



MANUAL DO/A FORMADOR/A

Código Módulo/ UFCD	3543
Designação Módulo/ UFCD	PSICOLOGIA DA VELHICE
Duração Módulo/UFCD	50 horas
Modalidade	Modular
Formador/a	Ana Isabel Abreu
Ação	Agente de Geriatria



Índice

Conteúdo

Introdução	3
Objetivos	3
Conteúdos programáticos	3
1. Gerontopsicologia	4
1.1. Aspectos biológicos e psicológicos no envelhecer	6
1.1.1. Emoções e velhice	6
1.1.2. Motivação	10
1.1.3. Personalidade: tipologias	18
1.2. Tarefas evolutivas da velhice	26
1.2.1. Ajustamentos psicossociais da velhice	26
1.2.2. Fase final da vida/reflexão sobre a morte e o luto	29
1.3. Aspectos cognitivos do envelhecimento	34
1.3.1. Velhice e aprendizagem	34
1.3.2. Avaliação das funções cognitivas	37
1.3.3. Modificações nas funções cognitivas	38
1.3.4. inteligência, memória e aprendizagem	39
1.3.5. Resolução de problemas e criatividade	44
2. A sexualidade na velhice	47
2.1. Factores que influenciam a mudança de comportamento sexual na velhice	48
2.2. Crise da menopausa	51
2.4. Amor e sexualidade na pessoa idosa	55
Bibliografia	58



Introdução

Objetivos

- Enunciar a importância da gerontopsicologia no reconhecimento dos problemas que se colocam à pessoa idosa.
- Reconhecer a importância da sexualidade na velhice.

Conteúdos programáticos

- Gerontopsicologia
 - Aspectos biológicos e psicológicos no envelhecer
 - - Emoções e velhice
 - - Motivação
 - - Personalidade: tipologias
 - Tarefas evolutivas da velhice
 - - Ajustamentos psicossociais da velhice
 - - Fase final da vida/reflexão sobre a morte e o luto
 - Aspectos cognitivos do envelhecimento
 - - Velhice e aprendizagem
 - - Avaliação das funções cognitivas
 - - Modificações nas funções cognitivas
 - - Inteligência, memória e aprendizagem
 - - Resolução de problemas e criatividade



- A sexualidade na velhice
 - Fatores que influenciam a mudança de comportamento sexual na velhice
 - - Crise da menopausa
 - Sexualidade depois dos 60 anos
 - Amor e sexualidade na pessoa idosa

1. Gerontopsicologia





1.1.Aspectos biológicos e psicológicos no envelhecer

1.1.1.Emoções e velhice

O avanço da idade traz-nos experiência e conhecimento, contudo traz também o desgaste do corpo e das funções fisiológicas.

Essa deterioração física pode ser de tal forma acentuada que compromete os aspetos positivos acima mencionados.

A perceção de que essa deterioração é inevitável faz com que a velhice se torne um fenómeno ameaçador e angustiante para muitas pessoas.

Não é apenas a perspetiva do desgaste e da incapacidade física que assusta o idoso.

A aproximação da morte, a senilidade e a demência, a solidão e o abandono, são tudo fatores que contribuem para que o processo de envelhecimento esteja repleto de medos e ansiedades.

Na nossa sociedade atual, extraordinariamente orientada para a produtividade e para a valorização do corpo, da atividade física e da juventude, o idoso não usufrui do estatuto de outrora. O idoso sente-se frequentemente desvalorizado e rejeitado como um “fardo” indesejável, com prejuízos enormes para a sua autoestima e para o seu gosto pela vida.

Este tipo de sentimentos comporta um desafio para os profissionais que trabalham em serviços geriátricos.



Se é verdade que é muito importante que os idosos se mantenham ativos física e mentalmente, também acontece que nem sempre estes se encontram motivados para tal. Há mesmo idosos que oferecem grande resistência psicológica e que tendem a deprimir-se.

O processo de envelhecimento envolve alterações ao nível dos processos mentais, da personalidade, das motivações, das aptidões sociais e aos contextos biográficos do sujeito.

Quer isto dizer que o envelhecimento, do ponto de vista psicológico, vai depender de fatores de ordem genética, patológica (doenças e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outras), com interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural.

Segundo esta perspetiva, é necessário perceber a importância das formas de compensação, que cada um de nós utiliza/prepara para fazer face às perdas associadas ao envelhecimento, pois estas vão influenciar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar psicológico do idoso.

A emoção é uma reação súbita de todo o nosso organismo, com componentes fisiológicas, cognitivas e comportamentais que permite ao sujeito se libertar das suas tensões.

Emoções de Fundo



São detetadas através de pormenores como a velocidade dos movimentos ou até a contração dos músculos faciais, pois comporta interferências de incitadores internos.

Estas podem ser relatadas como o entusiasmo, tensão, calma, bem-estar e mal-estar

Emoções Primárias

São universais e estão associadas a estados físicos.

Podem ser relatadas como a alegria, tristeza, felicidade, medo, cólera, surpresa, raiva e repugnância.

Emoções Sociais

Emergem devido à relação sociocultural e podem manifestar-se como a simpatia, compaixão, embaraço, vergonha, culpa, orgulho, inveja, ciúme, admiração e desprezo.

Características do envelhecimento emocional:

- Redução da tolerância a estímulos;
- Vulnerabilidade à ansiedade e depressão;
- Acentuação de traços obsessivos;
- Sintomas hipocondríacos, depreciativos ou de passividade;
- Conservadorismo de carácter e de ideias (rigidez mental)
- Atitude hostil diante do novo;
- Diminuição da vontade, das aspirações, da iniciativa;
- Estreitamento da afetividade.



É frequente que os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas.



1.1.2.Motivação

A motivação é a força propulsora (desejo) por trás de todas as ações de um organismo.

É o processo responsável pela intensidade, direção, e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta.

As pessoas são diferentes no que toca à motivação:

- As necessidades variam de indivíduo para indivíduo;
- Os valores sociais também são diferentes;
- As capacidades para atingir objetivos, também diferem;
- Os objetivos são distintos de pessoa para pessoa;
- As necessidades, os valores e as capacidades variam no mesmo indivíduo conforme o tempo.

Teoria do ciclo motivacional

Todo o comportamento humano é motivado. A motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento visando à satisfação de uma ou mais determinadas necessidades.

Daí o conceito de Ciclo Motivacional.

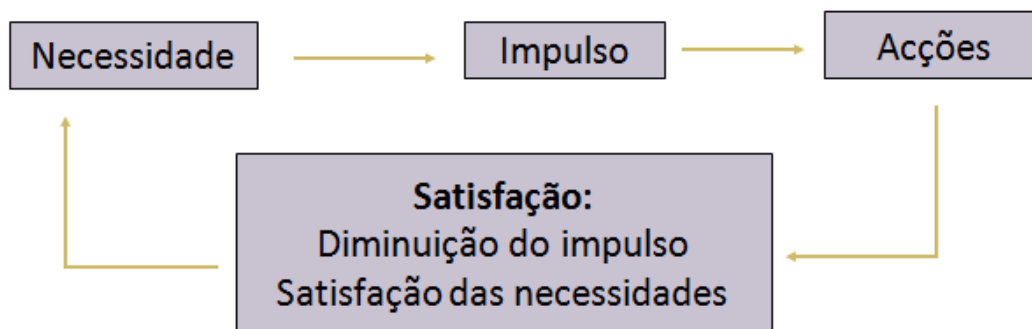
O Ciclo Motivacional pode ser assim explicado: O organismo permanece em estado de equilíbrio psicológico (equilíbrio de forças psicológicas), até que um estímulo o rompa e crie uma necessidade.



Essa necessidade provoca um estado de tensão em substituição ao anterior estado de equilíbrio.

A tensão conduz a um comportamento ou ação capaz de atingir alguma forma de satisfação daquela necessidade.

