

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LORENA SOUZA GARIOLI LAYBER

ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SEXUALIDADE DOS IDOSOS

VITÓRIA
2014

LORENA SOUZA GARIOLI LAYBER

ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SEXUALIDADE DOS IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Tarsila Eulália Cafardo Thomaz
Cardoso da Cunha.

VITÓRIA
2014

LORENA SOUZA GARIOLI LAYBER

ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SEXUALIDADE DOS IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Tarsila Eulália Cafardo Thomaz Cardoso da Cunha - Orientador

Prof.^a Daliana Lopes Morais (Faculdade Católica)

Prof.^o Marcos Vinícius Ferreira dos Santos (Faculdade Católica)

Este trabalho é dedicado primeiramente a Deus e a todos que de alguma forma colaboraram com este momento tão importante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aquele que é o autor da minha vida, que me permitiu a realização do maior sonho, Deus, meu Senhor, meu tudo, sem o Senhor nada disso seria possível.

A toda minha família.

Ao meu amado esposo Alex que, com muita paciência, entendeu todos os meus momentos de crise universitária e sempre esteve ao meu lado me apoiando e me ajudando a prosseguir.

À minha amada mãe que nesses quatro anos muito me ajudou, por muitas vezes cuidando do meu bem maior, minhas filhas e sempre me apoiando e acreditando em mim.

Às minhas amadas filhas Alícia e Alexia, minhas gêmeas, meus presentes de Deus, a vocês que mesmo tão novinhas tiveram que entender o momento em que a mamãe não pôde passear, não pôde levá-las na escola, minha ausência nas reuniões, sempre tão compreensivas e amorosas.

Às minhas irmãs, Cintia e Aline que mesmo de longe sempre se orgulharam de mim.

Aos meus queridos e amados irmãos da Igreja Batista Esperança, sempre com palavras de ânimo e força.

À minha querida chefe Fabíola Simões, que teve um papel fundamental durante a construção deste trabalho, sempre me apoiando, compreendendo minhas aflições em determinados momentos.

Aos todos os meus mestres professores que no decorrer destes quatro anos se dispuseram a me ensinar tudo que sabiam, contribuindo assim para minha formação, em especial as professoras Tarsila, Lívia, Daliana, Claudia, Tatiane, Ingrid, Priscila, Paula, Marcos.

Às minhas “meninas”, amigas e do grupo de estudo, Jordana, Sara, Idimara, Angela e Lúcia, sempre juntas nos trabalhos e nas horas de sufoco, uma ajudando a outra.

Em especial a minha amiga Jordana Baldan, por tudo, por me ouvir, por me ajudar nas horas tão sufocantes do curso, você foi mãe, amiga, consultora e tudo mais que uma amiga pode ser.

À minha orientadora Tarsila que acreditou em meu potencial e nunca me deixou desanimar, a você o meu eterno agradecimento, por tudo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização do meu maior sonho, a minha formatura.

Que Deus abençoe a cada um de vocês e que lhes retribua em dobro tudo o que fizeram por mim.

Este momento é senão o mais importante da minha vida e quero compartilhar e celebrar a Deus junto com todos vocês.

A Idade não é decisiva; o que é decisivo é a inflexibilidade em ver as realidades da vida, capacidade de enfrentar essas realidades e corresponder a elas interiormente.

(MAX WEBER)

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e individual que tem seu início no nascimento e traz alterações importantes que implicam na sexualidade do idoso. A sexualidade consiste em um conjunto de sentimentos, emoções e atitudes que permeiam o universo humano, é intrínseco e extrínseco a cada indivíduo. Este trabalho teve como objetivo geral, revisar na literatura os principais fatores que interferem na sexualidade dos idosos e como objetivos específicos conhecer conceito de sexualidade na terceira idade e definir envelhecimento. Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória de caráter descritivo, tendo como base de dados livros, artigos do google acadêmico, sites da internet, artigos científicos do Scielo, teses de doutorado e revistas eletrônicas, datados de 1998 a 2013, escritos em português. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de levar conhecimento a todos os leitores sobre velhice, sexualidade e principalmente sobre as implicações que o envelhecimento traz a sexualidade do idoso. Este assunto, assim como o envelhecimento, faz parte do cotidiano do profissional enfermeiro cabendo a ele a abordagem sobre tal, bem como a promoção de auxílio e orientações a fim de contribuir para a manutenção e qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Sexualidade. Idoso.

ABSTRACT

Aging is a natural and an individual process that has its beginning at birth and brings important changes that imply the sexuality of the elderly. Sexuality consists in a set of feelings, emotions and attitudes that permeate human universe, it is intrinsic and extrinsic to each individual. This study had a general objective of reviewing the literature main factors that affect the sexuality of the elderly and had as specific objectives knowing the concept of sexuality in old age and defining aging. This is an exploratory literature review of a descriptive character based on data of books, academic articles google, internet sites, scientific articles Scielo, doctoral theses and electronic journals, dated 1998 to 2013, written in Portuguese language. This research is justified by the need to inform all readers about old age, sexuality and especially on the implications that aging brings sexuality of the elderly. This issue, as well as aging, is part of everyday of the professional nurse, fitting him such approach as well as the promotion of help and guidance in order to contribute to the maintenance and quality of life for seniors.

Keywords: Aging. Sexuality. Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 CONCEITOS EM GERONTOLOGIA.....	21
2.1.1 Envelhecimento.....	21
2.1.2 Velhice.....	25
2.1.3 Senescência.....	27
2.1.4 Senilidade.....	27
2.1.5 Qualidade de vida.....	27
2.1.6 Capacidade funcional.....	29
2.1.7 Autonomia.....	30
2.1.8 Longevidade.....	30
2.1.9 Fragilidade.....	31
2.1.10 Saúde do idoso.....	32
2.1.11 Idade cronológica.....	32
2.1.12 Idade biológica.....	33
2.1.13 Idade social.....	33
2.1.14 Idade psicológica.....	34
2.2 DIREITOS DA PESSOA IDOSA.....	34
2.3 ALTERAÇÕES COMUNS DO ENVELHECIMENTO.....	35
2.3.1 Neurológico.....	36
2.3.2 Músculo-esquelético.....	37
2.3.3 Respiratório.....	38
2.3.4 Cardiovascular.....	38
2.3.5 Gastrointestinal.....	38
2.3.6 Genitourinário.....	39
2.3.7 Órgãos dos sentidos.....	39
2.4 DOENÇAS COMUNS DO ENVELHECIMENTO.....	40
2.4.1 Doença de Alzheimer.....	40
2.4.2 Doença de Parkinson.....	41
2.4.3 Hipertensão arterial sistêmica.....	42

2.4.4 Diabetes.....	43
2.4.5 Osteoporose.....	44
2.5 ANATOMIA E FISILOGIA DO APARELHO GENITAL MASCULINO E FEMININO.....	44
2.5.1 Feminino.....	45
2.5.2 Masculino.....	48
2.6 SEXUALIDADE.....	49
2.6.1 Sexualidade na terceira idade.....	51
2.7 FATORES QUE INTERFEREM NA SEXUALIDADE DO IDOSO.....	53
2.7.1 Fatores psicossociais.....	54
2.7.2 Fator emocional.....	56
2.7.3 Fator cultural.....	57
2.7.4 Fator ambiental.....	59
2.7.5 Fatores biofisiológicos.....	61
2.7.6 Fatores femininos.....	63
2.7.7 Fatores masculinos.....	65
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa se tornou mais evidente a partir do século XXI, transformando - se em um fenômeno e com isso os desafios para a sociedade aumentaram visando a adequação a este fato. (VITÓRIA, 2010).

Devido a isto, houve uma grande mudança na compreensão da sexualidade na população acima de 60 anos de maneira inquestionável. Certos fatores foram predominantes neste pleito, dentre eles: o ato sexual não é mais atribuído simplesmente a criação da prole e sim como origem de prazer para todas as faixas etárias, a vontade nítida da população em chegar à terceira idade de forma mais aprazível e com disposição para manter a vida sexual, o surgimento das DST que leva a uma reflexão sobre a própria sexualidade, fortificando a importância de orientações e debates francos sobre vida sexual. (RIBEIRO, 2002).

O mesmo autor pontua que falar de sexo após os 60 anos é o mesmo que lidar com algo polêmico, que vêm acrescentando nesta mesma população inovações a cada dia, porém ainda seja um assunto onde se perceba ainda muita discriminação por parte de profissionais e até mesmo dos próprios idosos.

A observação referente à sexualidade deve fazer parte integrante na vida de cada idoso, visto que muitos estudos já demonstraram que mesmo após os 60 anos, muitos homens e mulheres ainda se relacionam sexualmente. O diagnóstico de problemas neste âmbito pode sugerir indícios de disfunções nas áreas psicofisiológica, biológicas, emocionais, dentre outras, onde diversas transformações decorrem devido ao envelhecimento e que afetam diretamente a sexualidade, porém estes mesmos problemas não devem ser empecilhos para que o idoso desfrute de prazer. (BRASIL, 2007).

O bem estar e a qualidade de vida de cada idoso vão estar relacionados com vários fatores que independente de qualquer coisa ocorre com todos, que são as alterações físicas, biológicas e fisiológicas que trazem um grande impacto social, cultural, emocional e ambiental a este idoso. (SMELTZER et al., 2012a)

A longevidade sempre foi o propósito das pessoas, porém com todas as transformações decorrentes do processo de envelhecimento, o maior estímulo

tornou-se viver bem cada ano ganho. (SILVA; MARQUES; LYRA-DA-FONSECA, 2009).

Segundo Almeida, Patriota (2009), na história da humanidade o sexo é um assunto repleto de proibições, principalmente depois dos 60 anos, onde é visto como um tema cheio de preconceito.

Durante décadas o envelhecimento tem sido um assunto muito discutido, principalmente o seu grande crescimento, porém, apesar de seu alto índice, a população idosa ainda é vista com olhares preconceituosos e tachados como doentes e incapazes. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Os mesmos autores Almeida, Lourenço (2007) ainda afirmam que ser idoso não é ser possuído de doenças ou estar vivendo somente em espera da morte, mais sim a passagem do tempo e de vivência de uma pessoa.

Nos dias de hoje, os estudos sobre comportamento tem mais foco no trato pré – nupcial, na escolha do esposo e da esposa, no desempenho e comportamento das famílias, na separação, na investigação das famílias recompostas. Procura-se aprender mais e com dedicação sobre parentesco, família, casamento e união sexual ilícita entre parentes consangüíneos ou afins. Todavia, muito pouco se faz saber em relação à sexualidade das pessoas da terceira idade. (VALENTE, 2008).

A escolha deste tema ocorreu e se fortificou devido a estágio no CRAI – Centro de Referência e Atenção ao Idoso, onde em meu cotidiano, realizando consultas de enfermagem e observando o atendimento de outros profissionais pude constatar que a saúde sexual do idoso não é questionada durante as consultas, visto que a sexualidade contribui para uma melhor qualidade de vida deste idoso.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de levar conhecimento a todos os leitores sobre velhice, sexualidade e principalmente sobre as implicações que o envelhecimento traz a sexualidade do idoso, trazendo a este público novas oportunidades, resgatando a vivência da sexualidade e sua importância para a saúde, a informação aos profissionais da saúde contribuindo e auxiliando não somente no cuidado com este idoso, mas também no entendimento sobre os fatores para se absterem de preconceitos relacionados à sexualidade no universo da terceira idade, fazendo com que proporcionem um cuidado mais eficaz e uma educação em saúde integral. Assim como nos jovens, a sexualidade para os idosos

também é necessária para a saúde física, emocional e principalmente psicológica, e todos na sociedade devem entender esta necessidade e respeitar os idosos e sua sexualidade.

A enfermagem necessita de um conhecimento mais científico relacionado ao universo orgânico, funcional, social, cultural, biológico, físico, fisiológico, emocional, psicológico, do idoso para que se consiga atender melhor e com excelência a este público que hoje é tão carente de um atendimento mais digno e humanizado.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória de caráter descritivo, tendo como base de dados: livros, artigos do Google acadêmico, sites da internet, artigos científicos do Scielo, teses de doutorado e revistas eletrônicas, datados de 1998 a 2013, escritos em português.

Segundo Marconi, Lakatos (2011), pesquisa bibliográfica engloba a exploração literária em amplo espectro através de trabalhos escritos como artigos, teses, monografias, jornais, livros e outros, podendo abranger até mesmo outros canais de comunicação dentre eles o oral e o visual.

Os mesmos autores ainda explicam que este tipo de estudo permite ao pesquisador uma maior amplitude de informações que ajudam a conhecer melhor não só a problemática, mas também a sua resolução através do conhecimento científico.

Este trabalho tem por objetivo geral revisar na literatura os principais fatores que podem interferir na sexualidade dos idosos e como específicos conhecer o conceito de sexualidade na 3ª idade e definir envelhecimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITOS EM GERONTOLOGIA

2.1.1 Envelhecimento

O envelhecimento e todas as conseqüências desencadeadas por ele já não são mais problemas exclusivos dos países em desenvolvimento como o Brasil, países como China, Japão dentre outros já conseguem sentir o reflexo deste crescimento exorbitante. (GARRIDO; MENEZES, 2002).

Em 2025 alguns países como o Paquistão, os EUA, a Indonésia, a Índia, a China, juntamente com o Japão e o Brasil, estarão fazendo parte dos países com a maior população idosa no mundo. (VITÓRIA, 2010).

Para 2030 estima – se que a população idosa nos EUA, por exemplo, cresça em 20%, e que este número refira – se ao crescimento de pessoas com 65 anos de idade ou mais. (SMELTZER et al., 2012a).

No mundo, explica Devesa, Cruz e Simões (2013) em meados de 2002, havia 629 milhões de pessoas com mais de 60 anos e este número pode aumentar para 2 bilhões em 2050.

Vono citado por Lima e Delgado (2010) relatam que a porcentagem de brasileiros hoje no Brasil com mais de 60 anos chegam a 9,6% representando 17,7 milhões de indivíduos idosos.

O aumento da expectativa de vida refere Zimmerman citado por Lima e Delgado (2010) é de 67 anos para 74 até 2025.

O IBGE citado por Vitória (2010) relata que muitos são os fatores que desencadearam o crescimento da expectativa de vida, destacando os avanços médicos, as melhores condições referentes à infra - estrutura, o movimento do processo de urbanização, dentre outros.

Em nosso estado a população idosa também cresce de forma significativa, os dados do IBGE (2010) citado pelo Gazeta on line (2011) revelam que o número de idosos no Espírito Santo representam 10% da população capixaba, distribuídos em 11% sendo mulheres e 8,5% homens. (GAZETA ON LINE, 2011).

O aumento da população idosa se deve respectivamente a diminuição da taxa de fertilidade que na década de 50 era de pelo menos 6 filhos por casal, ocorrendo a partir da década de 60 uma redução e nos dias atuais normalmente encontra – se por casal apenas 2 filhos. Toda esta mudança no cenário demográfico não só do Brasil mais também do mundo ocorreu principalmente referente à inclusão da mulher no mercado de trabalho, das alterações urbanas em aspectos sociais e culturais, a contribuição dos meios de comunicação e mudança no planejamento familiar. (VITÓRIA, 2010).

Este crescimento demográfico em relação aos idosos nos leva a refletir sobre a maior importância que este público deve receber principalmente em âmbito psicológico com o objetivo de proporcionar o bem – estar durante este período da vida. (DEVESA; CRUZ; SIMÕES, 2013).

Fechine, Trompieri (2012) definem envelhecimento como um processo biológico, psicológico e social que acontece progressivamente durante a vida.

Já Assis (2005), conceitua envelhecimento como um momento comum a todo ser vivo, ou seja, todos irão envelhecer um dia, independente de raça e nível socioeconômico.

Gradim; Souza, Lobo (2007) esclarecem que desde o momento em que se nasce dá-se início ao envelhecimento, onde ocorrem vários eventos de ordem biológica, social, genética, ambiental, psicológica e cultural, tais eventos podem ser benéficos ou maléficos a cada pessoa, e reforçam que, todos viveram, vivem ou viverão este momento de forma particular e irreversível.

De acordo com Brasil (2007) o envelhecimento ocorre devido a um processo de desgaste orgânico e funcional do organismo, que acontece e não traz nenhum prejuízo ao indivíduo em condições normais, sendo os mais contemplados os que conseguem manter um estilo de vida saudável.

Por outro lado, em meio a tantos conceitos, Jardim; Medeiros, Brito (2006) apontam muitos como preconceituosos, que designam o papel do idoso restrito a espera constante de doenças e morte.

Santos (2003) acredita que não exista nada cientificamente comprovado que relate uma origem que desencadeie todo o processo do envelhecimento, atribuindo este processo tão somente ao fato de que nascemos, vivemos e morremos, este

percurso todo designa-se processo de envelhecimento, o que fortalece a tese de que já começamos a envelhecer quando ainda estamos no útero.

O envelhecimento acontece e acontecerá para todos, porém não é homogêneo aos indivíduos, vários aspectos fazem a diferença e determinam o tipo de envelhecimento que se quer ter, dentre eles, a constante vigilância da saúde, a prática de exercícios físicos, cuidado com a alimentação e etc. (FARIAS;SANTOS, 2012).

