

Objetivos

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

Conteúdos

- ✓ 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

Aspetos biológicos e psicológicos no envelhecer

O envelhecimento é um fenómeno que afeta todo o indivíduo, e que termina de forma natural com a morte. É impossível dizer quando começa pois, estando dependente do nível biológico, psicológico ou sociológico, a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo.

Segundo alguns especialistas podemos dizer que existem 3 tipos de envelhecimento:

- ✓ **Habitual** – caracteriza-se por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais próprias da idade, mas sem doenças;
- ✓ **Bem-sucedido** – sustentar um padrão comparável ao de indivíduos mais jovens
- ✓ **Patológico** – com a presença de sintomas/ doenças típicos de velhice ou com o agravamento de doenças previamente existentes

Sendo assim, qual é afinal a idade que temos? A resposta que nos vem à cabeça mais rapidamente é a idade cronológica, no entanto existem “várias idades” que podemos enumerar:

- ✓ **Idade cronológica** – é aquela que está ligada ao nosso bilhete de identidade, é a contagem desde o ano de nascimento até ao dia de hoje, é uma forma de sermos iguais perante o envelhecimento;
- ✓ **Idade biológica** – está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante toda a vida, e a capacidade de autorregulação torna-se menos eficaz;
- ✓ **Idade social** – refere-se aos estatutos e aos hábitos da pessoa e da sociedade onde esta está inserida. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história do país;
- ✓ **Idade psicológica** – relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente. Inclui a capacidade de memória, inteligência e a motivação.

Ao longo deste módulo vamos perceber que é impossível dissociar os diversos fatores que compõem a velhice, apesar de os conseguirmos identificar claramente. Isto é, as perdas de memória (dimensão psicológica) podem estar associadas à morte de células do cérebro (dimensão física). Muitas depressões (dimensão psicológica) que ocorrem na terceira idade são, por um lado, causadas pela perceção da perda de capacidades físicas e, por sua vez, conduzem a uma inércia e a uma inatividade muito prejudiciais para a saúde física do idoso. Por tudo isto, os aspetos biológicos e psicológicos devem ser entendidos como duas faces da mesma moeda.

Emoções e velhice

O avanço da idade traz-nos experiência e conhecimento, no entanto também traz a percepção de que a nível físico está a existir uma deterioração. É inevitável pensar que a velhice é um fenómeno ameaçador e angustiante para muitas pessoas.

Mas não é só a perspetiva do desgaste e da incapacidade física que assusta o idoso. A aproximação da morte, a demência, a solidão e o abandono, são tudo fatores que contribuem para que o processo de envelhecimento esteja repleto de medos e ansiedades.

Com a chegada à terceira idade, o indivíduo passa a ter comportamentos/sentimentos que se calhar até ali não ocorriam:

- ✓ Dificuldade (maior ou menor) em aceitar-se como alguém que está a envelhecer ou que está velho;
- ✓ Certo declínio na manifestação da afetividade, dos interesses, das emoções e dos desejos;
- ✓ Aumento da ansiedade associada ao medo da morte, doença, amigos que morrem;
- ✓ Comportamentos regressivos/infantis;
- ✓ Maior apego aos valores já conhecidos e convencionais, aos costumes e às normas já instituídas;
- ✓ Autoestima baixa, sentimento de inutilidade, desvalorização;
- ✓ Alterações de humor/depressão.

Na nossa sociedade atual, completamente focalizada na produtividade e na valorização do corpo, o idoso deixa de usufruir o estatuto que tinha outrora. O idoso sente-se frequentemente desvalorizado e rejeitado como um “fardo” insuportável, com prejuízos enormes para a sua autoestima e para o seu gosto pela vida.

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 resistência psicológica e que tendem a deprimir. É este um dos desafios para os profissionais que trabalham nesta área: combater o sentimento de inutilidade e de desmotivação/frustração.

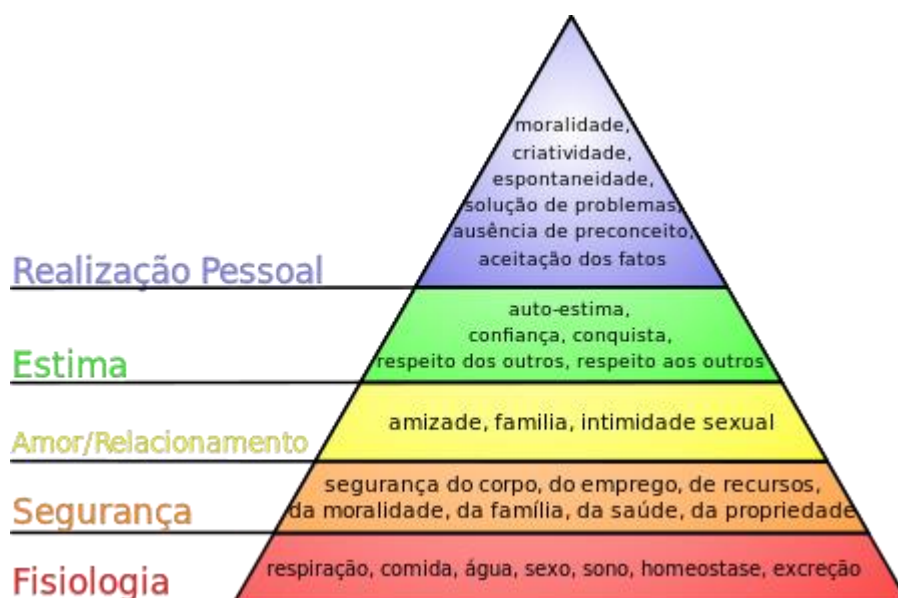
A **depressão** é um problema de saúde de grande importância na 3ª idade, principalmente porque o **suicídio**, umas das mais serias consequências da depressão, está entre as 10 causas de morte de idosos. Sendo que as grandes causas que estão na origem do suicídio são: a solidão, a inatividade e as perdas dos entes queridos.

Motivação

Motivação é o nome que damos às forças que nos movem. O que nos impele a trabalhar? O que faz com que nos envolvamos em atos de solidariedade e de cidadania? Porque é que cantamos e dançamos ou saímos de casa para assistir a uma peça de teatro?

As motivações são os mecanismos que nos impellem para a realização de determinadas ações.

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



As necessidades **fisiológicas** são as mais básicas e que estão diretamente relacionadas com a sobrevivência da pessoa. São necessidades comuns a qualquer ser vivo, humano ou animal. Embora haja momentos em que podemos deixar de parte estas necessidades (quando, por exemplo, uma atividade mais apaixonante nos faz esquecer a fome), na realidade não podemos deixar de as satisfazer 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, já sofrem uma maior influência dos 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 nível seguinte, na pirâmide, é o **social**. Surge no comportamento quando as necessidades anteriores se encontram satisfeitas. Estão relacionadas às necessidades de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor.

As necessidades de **autoestima** estão relacionadas com a maneira como o indivíduo se vê e se avalia. É uma necessidade com uma componente social fortíssima. Com os idosos esta necessidade surge constantemente. Como já falamos, o idoso sente-se, por vezes, desprovido socialmente. Essa percepção de 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 vêm 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.

A maior parte das pessoas, ao chegar à 3ª idade, perde a motivação para seguir a lutar pelos seus gostos e interesses. Algo que origina:

- ✓ Isolamento e introspeção;
- ✓ Perda ou diminuição do interesse sexual, mas com tendência a contar anedotas satíricas de conteúdo sexual;
- ✓ Aumento ou diminuição do apetite;
- ✓ Dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a ideias e situações novas.