Se satisfeita a necessidade, o organismo retornará ao seu estado de equilíbrio inicial, até que outro estímulo sobrevenha. Toda a satisfação é basicamente uma liberação de tensão, uma descarga tensional que permite o retorno ao equilíbrio anterior.



O **motivo** é a razão que leva o organismo a agir; é o estado do organismo pelo qual a energia é mobilizada e dirigida a determinados elementos do meio.

No ciclo motivacional existem geralmente três etapas: necessidade, impulso e resposta (meta).

É a **necessidade** (estado de falta fisiológica ou psicológica) que origina o **impulso** ou pulsão.

O impulso é a força que impele a pessoa à ação, ao conjunto de comportamentos que permitem atingir o objetivo. O impulso termina quando a



meta, o objetivo, é alcançada. Se a meta é atingida, a necessidade é satisfeita e o impulso é reduzido.



O comportamento motivado está intimamente ligado ao funcionamento do sistema endócrino e a diferentes estruturas do sistema nervoso.

No ciclo motivacional, a necessidade pode ser:

- Satisfeita: Se a necessidade for satisfeita, deixa de ser motivadora de comportamento, já que não causa tensão ou desconforto.
- Frustrada: Neste caso a tensão provocada pelo surgimento da necessidade encontra uma barreira ou um obstáculo, provocando agressividade, descontentamento, tensão emocional, apatia, indiferença.
- Compensada: Acontece quando a satisfação de uma outra necessidade reduz a intensidade de uma necessidade que não pode ser satisfeita.

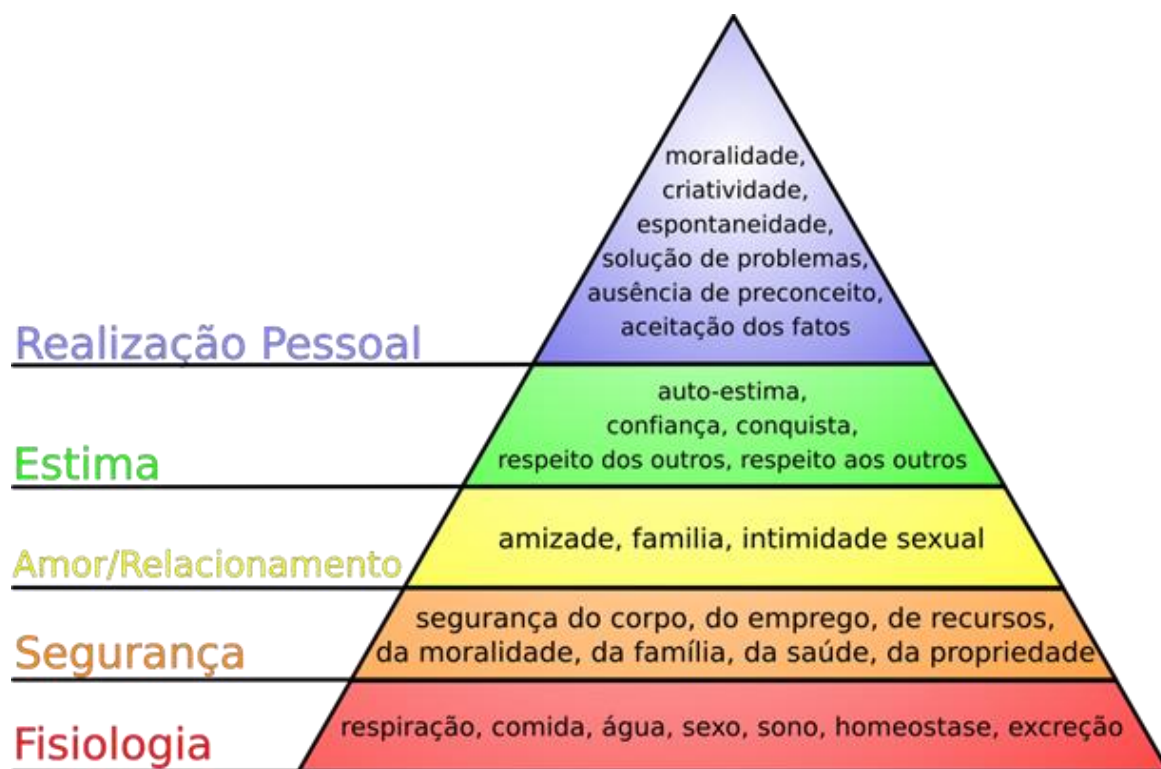
Teoria das necessidades de Maslow

Maslow, em 1943, propôs um modelo que hierarquizava as necessidades humanas, representando-o sob a forma de uma pirâmide.

Embora haja muitas objeções ao modelo do Maslow e alguns dos seus pressupostos, a pirâmide ajuda-nos a sistematizar e a compreender melhor os diferentes tipos de motivação humanos.



Maslow organizou as necessidades humanas em cinco níveis de crescente complexidade.





As necessidades da base da pirâmide são as mais básicas e que estão diretamente relacionadas com a sobrevivência da pessoa.

São necessidades comuns a qualquer ser vivo e que constituem motivações que partilhamos com os restantes organismos do reino animal.

Embora possamos pontualmente negligenciar estas necessidades (quando, por exemplo, uma atividade mais apaixonante nos faz esquecer a fome), na realidade não podemos deixar de as suprir mais tarde ou mais cedo, sob risco de ameaçarmos a nossa saúde e a nossa vida.

As necessidades de segurança estão também, de alguma forma, ligadas à sobrevivência e à integridade física da pessoa mas, são já de uma ordem superior e de maior complexidade. Já sofrem uma maior influência de fatores socioculturais.

Quando um idoso esconde a caixa das bolachas que lhe foi oferecida, não o faz por ter fome (Nível Fisiológico) mas motivado pela necessidade de não perder algo que é seu (Nível da Segurança).

O terceiro nível é o Afetivo. Este nível é já muito complexo e muito sujeito a influências sociais, o que não quer dizer que apenas se observe nos seres humanos.

Nos mamíferos em geral é muito frequente observarmos comportamentos motivados por este tipo de necessidade.

Todos somos fortemente motivados por fatores desta natureza e as pessoas idosas não são exceção. A família e os amigos desempenham aqui um papel muito importante.



A necessidade de Estima é também conhecida como de Estatuto ou de afirmação pessoal. É uma necessidade com uma componente social fortíssima.

Já aqui referimos que o idoso se sente, por vezes, despromovido socialmente.

Essa perceção da perda de estatuto faz-se frequentemente acompanhar de comportamentos que procuram reafirmar e reivindicar essa dignidade, embora dificilmente sejam bem-sucedidos.

Não é invulgar assistirmos a brigas entre idosos e crianças que resultam da necessidade do idoso disputar a atenção e a consideração das quais as crianças são alvo.

O nível mais elevado e complexo é o da Realização Pessoal.

São as necessidades desta ordem que nos levam a agir em defesa de valores, sacrificando o nosso conforto físico e, inclusivamente, colocando em risco a nossa própria vida.

Por vezes encontramos idosos que nos transmitem um enorme sentimento de serenidade e de realização pessoal.

Olham para trás e vêem tudo o que construíram com o seu trabalho, a família que criaram, a sabedoria que apreenderam.

Contudo, não basta viver das realizações do passado. É importante que a motivação para continuar a construir e a melhorar o mundo à sua volta persista.

Há idosos que se mantêm ativos e conscientes de que o seu saber tem um papel importante e que deve ter utilidade prática.



Desde coisas simples como contar histórias aos netos, até formas mais elaboradas de participação na comunidade, tudo contribui para que o idoso alimente a sua necessidade de autorrealização.

Freire (2000) apresenta um modelo teórico com seis dimensões do funcionamento positivo para explicar o bem-estar:

1.Auto-aceitação:

Implica em uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; implica reconhecer e aceitar diversos aspetos de si mesmo, características boas e más.