Os mesmos autores ainda relatam que durante o envelhecimento ocorrem muitas mudanças, tudo devido a alterações fisiológicas e funcionais que ocorrem nessa fase da vida e que levam o indivíduo a várias limitações e o fazem depender de outras pessoas em relação ao cuidado e segurança.

Não é uma fase específica da vida, mais sim um processo, muitas pessoas nem sentem este processo acontecendo em suas vidas, principalmente nas primeiras décadas, porém ao final da segunda década algumas mudanças em toda a funcionalidade orgânica já podem ser sentidas e notadas por muitos precocemente. (RIBEIRO, 2002).

Em suma, o que definirá a velocidade em que a pessoa envelhecerá segundo Fachine, Trompieri (2012), é a forma como o indivíduo se relaciona com o meio em que vive, o que se sabe é que as alterações de ordem biológica, psicológica, social, cultural, emocional e ambiental poderão ou não interferir de forma direta ou indireta em todo esse processo acelerando ou não o envelhecimento fazendo com que se alcance muito mais rápido a velhice extrema e a morte.

É um processo único que ocorre de forma progressiva e natural, porém é importante salientar que é necessário que o envelhecimento não seja encarado e tratado como doença, em contra partida também é importante que, se o idoso apresentar alguma comorbidade, que esta não seja encarada como processo natural do envelhecimento, pois muitas vezes por profissionais atuarem desta forma, algumas doenças que não são inerentes ao envelhecimento aparecem e são dificilmente detectadas precocemente. (BRASIL, 2006).

O envelhecimento nada mais é que o fim da vitalidade celular, quando nascemos as células tem um alto poder de multiplicação e de renovo, com o decorrer dos anos esta vitalidade, este renovo vão cessando , com isso a multiplicação celular fica

reduzida, poucas células conseguem se manter ativas, principalmente as células cerebrais. (LIMA; DELGADO, 2010).

Segundo Moraes (2008) existem dois tipos de envelhecimento, o individual e o populacional, o individual é o resultado dos anos que se passam, sendo algo biocronológico e o envelhecimento populacional que ocorre devido à diminuição da fecundidade, este tipo de envelhecimento pode ser revertido se as taxas de fecundidade aumentarem, já o biológico não, é algo intrínseco ao indivíduo, ocorre naturalmente.

O processo de envelhecimento deixa os indivíduos expostos a várias consequências podendo ocasionar doenças e expor a pessoa a possíveis incapacidades, este fenômeno ocorre principalmente devido ao contato anos e anos com o meio ambiente e os agentes agressores dele. (MORAES, 2008).

Paralelo a isto, hoje em dia os idosos já não vêem o envelhecimento como algo negativo que acontece com o único intuito de trazer tristeza e limitações, já é encarada por muitos como uma fase de pleno amadurecimento, de conquistas e de alegria, quebrando-se preconceitos e tabus que são impostos pela sociedade. (KUZNIER, 2007).

O envelhecimento vem carregado de sentimentos, lembranças e de fatos verídicos que se perpetuam na vida de cada indivíduo e são responsáveis pelo presente. É onde o passado determina o futuro e o presente é fruto de um passado. (FRUMI; CELICH, 2006).

No ano de 2013, mais precisamente no dia 1º Outubro, data em que se comemora o dia do idoso, a presidenta Dilma Rousseff assinou um decreto nº 8114 de 30 de Setembro de 2013 estabelecendo um compromisso do Governo Federal para com o projeto “Envelhecimento ativo”, visando o monitoramento, a avaliação e a promoção de ações que envolvam o público idoso e ainda contribuir para uma melhor capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao idoso. (BRASIL, 2013).

Para Matsudo, citado por Lima e Delgado (2010) toda essa mudança no âmbito do envelhecimento para “envelhecimento ativo”, serviu para interferir e minimizar os efeitos do envelhecimento em cada pessoa, a aceitação de que a 3ª idade chegou

associada à melhor estilo de vida e ao abandono de hábitos não condizentes resultam em aumento na expectativa de vida.

2.1.2 Velhice

A partir do século XX, aumentou o número de estudos voltados para a velhice e sua compreensão como um acontecimento natural. (FREITAS et al. apud NETTO,2011).

Por volta de 1903, os cientistas despertaram quanto à necessidade da criação de mais uma especialidade dentro da medicina, no caso, a gerontologia, com o intuito de se entender melhor todas as mudanças e o seu processo no organismo humano, posteriormente a consequência destes estudos gerou a geriatria que é a área da medicina que visa cuidar das pessoas idosas. (FREITAS et al. apud NETTO,2011).

Ainda, segundo Freitas e outros citados por Netto (2011) toda esta mudança no cenário da saúde trouxe um grande benefício para a velhice, trazendo novos horizontes acerca da mesma e de sua origem, desfazendo o pensamento antiquado de que é um momento de esperas patológicas e infinitas desesperanças.

O Brasil já foi considerado um país jovem, porém de algumas décadas pra cá este perfil mudou, e hoje é um país onde a população maior são os idosos, modificando assim todo quadro estatístico do país e também de todo o mundo, dessa forma é imprescindível que a sociedade mude a visão do papel idoso e a forma de lidar com o indivíduo nesta fase da vida. (KNEBEL, 2011).

A mesma autora ainda define esta fase como a mais importante da vida, atribuindo o termo velhice não somente a idade biológica e cronológica mais também ao acúmulo de vivências e experiências ficando cada vez mais notória a necessidade do entendimento da importância deste indivíduo para a sociedade atual.

Em algumas definições a palavra “velha” refere-se à pessoa de muita idade, que pertence à antiguidade, que se encontra gasta, que trabalha ou já trabalhou por muitos anos, fora de moda, antiquada, porém nada mais é do que a quantidade de anos que o indivíduo já viveu. (SCHNEIDE; IRIGARAY, 2008).

Estes mesmos autores ainda ressaltam que a velhice não deve ser identificada somente pela idade cronológica da pessoa, outros fatores são essenciais e determinantes como as condições de vida, forma física, mental e funcional.

Neri (2004), explica que a velhice não é um processo, e sim o resultado do processo de envelhecimento, sua chegada ou não é ocasionada de forma heterogênea a cada indivíduo, porém é determinada por diversos fatores de ordem biológica, social, psicológica, econômica e cultural.

Freitas e outros referenciados por Netto (2011) também concordam que a velhice é um estado, podendo ser físico e mental, particular a cada pessoa e que é desenvolvido através de um processo de vida.

A maneira como cada pessoa chegará a sua velhice será determinada pelo seu estilo de vida, forma de encarar situações difíceis, doenças que possam surgir e como lidará com elas e vários outros aspectos que possam vir a interferir no andamento natural do processo de envelhecimento. (RABELO; CARDOSO, 2007).

Em um estudo realizado por Freitas; Queiroz; Souza (2010), onde vários idosos da zona rural do Ceará foram abordados referentes ao envelhecimento, foi destacado entre eles o medo de chegarem a esta fase da vida, porém, muitos também disseram que hoje vivenciando este momento conseguem sentir que não é uma fase tão temida quanto pensavam que fosse e sentem vontade de continuar vivendo o que ainda há para viver.

Mediante a este relato, os mesmos autores, ainda declaram que é necessário que as pessoas da terceira idade passem a assumir todos os eventos decorrentes do processo de envelhecimento encarando mesmo que sejam difíceis os possíveis danos, perdas e novidades que possam surgir tentando obter a melhor forma de vida, planejando e visando o que há de mais interessante desta fase.

É importante salientar que este momento não está regado somente a aceitações e aprendizados por parte dos idosos, mais também de um novo olhar da sociedade, o estatuto do idoso é um dos elementos que vêm durante anos garantindo os direitos às pessoas da terceira idade na sociedade e trazendo um novo olhar do idoso e sobre o mesmo em relação a este momento. (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Em relação à enfermagem, faz-se necessário a lembrança de que a velhice chegará para todos inclusive para eles, cabendo então aos profissionais a importância do cuidado em equipe sempre de forma planejada tentando da melhor forma, trazer a este idoso novas possibilidades em sua vida. (SILVA; LEITE; PAGANINI, 2007).

A terceira idade constitui uma fase de extrema importância para o amadurecimento do indivíduo, recheada de conhecimentos, experiências e sabedoria. (SANTOS et al. 2010).

2.1.3 Senescência

Senescência é a progressão natural do processo de degeneração orgânico de todo indivíduo, ocorrendo à redução de forma lenta da sua funcionalidade, sem intervenção de comorbidades. (FRIES; PEREIRA, 2011).

Os mesmos autores ainda reforçam que a mudança biológica e fisiológica do organismo humano e o seu declínio natural são características marcantes da senescência.

Algumas das ocorrências em relação à senescência são descritas nas diretrizes clínicas da saúde da pessoa idosa, dentre elas: o enbranquecimento dos cabelos, a perda da elasticidade da pele, e outros. (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

2.1.4 Senilidade

Senilidade para Netto (2011) é o processo de envelhecimento, porém acompanhado de comorbidades que não permitem ao idoso um envelhecimento de forma natural.

Segundo as diretrizes clínicas da saúde da pessoa idosa, uma das maiores causas da senilidade são os acometimentos articulares, os déficits cognitivos e visuais. (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

2.1.5 Qualidade de vida

Para Paschoal (2004) a qualidade de vida de uma pessoa está entrelaçada em uma dimensão principalmente relacionada com o estado físico, social e psicológico, ou seja, quando se está bem em todos estes aspectos, considera-se que o indivíduo possui qualidade de vida.

A maioria das pessoas tem como objetivo obter uma qualidade de vida para desfrutar bem a sua velhice, pensando nisso muitos se preparam desde jovem engajando-se dentro de padrões de vida denominados “melhores” através de um

bom estudo e posteriormente um bom trabalho com o objetivo de se conquistar a tão sonhada qualidade de vida para o futuro. (PASCHOAL, 2004).

Para o mesmo autor, quando se fala em qualidade de vida do idoso, há um englobamento de vários fatores, para muitos a qualidade de vida na terceira idade está relacionado com o que se alcançou durante toda a vida e este resultado trás influências no futuro, muitos trabalharam e construíram casas, juntaram dinheiro para viagens, obtiveram bom carro, tudo visando o conforto que conseqüentemente se transformará em qualidade de vida.

Outros idosos, porém vêem qualidade de vida por outro aspecto, a construção de um lar harmonioso, a prática de exercícios físicos aliado a uma boa alimentação, tudo isso em conjunto promovendo qualidade de vida e garantia para muitos anos de vida. (PASCHOAL, 2004).

Pela análise de Vecchia e outros (2005), a qualidade de vida tem como fundamento o nível sócio-cultural de cada indivíduo e sua definição em geral é muito particular a cada idoso.

Em seus estudos com 384 idosos da cidade de São Paulo, Vecchia e outros (2005) puderam identificar as principais pontuações feitas pelos próprios idosos em relação à qualidade de vida, 179 idosos que representam 49% da amostra disseram que qualidade de vida é manter preservação dos relacionamentos interpessoais, 142 idosos que representam 38,9% da amostra disseram que qualidade de vida é manter uma boa saúde mantendo bons hábitos de vida, 125 idosos que representam 34,25% da amostra disseram que qualidade de vida é manter o equilíbrio emocional, estar tranquilo e de bom humor, 104 idosos que representam 28,5% da amostra disseram que o acúmulo de bens materiais é o que resulta numa boa qualidade de vida, 82 idosos que representam 22,46% dos idosos disseram que uma boa qualidade de vida se obtém através do lazer e da diversão, outros 23 idosos correspondentes a 6,3% dos pesquisados já disseram que qualidade de vida se obtém através da vivência da espiritualidade e possuindo fé, 18 idosos correspondentes a 4,93% relataram que praticando o amor e sendo solidário com outras pessoas se alcança a qualidade de vida, 15 idosos que representam 4,11% dos entrevistados relataram que a qualidade de vida advém do acesso ao mundo do conhecimento, do estudo e da leitura, 09 idosos representando 2,46% da amostra relata que qualidade de vida é obtida através de um ambiente familiar adequado, através da tranqüilidade de onde

se vive e a segurança, 13 idosos representando 3,56% dos idosos não responderam a pesquisa.

Segundo Paschoal (2004) falar de qualidade de vida ainda é muito complexo, o que se pode afirmar é que está relacionado a cada indivíduo de forma heterogênea sendo algo característico que será definido de acordo com a cultura e formação de cada pessoa.

Já para Rufino Netto citado por Minayo; Hartz, Buss (2000) a qualidade de vida refere-se basicamente em o indivíduo obter condições necessárias para a sobrevivência.

Os próprios autores Minayo; Hartz, Buss (2000) por sua vez relatam que qualidade de vida é o grau de satisfação do indivíduo em relação à vida e este conceito é muito amplo, pois aborda aspectos de relacionamentos e convivências.

Ao idoso, a qualidade de vida é o resultado do que se construiu no passado, e este resultado se refletirá em seu futuro de forma benéfica, tanto em circunstâncias materiais promovendo conforto e tranqüilidade como em relação à saúde, pois qualidade de vida também é ter saúde. (PEREIRA et al., 2006).

2.1.6 Capacidade funcional

Basicamente a capacidade funcional define - se pela realização de tarefas do dia a dia onde não seja necessária a ajuda de outras pessoas, ou seja, a própria pessoa consegue administrar toda a sua vida sem auxílio ou intervenção de outrem. (ROSA et al., 2003).

Rosa e outros (2003) ainda relatam que a capacidade funcional está muito relacionada com a autonomia e pode sofrer influências socioeconômicas e de outras ordens como cultura, fumo, álcool e outros.

Para Maciel e Guerra (2008) a capacidade funcional é o melhor termômetro para se medir e avaliar o idoso durante o processo de envelhecimento, quando um idoso começa a manifestar algum sintoma de incapacidade é necessário a intervenção e o acompanhamento do fator que o está levando a incapacidade.

Em uma pesquisa realizada por Rosa e outros (2003) onde no estado de São Paulo, foi traçado o perfil dos idosos desta cidade e feito o reconhecimento dos fatores que

contribuem para que se perca a capacidade funcional, o resultado da pesquisa revelou que a maioria dos entrevistados eram da zona rural e de baixo nível de escolaridade, o que segundo os pesquisadores aumenta em uma grande proporção a chance de futuramente este idoso desenvolver uma dependência moderada podendo chegar a grave, principalmente devido a situação ocupacional em que se encontram. (ROSA et al., 2003).

A capacidade funcional é uma das melhores medidas para avaliação do idoso no decorrer do processo de envelhecimento, sendo que este por sua vez vem carregado de fatores que podem dispor o idoso a uma incapacidade. (MACIEL; GUERRA, 2008).

Para os mesmos autores a deficiência cognitiva é um dos principais fatores que contribuem para a incapacidade funcional do idoso, ressaltam a importância da saúde pública no sentido de prevenir, minimizar ou até mesmo tratar de forma curativa pacientes idosos acometidos de incapacidade funcional.

Para Maciel e Guerra (2008) este ainda tem sido um dos grandes desafios para a saúde pública, devido à escassez de estratégias que visem melhores condições de tratamento a todos os idosos de forma justa e legal.

2.1.7 Autonomia

Autonomia é a capacidade que todo indivíduo possui de realizar atividades do cotidiano tomando suas próprias decisões. (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

No caso do idoso, a pessoa tem poder no processo decisório, porém não possui condições de realizá-las, está relacionado com as condições psicológicas de tomar decisões próprias podendo ou não executar. (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

2.1.8 Longevidade

A longevidade é um prêmio que se alcança vivendo. (BRASIL, 2007).

Longevidade está compreendida entre o período do nascimento e morte de todo indivíduo, ou seja, é todo tempo decorrido dentre o nascimento até a morte, uns

podem viver mais e outros menos, o que vai interferir nesse tempo é a forma e o modo de vida de cada pessoa. (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

2.1.9 Fragilidade

Nas últimas décadas aumentou muito o interesse dos pesquisadores pela fragilidade do idoso, entre eles muitas são as definições, mais no que se refere especificamente ao idoso, fragilidade é a redução ou ausência da capacidade de suportar eventos agressores, fazendo com que a pessoa se torne mais vulnerável a várias condições. (COELHO FILHO, 2010).

Ainda para Coelho Filho (2010), a fragilidade no idoso pode acontecer por vários fatores e traz a este certas limitações, alguns se tornam mais frágeis devido a doenças, outros pelas quedas e alguns até mesmo pela falta de atividade física que como consequência ocasiona a exaustão e a fadiga, vale ressaltar que alguns idosos já possuem a fragilidade de forma inata e necessitam de cuidados para o resto da vida.

Para Tomomitsu, Lemos e Perracini (2010) outros fatores que também podem estar associados a fragilidade em relação ao corpo físico são os problemas hormonais, imunológicos, inflamatórios e a redução de força muscular, conhecida por sarcopenia.