Personalidade: Tipologias

A personalidade é uma estrutura ou uma organização integradora de comportamentos. Trata-se do nosso modo de pensar, de sentir, de agir ou de reagir nas situações quotidianas.

Por vezes, a propósito da forma como determinada pessoa, que julgávamos conhecer muito bem, reage em certa situação e nos surpreende, dizemos “não a julgava assim”. Isto significa que esperamos que a pessoa reagirá de certa maneira, porque possui tal ou tais traços de personalidade. Este fenómeno faz sobressair a dupla face da personalidade: ela é individual e social. Nós possuímos uma representação daquilo que julgamos que os outros pensam de nós.

Segundo alguns autores, a personalidade dos idosos divide-se naqueles que se adaptaram de forma saudável ao desenvolvimento e naqueles que não se conseguiram adaptar.

O idoso que se adaptou ao desenvolvimento pode ser:

➤ **Construtivo**

- ✓ Bem integrado, respeitado, estável, que desfruta daquilo que a vida lhe proporciona;

➤ **Dependente**

- ✓ É passivo, voluntariamente dececionado e satisfeito, gosta de descansar;

➤ **Defensivo**

- ✓ Ativo, rígido, disciplinado, individualista, dedica-se a muitas atividades por não conseguir ficar parado.

O idoso que não se adaptou ao desenvolvimento pode ser:

➤ **Colérico**

- ✓ Culpa o mundo e as pessoas pelos seus insucessos pessoais, tem pouca ambição quanto ao futuro, vida social instável e padrões económicos precários, luta contra as manifestações do envelhecimento.

➤ **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 comprometam 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 é a sua origem.

➤ **Rigidez**

- ✓ Corresponde a uma dificuldade na assimilação ou mesmo aversão a ideais, coisas e situações novas. Em contrapartida, existe um apego maior aos valores já conhecidos e convencionais, 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 da 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.

➤ **Isolamento**

- ✓ A pessoa idosa tende a evitar o contato com os outros;
- ✓ Esta tendência pode não corresponder a uma busca intencional da solidão mas a uma dificuldade em 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 validas e que a sua presença é apreciada e desejada.

Tarefas evolutivas da velhice

O que são tarefas evolutivas/de desenvolvimento?

São tarefas com as quais as pessoas satisfazem as suas necessidades pessoais e garantem o desenvolvimento e manutenção de padrões sociais e culturais. Desta forma, alimentam o progresso social e cultural e ao mesmo tempo o bem-estar do indivíduo.

Estas tarefas não são estanques, isto é, não são as mesmas ao longo de toda a vida, mas também não são iguais para todos os indivíduos. Em cada fase da vida temos determinadas etapas a cumprir, se isso não acontecer pode por em causa a realização de outras tarefas que achávamos que íamos realizar na etapa seguinte.

Existe uma expectativa social de que as pessoas em cada etapa da vida devem cumprir com êxito determinadas tarefas básicas.

❖ Tarefa básica na **infância**

- ✓ Dominar a leitura e a escrita
 - Realizar com sucesso esta tarefa significa ter um instrumento para a sua independência, para uma comunicação mais ampla e efetiva, que posteriormente facilitará as escolhas para o futuro (a nível académico e profissional).

❖ Tarefa básica na **adolescência**

- ✓ Formação pessoal / independência
 - Esta fase está dependente da anterior e prolongam-se para o período seguinte.

❖ Tarefas básicas para o **adulto**

- ✓ Responsabilidades cívicas e sociais
- ✓ Estabelecer e manter um padrão económico de vida
- ✓ Ajudar os filhos a serem futuros adultos responsáveis e felizes
- ✓ Desenvolver atividades de lazer
- ✓ Relacionamento com o esposo(a)
- ✓ Aceitar e ajustar-se às mudanças físicas da meia-idade e ajustar-se aos pais idosos.

❖ Tarefas básicas na **velhice**

- ✓ Ajustar-se ao decréscimo da força e da saúde
- ✓ Ajustar-se a reforma
- ✓ Ajustar-se à morte do(a) esposo(a)
- ✓ Estabelecer filiação a um grupo de pessoas idosas
- ✓ Manter obrigações sociais e cívicas assim como investir no exercício físico satisfatórios para viver a velhice.

As tarefas evolutivas da velhice são formas de organização da vida que possibilitam até a aceitação da morte. Para que estas tarefas sejam ultrapassadas com êxito pode ser necessário enfrentar determinados obstáculos, tais como: ambiente agressivo, assuntos familiares não resolvidos ou ausência de cuidadores adequados.

Cumprir todas as tarefas é importante, assim como é importante para o idoso saber que pode contar com o apoio de toda a família, da sociedade e dos profissionais que atuam nas áreas necessárias (saúde, advocacia, exercício físico,...).

Segundo Erikson, as pessoas com mais de 65 anos encontram-se no estágio de “Integridade vs. Desespero e Isolamento”. Isto é, nesta fase existe o conflito entre a satisfação de uma vida produtiva e o desespero com base no sentimento de que a vida não tem significado. A integridade permite uma aceitação do próprio lugar no ciclo vital e o reconhecimento de que somos responsáveis pela nossa vida. A não-aceitação desse lugar significa o medo da morte e um sentimento de desespero e angústia.

As principais tarefas evolutivas da velhice são:

- ✓ Aceitação do corpo que envelhece;
- ✓ Aceitação da limitação do tempo e da morte pessoal;
- ✓ Manutenção da intimidade;
- ✓ Relacionamento com os filhos:
 - Deixar ir
 - Atingir igualdade
 - Integrar novos membros;
- ✓ Relação com os pais:
 - Inversão de papéis
 - Morte;
- ✓ O afastamento do trabalho;
- ✓ A desvalorização social da velhice;

- ✓ A falta de definição sociocultural de atividades em que o idoso possa sentir-se útil e alcançar reconhecimento social;
- ✓ Preparação para a morte.

Existem medidas preventivas que podem ser tomadas para que estas tarefas evolutivas sejam mais facilmente realizadas:

- ✓ Manter a saúde física de forma a prevenir as doenças degenerativas;
- ✓ Independência económica;
- ✓ Ter o seu próprio espaço físico ou moradia;
- ✓ 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 o seu antigo trabalho ou profissão.

Ajustamentos psicossociais da velhice

Robert Peck sugere três ajustamentos psicológicos importantes para a fase final da vida:

- ✓ *Definições mais amplas do ego contra uma preocupação com papéis de trabalho* – aquele idoso que define a sua vida pelo trabalho, direcionando o seu tempo à conquista de triunfos profissionais;
- ✓ *Superioridade do corpo contra preocupação com o corpo* – aquele idoso para quem o bem-estar físico é primordial para uma vida feliz; pode ter que enfrentar o desespero ao se dar de conta da diminuição progressiva da saúde, com a chegada da terceira idade, e com o surgimento de dores e limitações físicas;
- ✓ *Superioridade do ego contra uma preocupação com o ego* – provavelmente o mais duro e o mais importante ajuste para o idoso é a preocupação com a proximidade da morte; o reconhecimento do significado duradouro de tudo o que fez vai ajudar a superar este medo, e continuar a contribuir para o próprio bem e para o dos outros.