2.Relações positivas com os outros:

Envolve ter uma relação de qualidade com os outros, ou seja, uma relação satisfatória e verdadeira; preocupar-se com o bem-estar alheio; ser capaz de relações empáticas, afetuosas.

3.Autonomia:

Significa ser autodeterminado e independente; ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira; avaliar-se com base em seus próprios padrões.

4.Domínio sobre o ambiente:



Aproveitar as oportunidades que surgem à sua volta; ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados às suas necessidades e valores.

5. Propósito na vida:

Implica ter metas na vida e um sentido de direção; o indivíduo percebe que há sentido em sua vida presente e passada; possui crenças que dão propósitos à vida; acredita que a vida tem um propósito e é significativa.

6. Crescimento pessoal:

O indivíduo tem um senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa; está aberto a novas experiências; tem um senso de realização de seu potencial, e suas mudanças refletem autoconhecimento e eficácia.

O bem-estar psicológico refletirá em uma avaliação que o idoso faz de sua vida que foi influenciada por valores pessoais, padrões sociais e aspetos históricos que possuem componentes cognitivos (saúde, relações sociais e espiritualidade) e afetivos (afetos positivos, felicidade e alegria, e afetos negativos, tristeza, infelicidade).



1.1.3. Personalidade: tipologias

Personalidade

Este termo exprime a totalidade de um ser, tal como aparece aos outros e a si próprio, na sua unidade, na sua singularidade e na sua continuidade.

Cada um possui uma personalidade, que resulta, ao mesmo tempo, do seu temperamento, da sua constituição e das múltiplas marcas deixadas pela sua história individual.

Estudos de Havighurst, Neugarten & Tobin (1968): primeiros dados sobre a personalidade nos idosos.

Estes autores descobriram 4 grandes tipos de personalidade presentes em indivíduos entre os 50 e os 90 anos.

Integrado:

Pessoas que apresentam um bom funcionamento psicológico geral, com uma “vida cheia”, interesses variados, com as suas competências cognitivas intactas e retirando um elevado nível de satisfação dos papéis desempenhados.

Defensivo-combativo:

Pessoas orientadas para a realização, lutadoras e controladas, experimentando níveis de satisfação entre o moderado e o elevado.



Passivo-dependente:

Dependendo do tipo de funcionamento ao longo da vida, assim estas pessoas apresentam na velhice uma orientação passiva ou dependente, mostrando graus de satisfação muito variados.

Desintegrado:

Pessoas com lacunas no funcionamento psicológico, pouca atividade, controlo pobre de emoções e deterioração dos processos cognitivos, com baixa satisfação de vida.

Para estes autores, as pessoas diferem muito na forma como vivem os últimos anos das suas vidas, acabando a sua personalidade por ser influenciada e modelada por fatores em linha com aquilo que sempre foram as reações e os comportamentos ao longo da vida.

Segundo Jung, a personalidade organiza-se em redor de 2 orientações fundamentais: extroversão/introversão:

- Extroversão: atitude para com o mundo exterior
- Introversão: atitude para com o mundo interior e para com as experiências mentais subjetivas

Estas duas orientações equilibram-se para permitir que o indivíduo integre as limitações do ambiente e os desejos e fantasmas do seu inconsciente.

De acordo com tendências que determinam a evolução do indivíduo no decorrer da vida adulta:

- Extroversão-introversão: produzir-se-ia uma inversão por altura do meio da vida, que conduziria o indivíduo a um novo equilíbrio.



- Na juventude: haveria a predominância da extroversão (traduzida pela necessidade de afirmação do eu e de realização pessoal e profissional)
- Na 2ª metade da vida: haveria um forte aumento da introversão; a pessoa volta-se para a análise dos seus sentimentos pessoais, para o balanço da vida e para a tomada de consciência do seu encontro inelutável com a morte.

As primeiras pesquisas mostraram que a personalidade se tornava mais rígida com o envelhecimento e que se desenvolvia muito pouco na velhice.

Estudos posteriores, surgidos a partir da década de 70, sugeriram que ocorreria uma estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida adulta e da velhice.

Desta forma, a personalidade não se tornaria mais rígida, mas permaneceria da mesma forma que sempre fora desde a vida adulta.

A personalidade construída pelo indivíduo durante a infância e juventude é o melhor fator de predição da adaptação à velhice.

Ela representa o eu, a personalidade, ou o ego que, ao longo de toda a sua vida, será o integrador dos seus comportamentos.

As características de personalidade podem tanto contribuir para a manutenção da saúde e o bem-estar subjetivo na velhice quanto influenciar o desencadeamento de sintomas depressivos em idosos.

Os idosos com características de personalidade mais voltadas para si próprias, menos interativas e pouco dominantes, apresentaram menos sintomas de depressão em relação àquelas que são mais voltadas e interessadas no outro, mais deferentes, organizadas, persistentes e interativas.



Padrões de comportamento

O termo “Personalidade” remete-nos para características estruturais mais ou menos fixas que se refletem de forma consistente nos comportamentos das pessoas.

Os comportamentos que se nos apresentam de forma repetida e consistente são designados de “Padrões”.

É importante compreender que estes padrões comportamentais não surgem exclusivamente na terceira idade.

São padrões que têm a sua génese muito mais cedo mas que podem intensificar-se como consequência do envelhecimento e dos seus outros efeitos.

Negação

Dificuldade menor ou maior em aceitar-se como alguém que está a envelhecer ou que está velho. Manifesta-se através de comportamentos exuberantes que podem, inclusivamente, ser excessivos e colocar em risco a saúde do idoso.

Este tipo de comportamentos requer muito tato da parte de quem lida com o idoso porque, se por um lado pode ser necessário “refrear” um pouco alguns excessos, por outro lado corremos o risco de ofender o idoso e atacar a sua autoestima.

Nestas situações, mais do que tentar controlar ou condicionar, é importante fornecermos alternativas que permitam ao idoso optar voluntariamente por comportamentos mais adequados sem “perder a face”.



Para isso é útil conhecermos aquilo que mais motiva o idoso.

Apatia

É possível observar, em alguns idosos, um declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das ações, das emoções e dos desejos.

Quando não estimulados, estes idosos tendem a deprimir-se e a deixar de interagir com os outros.

Os sinais de apatia devem, por isso, ser detetados e combatidos precocemente para evitar um declínio das capacidades sociais e afetivas que comprometa seriamente a qualidade de vida do idoso.

Devemos evitar que esse idoso fique isolado ou que se autoexclua das atividades.

Se possível, devemos tentar compreender de que tipo de emoções negativas é que esse idoso se está a tentar proteger e qual a sua origem.

Rigidez

Corresponde a uma dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a ideias, coisas e situações novas. Em contrapartida, existe um apego maior aos valores já conhecidos e convencionados, aos costumes e às normas já instituídas.



Trata-se de um mecanismo de defesa natural em alguém que se sente menos capaz de lidar com as mudanças.

A pessoa tende a “agarrar-se” ao que lhe é familiar e aos “territórios” nos quais sempre se sentiu competente.

Contrariar este tipo de comportamento é inútil e contraproducente. Forçar um idoso a aceitar algo a que resiste ou tentar mostrar-lhe que a sua resistência é exagerada apenas acentua os mecanismos reativos de defesa.

É preferível aceitarmos a resistência do idoso e darmos-lhe tempo para que ele observe a forma como os outros lidam com as mudanças.

Dessa forma, o idoso poderá, eventualmente, vir a ganhar confiança e a tornar-se mais flexível. No fundo, o princípio é “a flexibilidade não se força”.

Isolamento

A pessoa idosa pode tender a evitar o contacto com os outros.

Esta tendência pode ser correspondida a uma busca intencional da solidão mas a uma dificuldade de se confrontar com os sentimentos que as relações lhe produzem.