O conceito mais amplo sobre a fragilidade é de que se constitui uma síndrome que engloba aspectos biopsicossociais que ocorrem durante a vida e que gera vulnerabilidade e aumenta as adversidades. (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

Quando se fala em fragilidade, logo vem em mente a palavra prevenção, principalmente porque hoje a fragilidade é algo mais ligado ao idoso, visto que por natureza são mais acometidos por doenças, alterações funcionais biológicas e fisiológicas, portanto, se faz necessário o trabalho de prevenção a este público visando à intervenção ou a diminuição de futuros problemas relacionado à fragilidade como, por exemplo, a dependência funcional. (TOMOMITSU; LEMOS PERRACINI, 2010).

Brown citado por Tomomitsu, Lemos e Perracini (2010) definem fragilidade como a diminuição da realização das atividades das atividades do dia a dia e também das

atividades sociais. Já Rockwood e Hubbard também citados por Tomomitsu, Lemos e Perracini (2010) caracterizam a fragilidade como uma síndrome geriátrica de grande proporção nos dias de hoje.

As diretrizes clínicas da Saúde da Pessoa Idosa descrevem mais alguns sintomas em relação à fragilidade como a perda de peso, alterações do equilíbrio e da marcha, descondicionamento físico e nutricional. (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

O entendimento sobre a fragilidade é algo primordial para que se conheçam os riscos na qual os idosos possam estar expostos. (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

2.1.10 Saúde do idoso

A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde na obtenção de uma vida ausente de doenças e em harmonia com a mente e as questões sociais, porém, este conceito segundo Ramos citado por Ferretti; Nierotka, Silva (2011) não se enquadra no universo gerontológico.

Lima-Costa e outros citados por Ferretti; Nierotka, Silva (2011) já conceituam que saúde para os idosos englobam vários fatores que envolvem questões sociais, econômicas, sua condição atual de saúde, principalmente a mental e o acesso aos serviços de saúde bem como o seu uso.

Para os idosos, saúde não é definida na velhice e sim no desenvolvimento de sua vida, e ser saudável na terceira idade depende de como este idoso viveu sua vida até este momento. Por tal motivo, falar de saúde relacionada ao idoso é algo extremamente particular a cada um, pois vai depender da qualidade de vida que este idoso alcançou e como chegou até aqui. (FERRETTI; NIEROTKA; SILVA, 2011).

2.1.11 Idade cronológica

A idade cronológica refere-se somente a contagem de dias em que o indivíduo viveu ou vive a partir do seu nascimento. Não há na idade cronológica nenhuma influência biológica, ela simplesmente é um marcador do dia em que se nasce até o dia em que se morre. (TAVARES; CARVALHO, 2011).

2.1.12 Idade biológica

A idade biológica consiste na mudança que ocorre no organismo desde o nascimento, em todas as transformações que ele passa, e que varia de pessoa para pessoa dependendo da forma em que se vive. Todo esse processo faz parte do envelhecimento biológico humano. (TAVARES; CARVALHO, 2011).

Ainda segundo as autoras este processo traz ao indivíduo muitas perdas como diminuição da elasticidade da pele, perda da coloração dos cabelos, a diminuição da acuidade auditiva, visual e também a redução da massa óssea o que ocasiona o encurtamento da coluna vertebral, motivo de questionamentos de alguns idosos que têm a sensação de encolhimento.

Ninguém envelhece do mesmo jeito, por isso pode-se dizer que a idade biológica, social, psicológica, pode ser muito distinta da idade cronológica. (CANCELA, 2007).

Cancela (2007) ainda ressalta que a idade biológica está relacionada ao envelhecimento do organismo, onde os órgãos sofrem modificações nas quais acarretarão a diminuição do seu funcionamento e da eficiência de se auto-regular.

2.1.13 Idade social

A idade social está relacionada com a interação do indivíduo com a sociedade, sua posição e relação com a mesma, ela é medida pela capacidade funcional somada com a contribuição no trabalho e no envolvimento com os grupos a qual pertence. (DUARTE, 1999).

Mishara; Riedel, citados por Duarte (1999) ainda explicam que a idade social insere o indivíduo dentro dos papéis sociais enfatizando o que ele deve, pode e pretende ser e fazer referente a todo contexto social durante a sua vida.

Já Neri referenciado por Tavares e Carvalho (2011) define idade social como uma escala de comportamento que varia a cada idade e que coloca o indivíduo em funções pré determinada pela sociedade em que está inserido, esta questão está muito relacionada com a cultura de cada pessoa e ela definirá como cada grupo social se relaciona com o processo de envelhecimento.

2.1.14 Idade psicológica

A maneira como cada um se autoavalia é a forma na qual se determinará a idade biológica de cada pessoa, o jeito como ela se adapta e interage com o meio, sua forma de aprendizagem, qualidade da memória, grau de inteligência, como lidar com situações adversas e seu controle sobre as emoções são fatores que irão determinar o tipo de idade psicológica e o grau de maturidade do indivíduo. (TAVARES; CARVALHO, 2011).

2.2 DIREITOS DA PESSOA IDOSA

O significado da palavra “direito” segundo Faria mencionado por Netto (2011) refere-se a várias regras, normas, condutas e privilégios fundamentados em códigos e tratados que visem beneficiar e defender determinados grupos sociais.

Porém, só é possível ter proteção de fato com o respaldo de direitos legais e no que se refere aos idosos, hoje, estes são bem amplos. (GOLDMAN; FALEIROS, 2008).

Todos os cidadãos possuem direitos, porém existem leis que são específicas para as pessoas da terceira idade, dentre elas, a que relaciona o idoso à sociedade e à família, onde a constituição brasileira de 1998 é bem objetiva:

Art. 229 – Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Não só a família deve proteção aos mais velhos, mais também a sociedade e o Estado, assegurando a sua participação e defendendo a sua dignidade, conforme o artigo seguinte, formando-se um tripé cidadão: proteção, participação e dignidade. (GOLDMAN; FALEIROS, 2008, p. 37).

Em 4 de Janeiro de 1994 foi regulamentada a Lei nº 8.842/94 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), tal lei foi um marco na luta em favor dos direitos dos idosos, que teve como principal meta garantir aos idosos os seus direitos frente à sociedade e possibilitar oportunidades de promoção de autonomia, fazendo destes participantes efetivos e de forma integrada juntamente com toda a sociedade. (BRASIL, 2010).

Segundo a PNI, devem gozar deste e de outros direitos todo cidadão maior de 60 anos de idade. (BRASIL, 2010).

Nenhum ser humano ajuizado pode negar aos idosos os seus direitos, principalmente o que a própria vida lhe oferece, como o de correr, comer, dormir, divertir-se, trabalhar, enfim, de praticar e viver a vida que lhe pertence. Ora por qual motivo então privá-lo do amor e da vida sexual? A própria natureza é sábia quanto à importância do ser humano de se relacionar uns com os outros e os benefícios que trazem a saúde física e mental. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Relacionado a isso, em 1º de Janeiro de 2004 foi vigorada a Lei nº 10.741, denominado “Estatuto do Idoso”, que descreve os principais direitos dos idosos, como podem se proteger e garantir estes direitos. O estatuto é fruto da luta de muitos movimentos e entidades que protegem os idosos no Brasil. (BRASIL, 2010).

As políticas públicas visam proporcionar benefícios específicos, dentre eles, centros de recreação, de assistência, de esporte e lazer, trazendo uma nova perspectiva de vida a este público. (SILVA; LEITE; PAGANINI, 2007).

2.3 ALTERAÇÕES COMUNS DO ENVELHECIMENTO

De modo geral as alterações que ocorrem com o processo do envelhecimento são: o aparecimento dos cabelos brancos, a alopecia, o surgimento de um círculo branco em volta dos olhos denominado de arcus senilis, a redução do líquido corporal que pode ser entre 13 e 15 %, o aumento do tecido adiposo e conseqüentemente o ganho de peso, a massa óssea e muscular fica reduzida proporcionando melhor distribuição do tecido adiposo, a elasticidade da pele vai reduzindo formando as rugas, diminuição do tecido subcutâneo que pode ocasionar o aparecimento de bolsas ao redor dos olhos orbitais e sulcos em volta dos lábios, o crânio fica com seu diâmetro aumentado e o tronco encurta, o nariz e as orelhas passam a ter um crescimento contínuo com intuito de formar a aparência do idoso. (VITÓRIA, 2010).

Dentre as várias modificações algumas já são mais esperadas: as alterações cardiovasculares, conseqüentemente a redução da função pulmonar e a redução da multiplicação, força e tônus das células musculares e alterações das células neurais. (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

2.3.1 Neurológico

A alteração neurológica está mais ligada à diminuição do número e do tamanho dos neurônios, ocasionando a diminuição do cérebro, a diminuição dos neurotransmissores químicos, o comprometimento dos movimentos ocasionados pela lentidão da reação e julgamento dos mesmos e a diminuição da memória principalmente a recente. (VITÓRIA, 2010).

Gallucci e outros (2005) descrevem que demência é a danificação da parte do intelecto cerebral que interfere em todas as atividades do cotidiano. Ainda segundo os autores, além das atividades de vida diária, as demências afetam também as atividades sociais e ocupacionais dos indivíduos.

Outros importantes aspectos afetados pela função neurológica são os comportamentais, os da comunicação, afetivos e o campo da personalidade. (DEVESA; CRUZ; SIMÕES, 2013).

Já para Caramelli e Barbosa (2002) em relação à definição da demência a principal característica é o declínio da memória acrescentado de pelo menos mais outra função na área da cognição que pode ser: a linguagem, a falta de percepção, reconhecimento das coisas, dificuldade para realizar normalmente os movimentos de coordenação e perda da função de execução.

A demência é um fator importante que desencadeia em seu portador o seu lado inconsciente, exteriorizando todo sentimento e atitudes antes reprimidas, porém em todo contexto vale ressaltar que o déficit mental é o principal ocasionador de tal conduta, trazendo a este indivíduo que por muitas vezes é idoso um comprometimento ocasionando problemas sexuais, quer estando eles com parceiros ou não, alguns dos comportamentos vai muito mais além do que o desejo compulsivo pelo sexo, mais também por manifestações explícitas de exibição inconscientes do próprio corpo e a manipulação do mesmo causando assim um grande impacto social e cultural. (DEVESA; CRUZ; SIMÕES, 2013).

Em seus estudos Dewer e outros citados por Allegri e outros (2001) fizeram uma importante observação quanto às síndromes demências e sua classificação etiológica como: degenerativas e não degenerativas, onde explicam que as demências degenerativas podem ser ocasionadas por AVC, processos infecciosos,

traumas, déficits nutricionais, dentre outros, e as demências degenerativas correspondem a alterações de origem cortical. Os autores ainda relatam que muitas demências que ora são diagnosticadas como Doença de Alzheimer na verdade não são, existem outras demências que também assim como o Alzheimer tem origem cortical como a Demência Frontotemporal (DFT), esta confusão de diagnóstico afirma os autores, se deve a falta de conhecimento dos quadros clínicos que por sua vez podem ser muito semelhantes.

A DFT inicialmente e de forma sensível afeta o lobo frontal podendo se alastrar para o lobo temporal, ocorrendo alterações das funções destas estruturas somada a atrofia. (GALLUCCI et. al., 2005).

Os autores ainda destacam que 10% a 15% dos idosos acometidos por demências, possuem as de classificação degenerativas não – Alzheimer e que podem ocorrer tanto em homens como em mulheres a partir dos 40 anos de idade, porém por muitas vezes só se descobre o diagnóstico preciso após o óbito.

Segundo Rosen referenciado por Gallucci e outros (2005) na fase inicial da DFT os primeiros sintomas são muito discretos, dentre eles destaca-se o déficit de memória episódica, porém também podem ocorrer mudanças importantes no comportamento:

Tais alterações incluem mudanças precoces na conduta social, desinibição, rigidez e inflexibilidade mentais, hiperoralidade, comportamento estereotipado e perseverante, exploração incontida de objetos no ambiente, distrabilidade, impulsividade, falta de persistência e perda precoce da crítica.

Pena e Vale (2010) em suas pesquisas salientam que a DFT tem sido alvo de muitos estudos, pois os seus portadores correm maior risco de desenvolver SOC (Sintomas obsessivo – compulsivos), que caracteriza se por idéias impulsivas e repetitivas semelhando-se ao TOC.

2.3.2 Músculo – esquelético

As alterações do sistema músculo – esquelético mais freqüentes entre os idosos são: a redução da flexibilidade, força e potência da musculatura; a articulação sofre redução da elasticidade e a articulação fica mais rígida proporcionando a dificuldade nos movimentos; a base de sustentação do corpo sofre um alargamento, a marcha torna – se mais curta e lenta e o movimento braçal também diminui; com a perda de massa óssea ocorre o encurtamento da coluna aliado a redução da elasticidade dos

discos intervertebrais que ocorrendo a aumento da curvatura da coluna, vale lembrar que a partir dos 40 anos de idade o indivíduo pode perder até 1 cm da altura corporal e a densidade óssea fica reduzida. (VITÓRIA, 2010).

Para Ribeiro; Alves e Meira (2009) a modificação do sistema músculo esquelético é o que mais compromete a vida dos idosos devido às freqüentes dores que elas proporcionam principalmente pela redução do líquido sinovial e da diminuição da camada da articulação tornando-se mais fina e comprometendo a movimentação das diartroses.

2.3.3 Respiratório

Relacionado ao sistema respiratório do idoso, as principais alterações são: a capacidade de expectoração e eliminação de corpos estranhos nas vias aéreas é muito reduzida o que pode ocasionar constantes infecções; a respiração do idoso fica mais concentrada no abdome e no diafragma deixando de ser menos torácica; os diâmetros do tórax ficam aumentados reduzindo a capacidade respiratória; a força e a elasticidade ficam diminuídas o que pode gerar fadiga. (VITÓRIA, 2010).

2.3.4 Cardiovascular

A função cardíaca do idoso é bastante comprometida, principalmente devido à diminuição da função, deixando o idoso menos intolerante a esforços; o surgimento da hipertensão arterial devido ao aumento da resistência vascular e a redução do reflexo barorreceptor. (VITÓRIA, 2010).

2.3.5 Gastrointestinal

Nos idosos em relação o aparelho gastrointestinal, os eventos mais freqüentes são: o aparecimento de varizes na língua devido à redução ou perda total da elasticidade do tecido bucal; a mobilidade do esôfago fica alterada, podendo ocorrer retorno gástrico; diminuição da digestão, do metabolismo, o fígado fica mais propício a danos medicamentosos; redução da glicoproteína e albumina. (VITÓRIA, 2010).

Campos; Monteiro e Ornelas (2000) relatam que as alterações gástricas, hepáticas e intestinais também diminuem a capacidade funcional do pâncreas, aumentando assim o risco de diabetes.

2.3.6 Genitourinário

A função renal fica prejudicada quando o idoso faz uso de muitas medicações, ficando propenso a sofrer mais efeitos colaterais e menor capacidade de excreção do sódio. (VITÓRIA, 2010).

Outras alterações significativas são: a incontinência urinária que é desencadeada devido à perda ou diminuição da elasticidade da bexiga; maior ocorrência de infecções urinárias, pois ocorre um desequilíbrio no pH, da flora vaginal e do fator bactericida prostático. (VITÓRIA, 2010).

Em relação ao sistema reprodutor, tanto do homem quanto o da mulher sofrem alterações importantes que podem influenciar na sexualidade. No geral os órgãos genitais tendem a sofrer atrofia e uma redução em seu tamanho, o que no homem geralmente não ocorre, na maioria das vezes ocorre o aumento dos testículos, porém, devido à diminuição dos níveis de testosterona, a ereção peniana fica com menor duração, incompleta e mais lenta. (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

2.3.7 Os órgãos dos sentidos

Os órgãos dos sentidos são de extrema importância, pois eles são responsáveis pela comunicação entre as pessoas, quando se envelhece esta comunicação pode ficar prejudicada devido a algumas alterações decorrente do processo de envelhecimento. (RIBEIRO; ALVES; MEIRA, 2009).

Ocorrem alterações em relação à visão como a redução da acuidade visual devido à redução pupilar que em geral inicia - se a partir dos 60 anos de idade aliada à maior sensibilidade à luz e incapacidade de adaptação ao ofuscamento e diminuição da lubrificação ocular. (VITÓRIA, 2010).

Já em relação à audição, para Ribeiro; Alves e Meira (2009) a partir dos 65 anos de idade ocorrem em 55% dos idosos e em pessoas com mais de 80 anos em 66% e esta proporção só tende a aumentar à medida que se envelhece.

Outras mudanças ocorrem são na produção de cerúmen que torna – se mais reduzida e ressecada devido à diminuição das glândulas sebáceas, o idoso perde a capacidade do equilíbrio corporal e a capacidade de discernir os sons e falar ficam comprometidos. Na medida em que se envelhece o idoso também vai perdendo o apetite devido à redução da percepção do gosto e sente menos sede. (VITÓRIA, 2010).

2.4 DOENÇAS COMUNS DO ENVELHECIMENTO

Existem algumas doenças que são particularmente mais comuns nos idosos, dentre elas estão doença de Alzheimer, doença de Parkinson, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e a osteoporose. (VITÓRIA, 2010).