A partir da síntese das teorias da personalidade, Ryff propôs um modelo multidimensional de bem-estar psicológico. Isto é, destacou as situações em que o indivíduo consegue adaptar-se de forma positiva às mudanças da velhice.

O modelo é composto por 6 domínios: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e desenvolvimento/crescimento pessoal.

O domínio da “autoaceitação” é caracterizado por:

- ✓ Uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e ao seu passado;
- ✓ Reconhecimento e aceitação das suas características positivas e negativas.

O sentimento de aceitação gera estima, confiança e segurança em si e nos outros. A aceitação da incapacidade é definida como um dos melhores indicadores de ajustamento positivo. Sendo caracterizada por:

- a) Capacidade do indivíduo perceber o valor de atividades e metas que não foram perdidas apesar da sua incapacidade;
- b) Avaliação do próprio valor, de atributos e capacidades, baseada não apenas em aspetos físicos, mas também em outros (por exemplo, persistência, inteligência);
- c) Mesmo quando o indivíduo é influenciado por perceções, atitudes e linguagem de outras pessoas, foca a sua própria atitude em relação à incapacidade, sentindo-a como mais uma de suas características, e não a única.

O domínio das “relações positivas com os outros” diz respeito a:

- ✓ Manter com os outros uma relação de qualidade, uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira;
- ✓ Preocupar-se com o bem-estar do outro e ser capaz de manter relações afetuosas e agradáveis, sejam elas familiares, de intimidade ou de amizade.

Relações sociais significativas permitem o desenvolvimento do indivíduo, dão sentido às experiências e podem oferecer apoio, importantes elementos no processo de adaptação, principalmente em momentos de transição da vida adulta. No caso específico das pessoas com incapacidade física, o apoio social pode tornar-se mais significativo. O indivíduo sente-se mais amado e estimado e com sensação de controlo sobre sua própria vida.

O domínio da “autonomia” implica:

- ✓ Ser independente, mesmo que a pessoa necessite de apoio para operacionalizar as suas escolhas e, às vezes, até para a realização de atividades da vida diária;
- ✓ Tomar decisões de acordo com o que acredita ser melhor, dentro de seus próprios padrões, e não ser influenciado por pressões sociais para pensar e agir.

O conceito de autonomia pode ser comparado aos conceitos de autodeterminação e independência. Está relacionado ao conceito de liberdade, e, como teorizou Kant, é a capacidade de autonomia que traz aos seres humanos dignidade.

O domínio do “domínio sobre o ambiente” significa:

- ✓ Ter competência para organizar o ambiente;
- ✓ Aproveitar as oportunidades que surgem em seu redor;
- ✓ Apresentar competências para escolher ou criar contextos adequados às suas necessidades e valores;
- ✓ Eliminar barreiras e fazer adaptações pessoais ou no ambiente, quando necessárias.

Para que este domínio seja bem-sucedido é necessário que seja compatível com as capacidades físicas e com as competências comportamentais dos indivíduos.

O domínio do “propósito de vida” significa:

- ✓ Ter metas na vida;
- ✓ Dar sentido à sua vida presente e passada;
- ✓ Acreditar que a vida é algo importante, e que, apesar dos obstáculos, é preciso ter motivação para continuar a disfrutar dela.

O domínio “desenvolvimento e crescimento pessoal” revela pessoas que:

- ✓ Estão abertas a novas experiências;
- ✓ Reconhecem o seu potencial de realização e as suas mudanças;
- ✓ Tem um bom autoconhecimento e autoeficácia.

Indivíduos bem-ajustados têm uma maior capacidade para se adaptar às exigências sociais e emocionais da vida quotidiana. Mesmo quando se dão perdas a nível físico ou psicológico, o ser humano sempre aspirou a viver longamente, com autonomia e com boa saúde, tendo uma boa velhice.

Vamos então relembrar algumas das coisas mais importantes às quais o idoso pode ver-se obrigado a ajustar-se:

- ✓ Ao decréscimo de força e de saúde;
- ✓ À reforma;
- ✓ À eventual viuvez;
- ✓ À necessidade de se filiar num grupo de pessoas idosas;
- ✓ À necessidade de manter obrigações sociais e cívicas;
- ✓ À necessidade de investir no exercício físico;
- ✓ À necessidade de ter cuidados redobrados com a alimentação
- ✓ À mudança de papéis sociais.

1. A saúde e as capacidades físicas e mentais

O envelhecimento comporta alterações físicas já referidas aqui e modificações nas competências psicológicas que serão abordadas mais à frente.

No entanto, é necessário referir que existe uma maior propensão para as doenças, perda de força muscular e diminuição de algumas capacidades cognitivas.

A velocidade com que esta deterioração se dá pode ser retardada com hábitos de vida saudáveis e com um quotidiano ativo e estimulante. Fazer uma alimentação saudável, fazer exercício físico adequado e realizar atividades sociais e intelectualmente desafiantes são apenas alguns exemplos de como se pode envelhecer com qualidade.

Se ao longo da vida a pessoa não agiu preventivamente, as exigências de uma velhice minimamente saudável comportam uma mudança de hábitos, por si só, bastante difícil. Deixar de fumar, deixar de beber álcool, beber muita água, seguir uma dieta pobre em sal e rica em cálcio, são ajustamentos muito comuns que o idoso tem que fazer.

O idoso deve também adaptar-se às falhas de memória, às mudanças do sono, às dores, à diminuição da força ou da agilidade.

2. A identidade e os preconceitos sociais

Envelhecer significa ter que fazer ajustamentos do ponto de vista identitário. Ao reformarmos-nos, abandonamos uma carreira, uma profissão e a forma como isso nos definiu como pessoa durante anos. Se não encontramos uma forma de nos mantermos ativos, corremos sérios riscos de nos vir a sentir inúteis e sem valor.

Quando há perda de poder económico e passa a haver dependência financeira relativamente aos familiares mais próximos (principalmente aos filhos) essa sensação de menos-valia é ainda mais acentuada.

À medida que envelhecemos vamos sendo categorizados socialmente como “velhos”. A essa categoria são associadas várias características, quase todas negativas, ou seja, há muitos preconceitos sociais relativamente aos idosos.

Os idosos são frequentemente percebidos como “um fardo”, como “regressados à infância”, como “senis”, “casmurros” e “rabugentos”, etc.

Ora, os idosos já foram novos e, nessa altura, partilharam de alguns ou de muitos desses preconceitos, pelo que agora sabem a forma como são julgados socialmente.

Este ajustamento não é nada fácil e implica encontrar formas de sentir e de comunicar - uma identidade positiva. Implica igualmente aprender a lidar com a crescente falta de autonomia e de liberdade que tende a ocorrer.

O idoso também pode ser estimulado a procurar ocupações que lhe tragam realização e autoestima (por exemplo, trabalho voluntário, convívio, cursos nas universidades sénior, etc.).

3. As mudanças de ambiente

O idoso que vive em sua casa ou com familiares precisa que a casa sofra alterações para ajudar na sua deslocação e segurança. As escadas e as casas de banho são, normalmente, espaços que exigem requisitos especiais de adaptação ao idoso.

O idoso que vai viver para uma instituição (lar, hotel geriátrico...) tem que se adaptar a um ambiente completamente diferente da sua casa. Apesar de poder ganhar em termos de conforto e da qualidade dos cuidados de saúde, deixa de estar no seu “território” para estar num espaço alheio, deixa de ser único para ser um entre muitos, perde grande parte da sua autonomia bem como a liberdade de alterar o espaço onde vive.

