

Joana Manuela Freixo Ribeiro

Nº 16753

“Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade

Joana Manuela Freixo Ribeiro

Nº 16753

“Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade

Joana Manuela Freixo Ribeiro

Nº 16753

“Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade”

A Aluna

Projecto de graduação apresentado à UFP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem.

Sumário

Este trabalho pretende descrever a actualidade dos factores que influenciam a sexualidade na terceira idade, tentando contribuir para alterar a visão de que a vida sexual activa é uma prerrogativa dos jovens.

O envelhecimento é uma experiência natural, não um processo patológico. É um processo natural comum a todos os organismos vivos. O processo de envelhecimento varia não apenas entre os indivíduos, mas também entre os diferentes sistemas de uma mesma pessoa.

Perceber o idoso e o processo de envelhecimento inerente à nossa humanidade é o primeiro passo. A pessoa idosa ama e precisa viver a sua vida e a sua sexualidade livremente e com dignidade.

A sexualidade inclui o amor, o calor, o carinho e o compartilhar entre as pessoas, além da identificação de um papel sexual. A sexualidade é um tema marcado por tabus e mitos. Mesmo hoje vivendo numa sociedade moderna, quando se aborda este assunto na terceira idade é ainda mais evidente o preconceito.

A educação sexual para os mais velhos é uma proposta e uma necessidade. Falta de informação, pressão social, são alguns dos factores que justificam atitudes tão conservadoras face à sexualidade em geral.

Para a realização deste documento foi utilizado o método descritivo-narrativo, com recurso a uma vasta pesquisa bibliográfica, diversificando ao máximo as referências usadas. Estudo do tipo bibliográfico, exploratório com abordagem qualitativa através de dados obtidos nos livros, revistas científicas e ainda em pesquisa cibernética. A revisão inicial da literatura permitiu familiarizar-me com a pesquisa de documentos, enquanto que a revisão sistemática da literatura permitiu ir mais longe na análise, na ordenação e na redacção da informação.

Ao delinear os objectivos para este trabalho de investigação, pretendia-se compreender as alterações fisiológicas no idoso como processo natural ao envelhecimento e como essas alterações interferiam na sexualidade da pessoa idosa.

Através do estudo realizado constatou-se que o tema da sexualidade nem sempre é tratado com abertura, pois remete-nos a vivências pessoais extremamente íntimas, especialmente quando falamos sobre sexo na velhice. Factores sociais, culturais e religiosos, além da estrutura física, do funcionamento e da aparência estão entre os factores que influenciam a sexualidade na terceira idade.

Abstract

This work aims to describe the timeliness of factors that influence the sexuality in the third age, an attempt to contribute to amend the vision that the active sexual life is the prerogative of young people.

Aging is a natural experience, not a pathological process. It is a natural process common to all living organisms. The aging process varies not only between individuals, but also between the different systems of the same person.

Perceive the elderly and the aging process inherent to our humanity is the first step. The older person must and precisely live their lives and their sexuality freely and with dignity.

The sexuality includes the love, heat, the affection and sharing between people, in addition to the identification of a sexual role. Sexuality is a theme marked by taboos and myths. Even today living in a modern society, when discussing this matter in the third age is even more evident the bias.

Sexual education for older is a proposal and a necessity. Lack of information, social pressure, are some of the factors that justify so conservative attitudes toward sexuality in general.

For the implementation of this document was used the descriptive method-narrative, with recourse to a wide bibliographical research, diversifying the most of the references used. Study type bibliographic, exploratory qualitative approach through data obtained in books, magazines and still sounder scientific research cybernetics. The initial review of the literature led familiarise-me with the search for documents, while the systematic review of the literature led go further in the analysis, in order and the drafting of the information.

To delineate the objectives for this research work, wanted-understand the physiological changes in the elderly as natural process to aging and as these amendments interferiam sexuality of gerry.

Through the study found-that the theme of sexuality is not always treated with openness, because it refers-us personal experiences extremely intimate, especially when we talk about sex in old age. Factors social, cultural and religious, in addition to the physical structure, the operation and the appearance are among the factors which influence the sexuality in the third age.

Agradecimentos

Deixo umas palavras meramente simbólicas a todos os que me apoiaram durante esta longa caminhada ajudando-me a superar os obstáculos que foram surgindo.

Faço especial e sincero agradecimento à Professora Orientadora Graça Fonseca pela dedicação e disponibilidade que sempre evidenciou ao longo destes meses.

Quero ainda, agradecer aos meus pais, irmãos e, principalmente ao meu namorado, pelo incansável apoio e compreensão por todos os momentos subtraídos à sua presença.

Agradeço, também, a todas as pessoas não mencionadas que directa ou indirectamente, me apoiaram, contribuíram e tornaram possível a concretização deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado!

Índice

Página

0- Introdução	15
I- Fase Conceptual	
i. Justificação do estudo	18
ii. Objectivos	19
iii. Tipo de estudo	20
II- Enquadramento Teórico	
Capitulo 1- Envelhecimento e terceira idade.....	21
i. Crenças e mitos na terceira idade	22
ii. Estereótipos sobre o envelhecimento	24
iii. Declínio funcional	26
iv. Modificações comuns do envelhecimento	27
v. Desenvolvimento cognitivo	28
vi. Desenvolvimento psicossocial	28
vii. Desenvolvimento físico	29
Capitulo 2- Sexualidade na terceira idade.....	30
i. Mudanças na função sexual com a idade	32
ii. Crenças e mitos na sexualidade	34
iii. Factores que influenciam a vida sexual nos idosos	38
a) Dificuldades sexuais na mulher idosa	38
b) Dificuldades sexuais no homem idoso	39
iv. Funcionamento sexual e psicopatologia (depressão e ansiedade).....	41

v. Funcionamento sexual e o consumo de fármacos.....	43
vi. Disfunções sexuais na terceira idade.....	44
vii. Dez maneiras para alcançar a sexualidade no envelhecimento	45
Capítulo 3- A enfermagem e a sexualidade da pessoa idosa	46
i. Consulta de Enfermagem	47
a) Colheita de dados	47
b) Diagnóstico de Enfermagem	47
c) Planeamento	48
d) Implementação	48
e) Avaliação dos resultados	50
III- Discussão	51
IV- Conclusão	56
V- Referencias bibliográficas	59

Índice de quadros

	Página
Quadro 1- Mitos e crenças sexuais associados à disfuncionalidade sexual	35

Abreviaturas

Cit. – Citação

et al. – et alli

p.- Página

Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

OMS – Organização Mundial da Saúde

TRH – Terapia de Reposição Hormonal

% - Percentagem

“Em verdade, em verdade, te digo: quando eras mais moço, cingias-te e andavas aonde querias. Mas, quando fores velho, estenderás as tuas mãos e outro te cingirá e te levará para onde não queres.”

(Evangelho de São João 21,18)

0- Introdução

Este trabalho de pesquisa e investigação está subordinado ao tema “Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade”, enquadrando-se no Projecto de Graduação, do 4º ano, da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa.

Este documento tem como objectivo descrever a pesquisa e compilação de bibliografia no que respeita aos factores que influenciam a sexualidade na terceira idade. Será, assim, pertinente abordar esta problemática, visto que são temáticas tabu em quase todas as sociedades.

Desde a antiguidade, a velhice tem sido associada à dependência e à perda do controle sobre a própria vida, mesmo para actos banais de sobrevivência. (Netto, 2002).

A vida é um processo de modificação continua. Os bebés tornam-se crianças, os adolescentes florescem em jovens adultos e tornam-se cidadãos adultos independentes. Cada pessoa envelhece de maneira individualizada, embora algumas características gerais sejam evidentes na maioria dos indivíduos de uma determinada faixa etária (Eliopoulos, 2005).

Todas as pessoas acima de 65 anos são agrupadas sob a categoria de idosas. Actualmente, reconhece-se que existe muita diversidade entre os diferentes grupos etários no final da vida, ou seja, a sociedade destina um lugar e um papel ao individuo que envelhece, diferindo de acordo com o contexto social em que está inserido. Desta forma não existe uma velhice, mas velhices que diferem de acordo com o género, classe social e intelectual, facto que torna fundamental uma visão singularizada para cada idoso. Eliopoulos (2005) refere que as pessoas com a idade de 65 anos ou mais podem ser categorizados como: idoso jovem: 65 a 75 anos; idoso: 75 a 85 anos; idoso idoso: 85 a 100 anos; idoso de elite: acima de 100anos.

Na realidade, segundo Motta (2004), coexistem duas imagens da velhice: a tradicional, naturalizada, do velho inactivo, mas “respeitável”; e a nova imagem, mais dinâmica e participante em determinadas situações sociais. Neste sentido, de acordo com Néri (1993), é o desconhecimento do que significa ser velho que induz a práticas com foco ideológico que contribuem para a manutenção e propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos acerca da velhice.

Ao longo da senescência, verificam-se mudanças a diversos níveis que acarretam igualmente alterações no funcionamento sexual nas mulheres e nos homens. Por exemplo, nas mulheres ocorre uma diminuição do nível de estrogénios, conduzindo à falta de lubrificação e consequentemente levando à dispareunia e ao vaginismo (dor sexual). Por sua vez, no homem assiste-se ao surgimento de uma disfunção eréctil, ejaculação prematura e disfunção orgásmica (Bacelar- Antunes, 2005).

A indisponibilidade de um parceiro, o envelhecimento, as modificações na imagem corporal, o aborrecimento, as concepções equivocadas, as condições físicas, os medicamentos e a deficiência cognitiva estão entre os factores que podem interferir no funcionamento sexual na idade avançada.

Os estudos sobre a sexualidade na terceira idade são escassos e quase sempre se limitam a uma abordagem médico- terapêutica que, invariavelmente, trata a questão da sexualidade na terceira idade a partir das concepções de patologias associados a distúrbios fisiológicos e ignoram todo o complexo psico-socio-cultural que participa, permeia e condiciona a realidade social e a vivência sexual dos idosos (Capodiecì, 2000).