O isolamento pode ser acompanhado de sentimentos de profunda tristeza, de baixa autoestima, de inutilidade e menos-valia e, paradoxalmente, da sensação de abandono e rejeição pelos demais.

Ou seja, não é incomum a pessoa idosa marginalizar-se e sentir que foram os outros que a rejeitaram.



Nestes casos, o importante é procurar envolver estas pessoas em atividades não ameaçadoras e que elevem a sua autoestima.

É preciso mostrar-lhes que são válidas e que a sua presença é apreciada e desejada.

Vitimização

Colocarmo-nos no papel de vítimas é uma forma aprendida de captar a atenção e a condescendência dos outros e de nos desresponsabilizarmos do que de mal nos acontece.

Justifica a resignação e a imutabilidade ou coloca o ónus da mudança nos outros. Por isso, é um refúgio fácil.

É um padrão difícil de combater mas podemos evitar alimentá-lo. É muito importante que o idoso se assuma como um construtor ativo do seu destino e das suas circunstâncias.

A nossa ajuda consiste, sobretudo em ajudar o idoso a perceber de uma forma positiva, factos e eventos que ele descreve como fatalidades ou ofensas externas.

Infantilização

Os comportamentos regressivos e infantis são outra forma (não construtiva) de reivindicar atenção e afeto.

O amuo, a impertinência, a manipulação, o abuso, a conflituosidade, são comportamentos que desencadeiam nos outros reações de zanga, de confronto e de controlo.



Na verdade, estes comportamentos produzem uma aproximação por parte dos outros, porém, trata-se de uma aproximação carregada de emoções negativas.

É caso para se dizer “prefiro que me ralhes do que me desprezes”.

Provocar os outros pelo lado da irritação é uma medida desesperada de quem sente não ter habilidade para atrair as pessoas de uma forma positiva.

Cientes desta motivação, cabe-nos a nós corresponder aos pedidos de atenção de uma forma não reativa.

Ou, ainda melhor, devemos agir de forma preventiva para que o idoso não tenha necessidade de recorrer a estratégias infantis de chamada de atenção.

Obsessão

Os idosos são muito vulneráveis a pensamentos e comportamentos obsessivos como os sintomas hipocondríacos, as fobias e as compulsões.

Com o envelhecimento, é frequente haver um aumento da ansiedade associada ao medo da doença e da morte, assuntos que se tornam muito presentes face ao declínio das capacidades físicas e mentais bem como à morte de familiares e amigos.

Quaisquer tentativas de desconstruir pela lógica ou minimizar a importância dos focos de obsessão são recebidas com desconfiança e hostilidade.

A demonstração de empatia e vontade em ajudar pode parecer um encorajamento mas, na realidade, acalma os pensamentos obsessivos e traz alguma tranquilidade ao idoso.



Qualquer um destes padrões comportamentais é disfuncional e, levado a extremos, torna-se patológico.

É muito importante agirmos de forma consciente e preventiva, no intuito de proteger e preservar a saúde mental e a qualidade de vida dos idosos.

1.2. Tarefas evolutivas da velhice

1.2.1. Ajustamentos psicossociais da velhice

As tarefas evolutivas da velhice são formas de organização da vida que possibilitam até a aceitação da morte.

Um ambiente agressivo, assuntos familiares não resolvidos, ausência de cuidadores adequados podem dificultar este processo.

Cumprir todas as tarefas é importante, como é importante também que o idoso conte com o apoio da família, da sociedade e dos profissionais que atuam na área.

Dessa forma, ele poderá ter uma velhice bem-sucedida e usufruir do prazer de ser e de viver, contribuindo para o bem de todos.

Durante o envelhecimento, os principais fatores de influência da sociedade sobre o indivíduo são:

- A resposta social ao declínio biológico,



- O afastamento do trabalho,
- A mudança da identidade social,
- A desvalorização social da velhice e
- A falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento social.

A vida do idoso é, portanto, dominada por um alto nível de stress, devido às expectativas e obrigações formalizadas.

Envelhecer bem requer ajustamento pessoal e social, que pode ser comprometido por condições deficitárias de saúde e educação ao longo do curso de vida.

Se o indivíduo tiver alguma deficiência física congénita ou adquirida antes da velhice, suas condições de desenvolver-se e envelhecer com sucesso irão sofrer prejuízo maior ou menor e mais ou menos controlável, dependendo da extensão e da natureza da sua deficiência, dos recursos de apoio que o ambiente sociocultural lhe oferecer ao longo de toda a vida e de seus recursos psicológicos.

Adaptação significa maximizar as possibilidades individuais reorganizando a vida frente às limitações percebidas, ajustando-se às diversas situações individualmente ou com a ajuda de outros.

É um processo contínuo de atualização das potencialidades pessoais e de aprender a viver com as limitações explorando e utilizando ao máximo seus recursos disponíveis.

Tarefas evolutivas na velhice:

- Aceitação do corpo que envelhece;
- Aceitação da limitação do tempo e da morte pessoal;



- Manutenção da intimidade;
- Relacionamentos com os filhos: deixar ir, atingir igualdade, integrar novos membros;
- O afastamento do trabalho;
- A mudança da identidade social;
- A desvalorização social da velhice;
- A falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa perceber-se útil e alcançar reconhecimento social;
- Preparação para a morte.

Medidas preventivas:

- Manter a saúde física com a prevenção das doenças degenerativas;
- Independência económica;
- Ter o seu próprio espaço físico ou morada;
- Ter laços de amizade e vínculos fortes com a família;
- Manter um relacionamento íntimo com um(a) companheiro(a);
- Ter um vínculo com a comunidade;
- Manter-se sempre ocupado e com planos para o futuro;
- Se possível, manter um vínculo com seu antigo trabalho ou profissão;
- Procurar ajuda na comunidade;
- Praticar exercícios, manter uma atividade física regular.



1.2.2.Fase final da vida/reflexão sobre a morte e o luto

Só pensamos na velhice quando ficamos velhos. A morte é parte obrigatória da velhice.

Na cultura ocidental, é característico que a morte seja excluída dos nossos pensamentos pelo tempo mais longo possível.

Isso pode aumentar o medo inconsciente da morte, mas tanto a velhice quanto a morte são processos pelos quais todos os seres humanos passam.

Morrer é o cessar irreversível:

- 1- Da função de todos órgãos, tecidos e células;
- 2- Do fluxo de todos os fluídos do corpo incluindo o sangue e o ar;
- 3- Do funcionamento do coração e do pulmão;
- 4- Do funcionamento espontâneo do coração e do pulmão;
- 5- Do funcionamento de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral;

Ao pensar a morte cada pessoa pode relaciona-la a um dos seguintes aspetos:

Medo de morrer: surge o medo do sofrimento, da indignidade pessoal. Em relação à morte do outro é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não se poder fazer nada;

Medo do que vem após a morte: quando se trata da própria morte é o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição. Em relação à morte do outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação;



Medo da extinção: diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo básico da sua extinção. Em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação de abandono.

Acontecem múltiplas perdas, na velhice, e num curto espaço de tempo: são as mortes do cônjuge, de amigos e familiares da mesma faixa etária; as alterações no corpo, perdas fisiológicas e funcionais; a reforma, as perdas financeiras e o isolamento social; o surgimento de doenças crónicas e a situação de dependência, entre outras.

Em decorrência da terceira idade ser uma fase constituída por perdas, a morte nessa idade, pode ser vista como natural e aceitável.

Diante disso, é possível perceber que o tema morte é algo que acompanha frequentemente os indivíduos de terceira idade.

Face a qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido.

Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça.

Neste contexto, o luto representa o estado experiencial que a pessoa sofre após tomar consciência da perda, sendo um termo global para descrever o vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda.

Apesar do processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal e que se dá em várias espécies, cada indivíduo tem uma forma idiossincrática de o



realizar e o processo varia não só de pessoa para pessoa, como também existem diferenças consoante a faixa etária em que o indivíduo se encontra.