4. Perdas

Com o passar dos anos, a dimensão da família tende a alargar, mas a família nuclear vai ficando progressivamente mais pequena à medida que os filhos vão saindo de casa dos pais. Chega a um ponto em que o casal tem que reaprender a viver só.

Por outro lado, quanto mais tempo vivemos, mais pessoas queridas perdemos. São os familiares, os amigos e, por vezes o(a) nosso(a) companheiro(a). Nem sempre é fácil aprender a viver sem pessoas que fizeram parte da nossa vida durante anos.

A viuvez é uma perda muito importante que produz transformações muito grandes na vida da pessoa. Não é apenas nos casais harmoniosos que a viuvez comporta grande sofrimento. Até nos casais conflituosos o padrão de permanente atrito desempenha um papel importante na vida afetiva das pessoas. Também nesses casos a morte de um companheiro produz um enorme vazio.

A convivência com a perda relembra e reforça a eminência da própria morte. Essa é também uma preparação que a pessoa idosa deve fazer de forma para conseguir continuar a viver tranquilamente e com qualidade

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.

A capacidade do indivíduo fazer face à morte depende:

- ✓ Personalidade;
- ✓ Educação;
- ✓ Experiências de vida;
- ✓ Autoestima;
- ✓ A longitude ou a aproximação do momento da morte.

Relativamente ao tema morte existem aspetos que é preciso salientar:

a) Nível psicológico:

- 1) Sentimentos experimentados perante a própria morte e a dos outros;

b) Nível sociológico:

- 1) Valores e preconceitos sobre a morte;
- 2) Quebra perante as relações humanas;

c) Nível biológico – inicialmente, a morte era determinada pela ausência de batimentos cardíacos. Atualmente define-se o estado de morte cerebral com o auxílio de nove critérios:

- 1) Ausência de reflexos motores;
- 2) Ausência de movimentos espontâneos e de resposta a estímulos;
- 3) Ausência de movimento dos olhos, de pestanejar;
- 4) Ausência de atividade postural, de deglutição e de bocejo;
- 5) Ausência de vocalização;
- 6) Insensibilidade aos estímulos dolorosos;
- 7) Ausência de respiração durante pelo menos uma hora;
- 8) Eletroencefalograma sem traçado durante quinze minutos;
- 9) Persistência de todos os critérios durante vinte e quatro horas.

Existem duas concepções relativamente à morte: a própria morte e a morte do outro. Na primeira existe a consciência do próprio fim e a reflexão de como será o fim e quando este ocorrerá. No segundo caso existe o medo do abandono e a consciência da ausência daquela pessoa.

O idoso pode ter atitudes positivas ou negativas face à morte, influenciadas pela idade e pelo estado de saúde.

Relativamente às atitudes positivas, são características de idosos que falam sobre este tema de forma aberta, sem qualquer tipo de preconceito associado. Os indivíduos que estão institucionalizados são um pouco mais pessimistas do que os que estão com a família. Conseguindo as mulheres exprimir melhor as emoções e os sentimentos do que os homens, o que lhes proporciona menor preocupação com este tema.

Em oposição, os idosos que apresentam atitudes negativas são aqueles que evitam falar do tema e até reagem de forma mais agressiva quando alguém o refere. Tem medo do sofrimento, da dor, da dependência de terceiros e das perdas funcionais. Acima de tudo temem serem um fardo, serem rejeitados, ficarem isolados e separados dos que amam.

Segundo Kübler- Ross existem cinco fases a partir do momento em que alguém descobre que vai morrer:

- 1) Negação e isolamento: “Isto não me está a acontecer”;
- 2) Cólera (Raiva): “Porquê eu? Não é justo”;
- 3) Negociação: “Deixa-me apenas viver até ver os meus filhos crescerem”;
- 4) Depressão: “Estou tão triste. Porquê que me vou preocupar com alguma coisa? Eu vou morrer”;
- 5) Aceitação: “Tudo vai acabar bem. É algo que é natural acontecer”.

O que é o luto?

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.

Apesar do processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal, cada indivíduo tem uma forma própria 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.

Falemos agora dos sentimentos comuns no processo de luto:

- ✓ Tristeza: o sentimento mais comum no enlutado, muitas vezes manifestando-se através do choro;
- ✓ Raiva: pode ser da sensação de frustração por não haver nada que se possa fazer para prevenir a morte ou da sensação de incapacidade de viver sem a presença da outra pessoa. Uma das formas ineficazes de lidar com a raiva é direcioná-la para outras pessoas, culpabilizando-as pela morte do ente querido;
- ✓ Culpa e autocensura: principalmente no início do processo de luto há um sentimento de culpa por não se ter sido suficientemente bondoso. Na maior parte das vezes, esta culpa é irracional e desaparece quando confrontada com a realidade;
- ✓ Ansiedade: pode variar de uma ligeira sensação de insegurança até fortes ataques de pânico. Quanto mais intensa e persistente for a ansiedade, maior é a probabilidade de uma reação de sofrimento patológica. Isto devido ao fato 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 por aqueles que perderam os seus companheiros e que estavam habituados a uma relação próxima;

- ✓ Fadiga: pode ser sentida como apatia ou indiferença. Um elevado nível de fadiga pode criar grande ansiedade para uma pessoa que seja normalmente ativa;
- ✓ Choque: ocorre mais frequentemente nos casos de morte inesperada, mas também pode existir em casos cuja morte é previsível, mas o sofrimento é prolongado;
- ✓ Anseio: desejar fortemente o regresso da pessoa perdida. Quando este sentimento começa a diminuir pode ser um dos sinais do final do sofrimento;
- ✓ Emancipação: a libertação pode ser um sentimento positivo após a perda. Por exemplo, quando um jovem perde o seu pai que era um verdadeiro tirano;
- ✓ Alívio: é, principalmente, comum se a pessoa querida sofria de doença prolongada ou dolorosa. Contudo, um sentimento de culpa acompanha normalmente esta sensação de alívio;
- ✓ Torpor: Ausência de sentimentos. 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.

Apresentam-se, a seguir, as sensações físicas normalmente sentidas após a perda de um ente querido:

- ✓ Vazio no estômago;
- ✓ Aperto no peito;
- ✓ Nó na garganta;
- ✓ Hipersensibilidade ao barulho;
- ✓ Sensação de despersonalização (nada parece real, incluindo o próprio);
- ✓ Falta de fôlego (sensação de falta de ar);
- ✓ Fraqueza muscular;
- ✓ Falta de energia;
- ✓ Boca seca.

Ao nível das cognições e/ou dos pensamentos, também existem alguns mais presentes aquando da perda:

- ✓ Descrença: não acreditar na morte assim que se ouve a notícia;
- ✓ Confusão: pensamento confuso, dificuldade de concentração ou esquecimento de coisas;
- ✓ Preocupação: obsessão com pensamentos acerca do falecido;
- ✓ Sensação de presença: alucinações (visuais ou auditivas) são uma experiência frequente nos enlutados. São normalmente experiências ilusórias passageiras, que

ocorrem habitualmente após poucas semanas da perda e normalmente não agravam o sofrimento já existente.