Estes estudos da sexualidade na terceira idade são muito importantes porque a sexualidade deixa de ser vista como tendo uma só função, que é a do modelo reprodutivo, e começa a dar-se importância ao prazer (ter e dar) porque é algo que se mantém toda a vida ao contrário da reprodução, que tem limites (Lima, 2003).

Para a realização deste documento foi utilizado o método descritivo-narrativo, com recurso a uma vasta pesquisa bibliográfica, diversificando ao máximo as referências usadas. A questão de partida elaborada foi quais os factores que influenciam a sexualidade na terceira idade. Recolheu-se informações sobre a actualidade do tema, consultando diversas obras de referência. A revisão inicial da literatura permitiu familiarizar-me com a pesquisa de documentos, enquanto que a revisão sistemática da literatura permitiu ir mais longe na análise, na ordenação e na redacção da informação.

No que respeita a organização deste trabalho, este é constituído por introdução na qual é feita uma apresentação geral ao tema e o corpo do trabalho que se divide em quatro partes: a primeira parte que constitui a fase conceptual, onde são referenciados os objectivos que tracei para a realização deste trabalho de investigação; a segunda parte que constitui o enquadramento teórico onde é abordado o envelhecimento, a sexualidade na terceira idade e a enfermagem e a sexualidade da pessoa idosa; a terceira parte onde é exposto e discutido os resultados obtidos; seguindo-se a conclusão.

Este trabalho foi elaborado tendo por base o Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos (Manual de Estilo), adoptado e preconizado pela UFP-FCS, seguindo-se, ainda, e relativamente a normas bibliográficas, foi aplicado pelo Método de Harvard, com as devidas adaptações inerentes à Língua Portuguesa.

I- Fase conceptual

A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação (Fortin, 2009).

i. Justificação do estudo

A revisão da literatura é um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com um tema de estudo (Fortin, 2009).

A escolha deste tema é justificada pelo aumento do crescimento da população idosa no último século, e pela necessidade de conhecimento minucioso desta área. Falar de sexo e da nossa sexualidade é, efectivamente, uma questão de grande pudor. As mentalidades estão presas a uma cultura conservadora, que sustenta e resguarda as questões da intimidade para o domínio do privado e numa perspectiva de procriação e não de prazer pelo prazer. Importa, por isso, abordar a dimensão sexual enquanto componente vital de desenvolvimento saudável do ser humano.

Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se entende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos (Fortin, 2009). É uma pergunta explicita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados e especifica a população alvo (Fortin, 2009). A questão de investigação elaborada foi quais os factores que influenciam a sexualidade na terceira idade.

ii. Objectivos

O objectivo vem em primeiro lugar, porque ele pertence a uma ordem mais geral: é dele que decorrem as questões que serão colocadas. Definindo-se o objectivo, é-se conduzido a precisar os conceitos que serão estudados, a população alvo e a informação que se deseja obter (Fortin, 2009).

O presente trabalho pretende cumprir os objectivos que de seguida estão descritos:

Objectivo Geral:

- ◆ Identificar os factores que influenciam a sexualidade na terceira idade

Objectivos específicos:

- ◆ Conhecer as atitudes, mitos e realidades dos idosos relacionados com a sexualidade na terceira idade;
- ◆ Identificar as alterações a nível físico, psicossocial e cognitivo do idoso
- ◆ Referir as alterações que ocorrem na terceira idade e que afectam o desempenho sexual
- ◆ Mencionar a influência dos fármacos na sexualidade do idoso

iii. Tipo de estudo

Estudo do tipo bibliográfico, exploratório com abordagem qualitativa através de dados obtidos dos livros revistas científicas e ainda em pesquisa cibernética.

As questões de investigação são exploratórias e interessam-se pelo vivido, sendo o objectivo descobrir, explorar, descrever e compreender os fenómenos. A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto (Fortin, 2009).

II- Enquadramento teórico

Capítulo 1- Envelhecimento e terceira idade

“A velhice é o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado, de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens” (Eliopoulos, 2005). Já segundo Butler, Lewis e Sutherland, (1991) o envelhecimento é definido como “ os preconceitos e estereótipos que são aplicados aos idosos unicamente com base em sua idade...”

A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que se sentem não ter qualquer utilidade (Berger, 1995).

O envelhecimento humano é um processo complexo, exigente e que compromete factores endógenos (interiores aos processos sistemáticos de vida) e exógenos (exteriores a estes) e consequentemente, naturezas diversas (Minois, 1999). Já segundo Papalia, Olds & Feldeman, (2000) e Fonseca (2004), o envelhecimento é considerado um processo contínuo, podendo no entanto observar-se uma evolução mais rápida e notória nas últimas fases da vida do homem. Na opinião de Louise Berger (1995), o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. Ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo. As modificações fisiológicas do envelhecimento humano tem efeitos cumulativos, fazem-se sempre de maneira progressiva, e são irreversíveis para todos os seres humanos.

Netto (2002), relata que o envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exacto de transição, entre as demais fases.

Mudanças físicas que embora normais e naturais podem afectar o comportamento, a resposta sexual e os aspectos da sexualidade no envelhecimento. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa (Berger, 1995).

i. Crenças e mitos do envelhecimento

As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento.

Segundo Louise Berger (1995), o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. Muitas vezes a sociedade contribui para que o idoso tenha sentimentos de desvalorização, pois os velhos sempre foram imaginados como aqueles que estão se despedindo da vida: aposentam-se do seu trabalho, da sua função, aposentam-se da vida. Este preconceito de concepção da sociedade acaba por privar os idosos de várias coisas, isolando-os completamente, chegando mesmo a contribuir para acelerar o seu processo de envelhecimento.

Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos. Acreditam e identificam-se com a imagem degradante que a sociedade lhes confere, justificando de qualquer forma a discriminação de que são objecto. Os preconceitos ou mitos que estão associados à sexualidade ilustram-no bem, renegam as suas necessidades sexuais, os idosos acabam por não reconhecer nem aceitar a verdadeira expressão da sua sexualidade.

Os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural são mais felizes e implicam-se no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si aspectos positivos (sistema de valores estável, sensatez, juízo crítico, etc) e encontram no envelhecimento certas vantagens como diminuição das responsabilidades e do trabalho, ausência de competição, abertura de espírito. Complicam menos a vida, apreciam-na mais e temem menos a morte. Utilizam os seus conhecimentos e as suas experiências passadas para partilhar com os outros ou para recorrer a elas quando necessário.

Os inúmeros mitos e estereótipos sobre a velhice causam-lhes imensas dificuldades. Estudos efectuados por Ebersole (1985 cit. in Berger 1995) permitiram identificar sete mitos particularmente persistentes relativamente aos idosos:

1. **A maioria dos idosos é senil ou doente.** A senilidade, termo pejorativo, sem ligação específica ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. A maior parte dos idosos não é mentalmente perturbada e apenas 4 ou 5% dos idosos com mais de 65 anos ou mais anos estão institucionalizados, devido a doenças cerebrais.
2. **A maior parte dos idosos é infeliz.** Em contra-partida, estudos demonstram que o nível de satisfação de vida dos idosos é realmente elevado e compara-se facilmente ao dos adultos. Estes apresentam frequentemente um alto nível de auto-estima e estão satisfeitos com o papel familiar e social que desempenham.
3. No que se refere ao trabalho, **os idosos não são tão produtivos como os jovens.** Ao contrário disto, os estudos tendem a demonstrar que os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante.
4. **A maior parte dos idosos tem necessidade de ajuda para as suas actividades quotidianas.** Cerca de 80% dos idosos é suficientemente saudável e autónoma para efectuar as suas actividades quotidianas sem qualquer ajuda. Este mito sobre a dependência, é um dos mais persistentes.
5. **Os idosos mantêm obstinadamente os seus estilos de vida, são conservadores e incapazes de mudar.** É verdade que as pessoas são mais estáveis quando envelhecem, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas.
6. **Todos os idosos se assemelham.** O ser humano envelhece diferenciadamente dos outros sob diversos aspectos (ex.: humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, etc.)

7. **A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão.** Os estudos provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto estreito com a família e participa regularmente em actividades sociais.

Os mitos e os estereótipos causam uma enorme perturbação nos idosos uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades. Assim, todos os mitos e estereótipos sobre a sexualidade dos idosos só servem para controlar e influenciar o seu comportamento sexual.

ii. Estereótipos do envelhecimento

Considerando a etimologia grega de estereótipo (**sterós**, sólido + **týpos**, tipo), podemos afirmar que estereotipar trata-se de uma tendência a rotular ou etiquetar alguém ou um grupo, de maneira dura e rígida. O estereótipo nada mais é do que um padrão de comportamento, previsto, que acredita-se característico e esperado em relação a determinada pessoa individualmente ou a todos membros de um grupo social, cultural, profissional ou etário.

Bowd (2003) define estereótipo como esquemas de percepção pessoais baseados numa principal categorização particular, que podem ser positivos e negativos. Dá como exemplo os casos de género, etnicidade, origem nacional e idade. Os estereótipos têm origem na assunção e prática da interacção cultural e são descritos como organizados, e como a primeira estrutura de conhecimento que facilita a interpretação de nova informação sobre as pessoas.

Os estereótipos são caracterizados como rígidos, simplistas e inexactos. No caso da velhice, ao categorizarmos os indivíduos pela idade estamos a atribuir-lhes um grupo de pertença e, conseqüentemente, a activar a representação do estereótipo do grupo da idade.