2.4.1 Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é considerada uma doença neurológica, degenerativa e progressiva que ocasiona no idoso um declínio funcional e como consequência a diminuição da autonomia, fazendo do indivíduo uma pessoa totalmente dependente para as atividades de vida diária e de vida instrumental. (MACHADO, 2011).

Seus sintomas foram descritos pela primeira vez por volta de 1906/1907 por Alois Alzheimer, sendo alucinações, desorientação e déficit cognitivo. (MACHADO, 2010).

No Brasil a estimativa é de que mais de 500 mil pessoas se tornem portadora da doença de Alzheimer até 2030. (MACHADO, 2011).

A manifestação da doença pode ter início a partir dos 60 anos de idade e a cada cinco anos o risco de ocorrência cresce mais fazendo com que se chegue a 40% de chance a partir dos 90 anos de idade. (VITÓRIA, 2010).

O provável diagnóstico é feito baseando – se nos sintomas e na história clínica apresentadas, porém o diagnóstico preciso só pode ser realizado após a morte do paciente através de necropsia, onde se acham placas betas amilóides e depósitos de placas senis no cérebro. (GUERRA et al., 2009).

É importante ressaltar que a doença de Alzheimer é uma doença que faz parte das síndromes demências e que muitas outras demências também existem e podem ser

confundidas com ela, exemplo disso é a doença fronto temporal que tem sintomas semelhantes, devido a este fator o diagnóstico preciso sobre o tipo de doença não é tão exato. (MACHADO, 2011).

Não existe cura para a doença de Alzheimer, o tratamento é basicamente para amenizar os sintomas e impedir a progressão da doença. É necessário o aumento do cuidado com este paciente promovendo bem estar e impedindo que através do Alzheimer este paciente adquira outras doenças. (VITÓRIA, 2010).

2.4.2 Doença de Parkinson

É uma doença degenerativa progressiva específica do sistema nervoso central, assim como o Alzheimer não tem cura, somente tratamento para amenizar os sintomas e melhorar a vida de seus portadores. (VITÓRIA, 2010).

Descoberta por James Parkinson por volta de 1817, porém só recebeu o nome de doença de Parkinson mais de meio século depois. (VITÓRIA, 2010).

Ocorre devido à precariedade da dopamina no sistema nervoso central e acarreta um comprometimento importante na função motora do indivíduo, pode acometer tanto homens como mulheres a partir dos 50 anos de idade. (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

Segundo Meneses e Teive citados por Steidl; Ziegler, Ferreira (2007) 1% da população mundial, principalmente os acima de 65 anos de idade são portadores da DP.

Lana e outros citados por Steidl; Ziegler e Ferreira (2007) relatam que em 2020 mais de 40 milhões de indivíduos no mundo poderão ser portadores da doença de Parkinson.

Todos os idosos em um determinado período da vida começam a apresentar algum tipo de comprometimento físico que faz parte do processo de envelhecimento, estes idosos são chamados de hígidos, porém quando um em especial é acometido pela doença de Parkinson este idoso sofrerá um maior impacto tanto físico como emocional. (CAMARGOS, 2004).

A DP possui como principais sintomas a diminuição dos movimentos, o enrijecimento muscular, e movimentos musculares involuntários denominados tremores, com a

progressão da doença ocorrem à deficiência na marcha e no equilíbrio aumentando o risco de queda e comprometendo toda parte funcional do indivíduo. (CAMARGOS, 2004).

O diagnóstico é clínico e um dos primeiros sintomas reconhecido em 70% dos pacientes é o tremor dos membros superiores, outros pacientes o tremor pode não ser sentido, mais outros sintomas específicos como a bradicinesia ajudam no diagnóstico. (VITÓRIA, 2010).

Alguns pacientes portadores da doença de Parkinson podem apresentar depressão, principalmente nos estágios mais avançados da doença, devido ao grau de comprometimento e a perda da independência, geralmente ocorre com 15% dos pacientes. (VITÓRIA, 2010).

O tratamento é a base de remédios e é indicado também o acompanhamento de outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. (PINHEIRO apud VITÓRIA, 2010).

2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Segundo o IBEG citado por Vitória (2010) a hipertensão é uma doença que ocorre em 50% da população idosa, principalmente acima de 60 anos, e 20% dos adultos em geral. É uma doença que ocorre silenciosamente e suas principais conseqüências são: acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e o infarto.

Os casos de hipertensão em idosos no Brasil têm uma prevalência de 60% a 80% e entre os adultos até 50 anos de 22% a 44%%. (CARVALHO et al., 2013).

É uma doença que ocorre devido a vários fatores e por muitas vezes não tem sintomas, progredindo de forma silenciosa e perigosa. (CARVALHO et al., 2013).

É considerada segundo Smeltzer e outros (2012a) uma das doenças que mais matam idosos.

Alguns fatores que predispõem os indivíduos são: a idade, obesidade, vida sedentária, consumo excessivo de sódio, dentre outros. (CARVALHO et al., 2013).

Nos idosos mais especificamente, a pressão arterial definida como elevada é de 130/85 mmHg, considerando que esta pressão foi verificada em dias distintos e de forma adequada, a mesma deve ser monitorada com o paciente sentado, caso o paciente tenha deambulado, aguardar no mínimo 5 minutos para a verificação, lembrando que se houve consumo de algum ativo como tabaco e cafeína que possa interferir no resultado, é necessário que se aguarde uns 30 minutos para aferição. (VITÓRIA, 2010).

Para o diagnóstico da HAS, é necessária a visita regular ao cardiologista e a aferição da pressão pelo menos uma vez por semana. (CARVALHO et al., 2013).

O tratamento é medicamentoso e de uso contínuo, a mudança de hábitos também é um forma de tratamento, a realização de atividades físicas e a reeducação alimentar são fatores determinantes em um bom resultado no tratamento. (VITÓRIA, 2010).

2.4.4 Diabetes

O diabetes acontece quando o pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente ou até mesmo não produz fazendo com que os níveis de glicose na corrente sanguínea fiquem aumentados. (SALOMÉ; BLANES; FERREIRA, 2009).

É muito comum, principalmente entre os idosos e sua incidência vem progredindo a cada dia, segundo a Organização mundial da saúde citado por Salomé; Blanes e Ferreira (2009) estimam-se que 160 milhões de pessoas estejam com diabetes e este número pode chegar a 300 milhões até 2025.

Sua consequência geralmente é grave principalmente por ser uma doença silenciosa, podendo levar o indivíduo a cegueira, problemas vasculares, cardíacos, renais e até mesmo a amputação de membros. (BRASIL, 2007).

Existem dois tipos de diabetes, o tipo 1 e o tipo 2, seu diagnóstico é através de análise laboratorial e clinicamente pode ser suspeitada através de alguns sintomas clássicos: o excesso de sede e nictúria. (BRASIL, 2007).

O tratamento inicialmente para algumas pessoas consiste na mudança da dieta e realização de exercícios físicos, para outras incluem também o uso contínuo de medicamentos e em casos mais graves acrescenta-se o uso de insulina. (VITÓRIA, 2010).

É necessário que o portador de diabetes faça o controle contínuo através da glicemia capilar, pois o controle é a melhor prevenção para que o quadro clínico não se agrave. (BRASIL, 2007).

2.4.5 Osteoporose

Segundo Coussirat e outros (2012):

A osteoporose é uma doença sistêmica caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea (DMO), com deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, resultando na perda de resistência e aumento do risco de fratura por fragilidade, principalmente na coluna vertebral, quadril e punho.

Estudos demonstram que em 2050 haverá um aumento significativo de pessoas com osteoporose em todo o mundo, nos Estados Unidos a estimativa é de ocorram três milhões de fraturas por ano, atualmente ocorrem cerca de dois milhões, o que trás aos cofres públicos um gasto de 30 bilhões de dólares anuais, com intuito de prevenir e de implantação de estratégias para tal. (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

É uma doença silenciosa até ocorrer uma fratura óssea, nas osteoporoses que não são tratadas a ocorrência de fraturas acontece em 50% e a mortalidade encontra-se em 20% nas fraturas de fêmur, sendo que outras podem ocorrer em regiões como punho e vértebras. A incidência nas mulheres é maior do que nos homens, principalmente devido à menopausa. (VITÓRIA, 2010).

O diagnóstico inicialmente é clínico baseado em fatores de risco, a radiografia pode detectar prováveis deformidades ósseas e também pode ser pesquisada através da densitometria óssea. (YAZBEC; MARQUES NETO, 2008).

O tratamento da osteoporose baseia-se em não medicamentoso que consiste na pratica de atividade física aliado a dieta rica em vitamina D e cálcio, ou no medicamentoso onde haverá a necessidade de uso drogas que possam aumentar a massa óssea através de suplemento de cálcio e vitamina D. (YAZBEC; MARQUES NETO, 2008).

2.5 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO APARELHO GENITAL MASCULINO E FEMININO

2.5.1 Feminino

O aparelho genital feminino é constituído por órgãos externo e internos. Os órgãos genitais externos são compostos pelos grandes lábios, pequenos lábios, monte de Vênus ou pubiano, clitóris, vestíbulo vaginal, meato urinário, intróito vaginal/ hímen e glândulas de Bartholin. Todos estes juntos formam a vulva. (MACHADO, 2012).

Os grandes lábios formam as laterais da vulva, é composto por tecidos conjuntivo e adiposo obtendo um formato de pregas, seu início é a partir do monte pubiano se alongando até a base do corpo perineal, sua parte externa é bem úmida e sem pêlos. (MACHADO L., 2012).

Os pequenos lábios são pregas com espessura fina, localizados dentro dos grandes lábios com aparência de mucosa, possuem glândulas sebáceas, é um local bastante inervado sendo assim bem sensível, sua estrutura não possui pêlos. Partes dos pequenos lábios unem-se formando uma espécie de prepúcio feminino e ficam localizados em torno do clitóris. (BERNARDES, [20--]).

O monte de Vênus também conhecido como monte pubiano é um revestimento da sínfise púbica e dos ossos púbicos, é formado por tecido conjuntivo e tecido adiposo, possui glândulas sebáceas e uma cobertura de pêlos pubianos. (MACHADO L., 2012).

O vestíbulo vaginal está localizado entre os pequenos lábios, é uma área com forma triangular, seu ápice localiza-se no clitóris e sua base na parte inferior onde encontram os pequenos lábios, a fúrcula. Nessa região ficam a vagina, as glândulas de Bartholin e o meato uretral. (MACHADO L., 2012).

Segundo o mesmo autor, o meato urinário não é parte integrante do órgão genital feminino, porém fazem parte da vulva devido a sua localização.

O intróito vaginal fica localizado no vestíbulo na parte inferior, possui uma cobertura do hímen, constituído por tecido epitelial de espessura fina, seu tamanho varia de mulher pra mulher. (BERNARDES, [20--]).

As glândulas de Bartholin ficam localizadas na base dos grandes lábios, sua função é a lubrificação vaginal. (MACHADO L., 2012).

O clitóris é um músculo erétil, semelhante ao pênis, é a área do prazer feminino devido a sua alta sensibilidade. (MACHADO L., 2012).

Os órgãos internos representam o útero, vagina, tubas de falópio e ovários, estes ainda acompanham órgãos pélvicos como a bexiga, a uretra, o reto e a mama. (MACHADO L., 2012).

O útero é um órgão fibroso e muscular em forma de uma pêra, sua divisão baseia-se em fundo, corpo e cérvix, possui 3 camadas, o perimétrio, endométrio e miométrio. Sua localização é na região central da pelve e sua função é abrigar o zigoto até seu completo desenvolvimento. (DUMM, 2006).

A vagina é um órgão musculoso e elástico, formado de tecido epitelial estratificado não queratinizado, é responsável por receber o pênis e também importantíssimo para o momento do parto normal, pois é o canal por onde passará o feto. (GARTNER; HIATT, 2010).

As tubas de falópio ou uterinas são 2 tubos pequenos, um do lado direito e outro do lado esquerdo, que medem aproximadamente 10 a 12 cm. São responsáveis pela fecundação e pelo transporte do zigoto ou ovo para a implantação uterina. (GARTNER; HIATT, 2010).

Os ovários são glândulas sexuais e assim como as tubas são em número de dois, pequenos, possui um córtex central também conhecida como medula, sua função é produzir o óvulo, realizar o seu amadurecimento e provocar a sua expulsão do mesmo através de produções hormonais. (MACHADO L., 2012).

O ciclo fisiológico do sistema reprodutor feminino inicia-se a partir da menarca (primeira menstruação), sendo denominado ciclo ovariano ou menstrual que acontece em média durante 28 dias, no decorrer deste ciclo ocorrerá a participação de vários hormônios importantes para que todo o processo ocorra dentro da normalidade. (DUMM, 2006).

Os hormônios envolvidos neste ciclo são: o estrogênio e a progesterona que são produzidos nos ovários e tem ação sobre o endométrio, eles determinarão o grau de espessamento da camada do útero, o hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH), estes hormônios são sintetizados na hipófise e tem ação sobre os ovários, ou seja, eles serão responsáveis pela maturação e expulsão do óvulo para as trompas. (DUMM, 2012).

Nos 14 primeiros dias do ciclo, o FSH inicia a promoção do estímulo sobre os oócitos formando o folículo primário, que vai amadurecendo ainda por estímulo do FSH ocorrendo à formação do folículo secundário conseqüentemente o folículo terciário mais conhecido como folículo de Graaf que é o folículo maduro rico em líquido folicular, toda esta fase é conhecida como fase pré – ovulatória ou folicular. (DUMM, 2012).

Com o aumento do FSH ocorre o estímulo para produção do estrogênio e este por sua vez começa a trabalhar na parede do endométrio tornando mais espesso. (DUMM, 2012).

No 14º do ciclo ocorre um pico na produção de LH o que fragilizará a membrana que envolve desencadeando a ovocitação, outro evento que ocorre nesta fase é o aumento da progesterona atuando também no endométrio preparando – o para uma provável nidação. (GARTNER; HIATT, 2010).

Com o rompimento do folículo de graaf as células granulomatosas originam-se em células luteínicas que formarão o corpo lúteo que ajudará nos altos níveis de progesterona até a formação placentária e diminuindo os níveis de estrogênio, porém caso não ocorra fecundação e nidação o corpo lúteo passa por degeneração e atrofia formando o corpo albicans. (GARTNER; HIATT, 2010).

Caso não ocorra a gestação, os níveis de progesterona e de LH caem ocorrendo uma vasoconstrição das artérias e conseqüentemente a necrose da parede ocasionando a menstruação. (GARTNER; HIATT, 2010).

Este ciclo ocorre em todas as mulheres em circunstâncias normais todos os meses, a partir dos 40 anos podem ocorrer alterações deste ciclo e a progressão para a menopausa. A menopausa não é uma doença e sim um fenômeno natural que ocorre dentro do processo de envelhecimento. (SMELTZER et al., 2012b).

É importante segundo Neves – e – Castro (2009) que não ocorra confusão quanto à definição de menopausa e climatério. A menopausa é tão somente a ocorrência da última menstruação, quando ausentada por mais de um ano, já o climatério é o declínio da capacidade de fertilização das mulheres.

2.5.2 Masculino

O sistema reprodutor masculino é constituído por dois testículos, dois túbulos seminíferos, duas vesículas seminais, uma próstata e um pênis. (STMELZER et al., 2012c).

Os testículos são formados por inúmeros túbulos chamados de seminíferos, estes túbulos são formados por células chamadas células de Leydig que são produtoras da testosterona. Além de serem responsáveis pela testosterona, os testículos também sintetiza os espermatozóides, esta produção denomina-se espermatogênese. (GARTNER; HIATT, 2010).

As vesículas seminais são produtoras do líquido seminal que ajudará na locomoção do espermatozóide até sua expulsão pelo pênis. (GARTNER; HIATT, 2010).

A próstata é uma glândula assim como as vesículas seminais e são responsáveis pela produção do líquido prostático, que juntamente com o líquido seminal formará o sêmen. (GARTNER; HIATT, 2010).

O pênis é constituído por uma cabeça, um corpo e uma raiz. Cabeça também denominada por glande é macia e possui uma abertura que é a uretra por onde saem os espermatozóides e a urina. O corpo é formado por duas estruturas, uma esponjosa e outra cavernosa, quando estes ficam irrigados de sangue ocorre à ereção peniana. A ereção é necessária para que ocorra o ato sexual e o pênis transporte para dentro da mulher os espermatozóides para que ocorra a fecundação. (STMELZER et al., 2012c).

A produção de espermatozóides ocorre nos testículos, mais precisamente dentro dos túbulos seminíferos, onde se encontram as células germinativas. Para que ocorra a espermatogênese, é necessária a participação de alguns hormônios como a prolactina, o hormônio luteinizante (LH) e o FSH. (GARTNER; HIATT, 2010).

A prolactina estimulará as células de Leydig a preparar receptores para o LH, com a ligação do LH e nas células de Leydig ocorre a secreção de testosterona, ao mesmo tempo em que o FSH induz a liberação da proteína ligadora de andrógenos que manterá os níveis de testosterona altos. (GARTNER; HIATT, 2010).