Ao nível dos comportamentos manifestados após a perda de alguém, destacam-se:

- ✓ Distúrbio de sono (insónias);
- ✓ Distúrbio do apetite (normalmente há uma redução, mas também pode haver o aumento do apetite);
- ✓ Comportamentos de distração (“andar com a cabeça no ar”);
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Sonhos com a pessoa falecida;
- ✓ Evitar lembranças da pessoa falecida;
- ✓ Procurar e chamar pelo ente querido;
- ✓ Suspirar;
- ✓ Hiperatividade/agitação;
- ✓ Chorar;
- ✓ Visitar sítios ou transportar consigo objetos que lembrem a pessoa perdida;
- ✓ Guardar objetos que pertenciam à pessoa falecida.

Após a perda de alguém que nos é querido, existe uma série de tarefas de luto que têm de ser concretizadas para que se restabeleça o equilíbrio e para que o processo de luto fique completo. Desta forma, a adaptação à perda, de acordo com Worden (1991), envolve 4 tarefas básicas:

1. Aceitar a realidade da perda;
2. Trabalhar a dor advinda da perda;
3. Ajustar-se a um ambiente em que o falecido está ausente;
4. Transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida.

Segundo este autor, o processo de luto termina quando as tarefas descritas anteriormente são completadas. Relativamente à duração do processo de luto não se pode dizer que tem uma duração concreta. 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 que a fase de sofrimento está próxima do final é quando a pessoa consegue pensar no falecido sem dor e quando consegue reinvestir as suas emoções na vida e nos vivos.

Outro autor, Pincus, diz-nos que o luto se divide em três fases: inicial, intermédia e de ultrapassagem ou recuperação.

1. Fase inicial

- a. Semanas seguintes após a morte
- b. Choque
- c. Solidão
- d. Tristeza
- e. Incredulidade
- f. Estado depressivo ou semidepressivo

2. Fase intermédia

- a. Negociação com a morte
- b. Compreender a razão da morte da pessoa
- c. Procura da pessoa falecida

3. Fase de ultrapassagem ou de recuperação

- a. Acompanhamento e apoio às pessoas enlutadas
- b. Se os sentimentos descritos nas outras fases permaneceram para além de dois ou três anos, a pessoa pode estar a apresentar um luto patológico.

O termo de luto patológico é usado quando determinados fatores perturbam o processo de luto normal. Estas variáveis fazem com que o luto seja mais severo e duradouro do que seria de esperar ou, pelo contrário, fazem com que o enlutado evite ou nem sequer reconheça a sua dor, o que impede que ela se possa resolver.

Como identificar que estamos perante uma pessoa com luto patológico:

- ✓ Evita participar em rituais ou atividades relacionados com a morte;
- ✓ Realiza mudanças radicais no estilo de vida, evitando amigos, familiares e/ou atividades associadas ao falecido;
- ✓ Apresenta comportamentos eufóricos ou distantes, desadequados da realidade;
- ✓ Recusa mexer e/ou despedir-se dos bens materiais que pertenciam ao falecido;
- ✓ Apresenta sintomas físicos semelhantes aos do falecido, muitas vezes associados a datas específicas;
- ✓ Desenvolve esperança irrealista, acreditando que o falecido vai voltar;
- ✓ Apresenta comportamento como se o falecido estivesse presente;
- ✓ Desenvolve fobias em relação à doença e à morte.

A autora Rando, diz-nos que existem 7 variações do luto patológico:

1. Luto ausente;

Aspetos cognitivos do envelhecimento

Na maior parte das vezes, o envelhecimento está associado a dificuldades de memória e à lentidão de raciocínio. O que nos leva acreditar 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".

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).

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.

A juntar a tudo isto, o próprio cérebro encolhe e torna-se menos eficiente à medida se vai envelhecendo.

É claro que outras coisas podem ocorrer, com o cérebro, que podem acelerar esse declínio das funções cognitivas. Eis alguns exemplos:

- ✓ Medicamentos, especialmente os calmantes e hipnóticos;
- ✓ Abuso de bebidas alcoólicas ou tabaco;
- ✓ Doenças silenciosas (por ex. mau funcionamento da tiróide);
- ✓ Stress e ansiedade;
- ✓ Depressão;
- ✓ Falta de desafios e novos objetivos;
- ✓ Problemas sensoriais (diminuição da visão e da audição);
- ✓ Infecções;
- ✓ Exposição a tóxicos;
- ✓ Fatores genéticos.

Estas e outras causas que provocam um declínio das funções cognitivas e que podem ser tratadas durante o envelhecimento indicam alguns caminhos para um envelhecimento cognitivo mais estável.

As funções cognitivas são os processos mentais que nos permitem raciocinar, pensar e resolver problemas e isto inclui:

- ✓ Compreender e utilizar a linguagem;
- ✓ Reconhecer os objetos, classificá-los e situá-los no espaço;
- ✓ Focalizar, manter e dividir a atenção;
- ✓ Apreender e recordar informação recente;
- ✓ Planear, executar e supervisionar as nossas próprias atividades;
- ✓ Resolver problemas...

Estas capacidades variam de forma natural entre as diferentes pessoas. Cada um de nós tem os seus pontos fortes e os seus pontos fracos. A função cognitiva é considerada normal se desempenharmos de forma adequada as atividades da vida diária. Com o avançar da idade há certas funções cognitivas que são mais afetadas que outras.

Funções cognitivas *mais* afetadas:

- ✓ A informação não-verbal;
- ✓ Resolução de tarefas não familiares e não sujeitas a treino;
- ✓ A aquisição de novos conceitos e a aplicação dos conceitos existentes, rápida e adequadamente a situações complexas;
- ✓ A capacidade de organizar informações, de se concentrar e de manter a atenção;
- ✓ A resolução de problemas espaciais;
- ✓ A compreensão de novos métodos de pensamento e de trabalho e a adaptação a novas situações;
- ✓ Os raciocínios abstratos;
- ✓ As capacidades psicomotoras e as atividades preceptivas.

Funções cognitivas *menos* afetadas:

- ✓ A informação verbal;
- ✓ As situações especializadas;
- ✓ As tarefas familiares;
- ✓ O conhecimento acumulado.

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.

Para aprender, é necessário:

- ✓ Estar motivado - a vontade de aprender é uma característica essencial do ser humano, que possui a intenção de aprender;
- ✓ Ser dinâmico - estar sempre a procurar de novas informações;
- ✓ Ser criativo – procurar novos métodos visando a melhoria da própria aprendizagem, por exemplo, pela tentativa e erro.

Vygotsky diz que o pensamento propriamente dito é gerado pela motivação, isto é, pelos nossos desejos e necessidades, os nossos interesses e emoções. Sendo assim o principal meio pelo qual o indivíduo aprende é a sua interação com o meio.

O idoso tem a maior parte das suas estruturas complexas amadurecidas, contudo só isso não garante os processos de aprendizagem. As “funções mentais” – pensamento, memória, percepção e atenção – biologicamente vão sendo alteradas ao longo do processo de envelhecimento humano.

O idoso nem sempre necessita de alguém “mais velho”, mas de alguém com um conhecimento diferente daquele que o mesmo construiu ao longo da própria vida.

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.

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.

Avaliação das funções cognitivas

Mini-Mental State Examination

O MMSE é uma prova de rápida aplicação, bastante útil na avaliação de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas.

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

Teste do Relógio

Este teste permite-nos avaliar: a compreensão verbal, o planeamento, a memória visual, a habilidade viso-espacial, a execução motora e o conhecimento numérico.

Pede-se à pessoa que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos e pede-se uma hora específica (por ex.: 16h20).

Teste de fluência verbal

Este teste permite-nos avaliar: a linguagem, a memória semântica e as funções executivas.