Bowd (2003) refere-se a quatro efeitos típicos dos estereótipos no julgamento e ideias dos indivíduos:

1. O comportamento ambíguo do indivíduo pode ser interpretado como a confirmação do estereótipo. Por exemplo, as visitas regulares da “pessoa de idade” ao médico são consideradas como a confirmação da degeneração da saúde, enquanto que para um indivíduo jovem isso pode ser percebido simplesmente como uma consulta de rotina.
2. A conduta de estereótipos consistentes são provavelmente atribuídos às características estáveis do indivíduo, enquanto que aqueles que são inconsistentes com os estereótipos são atribuídos a factores instáveis ou situações específicas. Por exemplo, a chegada tardia de uma “pessoa de idade” a um compromisso social é atribuído a esquecimento, enquanto que a sua chegada a horas marcadas pode ser considerada o resultado de pouco tráfego rodoviário.
3. O estereótipo pode ser usado para inferir a possessão de características na completa ausência ou evidência delas. O julgamento comum de que o homem idoso pode ser impotente sexualmente ou grandemente diminuído no seu desempenho sexual, é um exemplo.
4. Quando nos referimos às características do indivíduo, as observações aos estereótipos consistentes são mais provavelmente lembrados e elaborados, enquanto que as impressões inconsistentes são esquecidas.

É bom deixar claro que nem todos estereótipos sobre o envelhecimento são negativos. Há também os positivos, tais como: a sabedoria, a amabilidade, a generosidade, a solidariedade, a bondade, etc.

Pode-se concluir, e concordando com o autor, quando este diz: “o envelhecimento é um processo ou fenómeno vivo que suporta a diversidade e a contradição. E não há uma maneira única de envelhecer, senão que cada idoso envelhece a seu modo, sem prejuízo de algumas tendências gerais” (Barros, 2005, p. 62).

iii. Declínio funcional

As mudanças óbvias na aparência e na função corpórea que acontecem durante o processo de envelhecimento trazem a necessidade para o indivíduo que envelhece de se adaptar à nova imagem do corpo. Cabelos macios coloridos ficam cinzentos e secos, dedos flexíveis e rectos tornam-se dobrados e dolorosos, o contorno do corpo é alterado e a altura diminui (Eliopoulos, 2005).

O comprometimento da memória, a resposta lenta, a fadiga fácil e determinadas alterações aparecem entre as consequências do declínio funcional, e são vistos de várias formas.

A doença e a incapacidade têm como consequência o declínio das funções. Os idosos têm uma ou mais doenças crónicas, e mais de um terço têm uma incapacidade séria que limita as principais actividades, como o trabalho e os afazeres domésticos. Tornar-se um fardo para a sua família por ser incapaz de realizar as actividades de vida diária, e ter de entrar para um lar de idosos são alguns dos medos associados com a dependência (Eliopoulos, 2005).

As (os) enfermeiras (os) devem ajudar as pessoas idosas a entender e a aceitar o declínio físico normal associado com a idade avançada. Devem ser encorajados os hábitos e as atitudes que podem promover hábitos de vida saudáveis, como uma dieta adequada, caminhada, controle preventivo de problemas de saúde, controle efectivo do stress, evitar ingestão de bebidas alcoólicas, evitar fumar e abusar de drogas (Eliopoulos, 2005).

iv. Modificações comuns do envelhecimento

As modificações nos órgãos e sistemas ocorrem ao nível celular básico. O número de células é gradualmente reduzido, restando menos células funcionais no organismo. A massa corporal de uma forma geral é reduzida, enquanto o tecido adiposo aumenta até aos 60 anos. Os sólidos celulares e a massa óssea são diminuídos. O líquido extracelular permanece razoavelmente constante, embora o intracelular seja diminuído, resultando em menor quantidade de líquido orgânico total (Eliopoulos, 2005).

As mudanças fisiológicas na idade adulta tardia são bastante variáveis, sendo que umas estão ligadas à idade cronológica e outras aos problemas da saúde (idade biológica). Os problemas de saúde mais severos na terceira idade são, as mudanças que afectam o coração, as acumulações de gordura à volta deste órgão, que interferem no funcionamento do mesmo, levando a uma diminuição do ritmo e da subida da tensão arterial (Papalia et. al, 2003).

Após os 40 anos, os homens começam a apresentar perda de cabelo, e os dois sexos desenvolvem o embranquecimento dos cabelos e o aparecimento de rugas. A estatura diminui, resultando em uma perda de aproximadamente 4 cm na altura aos 80 anos. O encolhimento do corpo é devido à perda de cartilagem e ao afinamento das vértebras, fazendo com que os ossos longos do corpo, que não encolhem, pareçam desproporcionalmente longos. A redução na altura pode ser ainda mais exagerada por qualquer curvatura da coluna, dos quadris e dos joelhos que possa estar presente. Essas mudanças são graduais e sustis.

Com o avançar da idade, o sono torna-se mais fragmentado, menos profundo, com mais interrupções e há mais dificuldade em adormecer.

v. Desenvolvimento cognitivo

A partir da terceira idade, as pessoas podem continuar a adquirir novas informações e habilidades e são capazes de lembrar e usar bem aquelas que conhecem. A linguagem é entendida com aptidão para comunicar. Os adultos idosos tem mais dificuldade na compreensão de mensagens longas e complexas e na recuperação e produção rápida de termos específicos ou nomes. Surgem mais dificuldades na realização de certos tipos de raciocínio, principalmente naqueles que requerem uma análise lógica e organizada do material abstracto (Eliopoulos, 2005).

As modificações psicológicas podem ser influenciadas pelo estado de saúde em geral, pelos factores genéticos, pelas realizações educacionais, pelas actividades e mudanças físicas e sociais. A deficiência dos órgãos sensoriais pode prejudicar a interacção com o ambiente e com as outras pessoas, influenciando assim, o estado psicológico (Eliopoulos, 2005).

vi. Desenvolvimento psicossocial

Com a terceira idade surge a reforma e com ela a mudança de papéis e a mudança de estilo de vida. No que concerne às relações pessoais, nesta fase desenvolvimental, os relacionamentos são importantes, embora haja um declínio do contacto social. A maioria dos idosos vive com a família, em geral com o cônjuge, mas não com os filhos. Actualmente a maioria dos idosos prefere viver em suas casas sozinhos do que em instituições (Papalia et al., 2003).

Uma das principais adaptações por que passa o indivíduo idoso é a perda da função. Para muitos, essa é a primeira experiência referente ao impacto de envelhecer. A assistência ao envelhecimento deve incluir a preparação para a aposentadoria, intervenções preventivas, maximizando o potencial para a saúde e bem-estar (Eliopoulos, 2005).

Num estudo desenvolvido por Santos (1990) acerca da influência da aposentadoria sobre a identidade do sujeito constatou-se que nas sociedades modernas a ênfase continua a ser dada à juventude e à capacidade de produção, ou seja, “ser velho representa um afastamento do

mundo social”. Em contra-partida, Debert (1999) aponta para a abertura de espaços para que diversas experiências de envelhecimento bem sucedidas possam ser vividas colectivamente, como por exemplo os grupos de convivência de idosos e as universidades da terceira idade, entre outros.

vii. Desenvolvimento físico

Na terceira idade verificam-se várias mudanças a nível físico, nomeadamente a pele dos idosos altera-se, fica mais pálida, cobre-se de manchas, perde elasticidade e fica enrugada. Os cabelos ficam brancos e escassos, os pêlos tornam-se mais finos e brancos. Outras mudanças são menos visíveis, afectam os órgãos internos, como o cérebro, o funcionamento sensorial, motor e sexual (Papalia et al., 2003).

De facto, à medida que os anos passam, há limitações físicas que podem surgir como consequência de estilos de vida menos saudáveis, entre os quais, salienta-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uma alimentação com alto teor de gorduras, hipertensão, colesterol alto e, mais recentemente, uma prática de vida bastante sedentária.

Capítulo 2- Sexualidade na Terceira idade

A sexualidade na terceira idade consiste num assunto suprimido pela população idosa por envolver valores culturais e morais que são moldados no decorrer da sua vida na sociedade.

Na opinião de Pereira (2007) os estudos sobre o sexo em idade avançada escasseiam, particularmente, em Portugal, embora estes não sejam obrigatórios para se comprovar que o tema da sexualidade na terceira idade ainda está envolto de diversos mitos.

A sexualidade nos idosos foi expressa em palavras, como, troca de carinhos, beijos, abraços, companheirismo, segurança, sexo e felicidade, mas também inclui tocar, acariciar, fantasias e masturbação (Catusso, 2005).

Sexualidade é um conjunto de atitudes e sentimentos para com o parceiro: expressão de carinho, beijo, abraço, toque, olhar, ouvir e compreender o que o outro fala, mesmo que não diga nenhuma palavra. É estar com o outro, estar de bem com a vida, poder se divertir e ser feliz, incluindo aí a relação sexual. Do ponto de vista de Chaplin (1981), na área da psicologia, a sexualidade respeita três dimensões importantes: 1) capacidade de comportamento ou de ter relações sexuais; 2) capacidade de ser atraente, do ponto de vista sexual; 3) tendência de uma preocupação excessiva com o sexo”. Numa outra perspectiva, a OMS clarifica que falar na sexualidade é falar “de uma energia que nos motiva a procurar Amor, contacto, ternura, intimidade” (cit. Caetano et al, 2003, p. 154).

Ao contrário das crenças na sociedade de que os idosos são assexuados, muitos pesquisadores documentaram o interesse contínuo na actividade sexual através de toda a vida adulta (Richardson, 2001).

O sexo consiste em muito mais do que um acto físico. Ele inclui o amor, o calor, o carinho e o compartilhar entre as pessoas, vendo além do cabelo grisalho, das rugas e de outras manifestações do envelhecimento.

Natural, boa, maravilhosa- raramente estes termos são usados para descrever a experiência sexual da pessoa idosa. Quando os tópicos sexo e idoso são confrontados, reaparecem a ignorância e o preconceito relacionados a eles (Eliopoulos, 2005).

As atitudes modificaram-se com o passar do tempo, e a sexualidade tornou-se crescentemente entendida e aceite como natural e prazerosa.