A espermatogênese ocorre por etapas e fases de divisões e diferenciações celulares. A primeira etapa é a da fase germinativa ou de multiplicação, onde as

células denominadas espermatogônias se multiplicam por mitose desencadeando a segunda etapa que é a fase do crescimento. A fase do crescimento é onde ocorre a formação dos espermatócitos que ainda mantém – se diplóides entrando assim na fase de maturação. Esses espermatozóides ainda chamados de primários entram na primeira etapa da meiose formando os espermatócitos secundários, tornando-se aplóides, com a continuidade da meiose que agora será meiose II, formam-se as espermatídes que através de uma diferenciação tornam-se espermatozóides aplóides que serão armazenados no epidídimo. (DUMM, 2006).

Com o estímulo do ato sexual ocorre a ejaculação que é a expulsão do sêmen contendo o espermatozóide maduro para o corpo feminino através do pênis. (GARTNER; HIATT, 2010).

2.6 SEXUALIDADE

A sexualidade tem um significado bastante amplo, Gozzo e outros (2000) a definem como uma explosão de emoções que se afloram e que estão ligadas intimamente ao sexo.

Porém, os mesmos autores ainda explicam que a sexualidade, não deve ser confundida com o sexo somente ou só com carícias e contatos mais íntimos dos indivíduos, mais sim a um comportamento intrínseco de cada pessoa em particular.

Historicamente a sexualidade desenvolveu-se na pré-história, onde a procriação feminina era enaltecida e a mulher era verdadeiramente uma propriedade do homem, obtendo assim por únicas finalidades no meio social os afazeres domésticos, o aumento demográfico e satisfação do desejo masculino. (RIBEIRO, 2004).

Ribeiro (2004) ainda relata que hoje o padrão estabelecido pela sociedade quanto à sexualidade é de que tanto a mulher quanto o homem tem que obter um corpo perfeito, atraente, o que fortifica e dignifica muito o capitalismo no mundo contemporâneo.

Freud em suas teorias sobre a sexualidade humana enfatiza que o inconsciente está relacionado à repressão da sexualidade e alguns desejos devem ser mantidos fora do espaço de consciência, onde a sexualidade e suas manifestações são restritas e

censuradas, já o consciente refina as ações humanas e seu comportamento diante da sociedade. (GARCIA – ROZA, 2009).

Mendonça, Ingold (2006) relatam que a sexualidade existe desde a infância e que reflete na sexualidade do indivíduo na fase adulta, sua objetividade consiste na busca do prazer e da satisfação das necessidades orgânicas.

Freud ainda em seus estudos faz algumas considerações sobre a sexualidade humana, dentre elas a de que no instante em que o indivíduo nasce sua sexualidade começa a se desenvolver, durante a infância ocorre a distinção do que é sexual e genital conseqüentemente vai se descobrindo em todas as fases da vida que o prazer é desencadeado através do contato com algumas partes do corpo. (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Rodrigues (2008) a principal característica da sexualidade é a união dos indivíduos através de gestos, comportamentos, expressão corporal, linguagem, sentimentos e forma de vida que ocasionam no outro admiração e desejo, desta forma reforça que todo indivíduo não precisa ser dotado de beleza exterior para ser sensual, a beleza e a sexualidade têm ligação direta com o “ser” de cada pessoa.

Andrade (2010) caracteriza a sexualidade como um processo em construção, que se inicia e é influenciada a partir da cultura, meio social e ambiental na qual cada indivíduo está inserido.

Outro fator que influencia a sexualidade atualmente e causa um grande impacto na questão comportamental de cada indivíduo é a religião. Poucos ainda são os estudos disponíveis sobre tal, no entanto, o que poucas literaturas trazem sobre este contexto é de que o comportamento do indivíduo está relacionado ao tipo de religião em que se encontra e isto determinará suas ações que podem ou não agradar a Deus e estar no conceito bíblico. (SOUZA, 2011).

Ainda segundo Souza (2011) a sexualidade por ser um tema amplo obtém muitos estudos, porém poucas respostas, o que se pode afirmar é que cada indivíduo manifesta a sua e de variadas formas.

2.6.1 Sexualidade na terceira idade

A sexualidade na terceira idade é um assunto praticamente esquecido pelos profissionais da saúde, já pela sociedade e pelos próprios idosos é muito pouco conhecida, ela engloba temáticas morais, biológicas, físicas e psíquicas de todos os indivíduos. (BRAGA; GAGLIETTI, 2013).

É um assunto de alta complexibilidade, que deve ser avaliado a partir de um novo olhar, não se limitando apenas aos processos biológicos, mais também aos emocionais. (VIEIRA, 2012).

Duncan; Schimidt, Giugliani referenciados por Moura; Leite, Hildebrandt (2008) descrevem em seus estudos que idosos com mais de 60 anos de idade ainda mantêm vínculo sexual, as mulheres representadas por 56% e os homens por 74%, sendo que nem sempre este relacionamento está vinculado somente ao ato sexual propriamente dito, ou seja, penetração, mais sim por um beijo, um toque, que para eles possuem muito valor.

Porém os mesmos autores ainda relatam que alguns idosos ainda que por minoria ainda vêem que a sexualidade está somente representada a partir do ato sexual e quando estes idosos passam por um processo de disfunção sexual eles sofrem muito e na sua maioria são levados mais facilmente a obter depressão, visto que esta situação em especial para os homens é vista como uma derrota, levando – o ao medo e insegurança.

A conseqüência do envelhecimento e seu processo em relação à sexualidade designam uma realidade contaminada de preconceitos, sendo a incompetência e a impotência sexuais partes importantes desses preconceitos. (FERNANDES, 2009).

Silva Júnior e outros (2009) reforçam que o preconceito em relação à terceira idade impõe um freio em relação à sexualidade do idoso, o que na mente deles torna-se um tabu, indo contra a realidade de que todas as pessoas podem e devem continuar se relacionando sexualmente independentemente da idade.

Todo indivíduo quando nasce é caracterizado como um ser sexuado, podendo desfrutar do sexo/ sexualidade nas diversas fases da vida, porém em determinada etapa deste processo ele se depara com a imposição social e moral onde a sexualidade e o sexo são prioridades dos jovens, isto constitui uma barreira para o

desenvolvimento de uma nova etapa da sexualidade na 3ª idade, onde o sexo não tem outro significado senão o de tão somente a realização e consumação do ato sexual. (SILVA JÚNIOR, 2009).

Muitos idosos não conseguem lidar com a sexualidade e acabam sendo influenciados pela pressão preconceituosa da sociedade e a partir dos 50 anos já começam a ter problemas relacionados à sexualidade que podem afetar a vida conjugal. (CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Vasconcellos e outros (2004) designam a falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento como o principal fator que leva o indivíduo não conseguir lidar com todas as mudanças físicas e funcionais que ocorrem no organismo, desta forma abstendo-se de relações sexuais.

Estar velho não constitui estado de enfraquecimento e de falta de sexualidade, em nossa sociedade ainda são impostos tabus e inúmeros preconceitos em relação à sexualidade durante a terceira idade, o que indiretamente trás ao idoso certo receio na prática sexual. (GRADIM; SOUZA; LOBO, 2007).

Tanto a velhice quanto a sexualidade devem ser encaradas de forma natural, visando à manutenção da chama do desejo nos casais da terceira idade. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Em relação aos homens a sexualidade abrange um aspecto mais complexo, visto que a maior preocupação masculina está na perda da potência sexual, proporcionando a eles ansiedade e medo de envelhecer. (SANTOS, 2010).

Santos (2010) ainda destaca que em meio a tantas preocupações e ansiedades, os homens da terceira idade não têm deixado de buscar recursos que os permitam continuar inseridos no meio da sexualidade perante a sociedade, muitos passam a usar roupas que usualmente só eram utilizadas pelo público jovem, ficam adeptos a uso de tintas nos cabelos, bigode e barbas e até mesmo chegam ao extremo realizando cirurgias plásticas.

Atualmente o número de homens que buscam a cirurgia plástica vem crescendo de forma significativa, com o intuito de promover a auto-imagem e manter padrões estipulados pela sociedade. Porém, mesmo com tantos recursos disponíveis, muitas são as barreiras e os desafios encontrados pelos homens para manter-se dentro

desse contexto, visto que também sofre preconceito perante a sociedade. (SANTOS, 2010).

Já para as mulheres a sexualidade na terceira idade se depara com aspectos mais relacionados às mudanças físicas e biológicas. O maior confronto da mulher é com ela mesma, com o espelho e no que as outras pessoas irão pensar sobre o seu corpo. Para a mulher a sexualidade está intimamente ligada à forma física, a roupas, cabelos, todos em um único pacote proporcionando bem estar e auto-estima. (BULCÃO, 2004).

A mesma autora enfatiza que o preconceito em relação aos homens e mulheres durante a terceira idade pode ser comparado a um freio que vai desacelerando a vida sexual até que a pessoa não consiga mais se relacionar por achar que simplesmente o seu tempo acabou que sexualidade e relação sexual só pertencem ao mundo dos jovens, o que não é verdade.

O que acontece de fato na sexualidade na velhice é que ela deixa de ser um momento de pirotecnia e sensacionalismo principalmente em relação ao sexo e o amor tornando-se algo mais terno e consistente, onde os simples gestos e o respeito mútuo valem mais que qualquer outra ação. (SANTOS, 2011).

Santos (2011) ainda conclui que a sexualidade na terceira idade é algo que gira em torno do “outro”, a promoção de bem estar, a qualidade da convivência, as bagagens de vida, os sonhos compartilhados e alcançados são sem sombra de dúvida formas de amar que vão além do sexo.

2.7 FATORES QUE INTERFEREM NA SEXUALIDADE DO IDOSO

O envelhecimento físico e biológico são chaves importantes para o entendimento de que em parte, a redução da atividade sexual decorre nesta fase da vida e por diversos fatores que são possíveis de explicar, porém não se deve confundir envelhecimento e doença. É óbvio que o envelhecimento traz consigo a suscetibilidade a várias doenças, porém as mudanças físico e biológicas são universais afetando a todos. (BALLONE; MOURA , 2008).

Os mesmos autores salientam que vários fatores podem prejudicar a sexualidade na terceira idade, dentre eles, a habilidade e a vontade do (a) companheiro (a), o

estado de saúde, dificuldade de ereção nos homens e a dispaurenia nas mulheres, alguns efeitos provocados pelas medicações de ambos e falta de privacidade.

Bulcão (2004) relata que a diminuição dos níveis hormonais e o declínio do climatério em homens e mulheres aparecem como um fator importante na contribuição para a redução da sexualidade. Ainda contribui em seus estudos informando que as alterações são particulares a cada espécie e deve-se ter o conhecimento de cada efeito visando atuar na contribuição para que estes efeitos naturais do organismo não venham afetar diretamente a vida sexual.

Embora várias mudanças sejam detectadas nesta fase, se faz necessário entender que a parte de ordem sentimental e as sensações das pessoas não se degeneram juntamente com o corpo, o que pode manter a sua sexualidade em plena vivência, apesar da interferência que algumas doenças possam produzir, devido a isto é importante o autoconhecimento dos fatores que podem afetar a sexualidade e aprender a conviver com eles. (ALENCAR; 2013).

O envelhecimento por si só não é um fator que tenha obrigatoriamente relação com a diminuição da atividade e o interesse sexual. (BALLONE; MOURA, 2008).

2.7.1 Fatores psicossociais

Desde o nascimento já somos inseridos no convívio social. Na idade adulta este convívio está relacionado aos afazeres do cotidiano, tais como vida regrada no trabalho, construção do relacionamento familiar, para outros a própria formação de um lar, integração com grupos de culturas diferentes e outros, onde se fazem necessárias algumas habilidades para tal. Com o envelhecimento estas habilidades tendem a um comprometimento devido à redução dos aspectos cognitivos, perceptivos, sensoriais que são naturais à 3ª idade. A problemática relacionada ao idoso e a sociedade começa com o comprometimento destas habilidades, onde os idosos passam a sofrer sérios pré - conceitos que o afastam deste convívio. (DEL PRETTE; DEL PRETTE apud CARNEIRO; FALCONE, 2004).

Capitanini (2000) ainda explica que o relacionamento dos idosos com o com a sociedade é extremamente importante e benéfico tanto para a saúde física, mental e sexual.

Em uma pesquisa realizada por Marques e outros (2013) onde 41 acadêmicas da Universidade Aberta da Melhor Idade foram entrevistadas, foi identificado que dentre vários fatores que interferem na sexualidade o principal é o psicossocial e é o que mais influencia na mudança e no comportamento sexual, pois 100% das entrevistadas eram viúvas, o que demonstra que o estado civil transformou-se na principal barreira para essas mulheres manterem uma vida sexual ativa, supervalorizando a idéia de que sexo seguro somente pode ser realizado estando casadas.

Já Campos (2003) identificou em seu estudo que a vida profissional principalmente para as mulheres é um fator que influencia de forma positiva a sexualidade e que nas mulheres senis que são “do lar”, ocorre o oposto.

A mesma autora ainda ressalta que o fator sócio-econômico também interfere na vida sexual, porém, independentemente do nível social ou econômico a sexualidade pode ser satisfatória a todos.

A posição social é um dos fatores que segundo Penna e Santo (2006) afetam a qualidade de vida dos idosos, principalmente os homens, a aposentadoria faz com que o indivíduo se desprenda do convívio social, deixando-o mais em casa e limitando sua participação em eventos do cotidiano, o que pode ocasionar um declínio no fator psicológico levando-o a um início de depressão.

Para Fachine e Trompieiri (2012) outro fator que pode interferir na sexualidade do idoso, porém de forma indireta é o declínio das funções cognitivas, pois ocorre de forma gradual e sua interferência é perceptível por muitas vezes devido a algumas dificuldades de aprendizado e esquecimentos sem muita importância, sem danos cerebrais sendo que seu agravamento ocorre na maioria das vezes após os 80 anos de idade.

Os mesmos autores ainda afirmam que todo indivíduo apresentará uma mudança de ordem psicológica durante o processo de envelhecimento, tais mudanças decorrem do bloqueio das aptidões aos novos papéis sociais, à ausência de estímulo, depressão em relação à auto-imagem, recusa às mudanças rápidas, dificuldades com as perdas orgânicas e outras.

Em outra pesquisa realizada por Miranda e outros (2005) com idosos asilados em um município no interior do Paraná, foi identificado no período de reconhecimento do

local o comportamento de dois idosos, o desejo de namorar, tal desejo foi reprimido pelo poder administrativo do local, de forma preconceituosa com as narrativas de que é um absurdo namorar no asilo. Mediante a situação a diretoria do asilo prevendo que não teria controle sobre o sentimento dos idosos, providenciou um local que foi cedido por um visitante para promover o encontro do casal. Os autores relatam que o comportamento dos funcionários em relação a toda situação era deprimente, os relatos preconceituosos onde o único sentimento deles diante de tudo era de condenação e interdição dos personagens.

Para uma sociedade que é contaminada de preconceitos o envelhecimento é visto como um castigo e que sua consequência é o isolamento e a repressão em relação à sexualidade, e todo este contexto traz aos idosos uma sensação de impotência e incompetência de forma influenciada. (FERNANDES; 2009).

Miranda e outros (2005) afirmam que o fator psicossocial efetiva as normas e que influenciam diretamente o comportamento do idoso perante a sociedade em relação à sexualidade.

2.7.2 Fator emocional

O emocional do idoso tem um impacto sobre a sexualidade bem mais agressiva em relação à pessoa jovem. Para muitos idosos só se tem saúde e prazer quando não se é velho e o envelhecimento é uma constante ameaça. . (STMELZER et al., 2012a).

Emocionalmente, o envelhecimento pode ser definido como a redução na possibilidade de adaptação ao novo, sendo que alguns idosos apresentam-se emocionalmente mais inflexíveis frente a estas mudanças, não aceitando quebras das rotinas e apegando - se às situações que são mais simples. (XAVIER, 2004).

Este mesmo autor ainda salienta que é difícil saber o que realmente leva o idoso a perder esta capacidade de interagir com algo novo, porém sugere algumas possibilidades como o acúmulo de estresses e perdas que sofre com o envelhecimento ou decorrente ao excesso de novidade que o próprio mundo criou, onde se perdeu valores, conceitos, crenças, moralidades e normas antes estabelecidas.

O processo de envelhecimento por si traz várias mudanças no âmbito emocional do idoso, pois todos os aspectos que são essenciais ao desenvolvimento humano vão reduzindo, dentre eles os sensoriais, conceptivos, afetivos, e emocionais, o que acarreta ao idoso certa ansiedade, inquietações, expectativas e ao mesmo tempo vários conflitos, o que o levam a uma forma diferente de encarar a vida. (GÁSPARI; SCHWARTZ, 2005).

Muitos idosos ao envelhecerem desencadeiam doenças que podem os levar a constantes hospitalizações e ao uso de muitos medicamentos trazendo uma mudança no estilo de vida e proporcionando um desequilíbrio emocional, pois o medo de muitos é ser um peso para a família e o risco da perda de sua autonomia principalmente econômica. (SMELTZER et al., 2012a).