Solicita-se à pessoa que diga o maior número de animais em 1 minuto. Deve-se verificar como foi utilizado o tempo disponível para a execução da tarefa. Idosos com demência além de pontuarem baixo, tendem a interromper a sequência de palavras após os 20 segundos.

Pessoas que fizeram até oito anos de escolaridade devem enumerar pelo menos 9 animais, enquanto que pessoas que fizeram mais de oito anos de escolaridade devem enumerar pelo menos treze animais.

Modificações nas funções cognitivas - A inteligência

Existem muitas definições para o conceito de inteligência mas é consensual que esta envolve a nossa habilidade de raciocinar, planejar, resolver problemas, compreender ideias e linguagens e aprender.

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.

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 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.

Modificações nas funções cognitivas - A memória

A memória é a capacidade que o indivíduo tem de armazenar e utilizar a informação de diversas maneiras por inúmeras vezes.

Segundo Rotrou (1993), possuímos três tipos de memória:

- ✓ A memória genética, informações contidas nos genes;
- ✓ A memória cultural, constituída por usos e costumes, o que foi adquirido;
- ✓ A memória transaccional, as informações acumuladas durante a vida do indivíduo. Este é o tipo de memória que as pessoas comumente definem como memória.

Uma das queixas mais comum 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.

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

A *memória sensorial* é um tipo de memória que está relacionada com a aquisição de conhecimentos. É através dos sentidos que as informações entram no sistema da memória. De entre as memórias sensoriais, destaca-se a memória visual (ou icónica) e a memória auditiva (ou ecóica). É um tipo de memória com uma duração muito breve (0.2 a 2 s.), mas que em contrapartida possui uma capacidade de armazenamento muito grande e proporcional à capacidade dos recetores.

Na memória existem diferentes processos de interação permanente entre órgãos dos sentidos que recebem a mensagem, certas zonas que armazenam as impressões, e outras que as analisam e as codificam.

Cada órgão desempenha um papel fundamental no processo da memória. Assim dizemos: memória visual, memória auditiva, memória olfactiva e memória tátil.

As informações que entram pelos órgãos dos sentidos em geral são combinadas, ou seja: ouvimos e vemos, ou ainda, vemos e sentimos o aroma. Atribui-se um significado ao que se percebe. A semântica e a memória sempre estão associadas à lembrança dos acontecimentos culturais e dos conceitos. A linguagem possibilita que o pensamento seja expresso por meio da palavra. Esta pode ser escrita ou falada por um sistema de signos e símbolos. A memória verbal denota as relações entre as funções da memória e linguagem.

A *memória a curto prazo* conhecida como memória primária ou imediata, é relativa a atividades imediatas ou de execução momentânea ou de factos recentes. É um tipo de memória que fixa, e contribui assim para a retenção de conhecimentos. É um tipo de memória ativa, sendo mais

controlável e durável que a memória sensorial. Permite o armazenamento de informações por um período de tempo de alguns segundos (20 a 30 s.), a sua capacidade é de 7 conjuntos com +/- 3 elementos cada.

A *memória a longo prazo* denominada de memória secundária ou funcional, ou para acontecimentos de passados distante. É um tipo de memória que permite a recuperação de conhecimentos e contém dados que têm origem na *memória a curto prazo*. Para ser armazenada, a informação é primeiro codificada. É graças a ela que somos capazes de ler, recordar pessoas e sítios, bem como episódios da nossa infância. Permite-nos 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.

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*.

Para uma pessoa se lembrar de tarefas futuras é preciso:

- 1) Fazer um bom planeamento das atividades a realizar durante o período que antecede a acção;
- 2) Ter uma intenção forte de se lembrar de a realizar, para ser capaz de ativar a lembrança no momento certo;
- 3) Ter um alto grau de motivação, ou seja, querer realizar a tarefa.

Sem motivação, um planeamento adequado não é realizado e a intenção torna-se muito frágil para ativar a lembrança necessária.

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.

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.

Chamamos esquecimentos benignos àqueles que, com frequência, ocorrem em pessoas ativas que têm possibilidades de desempenhar adequadamente as suas tarefas diárias. Tais esquecimentos podem ser: não se lembrar de um nome mas "ter a palavra na ponta da língua"; ir buscar alguma coisa e esquecer-se do que ia fazer, etc. Estes esquecimentos não ocorrem exclusivamente aos idosos e são, geralmente, compensados espontaneamente pelo indivíduo, ainda que possam causar problemas no seu quotidiano.

O esquecimento benigno afeta ambos os sexos e as causas mais frequentes são o stress, alguns distúrbios afetivos leves e a idade avançada. O declínio cognitivo tende a aumentar a partir dos 85 anos, quando existe um risco maior de desenvolver demência.

É difícil prever em que situações esses esquecimentos vão piorar e tornar-se uma doença degenerativa. Pesquisas que estudaram a evolução de grandes grupos com queixas de esquecimento benigno observaram que metade dos pacientes não piora. Parte desses pacientes têm distúrbios afetivos, como depressão e ansiedade, cuja terapia psicológica ou medicamentosa produz também uma melhoria dos esquecimentos.

Resolução de problemas e criatividade

A resolução de problemas refere-se à capacidade de lidar adequadamente com os desafios diários em casa, no trabalho ou em situações sociais.

As capacidades cristalizadas ou os conhecimentos adquiridos no curso do processo de socialização tendem a permanecer estáveis.

As capacidades fluidas, isto é, envolvidas na solução de novos problemas, tendem a declinar gradualmente.

Observam-se dificuldades quando o indivíduo se depara com tarefas complexas. Por exemplo, planear e preparar um jantar para convidados, controlar os talões de cheque ou realizar transações financeiras podem ser tarefas extremamente desafiadoras. Por outro lado, as tarefas domésticas ou ir às compras podem ser realizados normalmente.

A capacidade da pessoa aprender novas informações, por exemplo, através do noticiário ou da sua vida pessoal, pode ser afetada. Aprender a usar um novo eletrodoméstico pode tornar-se um grande desafio.

Estímulo das funções cognitivas

Cai-se, muitas vezes, no erro de colocar os idosos em frente a um televisor durante horas. Não obstante a televisão seja uma distração fácil e sempre disponível, quando vista em excesso, tem efeitos negativos nas funções cognitivas:

- ✓ Produz inatividade em pessoas que precisam muito de se manter ativas;
- ✓ Desenvolve uma atitude passiva em pessoas que precisam muito de interagir com outros e com o meio ambiente;
- ✓ É aparentemente variada mas repetitiva e monótona para o cérebro ao fim de um tempo prolongado de exposição;
- ✓ Cansa os olhos e pode provocar cefaleias.

A leitura

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

As línguas estrangeiras

Seja aprendendo línguas novas ou através do treino nas línguas que a pessoa já domina, o idoso exerce 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 às artes e fizeram disso a sua paixão até ao final da vida.

Os discos, a rádio

Cantarolar é um modo de despertar as cordas vocais, os instintos, sentimentos e até mesmo valores intelectuais.

A bricolagem e certos desportos

- ✓ Problemas de impotência no homem ou de dispareunia (dor que ocorre durante a relação sexual) na mulher;
- ✓ Potencialização dos efeitos negativos de determinados estilos de vida, como o stress, excessos alimentares, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo;
- ✓ Diminuição do vigor físico e psíquico;
- ✓ Efeitos colaterais de medicamentos;
- ✓ Perda de privacidade, como por exemplo, viver na casa dos filhos.