Autores, tais como Perry e Potter (2005), Barbosa (2004) e Monteiro (2002), apontam que a prática sexual faz parte da sexualidade, mas que, para a maioria dos idosos, vai além disso. A sexualidade na velhice é simples e, ao mesmo tempo, complexa, afinal o corpo envelhece, a anatomia e a fisiologia sexual modificam-se, mas a capacidade de amar, de beijar, de abraçar continua intacta até o final da vida.

Os adultos idosos têm direito à mesma dignidade e respeito, apreciando o mesmo reconhecimento, como ser humano sexual, merecido pelas pessoas de outras idades. O processo de envelhecimento não neutraliza a pessoa idosa, nem altera a significação da identidade sexual para esse indivíduo.

É importante saber que o envelhecimento não compromete necessariamente a sexualidade. O homem é capaz de ter uma ereção peniana em qualquer idade, tal como a mulher consegue atingir uma lubrificação vaginal adequada e chegar ao orgasmo. Estas respostas sexuais só ficarão “comprometidas” se estiverem perante um bloqueio físico ou psicossocial (Lopes 1993:79).

Um outro aspecto significativo apresentado pelo mesmo autor é a monotonia sexual. A sexualidade não se pode circunscrever ao contacto de um pênis e uma vagina, o sexo pode ser o resultado de vários estímulos efectivos (auto-estimulação, fantasia, coito, entre outros). Nesta matéria a intuição é um ingrediente favorável, mas não essencial.

i. Mudanças na função sexual com a idade

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

Masters e Johnson (1966 cit. in Richardson 2001) descrevem quatro estágios da resposta sexual humana: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Em homens, todos os quatro estágios se alteram com a idade:

- ◆ As erecções levam mais tempo para se tornarem eficazes e podem ser menos completas durante a fase de excitação;
- ◆ Podem precisar de estimulação mais directa para conseguirem uma erecção e têm probabilidade menor de alcançarem somente com estimulação visual ou psicológica;
- ◆ A fase de platô é geralmente mais longa, o que pode ter resultado positivo, com o maior controle sobre a ejaculação. As secreções pré-ejaculatórias estão reduzidas ou ausentes. À medida que o orgasmo se aproxima, a extensão da inevitabilidade ejaculatória está reduzida. O orgasmo em si é mais curto, a força da ejaculação está diminuída.
- ◆ Durante a resolução, a desintumescência e a descida dos testículos ocorrem mais rapidamente do que no adulto jovem.

Todas as quatro fases de excitação sexual e orgasmo na mulher também são afectadas pela idade:

- ◆ Durante a fase de excitação, ocorre menor lubrificação vaginal e menor vasocongestão da genitália do que nas mulheres mais jovens. A vagina abre-se menos, e os lábios maiores podem não se aplainar e não se separar;
- ◆ Na fase de platô, menor vasocongestão e menor abertura da vagina ocorrem, e há menor elevação do útero;

- ◆ Durante o orgasmo há as mesmas contracções vaginais da mulher mais jovem, porém existe diminuição da intensidade e da duração;
- ◆ Na fase de resolução diminui a tensão sexual, a erecção dos mamilos pode continuar durante horas, e podem estar presentes os sintomas urinários.

As mulheres mais velhas podem ainda apresentar:

- ◆ Dispareunia, em consequência de menor lubrificação, diminuição da distensibilidade e afinamento das paredes vaginais;
- ◆ Um novo interesse no sexo, possivelmente porque não precisam de temer uma gestação indesejada, ou porque têm mais tempo e privacidade com os filhos crescidos e fora de casa (Eliopoulos, 2005).

Embora ocorram diferenças individuais na intensidade e na duração da resposta sexual nas pessoas idosas, a expressão sexual regular para ambos os sexos é importante na promoção da capacidade sexual e na manutenção da função sexual. Como dizia Lavoisier “nada se perde, nada se ganha, tudo se transforma”.

ii. Crenças e mitos da sexualidade

“Sexo sem tabus” (Crawford, 2006) é, ainda, algo do nosso imaginário. O facto é que continuamos presos à cultura clássica, uma cultura reservada e, principalmente, uma cultura conservadora. Gentes de profundos cuidados e onde a vida é muito do domínio do privado, situação que favorece o perpetuar de mitos e crenças associados ao sexo e à sexualidade.

O sexo é associado à juventude, à força e virilidade, ao corpo magro e saudável, como que negando a sexualidade aos mais velhos, enrugados pela vida.

Segundo Zilbergeld (1999 cit. in Nobre, 2006, p. 97) um homem que possua um conjunto de crenças erradas acerca da sexualidade é mais susceptível de desenvolver ideias catastróficas das consequências de um eventual insucesso sexual.

De uma forma geral Heiman e LoPiccolo (1988 cit. in Nobre, 2006), afirma que as mulheres sexualmente disfuncionais crêem que o processo de envelhecimento, sobretudo na pós-menopausa, implica um decréscimo do desejo e do prazer sexual.

Zilbergeld (1999), Hawton (1995) e Heiman e LoPiccolo (1988) apresentam-nos um quadro específico de mitos e crenças (Quadro 1).

Quadro 1

Mitos e crenças sexuais associados à disfuncionalidade sexual

<p>Zilbergeld (1999) Mitos Masculinos</p>	<p>Hawton (1985) Mitos masculinos e femininos</p>	<p>Heiman e LoPiccolo (1988) Mitos femininos</p>
<p>Os homens não devem expressar certos sentimentos</p>	<p>Um homem está sempre pronto para o sexo</p>	<p>Sexo só é para menores de 30 anos</p>
<p>No sexo, como noutras situações, o que conta é o desempenho</p>	<p>O sexo só deve ocorrer por decisão do homem</p>	<p>As mulheres normais têm orgasmo sempre que fazem amor</p>
<p>O homem deve assumir a condução do acto sexual</p>	<p>O sexo equivale a penetração: tudo o resto não conta</p>	<p>Todas as mulheres podem ter orgasmos múltiplos</p>
<p>Um homem quer e está sempre pronto para o sexo</p>	<p>Quando um homem tem uma ereção, deve usá-la para atingir o orgasmo o mais depressa possível</p>	<p>A gestação e o parto reduzem a capacidade de resposta feminina aos estímulos sexuais</p>
<p>Todo o contacto físico deve levar ao sexo</p>	<p>O sexo deve sempre ser natural e espontâneo</p>	<p>A vida sexual da mulher pára com a menopausa</p>

Um homem deve ser capaz de durar toda a noite	Todo o contacto físico deve levar à penetração	Os orgasmos vaginais são mais femininos e maduros do que os clitoridianos
Quando se tem um parceiro sexual não deve necessitar de masturbação	Os homens não devem expressar os seus sentimentos	Uma mulher capaz de reagir sexualmente pode sempre ser excitada pelo parceiro
O sexo equivale a penetração	O sexo é realmente bom apenas quando os parceiros têm orgasmos simultâneos	Mulheres decentes não ficam excitadas com estímulos eróticos
O sexo requer uma ereção	Se os parceiros se amam saberão como satisfazer-se mutuamente	Mulheres que não gostam de formas exóticas de sexo são frígidas
Bom sexo é uma progressão linear de excitação que termina necessariamente com o orgasmo	Os parceiros sabem instintivamente o que o outro pensa ou quer	Mulheres que não atingem o orgasmo rápida e facilmente têm problemas
Ter fantasias sexuais significa que não estou satisfeito com o meu parceiro sexual	A masturbação é suja e perigosa	As mulheres femininas não procuram sexo nem se tornam desenfreadas e selvagens durante o sexo

O sexo centra-se num pénis rijo e o que com ele se faz	Qualquer mulher que inicie a actividade sexual é imoral	As mulheres são frígidas se não tiverem fantasias sexuais e devassas se as tiverem
	A masturbação no âmbito de uma relação sexual é errada	A contracepção é responsabilidade da mulher
	Se um homem perde a sua erecção isso significa que ele não acha o seu parceiro sexual atractivo	
	É errado ter fantasias sexuais durante uma relação	
	Um homem não pode dizer não ao sexo/uma mulher não pode dizer sim ao sexo	
	Existem certas regras universais acerca do que é normal no sexo.	

Fonte: Nobre, 2006, p.99

iii. Factores que influenciam a vida sexual dos idosos

Ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo. As modificações fisiológicas do envelhecimento humano têm efeitos cumulativos, fazem-se sempre de maneira progressiva, e são irreversíveis. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e depende de factores externos como o estilo de vida, actividades e ambiente, e de factores internos como a bagagem genética e o estado de saúde (Berger, 1995).

O próprio processo de envelhecimento fisiológico leva a uma série de alterações que, acentuadas por hábitos de vida pouco saudáveis, acabam por interferir na resposta dos órgãos que participam na actividade sexual. São elas: diminuição das fibras elásticas que são substituídas por tecido de cicatrização, não- elástico; diminuição da gordura e alterações na sua distribuição; diminuição do tônus e trofismo muscular; alterações do aparelho locomotor; alterações circulatórias e respiratórias. (Ribeiro, 2003)

a) Dificuldades sexuais da mulher idosa

Falta de libido: doenças endócrinas, doenças pélvicas infecciosas, alcoolismo, doença renal crónica, doenças hepáticas, diabetes mellitus e o uso de drogas (anorexígenos, calmantes, antidepressivos, etc).

Comprometimento do músculo pubococcígeo: Quanto melhor o estado do músculo pubococcígeo, mais prazer os homens e as mulheres tiram das relações sexuais. O mais comum é que o seu enfraquecimento e atrofia aconteçam nos períodos mais tardios da vida e ambas as condições podem resultar de diversos distúrbios, entre eles: prolapso do útero, cistocele, retocele, em consequência de mau tônus muscular.

A fraqueza do músculo pubococcígeo pode ser responsável, em parte, pela menor lubrificação vaginal e pelo fracasso de se alcançar o orgasmo durante o acto sexual.