É importante salientar que alguns aspectos sociais podem ser diretamente responsáveis por provocar alterações emocionais, a aposentadoria, por exemplo, afasta o idoso do convívio social, trazendo a sensação de inutilidade, como se estivessem sobrando em meio à , e este sentimento faz com que o idoso se isole o que traz um imenso prejuízo emocional ocasionando conseqüentemente um desequilíbrio na sexualidade. (LIMA; DELGADO, 2010).

Segundo Vono referenciado por Lima, Delgado (2010) o ambiente em que este indivíduo vive também causa uma grande influência devido à falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento por parte dos familiares, o que gera a incompreensão sobre alguns aspectos.

Todas estas mudanças no cenário ambiental e social do idoso os tornam seres susceptíveis a várias doenças de ordem psicoemocional como a depressão, bipolaridade dentre outras influenciando de forma direta em sua sexualidade. (HARRIS et al. apud LIMA; DELGADO, 2010).

2.7.3 Fator cultural

A sexualidade não é apenas biológica, existe uma grande organização constituída de outras implicações culturais que a englobam. (FONSECA; LUCAS, 2009).

Para Leininger citado por Feitoza (2008) cultura está relacionada ao estilo de vida e ao ambiente na qual este indivíduo está inserido, para a autora a cultura baseia-se

na transmissão de crenças e normativas estipuladas por pessoas ao redor que irão nortear cada indivíduo em relação ao seu comportamento diante da sociedade.

A sexualidade possui amplos aspectos que irão traduzir o comportamento de cada indivíduo de acordo com sua cultura, desde a infância inicia – se a formação da sexualidade humana, porém na adolescência ocorre à estruturação do comportamento sexual, o que modelará a sexualidade futura, o fato é que, a vida sexual de cada pessoa será definida e construída com base em valores, hábitos e tradições do meio em que vive. Já na fase adulta as maiores preocupações são com os costumes e a moral perante a sociedade, no Brasil ainda existe, a influência quanto ao corpo em relação a sua exibição, o preconceito em relação à masturbação, principalmente envolvendo os idosos, e ao ato sexual antes do casamento. (FONSECA; LUCAS, 2009).

Segundo Gomes (2010), a cultura é uma herança que é transmitida de geração em geração e através dela pode-se identificar características próprias de cada grupo social. A forma de falar, vestir, interpretar situações sociais, agir e comer diz muito sobre cada população e se torna uma característica marcante a cada cultura.

O mesmo autor ainda relata que a prática sexual de cada indivíduo diz muito sobre o que e quem ele é, e pontua a religião como um fator cultural que muito influencia na sexualidade, principalmente nos idosos. A religião, ou pelo menos a maioria delas, expressa aos seus seguidores normas e regras quanto à prática da sexualidade, regras e normas que podem acarretar ao indivíduo uma crise interna e transmitir a sensação de constante pecado, funcionando mais ou menos como um freio social.

Em alguns idosos é possível notar que quando crianças e jovens não tiveram informações específicas sobre sexualidade, muito pelo contrário, observa-se que muitos sofreram repreensões e foram fatidicamente orientados a nem mesmo tocar neste assunto, a única orientação que obtiveram foi de que a sexualidade gera o sexo que gera uma nova vida após 9 meses, ou seja, que a sexualidade está somente ligada exclusivamente a procriação e não a liberação de seus desejos e sentimentos.(ALMEIDA; LOURENÇO,2007).

Tavares e Carvalho (2011) comentam em seus estudos que muitas atitudes dos idosos são reprovadas pela sociedade, a troca de carinho, de afeto ou até mesmo

de um beijo em público por um casal de idosos podem causar de repulsa até nojo em muitas pessoas.

É importante que os idosos possam através da sexualidade obter melhor qualidade de vida, hoje existem muitos grupos específicos da terceira idade que trabalham nesse sentido com os idosos, trazendo a eles novas perspectivas tanto na sexualidade como em outros aspectos, impedindo este idoso de somente viver na condição de espera de doenças e da morte. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Em nossa cultura, e em várias outras a criação do sujeito está subordinado à família, ao nascer já estamos inseridos nela, em relação ao homem existe uma dominante que o classifica como patriarca, o cabeça, o chefe da família, aquele que vai reger todas as coisas. (GOMES, 2010).

Sexualmente não é diferente, historicamente o homem lá nos primórdios da humanidade era quem decidia quando e como ter relações sexuais com a parceira, vale ressaltar que hoje em dia muitas coisas mudaram em relação a dominância do homem, a predominância da mulher no mercado de trabalho ampliou os aspectos femininos e abriu novos horizontes em todas as áreas, até mesmo relacionado a sexualidade, porém ainda há um estereótipo masculino que ronda a sociedade, de que a mulher pode ficar sem o sexo e o homem não. (MAIA et. al., 2013).

A cultura atual é idealizadora de que vida sexual esta voltada somente para os mais jovens, tal manifestação traz ao idoso culpa e o mesmo não se sente a vontade para falar sobre este assunto que deveria ser normal. (BUCHELE; OLIVEIRA; PEREIRA, 2006).

2.7.4 Fator ambiental

O ambiente é um fator que pode interferir de forma significativa na vida sexual do idoso, não só em relação ao ato sexual, mais também à exteriorização de sua sexualidade como um todo. (BRODERSEN; HERMANN, 2006).

Hoje em dia muitas são as mudanças que vem ocorrendo dentro dos lares, tais mudanças acabam ocasionando a inclusão de idosos em instituições (asilos), mesmo sabendo que a convivência com a família ainda é melhor para o idoso, muitas famílias por não terem condições de prestar atendimento aos seus idosos os

colocam em instituições, trazendo este idoso ao convívio com outras pessoas que ele não conhece e a sofrer uma mudança ambiental brusca que por muitas vezes o acomete de sentimentos como a tristeza, angústia, abandono, invalidez, incapacidade, desprezo e outros, que podem acarretar ao idoso a desmotivação para com tudo que a vida possa lhe proporcionar inclusive a vida sexual. (BRODERSEN e HERMANN, 2006).

Brodersen e Hermann (2006) em suas pesquisas com idosos asilados na região da AMAVI – SC no ano de 2005 mostram que o asilo funciona como uma escola interna onde se confina o idoso e o separa do convívio social, a ele somente são agora impostas regras, normas e condutas a serem vividas ali e que a vida afetiva e sexual são completamente abolidas levando este idoso asilado a viver em estado de alienação. Por parte dos próprios idosos, os mesmos autores ainda perceberam que o sentimento afetivo e a vontade em dar continuidade ou até mesmo de recomeçar uma vida sexual ainda faz parte do desejo destes idosos, eles entendem que sexualidade não está somente ligada à consumação do ato sexual (penetração), mas também ao beijo, ao afeto, carinhos e ao toque.

A contribuição de um ambiente desfavorável é um dos principais desestimulantes para alguns idosos frente à sexualidade, muitas instituições de acolhimento ao idoso abominam tal idéia e conduta. (RIBEIRO, 2002).

Miranda e outros (2005) relatam que durante o reconhecimento de uma instituição para a realização de uma pesquisa no interior do Paraná, puderam identificar uma situação que dentro dos padrões culturais de nosso país parece ser absurda, um idoso gostando de uma idosa, tal situação estava trazendo muita agitação ao ambiente, foi quando os pesquisadores descritos acima investigaram e descobriram tal fato.

Ainda, segundo Miranda e outros (2005) o que mais impressionou não foi o fato do idoso estar interessado na idosa e sim no alvoroço em que o sentimento do casal estava causando nas pessoas que trabalhavam ali, um dos funcionários descreveu tal situação como absurdo afirmando que a diretoria do asilo não aceitaria tal situação.

Os mesmos autores apavorados com tudo que viram e ouviram continuaram acompanhando o caso, onde a diretora da instituição tomou como conduta a

promoção de um encontro do casal em um lugar arranjado por um dos visitantes assíduos do asilo.

Para Miranda e outros (2005) o que fica para meditação nesta situação é o visível preconceito de toda instituição para com aqueles idosos e seus sentimentos.

Já em relação ao ambiente familiar como fator prejudicial à sexualidade do idoso, o aspecto mais contribuinte é a falta de autonomia e de estímulo que este idoso possui frente a sua família que geralmente são os principais colaboradores e relacionam a sexualidade da mãe e do pai, avô ou avó como algo deprimente e anormal e por muitas vezes deixando com que eles percebam o que causa um grande mal estar nos idosos e sensação de estar sobrando no mundo onde nada mais lhes é permitido. (RIBEIRO, 2002).

2.7.5 Fatores biofisiológicos

O processo de envelhecimento traz aos indivíduos várias mudanças, algumas dessas mudanças podem ou não acarretar prejuízos a sexualidade, porém o que é importante para todos os idosos é entenderem que estão numa nova fase e precisam estabelecer metas para encararem com ênfase esta nova etapa da vida. (SILVA JÚNIOR, 2009).

O mesmo autor ainda complementa que as mudanças físicas e fisiológicas são as primeiras a interferir na função sexual a ponto de comprometê-la, porém é importante distinguir as alterações fisiológicas, físicas e patológicas, onde várias doenças e seus respectivos tratamentos podem trazer prejuízo a vida sexual ou à sexualidade dos idosos.

Dentro do fator físico e fisiológico é importante atentar as influências intrínsecas e extrínsecas a mudança de cada pessoa, em relação ao fator extrínseco existe uma relação com a alimentação, prática de exercícios e ou sedentarismo. (MATSUDO apud FERREIRA; ELSANGEDY; SILVA, 2011).

Já de acordo com os mesmos autores a influência intrínseca se deve a alterações musculares onde há perda de massa óssea, a diminuição do tônus muscular, a funcionalidade do aparelho cardiorrespiratório e ao aumento de tecido adiposo

devido à diminuição natural que todo indivíduo apresenta no metabolismo a partir da segunda década de vida.

O envelhecimento não possui uma única causa, todo o organismo é afetado e alguns estudos definem a velhice como um conjunto de manifestações que encurtam a expectativa de vida após a fase adulta, estas manifestações vão desde alterações sociais a biológicas, onde este indivíduo obterá uma diminuição em sua estatura devido a perda de massa óssea, curvatura da coluna e outros fatores que desencadearão limites a cada um, o que fará a diferença em relação a cada indivíduo será a qualidade de sua vida. (PAIXÃO et al., 1998).

Para Vieira (2012), o aspecto físico é completamente mais impactante na vida de qualquer pessoa, principalmente em relação a sexualidade, a aparência física e suas alterações atuam diretamente no bem estar e na auto-estima de todo indivíduo, surgimento de rugas devido à perda da elasticidade da pele e a mudança na estrutura corporal são grandes vilões principalmente para as mulheres.

Outra perda importante que ocorre no processo de envelhecimento é a da função mecânica, a realização de tarefas simples como afazeres domésticos, ida ao banheiro e passeios que em alguns casos fica literalmente restrita e o idoso não tem outra opção a não ser a de ter outra pessoa que o ajude, o que geralmente traz aos idosos a sensação de impotência e invalidez. (SANTANA; SANTOS, 2005).

Dentre os fatores fisiológicos pode – se destacar acuidade visual prejudicada, hipoacusia, déficit cognitivo com acentuação da memória, disfunção endócrina, alterações na pressão arterial e conseqüentemente também a redução da função pulmonar, comprometimento imunológico, renal dentre outros, são normalmente ocasionados naturalmente devido ao próprio processo de envelhecimento, o que acontece é que em alguns idosos estes sintomas podem estar mais acentuados do que em outros. (VITÓRIA, 2010).

Biologicamente o que mais traz prejuízo a saúde não só funcional mas também sexual dos idosos são as síndromes demências, que não são as únicas influências, porém são as principais. (ROXO, 2006).

Paixão e outros (1998) relatam que o envelhecimento de uma pessoa ocorre dentro de suas células, pois cada uma tem um tempo de vida geneticamente determinado, onde ela é formada, se duplica e com o passar do tempo morre.

Desta forma os idosos com tais comprometimentos e sintomas ficam com a capacidade de relacionar-se sexualmente e afetivamente diminuídos, até mesmo aqueles que se encontram casados, os seus cônjuges ao praticarem ato sexual sabendo que seu parceiro (a) é portador de uma demência ficam sentindo-se culpados e constrangidos, pois sabem que não existe mais da outra parte a sã consciência dos atos cometidos. (NOGUEIRA et. al. 2013).

Segundo Assis (2005) a integração das pessoas com 60 anos ou mais nas atividades sociais, o que mediante estudos tem sido bastante reconhecida como provedor de qualidade de vida, trazendo repercussões positivas na saúde física e mental dos idosos.

2.7.6 Fatores femininos

A expectativa de vida da mulher é muito maior do que a do homem, isso devido a pouca exposição que ela tem em relação ao homem aos fatores de risco para mortalidade. Outro fator que despontou as mulheres foi a sua inserção no mercado de trabalho fazendo com que supram suas necessidades pessoais de crescimento profissional e se ausentem de casa, não sendo assim um grande benefício, pois apesar da mulher em muitos casos passar a contribuir no orçamento doméstico, ocorreu um acúmulo de responsabilidades, porque além de ser mulher, mãe, esposa e trabalhadora, ela puxou para si demandas que muitas vezes no decorrer do tempo já não conseguem mais conciliar, isso pra muitas refletiu em doenças que prejudicaram seu estilo de vida. (FREITAS et al. apud NETTO, 2011).

Berni; Luz, Kohlrausch (2007) relatam que a fase mais crítica da mulher é a fase do climatério onde ocorrem alterações orgânicas e emocionais que afetam a sexualidade, porém, destaca que é um assunto pouco abordado pelas autoridades políticas de saúde e reforça que alguns sentimentos como a diminuição do interesse sexual, medo de envelhecer e sensação de inutilidade aliado a carência afetiva e a falta de cuidado com a aparência podem fazer parte deste momento tão delicado.

Já para Campos (2003) um dos fatores que determinará a freqüência sexual em especial na mulher é a sua idade cronológica, onde a mesma acha que por ser idosa não pode gozar de sua sexualidade e tão pouco manter atividade sexual ativa.

A mulher idosa sofre alterações que interferem diretamente na vida sexual, dentre estes fatores estão os anatômicos e os fisiológicos. (OLIVEIRA; RODRIGUES; CHANCHARULO, 2009).

Mesmo que as mulheres vivam mais que os homens, a forma com que envelhecem são as piores em relação à vida social e a saúde, portanto, devem ser levados em consideração alguns fatores que poderão interferir diretamente em seu modo de vida. (FERNANDES; 2009).

Pesquisas consideram que a menopausa é responsável pelo declínio na parte física e psicológica na mulher, causando, irritabilidade, depressão e outros transtornos bastante graves, em algumas mulheres, porém, é um momento de adaptação e de liberação, serenidade e estabilidade, onde as suas relações sexuais podem ser perfeitamente desfrutadas. (BALLONE; MOURA, 2008).

Isso ocorre devido à escassez na produção dos hormônios femininos, o estrogênio e a progesterona que diminuem na terceira idade, onde a maioria das mulheres necessita de reposição hormonal. (SMELTZER et al., 2012b).

Os mesmos autores consideram ainda que o ciclo da resposta sexual da mulher pós - menopausa traz consigo várias mudanças relacionadas à fisiologia e anatomia do aparelho genital e de todo organismo, pois na menopausa os níveis de estrogênio e progesterona que são hormônios exclusivamente femininos diminuem, sendo os causadores das transformações no aparelho genital feminino.

Algumas alterações de grande importância ainda são citadas por Ballone e Moura (2008) onde o útero sofrerá várias modificações como redução de seu tamanho, as suas paredes se atrofiam ocasionando o encurtamento vaginal, as trompas tornam-se mais finas e frágeis e os ovários diminuem de tamanho.

Leite, Fernandes (2009) definem o climatério como o fim da carreira fértil da mulher e a menopausa simplesmente como o fim da menstruação. As manifestações do climatério podem ser as mais diversas, dentre elas as manifestações ginecológicas e as não ginecológicas. Quando as manifestações de ordem ginecológicas, são freqüentes as disfunções urogenitais, principalmente devido à escassez do estrogênio que causa a redução do fluxo sanguíneo local e a conseqüente diminuição no tônus da musculatura pélvica ocasionando o relaxamento da uretra .

Ainda segundo os autores, tais conseqüências do hipoestrogenismo levam a mulher a apresentar algumas patologias como incontinência urinária, disúria, polaciúria dentre outros sintomas que trazem um impacto físico, emocional e sexual muito grande, podendo comprometer a sexualidade feminina na terceira idade.

Castro (2012) expressa em seus estudos que, em relação ao corpo feminino, a imagem se faz um fator importante a cada dia, envelhecer para algumas mulheres torna-se um sofrimento e um momento de perda deixando desta forma de representar ganhos com a chegada da maturidade e tornando-se somente um momento de perda de conquistas afetivas e sexuais.