Sentimentos comuns no processo de luto:

Tristeza:

O sentimento mais comum encontrado no enlutado, muitas vezes manifestando - se através do choro.

Raiva:

A raiva advém de duas fontes: da sensação de frustração por não haver nada que se pudesse fazer para prevenir a morte e de um tipo de experiência regressiva que ocorre após a perda de alguém próximo em que a pessoa se sente indefesa, incapaz de existir sem o outro.

Formas ineficazes de lidar com a raiva são deslocá-la ou direcioná-la erradamente para outras pessoas, culpabilizando-as pela morte do ente querido ou virá-la contra o próprio, podendo, no extremo, desenvolver comportamentos suicidas.

Culpa e autocensura:

Normalmente, e principalmente no início do processo de luto, há um sentimento de culpa por não se ter sido suficientemente bondoso, por não ter levado a pessoa mais cedo para o hospital, etc.; na maior parte das vezes, a culpa é irracional e irá desaparecer através do teste com a realidade.

Ansiedade:



Pode variar de uma ligeira sensação de insegurança até um forte ataque de pânico e quanto mais intensa e persistente for a ansiedade, mais sugere uma reação de sofrimento patológica; surge de duas fontes: do sobrevivente temer ser incapaz de tomar conta dele próprio sozinho e de uma sensação aumentada da consciência da mortalidade do próprio.

Solidão:

Sentimento frequentemente expressado pelos sobreviventes, particularmente aqueles que perderam os seus cônjuges e que estavam habituados a uma relação próxima no dia-a-dia.

Fadiga:

Pode, por vezes, ser experimentado como apatia ou indiferença; um elevado nível de fadiga pode ser surpreendente e angustiante para uma pessoa que é normalmente muito ativa.

Desamparo:

Está frequentemente presente na fase inicial da perda.

Choque:

Ocorre mais frequentemente no caso de morte inesperada, mas também pode existir em casos cuja morte era previsível.

Anseio:



Ansiar pela pessoa perdida, desejá-la fortemente de volta é uma resposta normal à perda; quando diminui, pode ser um sinal de que o sofrimento está a chegar ao fim.

Emancipação:

A libertação pode ser um sentimento positivo após a perda; por exemplo, no caso de uma jovem que perde o seu pai que era um verdadeiro tirano e a oprimia por completo.

Alívio:

É comum principalmente se a pessoa querida sofria de doença prolongada ou dolorosa; contudo, um sentimento de culpa acompanha normalmente esta sensação de alívio.

Torpor:

Algumas pessoas relatam uma ausência de sentimentos; após a perda, sentem-se entorpecidas; é habitual que ocorra no início do processo de sofrimento, logo após tomar conhecimento da morte.

Pode ser uma reação saudável bloquear inicialmente as sensações como uma espécie de defesa contra o que de outra forma seria uma dor esmagadora e insuportável.

Quanto à duração do processo, não existe uma resposta conclusiva, sendo impossível definir uma data precisa.



No entanto, quando se perde uma relação próxima é muito improvável levar menos de um ano e para muitos casos dois anos ou até mais não é muito tempo.

Para além disso, cada nova estação, feriado ou férias e aniversário são prováveis de reevocar a perda.

Assim, verifica-se que o luto não é um processo que progride de forma linear, podendo reaparecer para ser novamente trabalhado.

Um sinal de uma reação de sofrimento finalizada é quando a pessoa consegue pensar no falecido sem dor e quando consegue reinvestir as suas emoções na vida e nos vivos.

1.3.Aspectos cognitivos do envelhecimento

1.3.1.Velhice e aprendizagem

O processo de aprendizagem pode ser definido de forma sintética como o modo como os seres adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e mudam o comportamento.

~

Os conhecimentos podem ser absorvidos através de técnicas de ensino ou mesmo pela simples aquisição de hábitos.

A vontade e a capacidade de aprender são características essenciais do psiquismo humano, contudo, ambas tendem a diminuir ao longo do processo de envelhecimento.



A aprendizagem implica capacidade de retenção dos conhecimentos, ou seja, memória. O que afetar a memória afeta, naturalmente, a capacidade de aprendizagem.

Outra dimensão fundamental para o processo de aprendizagem é a linguagem.

Os nossos raciocínios são expressos sob a forma de enunciados verbais e quanto mais competentes formos em termos linguísticos, maior é a nossa capacidade para apreender factos complexos.

Essa é uma das razões pelas quais a escolaridade influi no retardar do envelhecimento do cérebro.

A leitura é, também, um exercício excelente de enriquecimento da nossa linguagem e de promoção da nossa capacidade de aprendizagem.

Em terceiro lugar, a aprendizagem implica interação.

É na relação com os outros que enfrentamos os maiores desafios e que somos “obrigados” a evoluir. Assim se compreende que seja tão importante que o idoso se mantenha socialmente ativo.

As relações e o convívio não são apenas importantes por razões afetivas mas também pelo estímulo que constituem para a capacidade de aprendizagem.

Por último, a idade influencia os modos de aprendizagem e as motivações para a mesma.



Os conhecimentos podem ser entendidos como associações entre conceitos e a aprendizagem corresponde à assimilação de novos conceitos a essa rede de conhecimentos.

Ao longo da vida vamos acumulando experiências e construindo uma rede de conhecimentos cada vez mais rica e complexa.

Por conseguinte, um idoso possui uma base de conhecimentos tão alargada que se torna, para ele, mais fácil assimilar novos conceitos bem como avaliar se uma determinada informação é útil ou inútil e decidir até que ponto é pertinente fazer o esforço de a incorporar.

Essa é uma das razões pelas quais os idosos se mostram frequentemente desinteressados de aprender coisas que entusiasмам os jovens.



1.3.2. Avaliação das funções cognitivas

A avaliação funcional do idoso é a base da avaliação geriátrica ampla (A.G.A.). Aqui são medidos e avaliados os fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde do idoso.

Outras dimensões, como a avaliação social e cognitiva são também efetuadas, pois estão interligadas com o estado funcional do idoso.

O estado mental do idoso também é avaliado.

A avaliação geriátrica ampla tem por objetivos:

- Determinar deficiências, incapacidades e desvantagens no idoso.
- Estabelecer as necessidades e metas dos cuidados a ter com o idoso.
- Planear o acompanhamento do idoso, a longo prazo.

Este método complementa o exame clínico tradicional e oferece maior precisão diagnóstica, determina o grau da incapacidade (motora, mental, psíquica), identifica possibilidades de declínio funcional e avalia riscos no estado nutricional do idoso, reduzindo desvantagens e preservando a independência.

A A.G.A. avalia os seguintes parâmetros:

- Equilíbrio e mobilidade, pelo teste de Tinetti;
- Função cognitiva através do Mini-Exame do Estado Mental;
- Deficiências sensoriais com exames à visão e audição;
- Condições emocionais, pela Escala de Depressão Geriátrica;
- Disponibilidade e adequação do suporte familiar/social, com entrevistas ao idoso e familiares;
- Condições ambientais, através da observação;



- Capacidade funcional através da Escala de Atividade Básica da vida diária e Escala de Katz das atividades diárias;
- Estado e risco nutricionais, com exames médicos e sanguíneos específicos e um Mini Exame Nutricional.

O Exame cognitivo mini-mental (MMSE) é uma prova de rápida aplicação, bastante útil na avaliação de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas. Este exame consiste numa série de questões e de tarefas que se agrupam em onze categorias:

- Orientação temporal
- Orientação espacial
- Fixação
- Atenção e cálculo
- Memória (de curto e longo prazo)
- Nomeação
- Repetição
- Compreensão
- Leitura
- Escrita
- Desenho

Este instrumento de avaliação permite uma avaliação cognitiva padronizada, não há diagnóstico, apenas uma indicação de disfunção cognitiva.