Dispareunia: Relação difícil ou dolorosa. As causas principais são: psicogênica, deficiência hormonal, distrofia da vulva e vagina (geralmente secundárias da diabetes mellitus), traumas obstétricos e cirúrgicos, doenças genitais e extragenitais.

Disfunções orgásmicas: Segundo Marilene C. Vargas (cit. in Berger 1995), disfunção orgásmica é a dificuldade que a mulher apresenta para atingir o orgasmo na masturbação ou na relação sexual. Podem ser classificadas como:

- anorgasmia total, que é a incapacidade de atingir o orgasmo clitoridiano ou vaginal;
- disfunção orgásmica parcial, dificuldade de atingir o orgasmo durante uma relação sexual;
- disfunção orgásmica situacional, quando há incapacidade de ter orgasmo em determinadas circunstâncias.

b) Dificuldades sexuais do homem idoso

Libido: As alterações da libido encontram-se directamente ligadas à testosterona. Em algumas situações encontra-se diminuída porque ocorreu alteração no metabolismo do hormônio: doenças hepáticas, insuficiência renal, desnutrição, etc. A prostatite crónica pode acompanhar-se de diminuição da libido por causa da dor.

Impotência: A impotência é caracterizada pela incapacidade de se obter do pénis a rigidez necessária à penetração.

Se o indivíduo, por não conseguir uma rigidez total, começar a pensar que está “acabado”, entrará num círculo de ansiedade e tornará a falha inevitável.

Distúrbios da ejaculação:

- Precoce: é a forma mais comum em jovens. Caso ocorra na terceira idade é porque já existia há algum tempo. Não há causas específicas orgânicas para a ejaculação precoce, mas sim factores psicológicos que impedem o homem de perceber o momento em que a ejaculação vai acontecer, impossibilitando o seu controle.

- Dolorosa: geralmente de causa inflamatória, sendo importante pesquisar a causa e trata-la.

- Retrógrada: em cirurgias da próstata é importante o paciente ser informado que após a cirurgia a ejaculação ocorrerá para dentro da bexiga e não fora, como antes. É a ejaculação seca, que não interfere com o prazer. (Eliopoulos, 2005)

Artrite (o contacto sexual pode ser incomodo devido a dores nas articulações), diabetes (pode provocar impotência nos homens), doenças cardiovasculares (actividade sexual corresponde a uma sobrecarga do coração, devido ao aumento da frequência cardíaca e depressão arterial), incontinência (falta de controle de bexiga e a perda de urina é mais frequente com o envelhecimento e principalmente nas mulheres), acidentes vasculares cerebrais (AVC) (podem causar problemas de erecção no homem), doenças sexualmente transmissíveis (como não está tão presente o risco de gravidez, acaba por ser esquecido o preservativo), são alguns dos condicionantes de natureza biológica mais comuns que surgem na terceira idade e afectam o desejo e a felicidade sexual.

iv. Funcionamento sexual e psicopatologia (depressão e ansiedade)

Todo o ser humano em qualquer fase da sua vida pode apresentar sintomas depressivos. Nos idosos a probabilidade de padecer desta doença é ainda maior, pois apresentam inúmeras limitações e perdas, tendo como consequências sentimentos de auto-depreciação (Netto, 2002).

Trata-se de uma doença com importantes repercussões sociais e individuais devido ao facto de afectar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbilidade e cronicidade.

Após a reforma, as queixas mais frequentes entre os homens são referentes à depressão e à disfunção erétil (Barbosa, 2004). Na opinião de Blazer (2001), a depressão na velhice está associada com uma perda da auto-estima, que resulta da incapacidade de o idoso de satisfazer necessidades ou impulsos ou de defender-se contra ameaças à sua segurança.

A influência dos factores psicossociais na origem da depressão desempenha um papel mais significativo no idoso do que no jovem. Entre estes, os mais relevantes parecem ser eventos severos da vida, perda de suporte social, ocorrência de doenças físicas do cônjuge ou viuvez recente. Além disso, o idoso não raramente é portador de uma ou mais doenças crónicas, que estão frequentemente relacionadas com manifestações depressivas, como por exemplo, doença cerebrovascular, doença reumatóide, etc. Além disso é oportuno lembrar a associação de depressão e demência (pseudodemência depressiva) (Netto, 2002).

Muitas vezes associa-se erradamente o declínio da libido em decorrência do próprio envelhecimento. Impotência sexual não é sinónimo de senescência. Sabe-se que a impotência sexual na maioria das vezes é decorrente de um distúrbio psicológico, uma vez colocadas de parte as patologias orgânicas. Deste modo, a depressão pode causar diminuição da libido, enquanto a perda da actividade sexual pode gerar depressão.

Segundo alguns autores a mulher idosa deprimida tem dificuldades de excitação e de orgasmo, que tem como consequência falta de prazer (Delamater & Sill, 2005). Enquanto que para outros autores como Bromberger e Matthews (1996 cit. in Papalia et al., 2000) nem todas

as mulheres idosas exibem sintomas depressivos, só aquelas que são pessimistas, que se encontram sob stress e na fase do climactério.

Beck, Barlow, Sakhein e Abrahamson (1984;1987, cit. in Nobre, 2006) afirmam que a ansiedade perante a resposta sexual pode ter diferentes manifestações que se caracterizam, por inibições baseadas em emoções morais, por desconforto generalizado (quando confrontados com uma situação de intimidade sexual) e por medo de perder o controlo.

Segundo o estudo de Bancroft (1989 cit. in Nobre, 2006) a ansiedade produz efeitos periféricos que interferem na resposta sexual (tempos de ejaculação) e também interfere nos processos cognitivos (que normalmente seriam facilitadores da resposta sexual aos estímulos eróticos). As respostas sexuais são inibidas com o objectivo de evitar a ansiedade e esta ocorre como reacção à resposta sexual falhada.

A ansiedade no homem idoso prejudica a capacidade de resposta sexual, devido à dificuldade de conseguir erecções (Serra, 1996). Enquanto, a mulher é mais ansiosa na fase do climactério, devido à insegurança, medos e preocupação com a saúde. Na mulher idosa, a dispareunia provoca ansiedade antecipatória e por isso aumenta a dor (Bacelar – Antunes, 2005).

v. Funcionamento sexual e consumo de fármacos

Muito consumo de fármacos afecta de forma adversa a sexualidade. Alguns interferem no sistema nervoso autónomo, que está envolvido com a resposta sexual normal. Outros afectam o humor e o estado de alerta ou alteram a produção ou a acção dos hormônios sexuais (Abrams, 1995).

Segraves (1998) num estudo acerca dos efeitos da medicação no funcionamento sexual encontrou uma prevalência entre 20% e os 75% de perturbações do orgasmo num grupo de sujeitos medicados com fármacos antidepressivos (inibidores selectivos de recepção de serotonina). Os estudos referentes à medicação indicam um efeito consistentemente negativo de certos fármacos, tais como: agentes anti-hipertensores, neurolépticos e sedativos, antidepressivos, medicação anti-convulsiva, agentes quimioterapêuticos usados no combate do cancro (Finger, Lund, & Slagle, 1997; Delamater & Still, 2005; Segraves, 1998).

Frequentemente, os medicamentos prescritos para os idosos afectam a potência, a libido, o orgasmo e a ejaculação. Para minimizar os riscos associados com a terapia medicamentosa e assegurar que não traga mais problemas que soluções, a supervisão e o conhecimento dos princípios fundamentais de segurança da utilização desses fármacos são essenciais para a enfermagem gerontológica (Eliopoulos, 2005).

Embora as enfermeiras não possam alterar os factores responsáveis pela absorção das drogas, elas podem aplicar medidas para maximizar a sua absorção. Os exercícios que estimulam a circulação devem ser encorajados, a massagem e o aquecimento podem aumentar a circulação sanguínea no local de absorção (Eliopoulos, 2005).

vi. Disfunções sexuais na terceira idade

Na nossa sociedade prevalece a crença de que a actividade sexual desaparece com a idade. Este mito é tão forte no nosso meio que os próprios idosos passam a desconsiderar os seus desejos e, quando os têm, sentem-se pecadores, fora de propósito.

Com estes comportamentos, a sexualidade dos idosos fica relegada a segundo plano, e a própria pessoa idosa envelhecida, não encontrando espaço para se apresentar por inteiro, sente-se constrangida e omite a sua sexualidade. Todavia, é importante que se saiba que as pessoas idosas não são assexuadas, e que as modificações próprias do envelhecimento que acontecem em órgãos e sistemas, acometem também os órgãos sexuais.

A disfunção eréctil, a incapacidade de alcançar ou manter a erecção com rigidez ou duração suficiente para permitir o desempenho sexual satisfatório é a forma mais comum de disfunção sexual em homens idosos (Richardson, 2001).

As queixas mais comuns em mulheres idosas são o ressecamento vaginal e dispareunia (intercurso doloroso), perda de interesse (libido diminuída) e o orgasmo pouco frequente. Muitos desses problemas têm origem nas mudanças fisiológicas que ocorrem com a menopausa. Se a terapia de reposição hormonal (TRH) não é iniciada durante a menopausa, sintomas de instabilidade vasomotora tais como ondas de calor e insónia afectam a maioria das mulheres. Entretanto, com a passagem do tempo, a perda de estrogênio pode causar atrofia vaginal, ressecamento e eventualmente dispareunia (Richardson, 2001).