Cabe ao enfermeiro o conhecimento e a transmissão do mesmo à suas equipes sobre todas as alterações que ocorrem no organismo da mulher durante o período da menopausa e climatério visando melhor compreensão do assunto a fim de auxiliarem na orientação para que a sexualidade do idoso seja uma constante. (FIGUEIREDO; FRIGO, [20--]).

Gonzales citado por Lovarato; Drummond e Mota (2011) relatam que muitas mulheres idosas apresentam disfunções sexuais, porém, poucas possuem coragem para procurar ajuda.

Dentre alguns tratamentos estão a terapia sexual, reposição hormonal, uso de gel lubrificante e outros que vão depender especificamente de cada caso em particular.

(LOVARATO; DRUMMOND; MOTA, 2011).

2.7.7 Fatores masculinos

A testosterona é o principal hormônio masculino, uma das suas funções é o despertar da libido e da ereção. (RIBEIRO, 2002).

O mesmo autor menciona que no público mais jovem a ereção é mais rápida do que no idoso devido à diferença no nível de testosterona, porém vale ressaltar que fatores psicológicos fazem parte e também podem interferir em todo este contexto.

Com a redução da testosterona, pode ocorrer a redução da capacidade de ereção, mais outros sintomas como perda de memória, dificuldade de concentração, desânimo, depressão, fadiga, dentre outros. (MELO; SOARES; BARAGATTI, 2013).

As disfunções reprodutivas no homem ocorrem de forma gradativa, embora a produção do espermatozóide caia a partir dos 40 anos e a produção de testosterona entre 55 e 60 anos, o que poderá levar o idoso a ter sintomas de angústia antecipada em relação ao seu desempenho sexual. (BALLONE; MOURA, 2008).

No início da década de 90, problemas com a ereção masculina obtiveram mais atenção e foi caracterizado como disfunções eréteis, nesta ocasião o tratamento era à base de psicoterapia e o uso de prótese mecânica. (COUTO, 2011).

De acordo com Domingos e Britto (2013) disfunção erétil é a perda da capacidade de manter o pênis ereto tempo suficiente para se obter satisfação sexual, que pode ocorrer por motivos patológicos e psicológicos dependendo de cada história em particular.

De 100% do público masculino a metade sofre de disfunção erétil e a cada dia aumenta o avanço científico para melhoria deste problema que tem um alto nível entre a população masculina. O problema maior é que poucos buscam ajuda, muitas vezes por falta de conhecimento e informação sobre o assunto. (ROLO; REQUIXA, 1999).

Assim como nas mulheres, Ballone e Moura (2008) descrevem alterações fisiológicas no homem senil:

A ereção pode tornar-se mais flácida, é necessário mais tempo para alcançar o orgasmo, que é de menor duração, diminui o número de ereções noturnas involuntárias, o período refratário depois da ereção aumenta marcadamente, a ejaculação se retarda. Isso pode ser uma vantagem aos homens que apresentam ejaculação precoce. Reduz o líquido pré-ejaculatório e a ejaculação é menos freqüente.

Existem muitos tratamentos para a disfunção erétil dentre eles a terapia que pode ser feita individualmente ou em casal, a medicamentosa com o uso oral de drogas como o Sildenafil (Viagra), Tadalafil (Cialis) ou Vardenafil (Levitra), o uso injetável de medicações como alporstadil tratamentos cirúrgicos com a introdução de próteses penianas, vacuoterapia e em casos de pessoas mais jovens a revascularização peniana e que só é indicada em casos especiais. (WESPES et al.,2009).

O Viagra como tratamento medicamentoso foi descoberto em 1998, na realidade ele já era utilizado por pacientes do sexo masculino que estavam em tratamento de doenças cardiovasculares, na ocasião então conhecido tão somente como citrato de sildenafil, obtendo sua descoberta de forma casual pelo fato de vários pacientes

terem apresentado ereção peniana após o uso do medicamento, ou seja, era um efeito colateral, efeito esse que abriu novas possibilidades aos homens com essa disfunção. (COUTO, 2011).

Outro tipo de medicamento são os injetáveis intracavernosos, o medicamento mais utilizado e recomendado é o Alprostadil, pode ser aplicado pelo próprio paciente, porém, o mesmo necessitará de treinamento para tal. É considerada como uma terapia de segunda linha é bem eficaz em 70% dos pacientes, a algia e o prolongamento da ereção são uns dos seus efeitos adversos. (WESPES et al.,2009).

A prótese peniana é introduzida através de ato cirúrgico, existem as maleáveis e as infláveis, como todo procedimento cirúrgico o risco consiste em infecção o que acarretará na retirada da prótese, é um tratamento requerido como última opção, mais existe também a vacuoterapia que baseia – se em uso de instrumentos que através de pressão negativa revasculariza o pênis, este tratamento obtém boa aceitação principalmente entre os idosos, porém, pode causar algia local e retardamento da ejaculação que são sintomas que poucos pacientes apresentam. (WESPES et al.,2009).

Ribeiro (2002) destaca que o maior estímulo do homem é em sua zona exógena primária, o pênis, que quando manipulado de forma tátil contribui para uma ereção mais rápida e se potencializa através do beijo e fantasias.

Quanto à diminuição da libido que ocorre no homem, esta pode estar por muitas vezes ligada ao fato da insegurança que permeia o universo masculino, onde o mesmo sempre puxa para si a responsabilidade da relação sexual, o que muitas vezes o frustra a partir do momento em que não consegue mais transmitir a satisfação a sua parceira. (RIBEIRO, 2002).

A testosterona não só é um indutor da libido mais também é o combustível para todas as estruturas sexuais primárias e secundárias, muitos homens não sabem, mais um importante fator de elevação dos níveis de testosterona é a atividade física, enquanto nos homens sedentários estes níveis são extremamente inferiores. (RIBEIRO, 2002).

Ribeiro (2002) resume que os maiores fatores que podem interferir na sexualidade masculina são: impotência sexual, alteração na libido e os distúrbios de ejaculação que podem ser classificada como precoce dolorosa ou retrógrada.

A mesma autora reforça que a sexualidade é inata, todos devem usar e abusar, e a forma de usar é independente a cada indivíduo a sexualidade do homem pode mudar com o passar dos anos devido às alterações orgânicas que ocorrem, mais as emoções e a vontade de viver nunca devem mudar.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo pessoal e único de cada indivíduo, todos passarão por ele. O que vai determinar o tipo de envelhecimento são os hábitos de vida e todo o processo que ocorreu até a velhice.

Já a velhice está totalmente relacionada com a mentalidade de cada indivíduo, na verdade pode-se ter 60 anos com o corpo e a mente de 40 anos, isso é particular a cada idoso. Muitos chegam aos 60 anos com todo vigor e não abrem mão de manterem a sexualidade, porém cabe lembrar que este tipo de idoso é minoria em nossa sociedade totalmente preconceituosa e sem conhecimento relacionado ao processo de envelhecimento.

Sexualidade é vida, tanto para jovens como para idosos, muito se lê, porém pouco se fala da sexualidade voltada para os idosos e suas alterações que decorrem de processos biológicos, físicos, emocionais, psicológicos, ambientais, e outros.

Esta pesquisa buscou em especial entender os principais fatores que desencadeiam a desmotivação que afeta o idoso em relação a sua sexualidade. Através da pesquisa bibliográfica muitos pontos foram abordados, desde o entendimento sobre o processo de envelhecimento até os principais fatores que afetam diretamente a vida sexual e a sexualidade dos idosos.

É fato que com o envelhecimento várias alterações modificam o organismo dos indivíduos trazendo prejuízo cognitivo, funcional e até mesmo sexual, porém, de forma unânime, é encontrado em vários artigos a ocorrência do preconceito e a falta de informação sobre as particularidades do idoso principalmente em relação a sua sexualidade.

A enfermagem tem como base fundamental o cuidado ao ser humano, este necessita ir além do que realizar um curativo, fazer uma medicação ou aferir uma pressão arterial, é necessário o respeito principalmente com a terceira idade. Durante a pesquisa foi descoberto que muitos profissionais nem se quer sabem sobre o processo de envelhecimento e sua diferença em relação à velhice, não se obtém o conhecimento necessário para cuidar, entender e ajudar o idoso em relação às questões sexuais.

A sexualidade do idoso necessita ser tratada durante a consulta de enfermagem, de forma natural, pois fisiologicamente ela é necessária não só para o desenvolvimento emocional, mas para a manutenção da saúde do idoso.

Apesar de tantos contratempos referentes ao envelhecimento versus sexualidade, ainda existem idosos que mesmo com todas as alterações conseguem equilibrar todo esse processo biológico, emocional, fisiológico, cultural, emocional e ambiental e manter a sua sexualidade em dia, são poucos estes idosos segundo as pesquisas, mas cabe aos profissionais modificar toda esta situação, a forma de olhar o idoso necessita ser mudada e encarada com naturalidade sem que os mesmos sejam afastados do convívio social e principalmente de sua vida sexual.

O conhecimento não deve se deter ao próprio profissional, este deve ser um multiplicador para que este cenário na saúde pública dentre muitos outros possa mudar.

A pesquisa foi interessante, os artigos encontrados foram muitos, todos, porém falam praticamente a mesma linguagem acerca do assunto abordado. A mesma deixará ao leitor informações importantes que mudarão a forma de visualizar e lidar com a sexualidade na terceira idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, Danielle Lopes de. **Fatores associados ao exercício da sexualidade de pessoas idosas**. 2013. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/danielle.pdf>. Acesso em: 20/02/2014.
- ALLEGRI, R. F; et al. Perfis diferenciais de perda de memória entre a demência Frontotemporal e a do tipo Alzheimer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, vol. 14, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21/03/2014.
- ALMEIDA, L. A. A; PATRIOTA, L. M. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do programa saúde da família do bairro das cidades – Campina Grande/PB. **Qualit@s Revista eletrônica**, vol.8, n.1, 2009. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/397/274>. Acesso em: 21/02/2014.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24/02/2014.
- ANDRADE, M. A. R. A sexualidade no campo das ciências sociais: O panorama histórico e a questão do essencialismo e o construtivismo social. In: SEMINÁRIO DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA, 1., 2010. Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. P. 1 – 11. Disponível em: <http://seminarioformprof.ufsc.br/files/2010/12/ANDRADE-M%C3%A1rcia-Andr%C3%A9a-Rodrigues2.pdf>. Acesso em: 11/02/2014.
- ASSIS, Mônica de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, [S.I.], vol.8, n.1, p.15 – 24 jan/jun.2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 11/02/2014.
- BALLONE, G.J; MOURA, E.C. Sexo e idade. **Psique web**, [S.I.], 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=173> . Acesso em: 29 out. 2013.
- BERNARDES, A. **Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino**. [S.I.], p. 3-28, [20--]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_01.pdf. Acesso em: 22/03/2014.

BERNI, N. I. de O; LUZ, M. H; KOHLRAUSCH, S. C.. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300010&script=sci_arttext. Acesso em: 29/03/2014.

BRAGA, P. C. dos S; GAGLIETTI, M. Representação Social da Sexualidade Compartilhada por Idosos em um asilo do Rio Grande do Sul. **Revista de Psicologia da IMED**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 32-39, 2013. Disponível em: <http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/364/295>. Acesso em: 11/03/2014.

BRASIL. Casa civil. **Decreto firma compromisso com os idosos**. 2013. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/2013/10/decreto-firma-compromisso-com-os-idosos>. Acesso em: 11/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2006 (série A, Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 19). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 11/02/2014.

BRASIL. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. In: **Política Nacional do idoso**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1ª ed., p. 5-15, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>. Acesso em: 11/02/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2007(série A, Normas e manuais técnicos) (Cadernos de atenção básica, n. 19).

BRODERSEN, G; HERMANN, R. Qualidade de vida em idosos asilados na região da Amavi. **Revista Caminhos**, Rio do Sul, vol. 7, n. 1, 2006. Disponível em:http://www.unidavi.edu.br/PESQUISA/revista/material_publico/7ed/Gladys_E_Ro_sane.pdf. Acesso em: 21/02/2014.

BULCÃO, C.B. et al.Aspectos fisiológicos, cognitivos, psicossociais da senescência sexual. **Ciências e Cognição**. v.1,n.1, p. 54-75, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v01/art6.pdf>. Acesso em: 11/02/2014.

BUNCHELE, F; OLIVEIRA, A. de S; PEREIRA, M. das D. Uma revisão sobre o idoso e sua sexualidade. **Revista Interface**, Natal/RN, vol. 03, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/48/47>. Acesso em: 21/02/2014.

- CAMARGOS, A. C. R; et al. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de fisioterapia**, [S.I.], vol. 8, n. 3, p. 267 – 272, 2004. Disponível em: <http://www.rbf-bjpt.org.br/files/v8n3/v8n3a13.pdf>. Acesso em: 06/04/2014.
- CAMPOS, M. T. F. de S; MONTEIRO, J. B. R; ORNELAS, A. P. R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de nutrição**, Campinas, vol. 13, n. 03, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000300002. Acesso em: 10/03/2014.
- CAMPOS, M. T. F. de S; MONTEIRO, J. B. R; ORNELAS, A. P. R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de nutrição**, Campinas, vol. 13, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04/04/2014.
- CAMPOS, Shirley de. **Sexualidade no climatério e na selinidade**. 2003. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/5692>. Acesso em: 04 nov. 2013.
- CANCELA, Diana Manuela Gomes. O processo de envelhecimento. **Portal dos Psicólogos**, 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Acesso em: 15 out.2013.
- CAPITANINI, M. E. S. **Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações em idosos vivendosós**. 2000. 117 f. Dissertação (mestrado) – Universidade estadual de Campinas, Faculdade de educação, [S.I.], 2000. Disponível em: http://www.amesuasrugos.org/conteudo/index.php?option=com_content&view=article&id=42%3Aagg-70-textos-em-gerontologia&catid=8%3Aartigos-e-noticias&Itemid=94. Acesso em: 12/02/2014.
- CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.I.], vol. 24, p. 7 – 10 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8850.pdf>. Acesso em 21/03/2014.
- CARNEIRO, R. S. FALCONE, E. M. O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.119-126, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a15>. Acesso em: 21/03/2014.
- CARVALHO, M. V. de; et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, [S. I.], vol. 100, n. 2, p. 164 – 174, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>. Acesso em: 07/04/2014.
- CASTRO, Talita. Corpo, envelhecimento e felicidade. **Cadernos Pagu**, n.39, Campinas, jul/dez.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332012000200017&script=sci_arttext. Acesso em: 21/02/2014.

COELHO FILHO, J. M. Fragilidade: trajetórias uma nova abordagem do idoso. **Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia**, [S. l.], vol. 04, n. 01, 2010. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/completo.pdf>. Acesso em: 02/02/2014.

COUSSIRAT, C. et al. Vitaminas B12, B6, B9 e homocisteína e sua relação com a massa óssea em idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300018&script=sci_arttext. Acesso em: 07/04/2014.

COUTO, O. H. C. Tudo azul com o sexual? Viagra e sexualidade. **Revista Reverso**, Belo Horizonte, vol. 33, n. 61, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-73952011000100010&script=sci_arttext. Acesso em: 03/04/14.

DEVESA, D; CRUZ, H; SIMÕES, J. A. A velha sexualidade nos idosos hoje: Quando surge a demência. **Revista ADSO**, [S. l.], n. 02, p. 29 – 34, 2013. Disponível em: http://www.docvadis.pt/revistaadso/document/revistaadso/revista_nu2/fr/metadata/files/0/file/RevADSO_dezembro2013.pdf. Acesso em: 11/01/2014.

DOMINGOS, V. G. M; BRITTO, I. A. G. de S. Disfunção sexual masculina: algumas implicações. **Revista Fragmentos de cultura**, Goiânia, vol. 23, n. 4, p. 579-586, 2013. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/view/2988/1828>. Acesso em: 22/02/2014.

DUARTE, L. R. S. Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, vol. 2, p. 35-47, 1999. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5473/3109>. Acesso em: 25/04/2014.

DUMM, C. G. Órgãos da reprodução e generalidades. In:_____. **Embriologia humana: atlas e texto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-20.

ESPÍRITO SANTO. Diretrizes clínicas da saúde da pessoa idosa, **Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – Vitória - ES**, 1ª edição, 2008 a.

ESPÍRITO SANTO. Manual de saúde da pessoa idosa, **Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo- Vitória - ES**, 2ª edição, 2008b.

FARIAS,R. G; SANTOS, S. M. A dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Revista texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, vol. 21, n. 01, p. 167 – 176, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>. Acesso em: 12/02/2014

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, 20ª Ed., vol. 1, n. 7, jan/mar. 2012. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>. Acesso em: 21/02/2014.

FEITOZA, A. R. **A cultura do idoso e sua influência no risco perante o HIV/AIDS**. 2008. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará, jan. 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2061/1/2008_tese_arfeitoza.pdf. Acesso em: 16/02/2014.

FERNANDES, Maria das Graças Melo. Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 3, p. 18-22, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a21.pdf>. Acesso em: 12/02/2014.