Quadros clínicos que podem implicar diferentes níveis de perturbação sexual:

- ✓ Diabetes;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Arteriosclerose (acumulação de material gorduroso nas paredes das artérias; ao engrossar forma depósitos de cálcio, que eventualmente podem bloquear as artérias);
- ✓ Acidente vascular cerebral;
- ✓ Cancro da próstata;
- ✓ Cancro da mama;
- ✓ Cancro do colo-rectal;
- ✓ Insuficiência cardíaca;
- ✓ Doenças da tiróide;
- ✓ Doença de Parkinson;
- ✓ Esclerose múltipla (doença inflamatória que atinge as fibras nervosas responsáveis pela transmissão de comandos do cérebro a várias partes do corpo, provocando um descontrole interno generalizado);
- ✓ Doenças reumáticas.

Envelhecimento Sexual Feminino - Menopausa

Denomina-se de menopausa o 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 os 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, tal como demonstra o quadro que se segue.

| Fases fisiológicas | Características | Alterações com a idade |
|--------------------|-----------------|------------------------|
|--------------------|-----------------|------------------------|

| | | |
|-------------------|---|---|
| Lubrificação | Lubrificação vaginal. Dilatação do canal vaginal. Ingurgitação da vagina, clitóris, pequenos lábios e útero. | A lubrificação é de aparecimento mais demorado e é menos intensa Diminui a expansão da vagina Diminui o ingurgitamento dos órgãos sexuais femininos |
| Fase orgásmica | Contrações | Diminuição das contrações |
| Fase de resolução | Ereção dos mamilos | Mais lenta ou mesmo inexistente |

As principais manifestações da *menopausa* são:

- ✓ Afrontamentos;
- ✓ Secura vaginal;
- ✓ Dispareunia;
- ✓ Alterações mnésicas;
- ✓ Insónias;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Humor deprimido;
- ✓ Fadiga;
- ✓ Cefaleias;
- ✓ Alterações do Peso;
- ✓ Osteoporose;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Arteriosclerose;
- ✓ Atrofia vulvovaginal;
- ✓ Incontinência urinária;
- ✓ Insegurança;
- ✓ Dores articulares;
- ✓ Alterações no cabelo e na pele.

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

- ✓ Alterações morfológicas vaginais:
 - ❖ O útero regride ao tamanho pré-púbere;
 - ❖ Atrofia do endométrio (membrana) e da mucosa do colo uterino;
 - ❖ Vagina mais curta e menos flexível.
- ✓ Diminuição do desejo sexual;
- ✓ Dificuldades de excitação:
 - ❖ Lubrificação vaginal deficitária;
- ✓ Desconforto face ao envolvimento sexual / dispareunia;
- ✓ Resposta orgásmica mais tardia:
 - ❖ Orgasmo menos intenso;
 - ❖ Menor número de contrações.

Fator hereditário é apontado como o mais importante no surgimento da menopausa, “ (...) a menopausa aparece em idades semelhantes nas mães e nas filhas” (Cardoso, 2004).

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.

Disfunção sexual na mulher

1) Dispareunia:

- Sintoma mais frequente nas disfunções sexuais da mulher;
- A causa mais frequente deste quadro é a diminuição fisiológica da produção de estrógenos devido à menopausa;
- A atrofia vaginal pós-menopáusica, com diminuição da lubrificação da mucosa, converte a vagina num órgão mais suscetível às lesões e infeções, sendo esta outra das causas das dores.

2) Doenças sistémicas:

- Tanto no homem como na mulher qualquer doença que produza debilidade, terá consequências na atividade sexual de maneira inespecífica.

3) Diminuição ou perda do desejo sexual:

- Está associada à diminuição da produção de andrógenos que ocorre depois da menopausa.

4) Incontinência urinária:

- 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.

5) Histerectomia:

- Intervenção cirúrgica principalmente quando a mulher tem mais de 50 anos;
- Trata-se de uma representação psicológica de perda da feminilidade.

Envelhecimento Sexual Masculino - Andropausa

A andropausa (andros= masculino, pausis= cessação), foi o termo encontrado para fazer a analogia com a menopausa chegando mesmo a chamar-se de menopausa masculina. Contudo, não existe consenso quanto ao termo.

A andropausa é uma fase na vida do homem, caracterizada pela diminuição da atividade física e sexual, perda da massa muscular e da densidade do osso, distúrbios do humor, entre outras alterações. O principal fator desencadeante de tais alterações seria a diminuição dos níveis de testosterona (hormona masculina) no sangue.

Fatores de risco que podem acelerar o aparecimento da andropausa:

- ✓ Consumo excessivo de substâncias (álcool, tabaco, drogas);
- ✓ Sedentarismo;
- ✓ Maus hábitos alimentares;
- ✓ Medicação;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Problemas psíquicos;
- ✓ Perturbações hormonais;
- ✓ Saúde geral debilitada.

Manifestações andropausicas:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ✓ Redução da força muscular; | ✓ Lentificação do pensamento; |
| ✓ Aumento da gordura visceral (gordura nos órgãos internos); | ✓ Alterações da orientação espacial; |
| ✓ Osteoporose; | ✓ Alterações mnésicas; |
| ✓ Diminuição da pilosidade; | ✓ Desmotivação; |
| ✓ Ginecomastia (aumento da mama); | ✓ Alterações da sexualidade; |
| ✓ Irritabilidade; | ✓ Humor deprimido. |
| ✓ Ansiedade; | |

Com as manifestações andropausicas surgem as seguintes alterações, a nível sexual, no homem idoso:

- ✓ Diminuição do desejo sexual (fantasia);
- ✓ Diminuição da frequência da atividade sexual;
- ✓ Dificuldades/disfunção erétil:
 - Excitação mais demorada;
 - Qualidade da ereção (rigidez, duração);
 - Diminuição das ereções espontâneas;
 - Diminuição das ereções noturnas/matinais;

4) *Transtornos metabólicos e endócrinos*

- As alterações hormonais são raras nos idosos;
- No entanto, as doenças metabólicas como a *diabetes* são frequentes, e tanto nos homens como nas mulheres pode produzir disfunções sexuais;
- No homem é frequente que produza não só alteração na ereção, mas também na libido.

5) *Transtornos neurológicos*

- Neuropatias (doença do sistema nervoso);
- Acidente vascular-cerebral;
- Epilepsia Temporal;
- Esclerose Múltipla;
- São algumas doenças neurológicas que podem originar alterações da ereção no homem.

6) *Doenças Sistémicas*

- Qualquer doença que produza fraqueza, febre ou dor, produzirá alterações inespecíficas na função sexual;
- A insuficiência renal, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a insuficiência cardíaca, a cirrose e o cancro são patologias bastante frequentes nos idosos e capazes de afetar todo o organismo, consequentemente também resultarão em alterações sexuais;
- Outras doenças, como a artrose ou a artrite reumatóide podem afetar a atividade sexual porque provocam dificuldades de posturas ou movimentos.

A tipologia normal da deterioração das funções reprodutivas do homem é muito diferente da que ocorre nas mulheres, já que não existe um término claro e definido da fecundidade masculina. Embora a produção de esperma comece a diminuir a partir dos 40 anos, esta continua ativa mesmo depois dos 80 ou 90 anos. A produção de testosterona também sofre um declínio gradual a partir dos 55 ou 60 anos.