Diversas variáveis físicas, emocionais e sociais ameaçam a capacidade da pessoa idosa de permanecer sexualmente activa.

vii. Dez maneiras para alcançar a sexualidade no envelhecimento

1. Cultivar uma atitude positiva em relação à sexualidade na terceira idade;
2. Manter a saúde e o desporto. Evitar o tabaco e excesso de álcool;
3. Manter uma comunicação aberta e honesta com o companheiro, acerca das mudanças sexuais sentidas com o tempo;
4. Incidir nos preliminares tal como na relação sexual em si. Mentalidade aberta na adaptação dos hábitos sexuais às necessidades;
5. Optimizar o tratamento de problemas médicos e incapacidades que interferem com as funções sexuais. Consultar o médico à cerca de preocupações resultantes do excesso de exercício durante a actividade sexual. Fazer os exercícios adequados para melhorar a força e a autoconfiança;
6. Maximizar o tratamento de sintomas que limitam a actividade sexual. Na dor considerar tomar um banho ou chuveiro quente, receber massagens relaxantes ou tomar analgésicos antes da actividade sexual. Escolher as alturas do dia em que se esteja melhor. Nas dificuldades respiratórias adaptar a actividade sexual para minimizar o esforço e usar previamente os inaladores prescritos;
7. Terapia de substituição hormonal pode melhorar a secura vaginal e melhorar a vasocongestão nas mulheres no período peri e pós-menopausa. A estimulação de zonas genitais ou mamárias poderá requerer uma estimulação mais gentil, por vezes com uso de lubrificação externa;
8. Identificar medicação problemática e propor medicação e estratégias alternativas;
9. Evitar expectativas irrealistas de que o sexo tem de ser igual ao que era quando jovem;
10. Explorar diferentes posições sexuais para diminuir o esforço ou minimizar a presença de determinado tipo de equipamentos, como garrafas de oxigénio.

Fonte: Butler e Lewis (1986); Goodwing e Agronin (1997)

Capítulo 3- A Enfermagem e a sexualidade da pessoa idosa

A sexualidade envolve a pessoa como um todo. Ela passa pelo sentido de feminilidade ou masculinidade da pessoa. A sexualidade abrange as dimensões biológica, psicológica, sociológica, espiritual e cultural da existência da pessoa. Além disso, influencia os valores, as atitudes, os comportamentos e as relações com os outros, incluindo a necessidade de desenvolver relações de intimidade (MacLaren (1995), cit. in Potter, 2006).

Dada a natureza abrangente da sexualidade, o enfermeiro deve ter em consideração a saúde sexual do utente. A intimidade da relação enfermeiro – utente, seja na prestação de cuidados físicos ou a debater o impacto de um diagnóstico recente, proporciona uma oportunidade única para debater as precauções da pessoa a nível sexual (Potter, 2006).

A sexualidade da pessoa acompanha o seu crescimento e desenvolvimento. Em cada estágio do desenvolvimento produzem-se alterações no funcionamento, no interesse e nas relações sexuais. As pessoas que mantêm a saúde sexual ao longo da vida revelam menor decréscimo da actividade à medida que envelhecem (Read (1999) cit. in Potter 2006).

A capacidade sexual perdura por toda a vida. Em teoria, as pessoas podem ter relações sexuais até muito tarde, se assim o quiserem, sendo que muitas permanecem activas bem depois dos noventa anos (Read (1999) cit. in Potter 2006). O melhor indicador de satisfação sexual mantida com o envelhecimento é uma vida sexual activa e regular durante a idade adulta e na idade avançada (Masters et al (1992) cit. in Potter 2006). As pessoas mais velhas podem enfrentar problemas de saúde e atitudes societárias que lhe podem dificultar a manter uma actividade sexual. Embora o declínio das capacidades físicas possa tornar as relações sexuais, tal como as conheciam, dolorosas ou impossíveis, podem, mediante intervenção adequada, experimentar ou aprender formas de expressão sexual alternativas. Por exemplo, para o idoso com problemas articulares, a posição de deitado de lado pode ser mais confortável durante o coito. A investigação tem mostrado que são muitos os idosos que continuam sexualmente activos e valorizam essa expressão (Johnson (1996), cit. in Potter 2006).

i. Consulta de Enfermagem

O processo de enfermagem permite organizar, e prestar, os cuidados de enfermagem que o utente necessita. Para uma aplicação satisfatória do processo de enfermagem, é necessário integrar elementos de pensamento crítico para fazer juízos de valor e implementar acções racionais. O processo consta de 5 fases: apreciação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação, e avaliação. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que permite alterar os cuidados, à medida que se alteram as necessidades do seu utente. A utilização do processo de enfermagem promove cuidados de enfermagem individualizados, e ajuda a dar resposta às necessidades do utente, de forma atempada e consciente, para melhorar, ou manter, o nível de saúde do utente (Potter, 2006).

a) Colheita de dados

A sexualidade comporta dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Deve avaliar todos os factores relevantes para determinar o bem - estar sexual do utente. São muitos os enfermeiros que não se sentem à vontade para falar sobre a sexualidade com os utentes. Para se sentir à vontade em debater a sexualidade, constitua uma base sólida de conhecimentos, incluindo sexualidade saudável, disfunções sexuais mais comuns e efeitos das terapêuticas na função sexual.

Ao fazer a história sexual, é necessário ter em conta factores físicos, funcionais, de relacionamento, estilo de vida e auto-estima que possam ter influência no funcionamento sexual. É preciso tentar saber em que medida esses factores afectam o desempenho sexual do utente.

b) Diagnóstico de Enfermagem

Definir um diagnóstico de enfermagem relativo à sexualidade requer, frequentemente, clarificação com o utente, no sentido de estabelecer as características definidoras do diagnóstico de enfermagem no que se refere à sexualidade. Incluir todos os factores contributivos e relevantes pode ajudar a focalizar um planeamento eficaz (Potter 2006).

c) Planeamento

Deve tentar-se envolver o utente na elaboração do plano de cuidados. Se o utente concordar, deve-se também incluir o parceiro sexual. Para que o planeamento seja eficaz, o utente deve participar na fixação de objectivos e critérios de resultados.

No entanto, deve-se ter em conta que é necessário estabelecer prioridades. Nos doentes submetidos a cirurgia que altera a imagem corporal (por exemplo, mastectomia ou colostomia), a percepção da sexualidade também se altera (Horden (2000) cit. in Potter 2006).

d) Implementação

A boa prática de enfermagem passa pela promoção da saúde sexual, bem como pelos cuidados a utentes em ambiente de cuidados agudos ou de reabilitação. O enfermeiro pode promover a saúde sexual do utente, ajudando-o a compreender os problemas e a explorar métodos para lidar com eles de forma eficaz.

Explorar a sexualidade da pessoa, e proporcionar uma educação sexual útil, requer boas competências de comunicação. O ambiente e o momento escolhidos devem proporcionar privacidade, continuidade e bem-estar ao utente. Deve-se planear a conversa de forma a não haver interrupções, mostrando interesse e vontade de apoiar as necessidades do utente (Potter 2006).

Ensino ao utente do sexo masculino ou do sexo feminino

- ◆ Abster-se de ingerir álcool 1 a 2 horas antes da actividade sexual;
- ◆ Incentivar os parceiros a debater os tipos de comportamentos íntimos que proporcionam mais estimulação e satisfação sexual;
- ◆ Debater os efeitos secundários dos fármacos que, geralmente, alteram a função e a resposta sexual;
- ◆ Incentivar o utente com disfunção cardíaca a adoptar a adoptar a posição habitual durante as relações sexuais e a escolher uma altura do dia em que esteja repousado;
- ◆ Explicar que o sexo seguro implica a adopção das práticas seguintes:
 - Evitar ter múltiplos parceiros ou parceiras desconhecidos(as), prostitutas, e outras pessoas com múltiplos parceiros sexuais;
 - Evitar o contacto sexual com uma pessoa que tenha corrimento genital, verrugas genitais, herpes, outras lesões suspeitas, ou um diagnóstico médico de HIV ou hepatite B;
 - Evitar o sexo oral/anal;
 - Evitar o contacto genital com úlceras orais;
 - Uso de preservativos de látex;
- ◆ Para a mulher pode ser benéfico usar um lubrificante artificial, à base de água, durante as relações sexuais;
- ◆ Posições alternativas na relação sexual de modo a que possam diminuir o desconforto durante a relação sexual;
- ◆ Um período mais longo de preliminares ajuda o homem a atingir uma erecção peniana;
- ◆ Não se esforçar em demasia no início da relação sexual, para evitar ficar cansado/a antes de atingir o clímax;
- ◆ Retomar os preliminares, ou aproveitar o tempo para conversar e acariciar, a fim de atingir um segundo orgasmo. (Potter, 2006)

e) Avaliação dos resultados

Rever os objectivos e os critérios de resultados, que foram desenvolvidos durante o processo de planeamento, e determinar se foram conseguidos. Atender ainda à situação geral dos problemas identificados ou do diagnóstico de enfermagem. Isto requer uma conversa de seguimento com o utente, para determinar se o nível de satisfação com o desempenho ou se a função sexual melhorou. Por vezes, os objectivos e os critérios de resultados foram atingidos, mas o funcionamento sexual ainda não é o ideal. Deve-se considerar outras medidas que possam ser adequadas (Potter, 2006).

Ao fazer a avaliação dos cuidados prestados ao utente com alterações sexuais ou que necessite de educação sexual, há que determinar se as expectativas do utente foram cumpridas. Uma vez determinados os progressos com os cuidados, deve –se perguntar ao utente se ele considera que os cuidados de enfermagem foram eficazes e se proporcionaram apoio. Há que ter consciência de eventuais limitações pessoais relativamente à capacidade de aconselhar o utente. Pode ainda ser necessário encaminhar o utente para prestadores de cuidados de saúde de outras especialidades (Potter, 2006).

III- Discussão

O envelhecimento é um processo natural da vida humano, trazendo consigo uma série de modificações biopsicossociais, que alteram a relação do homem, assim como o meio no qual está inserido (Rodrigues et al, 1996).

A expectativa de vida, actualmente ultrapassa os 80 anos, proporcionando ganhos não apenas quantitativos, mas atribuindo novo significado e novas possibilidades à velhice, tais como: o casamento a partir dos 60 anos, a volta à produtividade visando o sucesso profissional, a volta aos estudos, em especial a matrícula numa universidade, a oportunidade enfim, de aproveitar com plenitude a aposentadoria antes considerada uma sentença de morte lenta (Cruz, 2005).