1.3.3. Modificações nas funções cognitivas

Frequentemente, o envelhecimento está associado a dificuldades de memória e à lentidão de raciocínio.



Nesse sentido, acredita-se que os idosos ficam com dificuldades em memorizar e compreender situações novas que lhes são apresentadas rapidamente mas, em contrapartida, superam os jovens em raciocínios que exigem maior "sabedoria".

A Neuropsicologia, uma área científica que investiga as relações entre cérebro e cognição, inclusivamente na terceira idade, tem mostrado que as crenças do senso comum acerca dos efeitos do envelhecimento nas funções cognitivas têm algum fundamento mas são apenas parcialmente verdadeiras.

Por exemplo, o declínio de algumas capacidades de memória (não todas) é mais acentuado do que o das capacidades linguísticas (que envolvem conhecimentos aprendidos durante a vida do indivíduo).

Os investigadores têm diversas teorias sobre o que está por trás dessa deterioração, mas a maioria suspeita que o envelhecimento causa uma perda de células enorme numa pequena região da parte frontal do cérebro que leva a uma queda na produção de um neurotransmissor chamado acetilcolina.

A acetilcolina é vital para a aprendizagem e para a memória.

Além disso, algumas partes do cérebro essenciais para a memória são altamente vulneráveis ao envelhecimento. Uma delas, chamada de hipocampo, perde 5% dos seus neurónios por cada década que passa – com uma perda total de 20% quando se chega aos 80 anos.

1.3.4.inteligência, memória e aprendizagem

Existem muitas definições para o conceito de inteligência mas é consensual que esta envolve a nossa habilidade para pensar e para resolver problemas.



Alguns estudos demonstram que, no envelhecimento, há um padrão de comprometimento da inteligência que geralmente se manifesta num pior desempenho em testes de avaliação dessa área.

No entanto, estes dados deve ser interpretados com muito cuidado, visto que:

- As perdas sensoriais (especialmente a visão e a audição) não são levadas em conta nos resultados dos testes neuropsicológicos e/ou de inteligência;
- O desempenho em testes de inteligência pode muito bem ser afetado negativamente por estados de ansiedade em indivíduos que só foram testados quando eram muito jovens. Os testes podem também confundir agilidade de resposta com capacidade intelectual.
- É frequente, pessoas com mais idade, preferirem sacrificar a rapidez de resposta para dedicar um maior cuidado na análise das questões ou mesmo rejeitarem respostas simples e automáticas preferindo elaborar melhor o raciocínio.

Existe uma grande diversidade de pessoas e muitos idosos mantêm durante mais tempo as capacidades de aprendizagem devido à forma como o seu cérebro foi exercitado ao longo da vida.

Um dos fatores que parece estar correlacionado com uma manutenção das capacidades de aprendizagem é o nível de escolaridade. A saúde física também apresenta uma correlação positiva com a aprendizagem.

Está comprovado que, apesar de algumas limitações, o desempenho de muitos idosos em tarefas cognitivas nobres são superiores às dos jovens.

Essa superioridade manifesta-se através de:

- Maior experiência de vida
- Maior número de informações



- Melhor capacidade de julgamento
- Maior índice de acertos quando a velocidade não conta
- Maior capacidade de resolver problemas

Conhecer bem as capacidades intelectuais da pessoa idosa é muito importante para que melhor possamos encontrar atividades adequadas e estimulantes.

Uma das queixas mais comuns em idosos é a perda da memória. É tão frequente que, infelizmente, ainda existe a crença de que se trata de um evento normal e inevitável do processo de envelhecimento.

Porém, isso não é verdade. O fenómeno é comum mas não normal e muito menos se trata de algo simples e linear.

Através do estudo das dificuldades de memória observadas em acidentados ou vítimas de guerra que sofreram uma lesão cerebral, a Neuropsicologia Cognitiva confirmou a existência de múltiplos sistemas de memória.

Atualmente acredita-se que a memória não é uma. Ela pode ser classificada segundo diferentes parâmetros e um deles é o temporal.

Designamos por Memória de Curto Prazo o mecanismo que nos permite reter conhecimentos adquiridos recentemente enquanto que a Memória de Longo Prazo é o mecanismo através do qual armazenamos conhecimentos adquiridos há mais tempo.

É do conhecimento geral que os idosos recordam mais facilmente memórias de acontecimentos antigos do que coisas que ocorreram muito recentemente.

O que isso nos diz é que a Memória de Curto Prazo é mais afetada pelo avanço da idade do que a Memória de Longo Prazo.



A Memória de Curto Prazo é também designada de Memória de Trabalho.

É a memória que nos permite fazer tarefas complexas, envolvendo duas ou mais atividades que precisam ser realizadas ao mesmo tempo (por exemplo, fixar um número de telefone enquanto se procura um lápis e um papel para o anotar).

Esse tipo de memória envolve muita atenção, e com a idade, a atenção fica bastante prejudicada.

Outro tipo de memória também bastante afetado no envelhecimento é a memória que está dirigida para os acontecimentos futuros, vulgarmente chamada de "memória de agenda" mas cujo nome científico é Memória Prospetiva (por exemplo, lembrar-se de tomar um medicamento a cada 4 horas ou lembrar-se de ir ao médico no dia tal).

É uma memória direcionada ao que se passa no dia-a-dia de cada pessoa. Ela exige muitos mecanismos de atenção mas também outros mecanismos cognitivos importantes: o planeamento, a intenção e a motivação.

Compreende-se, assim, que as falhas de memória podem ser decorrentes de outras dificuldades que não apenas a de armazenamento e de recuperação.

Existe um envolvimento da motivação, da atenção e da intenção, pelo que pessoas que não possuam um humor positivo (por estarem ansiosas ou deprimidas) apresentarão dificuldades de memória bastante graves, não conseguindo organizar seu dia-a-dia de forma adequada.

Falámos de dois tipos de memória que são muito afetados pelo envelhecimento, contudo, há um outro tipo de memória, denominado de



Memória Semântica (aquela que guarda o significado de objetos e factos), que parece resistir muito mais ao avanço da idade.

Quanto à memória de acontecimentos pessoais, ela fica preservada para os eventos relacionados com os períodos da infância, da adolescência ou da vida adulta do idoso.

Os idosos lembram-se muito bem de factos antigos e conseguem contar histórias bastante ricas em detalhes e coerência.

Porém, quando se lhes conta uma história, a maioria dos idosos não tem dificuldade em compreender o seu significado e em resumir o seu conteúdo mas pode esquecer detalhes que não esqueceria numa história pessoal antiga.

Esse esquecimento deve-se às falhas da Memória de Curto Prazo.

Muitas terapias de adaptação do indivíduo a uma idade mais avançada incluem o enriquecimento e a valorização de autobiografias, dando um significado novo à vida do idoso.



1.3.5. Resolução de problemas e criatividade

As alterações psicológicas surgem através de diversos fatores que podem conduzir ao engrandecimento ou ao esgotamento do idoso.

Com o envelhecimento, as habilidades verbais, a memória e atenção deterioram-se com mais facilidade, enquanto que as habilidades numéricas, a capacidade imaginativa e de julgamento permanecem quase intactas.

Na falta do incontestável estimulante que o exercício de uma atividade profissional representa, a inteligência corre o risco de se deteriorar rapidamente com a idade.

O mesmo sucede com a memória, a capacidade de aprendizagem, a capacidade de concentração.

A principal forma de o idoso combater os sentimentos negativos que o excesso de tempo livre, sem ocupação nenhuma, lhe traz é procurar desenvolver qualquer atividade que lhe traga prazer e realização pessoal.

Para isso o idoso deve satisfazer a necessidade de se distrair.

A distração é uma necessidade de todo o ser humano, quem se diverte com uma ocupação agradável com o fim de se descontrair física e psicologicamente satisfaz esta necessidade fundamental.

