality and Aging. *Impotence*, 22 (4) 11-25.

Tess, V., & Savoia, M. G. (2004). Disfunções sexuais. In P. Knapp *et al.* (Eds.) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 340-350). Porto Alegre: ArtMed.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

Vecchia, R. D., Ruiz T., Bocchi, S.C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 8 (3), 246-52.

Veja, J. L. & Bueno, B. (1995). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.

Velarde J.E. & Avila F.C. (2002) Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Mexicana*, 44 (4), 349-61.

Viana, H. B. & Madruga V. A. (2008). Sexualidade, Qualidade de Vida e Actividade Física no Envelhecimento. *Revista Conexões, Campinas*, 6, 222-223.

Yeh, H., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., Elder, Jr. & Glen, H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability in midlife. *Journal of family psychology*, 20 (2), 339-343.

Young, M., Young, T., Denny, G. & Luquis, R. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Humen Sexuality*, 7 (2), 115-127.

Zaragozá, a. Q. (2006). Cambios en los niveles de las hormonas Sexuales en el varón que envejece y su Relación con la clínica y la calidad de vida. (Tese de doutoramento) *Universitat de Valencia: Facultad de Medicina y Odontología*.