A experiência das pessoas que envelhecem não pode ser compreendida, a menos que percebamos que o processo de envelhecimento produz uma mudança fundamental na posição de uma pessoa na sociedade e, portanto, em todas as suas relações com os outros (Elias, 2001). E graças às mudanças na qualidade de vida das pessoas, podemos dizer que a velhice não é o fim, mas o começo de uma nova etapa.

Envelhecer é atingir uma etapa do desenvolvimento humano que confere ao homem um status de dignidade. Ao envelhecer, o homem adquire experiências e vivências riquíssimas de conteúdo emocional que se vão acumulando pouco a pouco. Então a velhice deveria ser aquela fase em que o indivíduo já está com os olhos mais livres e o coração mais aberto diante das pessoas e coisas, podendo ter uma nova percepção da vida, podendo senti-la de uma maneira forte e sábia (Mascarenhas, 1980).

Qualidade de vida na velhice tem relação directa com bem-estar percebido. A velhice não se reduz a um simples fenómeno biológico, é um fenómeno social. A idade em última análise, mede-se não tanto pelo número de anos que se tem, mas como a pessoa se sente, como vive, como se relaciona com a vida e com os outros.

Sterpellone (2005, p.207-209) no livro “Dicionário do Sexo e da Sexualidade” expõe uma definição específica e bastante alargada da sexualidade nesta faixa etária. Segundo este autor “(...) o belo da sexualidade depois dos 60 anos reside talvez no facto de a relação já não ser considerada “obrigatória”. Torna-se uma livre escolha, desvinculada de exigências biológicas e/ou convencionais.

A ideia de que as pessoas da terceira idade também possam manter relações sexuais ainda não é culturalmente aceite. As pessoas preferem ignorar, fazendo desaparecer do imaginário colectivo a sexualidade da pessoa idosa (Dias, 2008).

As mudanças ocasionadas pela terceira idade produzem perturbações no equilíbrio e requerem adaptações, pois o surgimento de novas situações e experiências marcam significativamente a vida do idoso, trazendo sentimentos como a desvalorização. O sexo na terceira idade está envolto em preconceitos, delírios de grandeza, complexos e frustrações, mas a terceira idade não é necessariamente uma barreira para uma vida sexual normal. Homens e mulheres devem estar conscientes das mudanças que ocorrem no seu corpo, e o parceiro deve investir mais em carícias, toques, beijos e carícias durante todo o dia e não só na hora do acto sexual.

Segundo Ballone (2001), a crença de que a idade e o declinar da actividade sexual estão inexoravelmente unidos tem feito com que não se preste atenção suficiente a uma das actividades que mais contribuem para a qualidade de vida nos idosos, como é a sexualidade. Entretanto, os estudos demonstram que a maioria das pessoas de idade avançada são capazes de ter relações e de sentir prazer em toda a gama das actividades a que se entregam as pessoas mais jovens.

Dias (2008, p.1) defende que não existe uma idade para o término da actividade, dos pensamentos ou dos desejos sexuais. Defendendo esta ideia escreve: “Insiste-se em acreditar que a actividade sexual desaparece com a idade, muito embora se trate de uma crença sem qualquer fundamento. Muitas pessoas na oitava década de vida continuam sexualmente activas, e mais de metade dos homens acima dos noventa anos assume manter o desejo sexual”.

Na opinião de Beauvoir, a sexualidade, reacção física e emocional ao estímulo sexual, está além do impulso e do acto sexual. Para muitos idosos oferece a oportunidade não apenas de expressar paixão, mas afecto, estima e lealdade. Segundo a autora a sexualidade na mulher é menos atingida que a do homem, e esta possui uma estabilidade sexual maior e usufrui melhor das preliminares, enquanto o homem deseja a erecção para ter prazer. A mulher é menos sensível à aparência do seu parceiro, e o envelhecimento deste pouco interfere na vida sexual (Beauvoir, 1990).

Para Azevedo (2002) tanto o homem como a mulher continuam a apreciar as relações sexuais durante a velhice. Contudo, as alterações que ocorrem na mulher como a secura da vagina, e a diminuição no tempo de erecção do homem podem até prejudicar o prazer sexual, mas a boa adaptação sexual irá determinar o prazer.

A abordagem inicial da sexualidade do idoso parece reflectir apenas aspectos negativos. Mas a verdade é que existem inúmeros aspectos positivos que fazem com que a prática regular de sexo contribua para uma melhoria e aumento significativo de anos de vida e de bem-estar.

A geração actual de idosos é fruto de uma educação muito severa, seus pais tinham por orientação sexual os conceitos repressores e para muitos o exercício da sexualidade era algo sujo e pecaminoso.

A sexualidade no idoso está relacionada com vários sentimentos: são as alegrias, as culpas, as vergonhas, os preconceitos e as repressões de cada um. O sexo na terceira idade traz satisfação física, reafirma a identidade e demonstra o quanto cada pessoa pode ser valiosa para outra, estimulando sensações de aconchego, afecto, amor e carinho.

É necessário incentivar atitudes próactivas e, assim facilitar a interacção das pessoas mais velhas não apenas com os seus pares mas, sobretudo, com outras gerações. As ideias preconcebidas sobre a velhice são o primeiro grande obstáculo à desmistificação de preconceitos associados à pessoa idosa. A coabitação e a cooperação de gerações, observada em épocas anteriores são uma realidade e uma prática complexa de perpetuar, que ainda vivemos num mundo célere e exigente.

A sexualidade em termos de conhecimento e problematização começam na infância e percorrem todo o ciclo de vida humana. Qualquer pessoa tem direito à sua sexualidade, em qualquer idade, em qualquer circunstância e estado civil. O diálogo é um aspecto fulcral para o sucesso de uma qualquer relação e, nisso a idade não interfere.

A sexualidade continua muito impregnada de uma ideia muito associada ao coito, não compreendendo ou concebendo outras atitudes, condutas ou práticas da mesma forma prazerosas. O diálogo envolto de palavras carinhosas, estimulantes, carícias preliminares, um forte entendimento e cumplicidade... tudo isto faz parte da expressão sexual, e há que encontrar aquelas que mais se adequa a cada casal idoso.

Master e Johnson (cit. in Moreira 1980) estudaram em laboratório o comportamento sexual voluntário dos idosos, comprovando que, apesar de reduzir a actividade sexual com o passar do tempo, o indivíduo é capaz de manter o interesse pelo sexo até uma idade bem avançada. Estes pesquisadores consideram o conhecimento teórico e a experiência clínica relacionada aos problemas sexuais dos idosos inadequados e insatisfatórios para atender às necessidades de homens e mulheres desta fase e desenvolveram um estudo caracterizando as mudanças fisiológicas que têm influência significativa sobre o desempenho sexual, como já foi referido no capítulo 2.

Muitos autores, tais como Perry e Potter (2005), Barbosa (2004) e Monteiro (2002), apontam que a prática sexual faz parte da sexualidade, mas que, para a maioria dos idosos vai além disso. A sexualidade na velhice é simples e, ao mesmo tempo complexa, afinal o corpo envelhece, a anatomia e a fisiologia sexual modificam-se, mas a capacidade de amar, de beijar, de abraçar continua intacta até ao final da vida. Um olhar e o companheirismo têm muito mais significado do que o acto sexual propriamente dito.

A sexualidade na velhice é um tema negligenciado pela medicina, pouco abordado, envolto de constrangimentos na sua verbalização, e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e profissionais de saúde (Ballone, 2001). Falar de sexo e da nossa sexualidade é, efectivamente, uma questão de grande pudor. A nossa mentalidade está (ainda) presa a uma cultura conservadora e, sobretudo, a uma cultura que sustentava e resguardava as questões da

intimidade para o domínio do privado e numa perspectiva de procriação e não de prazer pelo prazer.

Difícilmente os profissionais de saúde têm valorizado as queixas sexuais do paciente idoso. A impressão que se tem é que os profissionais de saúde evitam este assunto por medo de não saberem o que fazer com as respostas que o paciente pode dar. Desta forma, a sociedade evita o assunto, os idosos têm constrangimento dele e os profissionais de saúde não se manifestam, o panorama sexual da terceira idade ficará ao abandono, ao conformismo e à apatia cultural.

Contrariamente a certas ideias preconcebidas nas sociedades modernas, o processo de envelhecimento natural dos indivíduos não impede o desenvolvimento de uma vida sexual activa na velhice.

Em síntese, e apesar da generalidade de autores, todos admitem a existência de diferenças individuais significativas, quanto às vivências e práticas sexuais na velhice. Sobressaem as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, a toma de medicamentos, a existência de alterações psicopatológicas, bem como os aspectos psicossociais, tais como, a existência de um parceiro (a) estável, a frequência e a qualidade da relação, o nível educacional e a vivência e integração social dos indivíduos idosos.

Apesar dos constrangimentos em torno da sexualidade na terceira idade, a bibliografia analisada mostra que na generalidade das pessoas em idade avançada são perfeitamente capazes de manter relações sexuais e de sentir prazer, embora a literatura médica enfatiza que a função sexual do idoso sofre alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento. No entanto, há autores que defendem que as mudanças fisiológicas normais que acompanham o processo de envelhecimento humano podem ter pouca ou nenhuma interferência na sexualidade da pessoa idosa.

IV- Conclusão

O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar (Paúl, 2005).

Diversas vezes, a sociedade contribui para que o idoso tenha percepção de menos valia porque as pessoas de mais idade sempre foram imaginadas como aquelas que se estão a despedir da vida. Porque se aposentaram do seu trabalho, da sua função, aposentaram-se da vida. Este preconceito acaba por privar o idoso de chegar a velhice de forma saudável, expressando o amor e a sexualidade, elementos por vezes negligenciados por eles.