As pessoas de idade têm necessidade, na medida das suas capacidades, de ter atividades recreativas.



Cada pessoa ocupa o seu tempo livre com atividades recreativas, normalmente determinadas pelos seguintes objetivos: descontração, divertir, realização pessoal, criatividade e transcendência dos sentidos.

Estes são os sentimentos que os idosos devem procurar no momento da sua vida onde o tempo livre é imenso, para assim se sentirem ativos, úteis e bem com a vida e consigo próprios, atingindo assim uma velhice bem-sucedida.

Participação em atividades planeadas

As pessoas de idade têm tendência a executar atividades de tempos livres que desempenharam ao longo de toda a vida, se o seu estado de saúde e situação financeira o permitirem.

Ambiente institucional

As atividades, nas instituições, são estruturadas e adaptadas às necessidades dos utentes. O valor que se atribui aos tempos livres depende do grupo cultural a que se pertence.

Para ajudar os idosos a manter o seu bem-estar e a qualidade de vida é necessário promover a motivação.

Tanto a família como técnicos devem estar aptos a compreender, intervir e avaliar o comportamento do idoso, levando-o a atingir melhor os objetivos que se propõe, isto é, promovendo-o em todas as dimensões.

Exemplos de atividades ocupacionais:



A leitura: continuar a informar-se, manter curiosidade por todas as coisas, lendo jornais, revistas, livros. Numa altura em que se gosta de repensar o passado, a História pode tornar-se um campo cativante.

As línguas estrangeiras: mantêm em forma as possibilidades de aprendizagem e exercem funções de codificação e de fixação.

Os jogos (de cartas, paciências, damas, xadrez): fazem passar agradavelmente o tempo e mantêm as relações com outras pessoas, estimulam a fixação a títulos diversos, a função de dedução, o raciocínio.

As palavras cruzadas: constituem um excelente exercício para as pessoas que se queixam de ter dificuldade em encontrar palavras; é uma luta eficaz contra a perda de vocabulário.

As artes: são um “alimento” da vida afetiva. Há homens de 60-70 anos que se dedicaram à pintura e fizeram disso, frequentemente, a sua paixão. (Cervantes – Dom Quixote; Bach; Beethoven; Rembrandt; Freud;...)

Os discos, a rádio: cantarolar é um modo de despertar as cordas vocais, os instintos, sentimentos e até mesmo valores intelectuais.

O “bricolage” e certos desportos: permitem lutar contra a involução das mãos e dos músculos. Vela, bowling, Hidroginástica, escultura em madeira ou ferraria de arte, todas estas atividades podem ajudar a conservar intacta a capacidade criativa.



2.A sexualidade na velhice





2.1. Factores que influenciam a mudança de comportamento sexual na velhice

A sexualidade é uma necessidade fundamental do ser humano, cuja dinâmica e riqueza deve ser vivida plenamente. Esta nasce, cresce e evolui com o ser humano, sendo por isso necessária para a realização plena, como pessoa, de todo o indivíduo.

Nos últimos anos houve uma evolução relativamente ao conceito de sexualidade, percebendo-se que esta não se reduz ao ato sexual ou genital.

A Organização Mundial de Saúde define saúde sexual como - “integração dos aspetos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano sexual, em formas que enriquecem e realcem a personalidade, a comunicação e o amor.”

Isto pressupõe o exercício da sexualidade livre de temores, vergonhas, culpas, mitos e falácias.

A **sexualidade** é uma faceta da afetividade, é uma forma de comunicação através da qual nos aproximamos da pessoa amada/desejada, dela fazendo parte a atracção, a entrega, a ternura, o carinho e a gratidão.

A sexualidade na velhice é um tema comumente negligenciado pela medicina, pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde.

A **atividade sexual humana** depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de uma companheira e de suas características, depende também do contexto sociocultural onde se insere o idoso.



Descrevem-se como **variáveis que podem comprometer a atividade sexual** na maturidade, alguns fatores:

1. A capacidade e interesse do(a) companheiro(a),
2. O estado de saúde,
3. Problemas de impotência no homem ou de dispareunia na mulher,
4. Efeitos colaterais de medicamentos
5. Perda de privacidade, como por exemplo, viver na casa dos filhos.

Entre as eventuais causas que concorrem para a diminuição da sexualidade na idade madura, vários autores têm tido opiniões divergentes, embora todos esses estudos tenham inegável importância para um conhecimento mais global do problema.

Para a maioria dos investigadores, a diminuição da atividade sexual na velhice relaciona-se tanto com as mudanças físicas do envelhecimento, como com as influências de atitudes e expectativas impostas pelo modelo social, assim como com fatores psicológicos próprios do idoso.

1º É a própria atitude do idoso diante das mudanças fisiológicas normais do envelhecimento. Diz um ditado que “envelhece-se como se viveu” e, de facto, o idoso terá tão maiores problemas de adaptação à sua condição de vida, quanto mais dificuldades de adaptação teve em tempos anteriores

2º O progressivo aumento do período entre as ereções e a maior dificuldade para consegui-las, pode produzir uma ansiedade crescente no homem, e esta ansiedade prejudicará ainda mais sua capacidade de resposta sexual. Completa-se um círculo vicioso mantido pela ansiedade.

O mesmo sucede com a dispareunia de introdução nas mulheres devida à diminuição de estrógenos pós-menopáusicas.



A dor na relação (dispareunia) provoca ansiedade antecipatória com conseguinte aumento da dor, também formando um círculo vicioso difícil de romper.

3º A nossa sociedade costuma medir a atividade sexual em função do coito e, como a frequência com que este ocorre é menor na velhice, muitos idosos optam, progressivamente, pela abstinência.

Mas o coito não esgota as possibilidades sexuais. O que ocorre é que grande número de idosos se nega a modificar seus costumes e não aceitam variar a atividade sexual.

Além disso, muitas mulheres receberam um tipo de educação, na qual se rejeitava a necessidade do prazer feminino, resultando no acanhamento e escassez com que elas tomassem a iniciativa da atividade sexual.

4º Diante de alguma doença crónica, mesmo que esta não afete diretamente a capacidade sexual, o medo e a atitude negativa perante os problemas da idade limitam mais ainda a atividade sexual tanto dos homens como das mulheres.

Outra limitação importante da sexualidade, é a disponibilidade do(a) parceiro(a) e sua capacidade para manter relações sexuais.

Entre os idosos existe um desequilíbrio numérico a favor das mulheres, que representam dois terços da população da sua idade com menor disponibilidade de homens.

Nesse caso, a ausência de atividade sexual relaciona-se, diretamente, com a não existência de um parceiro estável.



De qualquer modo, o mais importante é saber que existem diferenças individuais significativas quanto à sexualidade, e entre tais diferenças parecem influir alguns fatores, tais como as características das relações sexuais na juventude, o estado de saúde, os medicamentos administrados, a existência de alterações psicopatológicas, assim como variáveis psicossociais, a existência de parceiro(a) estável, a qualidade da relação, o funcionamento social e o nível educacional.

2.2.Crise da menopausa

Definições de menopausa:

- Processo natural, caracterizado pela paragem definitiva das menstruações, resultantes da perda de atividade do ovário
- A perda de atividade do ovário, com a respetiva ausência de produção de progesterona e estrogénios, ocorre habitualmente entre e 45 os 50 anos, sendo clinicamente diagnosticada após 12 meses de amenorreia.

Mais ou menos no intervalo etário apontado ocorrem alterações fisiológicas na mulher que tem repercussão na sua vida sexual.

Manifestações menopáusicas:

- Afrontamentos;
- Secura vaginal;
- Dispareunia;
- Alterações mnésicas;
- Insónias;
- Irritabilidade;
- Humor deprimido;
- Fadiga;
- Cefaleias;
- Alterações de peso



- Osteoporose;
- Hipertensão arterial;
- Arteriosclerose;
- Atrofia vulvo-vaginal;
- Incontinência urinária;
- Insegurança;
- Dores articulares;
- Alterações no cabelo e na pele.