FERREIRA, S.S. ELSANGEDY, H.M; SILVA, S. G. Alterações fisiológicas durante o envelhecimento: a importância da atividade física. **EFDeportes.com Revista Digital Buenos Aires**, Buenos Aires, n.163, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd163/alteracoes-fisiologicas-durante-o-envelhecimento.htm>. Acesso em: 26 Jan. 2014.

FERRETTI, F; NIEROTKA, R. P; SILVA, M. R. da. Concepção de saúde segundo relatos de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface-Comunicação-Saúde-Educação**, vol. 15, n.37, p. 565-572, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1211.pdf>. Acesso em: 17/04/2014.

FIGUEIREDO, T. da C; FRIGO, L. F. Climatério e menopausa: um olhar a cerca da sexualidade. Fórum de fisioterapia, [20--]. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5057.pdf>. Acesso em: 12/01/2014.

FONSECA, F.; LUCAS, M. C. Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual. **Revista Portuguesa de medicina geral e familiar**, [S. l.], vol. 25, p. 65 – 72, 2009. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10592&path%5B%5D=10328>. Acesso em: 21/02/2014.

FREITAS, M. C. de; QUEIROZ, T. A; SOUSA, J. A. V. de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 02, Jun.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_arttext. Acesso em: 01/01/2014.

FRIES, A.T; PEREIRA, D.C. Teorias do envelhecimento humano. **Revista Contexto & Saúde**, [S. l.], v.10, n.20, p.507-514, jan.-jun. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1571/1324>. Acesso em: 21/02/2014.

FRUMI, C; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 92-100, 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/78/74>. Acesso em: 12/02/2014.

GALLUCCI NETO, J; TAMELINI, M. G; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista Psiquiatria Clínica**, vol. 32, n. 03, p.119 – 130, 2005. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/pdf/119.pdf>. Acesso em: 12/04/2014.

GARCIA – ROZA, L. A. In: _____. **Freud e o inconsciente**. 24. ed. – Rio de Janeiro: Zahar , 2009. p. 112 – 204. Disponível em: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NplMKSjlo5AC&oi=fnd&pg=PA139&dq=Freud+e+o+inconsciente&ots=5QeP6SpW_D&sig=UtOOc9Q8KvOFBrJEqKxcU_XXeQM#v=onepage&q=Freud%20e%20o%20inconsciente&f=false. Acesso em: 21/03/2014.

GARRIDO, R; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 24, p. 3 – 6 , 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf>. Acesso em: 26/03/2014.

GARTNER, L. P; HIATT, J. L. Sistema reprodutor feminino e sistema reprodutor masculino. In: _____. **Atlas colorido de histologia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 357-378.

GÁSPARI, J.C; SCHWARTZ, G.M. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol.21, n.1, p.69 – 76, jan/abr.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a10v21n1.pdf>. Acesso em: 21/04/2014.

GAZETA ON LINE. **Número de idosos aumenta no Espírito Santo**. 2011. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/04/a_gazeta/minuto_a_minuto/837073-numero-de-idosos-aumenta-no-espírito-santo.html Acesso em: 06/06/2014.

GOLDMAM, S. N; FALEIROS, V. de P. A pessoa idosa como sujeito de direitos: cidadania e proteção social. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de saúde pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/nsp, 2008.p. 31-41.

GOMES, Virgílio. **Cultura, religião e sexualidade**. Out. 2010. Disponível em: http://www.psicosex.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=126:cultura-religiao-e-sexualidade&catid=44:religiao&Itemid=167. Acesso em: 17/03/2014.

GOZZO, T.O.; et al. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.3, p.84-90, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>. Acesso em: 22/04/2014.

GRADIM, C. V.C; SOUSA, A. M. M; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **RevistaCogitare enfermagem**. [S.l.], vol.12, n. 2, p. 204 - 213, abr - Jun. 2007. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2007/vol12/no2/9.pdf>. Acesso em: 12/02/2014.

GUERRA, A. de S; et al. Estudo prospectivo na demência do tipo Alzheimer. **Revista Neurociências**, [S. l.], vol. 5, n. 1, 2009. Disponível em: http://www.ip.usp.br/psa/images/stories/docentes/costamf/Costa_2009_movimento_ocular_beb.pdf#page=30. Acesso em: 06/04/2014.

GUIMARÃES, V. C. A concepção freudiana da sexualidade infantil e as implicações da cultura e da educação. **Revista Educativa**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 53 – 66, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/educativa/article/viewFile/2441/1503>. Acesso em: 21/02/2014.

JARDIM, V. C. F.S; MEDEIROS, B. F; BRITO A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol.9, n.2, Rio de Janeiro 2006. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03/01/2014.

KNEBEL, P. **Brasil: O jovem país envelhece**. 2011. Disponível em: http://infosurhoy.com/pt/articles/saii/features/society/2011/02/23/feature-02?change_locale=true. Acesso em: 15/04/2014.

KUZNIER, T. P. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTatianeKuznier.PDF>. Acesso em: 22/03/2014.

LAVORATO, V. N.; DRUMMOND, L. R.; MOTA, B. D. de O. A sexualidade na pós menopausa e a atividade física como um fator benéfico. **Revista digital EFDportes.com**, Benos Aires, n. 162, 2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd162/pos-menopausa-e-a-atividade-fisica.htm> Acesso em: 09/06/2014.

LEITE, A.C da N. M. T; FERNANDES, J.L. Atuação fisioterapêutica nas manifestações climatéricas decorrentes do hipoestrogenismo. **Revista Inspirar: movimento e saúde**, [S.l.], v.1, n. 3, p. 7 – 11, 2009. Disponível em: http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/04/revista_cientifica_inspirar_edicao_3_supl_sulbrafir_2009.pdf. Acesso em: 12/03/2014.

LIMA, A. P; DELGADO, E. I. A melhor idade do Brasil: Aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **RevistaUbra e Movimento**, Paraná, v.1, n.2, p.76-91, Set./Out.2010. Disponível em: <http://revista.ulbrajp.edu.br/ojs/index.php/actabrasileira/article/viewFile/630/142>. Acesso em: 22/02/2014.

MACHADO, J. C. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**.3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 178-201.

MACHADO, L. M. **Anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores femininos**. Saúde materno – juvenil – obstetrícia, 2012. Disponível em: <http://www.unifra.br/professores/14261/aula%201.pdf>Acesso em: 06/02/2014.

MACIEL, A. C. C; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [S. l.], vol. 54, n. 4, p. 347 – 352, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/20.pdf>. Acesso em: 03/04/14.

MAIA, C. C; et al. Influência da cultura machista na educação dos filhos e na prevenção das doenças de transmissão sexual: vozes de mães de adolescentes. **Revista adolescência e saúde**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 4, p. 17-24, 2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=421#. Acesso em: 21/02/2014.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.p. 57-61.

MARQUES, J; et al.Fatores psicossociais, biológicos e fisiológicos que alteram a sexualidade na terceira idade: análise a partir da visão do próprio idoso. **Revista interdisciplinar de estudos em saúde**, Caçador, vol. 2, n. 01, p. 20 – 22, 2013. Disponível em: <http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/159/151>. Acesso em: 03/02/2014.

MELO, M. C. de; SOARES, A. N; BARAGATTI, D. Y. Hipogonadismo masculino ou andropausa: estudo de revisão integrativa da literatura. **Revista de enfermagem**, Recife, vol. 7, p. 898-909, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2292/5757>. Acesso em: 10/04/2014.

MENDONÇA, A. M. L. INGOLD, M. A sexualidade da mulher na terceira idade. **Revista Ensaios e ciências**. Campo Grande, v.1, n.3, p. 201-213, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012809020.pdf>. Acesso em: 02/03/2014.

MINAYO, M. C; HARTZ, Z. M. de A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 03/04/14.

MIRANDA, F. A. N. de; et al. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. **Unopar Cient.** Londrina. v.7,n.1,p.27-34,Out.2005.Disponível em: <http://revistas.unopar.br/index.php/biologicas/article/view/177>. Acesso em: 21/02/2014.

MIRANDA, F. A. N. de; et al. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. **Unopar Revista científica de ciências, biologia e saúde**, Londrina, vol. 7, n. 1, p. 27-34,2005. Disponível em: <http://revistas.unopar.br/index.php/biologicas/article/view/177>. Acesso em: 11/03/2014.

MORAES, E. N. de. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de saúde pública Sergio Arouca. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/nsp, 2008.p. 151-191.

MOURA, I. de; LEITE, M. T; HILDEBRANDT, L. M. Idosos e sua percepção acerca da sua sexualidade na velhice. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 132-140, 2008. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/146/254>. Acesso em: 12/04/2014.

NÉRI, A. L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 69-80, 2004. Disponível em: http://www.perguntaserespostas.com.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/46/55?origin=publication_detail. Acesso em: 21/03/2014.

NETTO, M. O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 5 – 13.

NEVES – E – CASTRO, Manuel. Climatério e menopausa. **Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, [S.l.],vol. 3, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em:<http://www.nevesecastro.pt/uploads/trabalhos%20publicados/climaterio%20e%20menopausa.pdf>. Acesso em: 12/04/2014.

NOGUEIRA, M. M. L; et al. Satisfação sexual na demência. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 40, n. 02, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000200005. Acesso em: 12/03/2014.

OLIVEIRA, A. de C. M. D. de; RODRIGUES, G. F; CHANCHARULO, A. P. O mito da velhice assexuada: a libido na mulher idosa. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2009, Salvador/ BA. **Anais eletrônicos...** Salvador: 2009. Disponível em: <http://www.ses.uneb.br/anais/O%20MITO%20DA%20VELHICE%20ASSEXUADA%20A%20LIBIDO%20NA%20MULHER%20IDOSA.pdf>. Acesso em: 12/03/2014.

PAIXÃO, Cândida Gomide; et al. Ontogenia: do nascimento à velhice. **Revista de Psicofisiologia**, [S. I.], vol. 2, n. 1, 1998. Disponível em: www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista2/volume2_ontogenia.htm. Acesso em: 12/02/2014.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. 2004. 227 f. Tese (Doutorado em medicina preventiva) – Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16052005-112538/pt-br.php>. Acesso em: 21/04/2014.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 99 – 116.

PENA, F.B; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 17 – 24, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/948/1162>. Acesso em: 21/02/2014.

PENNA, M. C. S; VALE, F. de A. C. Sintomas obsessivos – compulsivos nas demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 37, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23/02/2014.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol. 28, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082006000100005. Acesso em: 30/03/2014.

RABELO, D. F; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, [S.I.], v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>. Acesso em: 21/02/2014.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 124 – 135.

RIBEIRO, L. da C. C; ALVES, P. B; MEIRA, E. P. de. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Cienc. Cuid. Saúde**, [S.I.], vol. 8, n. 2, p. 220-227, 2009. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8202/4929>. Acesso em: 01/04/2014.

RIBEIRO, P. R. M. Os momentos históricos da Educação Sexual no Brasil. In - _____. **Sexualidade: Aproximações necessárias**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004, p. 27-71.

RINALDI, F. C. et al. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol.04, n.02, p.454-66, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/472/pdf>. Acesso em: 02/02/2014.

RODRIGUES, L. C. B. Vivências da sexualidade de idosos (a). **Repositório institucional da universidade federal do Rio Grande**, 2008. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://repositorio.furg.br:8080/handle/1/3011>. Acesso em: 12/03/2014.

ROHDEN, Fabíola. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre vol.17, n.35, jan/jun.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v17n35/v17n35a06.pdf>. Acesso em: 13/02/2014.

ROLO, F; REQUIXA, A. Disfunção erétil: diagnóstico e tratamento. **Revista Acta médica portuguesa**, [S.l.], vol. 12, p. 35-38, 1999. Disponível em: <http://www.spandrologia.pt/?pid=34>. Acesso em: 12/03/2014.

ROSA, T. E. da C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, vol. 37, n. 1, fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 03/04/14.

ROXO, H. de B. B. Sexualidade e demência precoce. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, [S.l.], vol. 09, n. 01, p. 162 – 172, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017581013.pdf>. Acesso em: 22/03/2014.

SALOMÉ, G. M; BLANES, L; FERREIRA, L. M. Capacidade funcional dos pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Acta Paul Enferm.** , [S. l], vol. 22, n. 4, p. 412-416, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a10v22n4.pdf>. Acesso em: 21/03/2014.

SANTANA, R. S; SANTOS, I. Como torna-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. **Revista texto e contexto enfermagem**, [S.l.], vol. 14, n.2, p. 201 – 212,2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71414209.pdf>. Acesso em: 11/01/2014.

SANTOS, F.H; ANDRADE, V.M; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, vol.14, n.1, Maringá jan/mar.2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100002. Acesso em 23/03/2014.

SANTOS, R. A. R. S. et al. Sexualidade na Terceira Idade: Pense um pouco no próprio preconceito. **Revista Olhar Científico - Faculdades Associadas de Ariquemes**, [S.l.],v.01, n.2, Ago./Dez.2010. Disponível em: <http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/58/16>. Acesso em: 23/03/2014.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, SP: Alínea, 2003.

SANTOS, S. S. dos. Sexualidade e velhice. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1542 – 1546.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol. 25, n. 4, p. 585 – 593, Out.-Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 02/03/2014.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. da. et al. A visão do idoso sobre sua sexualidade: uma contribuição da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: Centro de convenções do Ceará Fortaleza, 2009. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00036.pdf. Acesso em: 04/11/2013.

SILVA, A. C. G. M. da; LEITE, J. de F. R; PAGANINI, M. C. Cuidados de Enfermagem e o envelhecimento: da prática à reflexão. **Boletim de Enfermagem**, [S.l.], v.1, p.1-13, 2007. Disponível em: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_1_ano1_vol1/pdf/artigo1_oscuidados.pdf. Acesso em: 21/02/2014.

SILVA, V. X. L; MARQUES, A. P. O; LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, vol.12, n. 2, p. 295 – 303, 2009. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_12.pdf. Acesso em: 23/03/2014.

SOUZA, P. S. de. A influência da moral cristã na sexualidade ocidental. In: ENCONTRO NACIONAL DO GT HISTÓRIA DAS RELIGIÕES E DAS RELIGIOSIDADES – ANPUH: QUESTÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS NO ESTUDO DAS RELIGIÕES E RELIGIOSIDADES, 3. , 2011, Maringá/PR. **Anais eletrônicos...** Maringá: Revista brasileira de história das religiões, 2011. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf8/ST6/003%20-%20Priscilla%20Santos%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 11/02/2014.

STEIDL, E. M. dos S; ZIEGLER, J. R; FERREIRA, F. V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2007/parkinson.pdf>. Acesso em: 07/04/2014.

SMELTZER, S. C; et al. Cuidado de saúde do idoso. In:_____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012a, vol. 2, p. 195-223.

SMELTZER, S. C; et al. Histórico e cuidados nos processos fisiológicos femininos. In:_____.**Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012b, vol. 3, p. 1402-1442.

SMELZTER, S. C; et al. Histórico e cuidados dos problemas relacionados com o processos reprodutivos masculinos. In:_____.**Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012c, vol. 3, p. 1510-1520.

TAVARES, M. M. S; CARVALHO, V. S. **Sobre a sexualidade do idoso na contemporaneidade**, 2011. Disponível em: <http://psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/estudo-bibliografico-sobre-a-sexualidade-do-idoso-na-contemporaneidade>. Acesso em: 21/03/2014.

TOMOMITSU, M. A; LEMOS, N. D; PERRACINI, M. R. Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. **Geriatrics e gerontologia**, [S.l.], vol. 4, n. 1, p. 3 – 12, 2010. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/artigo02.pdf>. Acesso em: 21/04/2014.

VALENTE, Rui. "**Sinto logo existo!**..." – Estudo Sociológico sobre Sexualidade na Terceira Idade. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 6., 2008. Lisboa: Universidade nova de Lisboa; Faculdade de ciências sociais e humanas. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/72.pdf>. Acesso em: 02/03/2014.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas expectativas – comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300003. Acesso em: 21/03/2014.

VECCHIA, R. D; et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006. Acesso em: 29/03/2014.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 2012. 234 f. Tese (Doutorado em psicologia) - Universidade Federal da Paraíba/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/ppgps/pdf/teses/2013/Kay%20Fracis%20Leal%20Vieira%202013.pdf>. Acesso em: 04/04/2014.

VITÓRIA. Secretaria de Assistência Social. Conselho municipal do idoso de Vitória. **Viver e envelhecer**. Manual de orientação dos estudos sobre envelhecimento, Vitória, 2010.

WESPES, E; et al. **Orientações sobre disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação prematura**. [S.l.], 2009. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/guidelines/Disf-Sex-Masc.pdf>. Acesso em: 06/04/2014.

XAVIER, Flávio Merino de Freitas. Perda da adaptabilidade emocional progressiva do idoso: este fenômeno existe? **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, vol.1, n.1, p. 81 – 85, 2004. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/47/39>. Acesso em: 01/03/2013.

YAZBEC, M. A; MARQUES NETO, J. F. Osteoporose e outras doenças osteometabólicas no idoso. **Revista Einstein**, [S. l.], vol. 6, n. 1, p. 74 – 78, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/749-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS74-78.pdf> . Acesso em: 07/04/2014.