Sexualidade depois dos 60 anos

Apesar do que muita gente na nossa sociedade pensa, a sexualidade não está limitada até aos 60 anos de idade. O termo sexualidade não é sinónimo de ato sexual. A sexualidade envolve muito mais, ela pressupõe amor, carinho, sensualidade, fantasia e inteligência.

A resposta sexual humana apresenta três fases principais: desejo, excitação e orgasmo. No que se refere ao desejo sexual na mulher idosa, as respostas encontradas são divergentes, variando da ausência do desejo até a exacerbação da libido. Estes resultados podem refletir a influência da moral sexual na função biológica.

A forma negativa com que os idosos vivem a sua sexualidade é muitas vezes causada pela comparação da sexualidade presente com a do passado.

O próprio estado físico geral e os problemas de saúde concretos podem favorecer ou limitar o interesse na atividade sexual durante a velhice, principalmente no que diz respeito a doenças do foro oncológico, quadros depressivos, diabetes, problemas reumatológicos e cardiovasculares entre outros.

Todavia, algumas destas limitações fisiológicas, e a situação clínica dos idosos, podem converter-se numa vantagem para a relação sexual, nomeadamente no retardamento do processo de excitação e num maior controlo do processo de ejaculação.

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:

- 1) O modelo de sexualidade dominante (modelo juvenil, genital e reprodutivo) é ameaçador porque no idoso estas características não estão presentes;
- 2) O modelo dominante de figura corporal atrativa (baseado na juventude, elegância, vigor físico, ausência de gordura) pode levar a que os idosos se sintam feios e indesejáveis do ponto de vista sexual, visto que já não se enquadram nestas características;
- 3) A ausência de parceiro sexual – os viúvos e os solteiros dificilmente dispõe de parceiros sexuais mesmo que o desejem;
- 4) O tipo de relações estabelecidas (rotineiras, insatisfatórias ou conflituosas) pode diminuir o desejo sexual, o grau de excitação e até mesmo a própria capacidade sexual;

- 5) As dificuldades económicas ou sociais podem diminuir o interesse e as capacidades sexuais, na medida em que, esta situação pode gerar tensão e sensação de marginalização;
- 6) As condições físicas (álcool, fadiga física, obesidade, falta de higiene) podem influenciar o desejo sexual e as possibilidades de se tornarem atrativos;
- 7) O receio de não serem capazes de terem relações sexuais coitais ou de proporcionar prazer pode causar ansiedade e insegurança;
- 8) A atitude negativa por parte dos filhos e da sociedade em geral pode tornar-se numa dificuldade insolúvel na medida em que os persegue e os culpabiliza;
- 9) As atitudes conservadoras das instituições para a terceira idade criam dificuldades acrescidas para os idosos e a falta de espaço e de condições adequadas faz com que os idosos não casados não possam viver a sua sexualidade dentro delas;
- 10) As convenções sociais relativas à idade são desfavoráveis, à mulher, na medida em que deve casar-se com homens mais velhos ou da mesma idade e os homens tendem a casar-se com mulheres mais jovens

Um olhar mais atento, permite concluir que alguns dos condicionalismos enumerados têm subjacente crenças e pressupostos falsos, que têm vindo a deturpar a forma como a sexualidade é vivida e sentida pelos idosos.

Na verdade, existem na nossa sociedade uma série de falsas ideias associadas à sexualidade na terceira idade, tais como:

- ✓ O coito e a emissão de sémen conduzem a um envelhecimento e à morte;
- ✓ A masturbação é um ato infantil;
- ✓ Após a menopausa a mulher perde satisfação sexual;
- ✓ Os idosos são vulneráveis a desvios sexuais como o exibicionismo e parafilias;
- ✓ As mulheres idosas que apreciam sexo são ninfomaníacas;
- ✓ Quem deixa de ter capacidade sexual nunca mais voltará a ter;
- ✓ Os idosos não têm capacidades fisiológicas que lhes permitam ter comportamentos sexuais;
- ✓ Os idosos não têm interesses sexuais;
- ✓ Os idosos que se interessam pela sexualidade são perversos;
- ✓ Os desvios sexuais são mais frequentes nos idosos;
- ✓ A atividade sexual é má para a saúde, especialmente na velhice;

- ✓ A reprodução é o único fim da sexualidade e, portanto, não faz sentido que os idosos tenham atividade sexual;
- ✓ Os homens idosos têm interesses sexuais mas as mulheres não;
- ✓ Os idosos, pelo facto de serem idosos, são feios;
- ✓ É indecente e de mau gosto que os idosos manifestem interesses sexuais;
- ✓ A masturbação apenas ocorre em idosos com perturbações psíquicas.

Ao longo dos tempos a questão da sexualidade foi sempre entendida de diversas formas, revestida de ambivalências. Se por um lado foi reprimida, por outro lado também era desejada, continuando contudo, a ser objeto de transgressões privadas.

A sexualidade faz parte da nossa existência e não pode, por isso, ser indissociável da nossa condição humana. Esta dimensão humana não pode ser ocultada ou culpabilizada, nem envolvida por atitudes que enviessem e dificultem a vivência gratificante da mesma.

Não há motivos para que a vivência da sexualidade na velhice não seja uma realidade se assim for pretendida. Na verdade, as expressões da sexualidade, o próprio desejo com o decorrer da relação, da idade e dos acasos e percursos de vida, mudam ao longo do tempo, não advindo necessariamente do processo de envelhecimento.

Por este motivo não existe relação direta com a vivência da sexualidade na terceira idade. Quer pelas questões morais, quer pela representação social que existe sobre o idoso, a vivência da sexualidade na velhice tem frequentemente uma conotação negativa, ou de estranheza, podendo esta, acabar por ser interiorizada constituindo-se assim uma condicionante, impondo muitas vezes a sua própria castração.

Este tipo de atitudes moldadas pelo preconceito e pela ignorância suportam todo um conjunto de comportamentos que negam os mais elementares direitos do indivíduo. Direitos esses que podem colocar em causa a autodeterminação do indivíduo e sua própria qualidade de vida.

Com efeito, vivemos numa sociedade que por um lado estimula e por outro lado reprime a sexualidade. Aos jovens é permitida, embora que criticado, a vivência da sua sexualidade como fenómeno natural, mas ao idoso é secundarizado esta dimensão, pensando-se mesmo, estes como seres assexuados ou então como “um desbragado”.

Deve-se entender que a sexualidade não é exclusiva dos jovens e dos adultos saudáveis e atraentes, mas sim uma expressão de cada ser individualmente.

A sexualidade deve fazer parte integrante no projeto de vida do idoso, e por isso deve ele próprio decidir se quer ou não vivê-la. Todo o homem é sem dúvida um ser sexual, e isso manifesta-se no que é, no que faz, e como pensa. Assim sendo, a sua expressão faz parte integrante do seu projeto de vida.

As necessidades físicas, biológicas, e psicológicas, embora se alterem ao longo da vida, não mudam o facto de ser-se pessoa, com sentimentos, vontades, gostos, em poucas palavras: não lhes retira a capacidade de amar, sentir e desejar.

A forma de viver a sexualidade ao longo da vida, vai-se alterando, quer pelo amadurecimento próprio do processo de envelhecimento, quer por alterações ao nível fisiológico, afetivo e emocional. As diferentes fases da vida, comportam diferentes formas de viver e sentir o amor e a sexualidade.

Sexualidade depois dos 60 anos

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 tacto, 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 tacto 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 tacto 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.