É importante que o idoso seja respeitado como ser humano que é, com todas as limitações inerentes à sua idade. Se já não possui a vitalidade da juventude, por outro lado, tem o conhecimento adquirido com experiências ao longo de toda uma vida. A partilha desses conhecimentos com novas gerações proporciona aos idosos a possibilidade de se manter integrado na sociedade.

Envelhecer é um privilégio. Mudar mentalidades é um processo moroso e complexo que exige tempo e disponibilidade. Viver é aprender e, nessa perspectiva, importa caminhar no sentido de traçar um caminho para bem-envelhecer e isso vem na sequência do nosso passado, mas que continua de forma inevitável pelo presente e para o futuro. A reacção positiva ao envelhecimento tem de ser inculcada e resulta das nossas acções, atitudes e valores. Cada pessoa é um ser irrepitível e, neste horizonte, a arte de bem-envelhecer advém da qualidade que nos exigimos e um “espírito alerta, positivo, optimista”. Assim, há que repensar a forma como nos vemos e como projectamos a nossa própria velhice. Fonseca (2006) cita: “ A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos”. Esta afirmação diz-nos que o nosso envelhecimento depende da nossa própria vivência e desenvolvimento. De facto, todos sabemos que na actualidade o ser humano vive cada vez mais anos. Contudo, não basta viver cronologicamente mais tempo, é preciso viver com qualidade e, sobretudo com sentido.

A sexualidade é algo que se expressa naturalmente em tudo aquilo que venha de nós. A maneira como lidamos com ela é a nossa “marca registada”, um retrato nosso. Deixar fluir a

sexualidade não significa absolutamente ter relações sexuais frequentes. É mostrar em toda e qualquer forma de expressão a satisfação de ser homem ou ser mulher. Esta satisfação muda com o decorrer do tempo porque as pessoas mudam, crescem e tornam-se cada vez mais elas mesmas. E, na terceira idade, pode-se dizer que se perde em quantidade mas pode-se ganhar em qualidade.

Como disse Alex Comfort: “Provavelmente a nova geração de idosos portar-se-á de maneira bem diferente, pois terá uma vida familiarizada com uma visão mais positiva do sexo, não se deixando levar pela angustiante expectativa de uma velhice importante e forçosamente casta, mas sim pela determinação de prolongar ao máximo o tipo de vida que sempre conheceram.”

É necessário questionar crenças distorcidas e mesmo os tabus frente ao exercício sexual, durante o processo do envelhecimento, substituindo-as por informações realistas e não preconceituosas. É certo que a idade pode vir acompanhada de desgaste no relacionamento afectivo, além de uma série de transformações físicas que, muitas vezes, acarretam doenças e outras dificuldades que interferem no sexo. Mas enquanto há vida, também há possibilidade de vivência sexual satisfatória e prazerosa, principalmente quando ocorreu e ainda ocorre o cuidado com a saúde geral e sexual, desde a adolescência.

Amar faz bem. Os cidadãos que chegam à terceira idade com disposição emocional para manter uma vida sexual activa vivem mais e melhor. O amor tem sido apontado como excelente remédio contra a solidão, o abandono e a depressão, que são os mais sérios problemas enfrentados pelos idosos. Já se foi o tempo em que o homem ou a mulher que chegavam à terceira idade se sentiam incapacitados para desfrutar uma vida sexualmente feliz.

A sexualidade e o amor não possuem idade. Desde que nascemos até que morremos, a sexualidade e o amor fazem parte da nossa vida e contribuem para uma maior satisfação com a vida em geral (Neto, 2000).

É necessário que os idosos não sejam mais vistos como um grupo carente e submetido a um desprestígio social. Eles têm muita disposição para fazer algo para serem úteis, aprender e trocar experiências, mas sem projecto de vida para analisar toda esta vontade de reintegrar-se

na sociedade. Porém, a luta pela conquista deste ideal não é apenas dos idosos, necessita da participação de todas as idades.

Assim, esta luta também cabe a nós profissionais de saúde e futuros idosos, para que a terceira idade tenha maior significado, para que essa geração seja ouvida, sintam-se viva e útil como qualquer outra, que esta tão linda e digna idade não tenha mais como sinónimo palavras de tristeza, enfado, angústia e solidão.

A realização deste trabalho foi uma experiência deveras enriquecedora, pois permitiu desenvolver conhecimentos em relação à temática da sexualidade na terceira idade, contribuindo para um desenvolvimento a nível académico e pessoal. Sendo este um trabalho de investigação, convém salientar que este confere à Enfermagem um cariz científico que assume grande importância no desenvolvimento desta área da saúde como profissão mas, acima de tudo, como ciência. Ao mesmo tempo possibilita, ao Enfermeiro, adquirir competências importantes para a sua inserção no mercado do trabalho fomentando o desenvolvimento do espírito crítico que se tornará preponderante na tomada de decisão. A investigação assume, portanto, um papel fulcral, permitindo obter dados científicos que contribuem para o crescimento da profissão e do profissional de Enfermagem.

Em síntese, e apesar da generalidade de autores, todos admitem a existência de diferenças individuais significativas, quanto às vivências e práticas sexuais na velhice. Sobressaem as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, a toma de medicamentos, a existência de alterações psicopatológicas, bem como os aspectos psicossociais.

Ao concluir a elaboração deste projecto de graduação posso afirmar que os objectivos traçados para este trabalho foram, de uma forma global alcançados, já que consegue dar-se resposta a todas as questões formuladas, desde o objectivo geral até aos objectivos específicos.

V- Referências bibliográficas

Abrams, W., Berkow, R. (1995). *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo: Roca

Alferes, V. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento

Bacelar- Antunes, A. (2005). *Como viver a sua menopausa*. Gondomar: Xerazade

Barbosa, A., Saldanha, A., Caldas, C. (2004). *Saúde do Idoso- A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência

Ballone, G. J. (2001). *Sexo nos idosos-* Disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65html>

Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: ASA

Barros, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso (2ª ed.)*. Porto: Livpsic

Beavouir, S. (1990). *A velhice*. 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

Berger, L., e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas : Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta

Bize, P.R., e Vallier, C. (1985). *Uma vida nova : A terceira idade*. Lisboa: Verbo

Blazer, D. (2001). *Problemas Emocionais na terceira idade*. São Paulo: Andrei

Butler, R. Lewis, M. (1991). *Sexo e amor na terceira idade*. Trad. Ibanez de Carvalho Filho, 2ªed. São Paulo: Summus

Caetano, J. (2003). *Educação da sexualidade. Na prevenção da Sida*. In Sá, E. Quero-te! Psicologia da Sexualidade. Coimbra: Quarteto

- Catusso, M. (2005). *Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos*. Revista virtual de textos & contextos
- Chaplin, J. (1981). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos- Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Edições sinais vitais
- Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Edições ASA
- Crawford, M. (2006). *Sexo sem tabus (para viver o sexo com prazer)*. Lisboa: A Esfera dos livros
- Cruz, G.E.C.P. (2005). *HIV/AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos*. Recuperado em 18 Agosto de 2010 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net>.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo:FAPESP
- DeLamater, J., Sill, M. (2005). *Sexual desire in later life*. The Journal of sex Research, 42, (2)
- Dias, J. (2008). *O desejo não desaparece com a idade: visão da sexualidade numa fase avançada da vida*.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio Janeiro: Jorge Zahar
- Eliopoulos, C.(2005). *Enfermagem Gerontológica*. 5ª edição. Artemed editora.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fortin, M.(2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta

- Gallo, J., Whitehead, J., Rabins, P., Silliman, R., Murphy, J. (2001). *Assistência ao idoso*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda.
- Lima, M. (2003). *A sexualidade na terceira idade*. In Sá, E Quero-te! Psicologia da Sexualidade. 109-115. Coimbra: Quarteto
- Minois, G. (1999). *A história da velhice no ocidente*. Lisboa: Teorema
- Monteiro, R. (2002). *Afectividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Motta, A. B. (2004). *Envelhecimento e sentimento do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Neri, A. L. (1993). *A qualidade de vida e idade moderna*. Campinas: Papirus
- Neto, F. (2000). *Psicologia social*. Volume II. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Neto, F. (2002). *Psicologia intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta
- Neto, J., Ramos, L. (2005). *Geriatrics e Gerontologia*. São Paulo: Manole
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais do desenvolvimento*. Lisboa: Moraes Editores
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Edição Lidel
- Paul, C., e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal- Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores
- Pereira, N. (2007). *Terceira idade sem limites*. In Newsletter ed. 4 de Março do Jornal correio da manha
- Perry, A., Potter, P. (1999). *Fundamentos de Enfermagem*. 4ªed. Vol.1. Guanabara: Koogan
- Perry, A., Potter, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem*. 5ªed. Lusociência: Loures

- Perry, G., Potter, A. (2005). *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. 3ªed. São Paulo: Santos Livraria
- Pinho, D., Pinto, A. (2008). *Atitudes dos cuidados face à sexualidade dos idosos*. Estudo apresentado no II Encontro de gerontologia da escola superior de Saúde de Bragança
- Ribeiro, A. (2002). *Sexualidade na terceira*. In: Netto. M.P. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu
- Roach, S. (2001). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Guanabara: Koogan
- Santos, M.F. (1990). *Identidade e aposentadoria*. São Paulo: EPU
- Santos, S.S. (2003). *Sexualidade e Amor na velhice*. Porto Alegre: Sulina
- Segraves, R. (1998). Antidepressant included sexual dys function, journal of clinical Psychiatry
- Serra, I. (1996). *Transformaciones Físicas e Psíquicas no Anciano*, En: Serra, I. Psicogeriatria. Madrid: Jarpyo Editores
- Skinner, B. F., Vaughan, M.E. (1985). *Viva bem a velhice*. 4ed. São Paulo: Summus
- Sterpellone, L. (2005). *Dicionário do sexo e da sexualidade*. Lisboa: Mareantes
- Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Editorial Novembro