As manifestações menopáusicas provocam as seguintes alterações sexuais na mulher idosa:

- Alterações morfológicas vaginais:
 - O útero regride ao tamanho pré-púbere;
 - Atrofia do endométrico e da mucosa do colo uterino;
 - Vagina mais curta e menos flexível
- Diminuição do desejo sexual
- Diminuição da frequência da atividade sexual;
- Dificuldades de excitação:
 - Lubrificação vaginal deficitária;
- Desconforto face ao envolvimento sexual / Dispareunia;
- Resposta orgástica mais tardia (Orgasmo menos intenso e com menor número de contrações)

A passagem de uma fase reprodutiva, para uma fase pós reprodutiva vai exigir às mulheres um ajustamento físico e psicológico.

Sendo acentuada pelo negativismo socialmente construído e individualmente incorporado, que tende a desvalorizar a mulher nesta fase da vida, uma vez que na sociedade a feminilidade ainda se encontra fortemente conotada com a maternidade.



A perda de capacidade procriativa pode ter um significado gerador de um sentimento de inferioridade.

A Dispareunia, ou coito doloroso, é o sintoma mais frequente nas disfunções sexuais da mulher. Provocado pela diminuição fisiológica da produção de Estrógenos devido à menopausa e atrofia vaginal pós-menopáusia, com diminuição da lubrificação da mucosa (converte à vagina num órgão mais suscetível às lesões e infeções).

Qualquer doença sistémica, que ocorra no homem, que produza debilidade, repercutirá na atividade sexual de maneira inespecífica.

Outra queixa feminina importante é a diminuição ou perda do desejo sexual, a qual parece estar associada à diminuição da produção de andrógenos que ocorre depois da menopausa.

A presença de incontinência urinária, que é um transtorno muito frequente em mulheres idosas, inibe o desejo e a resposta sexual.

Em 46% das mulheres que apresentam incontinência urinária este problema pode alterar a atividade sexual.

A histerectomia, que é a intervenção cirúrgica mais frequente na mulher com mais de 50 anos, pode supor o surgimento de problemas nas relações sexuais.

Nesse caso trata-se de uma representação psicológica de perda da feminilidade ou de um Transtorno Depressivo concomitante.

2.3. Sexualidade depois dos 60 anos

A crença de que a idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente unidos tem feito com que não se preste atenção suficiente a uma das



atividades que mais contribuem para a qualidade de vida nos idosos, como é a sexualidade.

Entretanto, os estudos médicos demonstram que a maioria das pessoas de idade avançada é capaz de ter relações e de sentir prazer em toda a gama das atividades a que se entregam as pessoas mais jovens.

Uma revisão da literatura sugere que há uma diminuição gradual na frequência das condutas sexuais, com diminuição do interesse sexual e um aumento das Disfunções Sexuais com a idade.

Nos idosos, a função sexual é comprometida, em primeiro lugar, pelas mudanças fisiológicas e anatómicas que o envelhecimento produz no organismo são. Mas é um erro grosseiro e frequente a confusão que se faz, entre envelhecimento e doença.

As características psicológicas, sociais e culturais influem de maneira decisiva na função sexual.

Na velhice, o interesse ou desejo sexual nos homens se mantém melhor que a atividade sexual, enquanto nas mulheres, existe um declínio em ambos aspetos da sexualidade.

Existem importantes variações individuais na sexualidade durante o envelhecimento, o que indica que as mudanças da atividade sexual no idoso são fruto de múltiplos fatores.

O aumento das Disfunções Sexuais no idoso também se reconhece nos diversos estudos sobre o tema.



A Disfunção Sexual pode ser devida a causas médicas, psicológicas e/ou, como efeito secundário da medicação administrada, onde os fatores psicológicos desempenham um papel muito importante.

2.4. Amor e sexualidade na pessoa idosa

É preciso reconhecer o protagonismo da amizade, do amor e da companhia: a reciprocidade e a entrega sem limites. Só o amor traduzido em reciprocidade e fidelidade podem preencher e dar sentido a esta última etapa da nossa vida.

Para o Idoso, é imprescindível levar uma vida sexual saudável e agradável até ao final, acompanhado da pessoa amada, sentindo uma mão que o acaricie, que o atrai e o ama. Sendo esta a melhor razão para continuar a viver.

O amor e a sexualidade estão sempre a postos para serem redescobertos, aprendidos e revalorizados.

À medida que a pessoa envelhece e as limitações biológicas aparecem, surge a necessidade de fazer um inventário da sua vida sexual e uma avaliação das relações sexuais mantidas até então.

Obtendo como resultado a constatação de que o prazer não se reduz a uma parte do corpo, mas que todo ele participa.

Parte do segredo está em descobrir que a expressão sexual não é uma questão de “força, juventude, atletismo e produção”, mas da própria capacidade sensual, às vezes mais agradáveis que as respostas genitais.



A sexualidade humana implica duas linguagens complementares que nem sempre atuam juntas. A primeira linguagem é demasiado imperiosa, agressiva, dura, descontrolada, de exigências rápidas (dos jovens).

A segunda linguagem, empreende um jogo gratuito, lúdico e sem rodeios, com o único objetivo de transmitir felicidade e recebe-la.

São pois as pessoas idosas que devem ensinar-nos que o tato, a carícia e a ternura, não estão vinculados ao processo de envelhecimento biológico e, com a idade em vez de diminuir e deteriorar-se, aumentam em qualidade e necessidade para, como o melhor remédio, permitir viver com prazer e alegria.

Os idosos devem considerar a sexualidade na sua idade como um jogo relaxante, expansivo e ocupacional do tempo de que dispõem e ao qual tem direito.

Por intermédio do jogo erótico livram-se do peso de todas as preocupações provenientes da vida real. Este jogo é um grande meio e uma das funções e significados da sexualidade humana.

A carícia faz com que o idoso sinta o seu corpo como sendo valioso, desejado, atraente e querido, numa sociedade que o abandona.

É uma sensação agradável que estimula as pessoas a aproximarem-se sem gerar de modo sistemático a necessidade de coito. Vai-se desencadeando em todo o corpo, indo parar ao cérebro, que avalia, e que depois aceita ou rejeita, a passagem à ação do contexto afetivo.

O tato tem uma intensa conotação psíquica. Não é uma simples sensação física, mas emoção e comunicação. Sentimos, amamos, detestamos e comunicamos por meio da pele.



Por intermédio do tato estabelecemos a nossa primeira comunicação quando nascemos e é a melhor linguagem que nos resta para falarmos no processo de envelhecimento.

O contacto cutâneo é simultaneamente uma emoção, uma comunicação, algo que proporciona segurança. Os estímulos cutâneos são essenciais e imprescindíveis para a autorrealização da pessoa idosa.

Uma estimulação táctil cheia de ternura é uma necessidade primária para aceitar de maneira ativa o processo de envelhecimento e que deve ser satisfeita para que as pessoas idosas continuem a desenvolver-se como seres humanos saudáveis e equilibrados (psíquico e físico).

Como profissionais da área da geriatria devemos ter estes factos sempre presentes e devemos dar o nosso contributo para que a sociedade, as instituições e os próprios idosos aceitem a sexualidade de uma forma mais natural e menos preconceituosa.



Bibliografia

AA VV., *Manual de boas práticas – um guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas*, Instituto da Segurança Social, 2005

Ramilo, Teresa, *Manual de psicologia do idoso*, Instituto Monitor, 2000

Ribeiro, Óscar, *Manual de Gerontologia Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Ed. Lidel, 2012

Sanches, Maria do Carmo; Pereira, Fátima, *Manual do formando: Apoio a idosos em meio familiar*, Projeto Delfim, GICEA - Gabinete de Gestão de Iniciativas Comunitárias do Emprego, 2000