



SEXO NO IDOSO

A sexualidade na terceira idade tem sido negligenciada por todo seguimento social, o que se deve a falsa crença de que o avanço da idade é seguido pelo declínio da atividade sexual. Entretanto, tal fato não é clinicamente justificável tendo em vista que a sexualidade é uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida.

Muitos indivíduos na terceira idade continuam sexualmente ativos. No entanto, raramente esta perspectiva da vida é valorizada nos idosos. Observa-se que a sociedade definiu um padrão comportamental de que o sexo só fica bem aos jovens, aos adultos casados até certa idade, aos de corpo esbelto e aparentemente saudável. Deste modo, por preconceitos morais, religiosos, culturais a sociedade evita o assunto atribuindo constrangimento ao aspecto sexual da terceira idade.

A sexualidade humana depende das características físicas e biopsicossociais em que se insere o idoso. A velhice conserva a necessidade psicológica de uma atividade sexual continuada, não havendo idade determinada para que a atividade e o desejo sexual acabem.

Subjugado por preconceitos e *tabus* sócio culturais, inúmeros indivíduos de idade avançada que preservam o desejo sexual, experimentam sentimento de culpa e de vergonha, chegando a crer que estão mentalmente doentes por ainda apresentarem desejo e prazer. É comum, por influência da cultura, distanciar-se da percepção do seu próprio corpo, o que se deve ao fato da sociedade impor um rigor comportamental traçando linhas de conduta para o idoso.

Um dos maiores entraves a esse comportamento limitador é a persistência de valores que atribui à sexualidade um papel reprodutivo apenas; negando que o sexo também é para ser vivenciado como prazer, aproximação, intimidade, união, auto-estima, etc.

A cultura rejeita a existência de sexualidade nos idosos e quando eles apresentam qualquer manifestação de interesse sexual, são freqüentemente discriminados, quando não, tidos por adoentados, com transtorno de comportamento, demência, perda da capacidade crítica sendo logo encaminhados para tratamento médico.

Nos idosos a função sexual quando comprometida, está associada a mudanças fisiológicas e anatômicas do organismo produzidas pelo envelhecimento. São mudanças fisiológicas que devemos distinguir das alterações patológicas na atividade sexual causadas pelas diferentes doenças que envolvem o tema.

Fatores psicossociais influem no aparecimento de problemas sexuais como a própria atitude do idoso diante das mudanças fisiológicas pelas quais passa. Se for



correto afirmar que o “envelhecimento se dá em conformidade com o jeito como se viveu”, o idoso terá maiores problemas de adaptação à sua condição de vida, quanto mais dificuldade de adaptação tiver ao longo de sua existência.

É indiscutível que o envelhecimento acarreta suscetibilidade às doenças, uma vez que o declínio fisiológico é inevitável com o avançar da idade para todo e qualquer ser vivo. Porém, o que é incorreto é vincular a funcionalidade e o desejo sexual ao processo de envelhecimento como se envelhecer fosse sinônimo de adoecer. A doença é uma condição anormal de um organismo que interfere nas funções corporais e está associada a sintomas específicos. Pode ser causada por fatores externos, como outros organismos (infecção), ou por disfunções ou má formações internas, como as doenças autoimunes.

Um ponto importante a ser esclarecido diz respeito ao fato de que nas mulheres existe maior preocupação com a estética corporal acarretando frustração e desvalia. Nos homens a preocupação recai sobre a funcionalidade do aparelho sexual acarretando ansiedade e insegurança. Também nos homens o interesse ou desejo sexual se mantém mais presentes que a própria atividade sexual, enquanto nas mulheres existe um declínio em ambos os aspectos da sexualidade: desejo e desempenho.

Por outro lado, por si só, o envelhecimento não é um fator que origine obrigatoriamente a diminuição de interesse sexual da mulher, nem sua capacidade de resposta sexual. A mulher de idade avançada pode manter seus padrões sexuais anteriores, até o final da vida ou até que aparece uma doença suficientemente deteriorante que a impossibilite de viver sua sexualidade.

A deterioração das funções reprodutivas do homem é diferente da que ocorre nas mulheres, já que não existe um término claro e definido da fecundidade masculina. Embora a produção de esperma e testosterona decresça a partir dos 40 anos de idade, o homem se preserva ativo em idades avançadas. As mudanças na fisiologia sexual masculina não são súbitas, mas poderá levar aos sintomas de angústia sobre seu desempenho sexual.

Com a chegada da menopausa há uma diminuição da produção de importantes hormônios femininos, p. ex. estrógeno e progesterona, causadores das mudanças que se produzem no aparelho genital feminino.

Os achados médicos recentes têm demonstrado haver uma diminuição na frequência das atividades sexuais com o avançar da idade, a qual afeta também o interesse sexual; e chama a atenção o fato de haver uma prevalência do decréscimo sexual que se faz notar mais nas mulheres que nos homens.

O que ocorre é que os idosos se negam a modificar seus costumes e não aceitam variar a atividade sexual concentrando-se somente no ato em si. Além disso, historicamente, as mulheres receberam um tipo de educação, na qual se rejeitava a necessidade do prazer resultando no embotamento do prazer com consequente dificuldade de vivenciar o orgasmo.

São raros os estudos e pesquisas da sexualidade na terceira idade. Embora raros, os poucos estudos têm demonstrado que das práticas sexuais, as mais utilizadas na terceira idade tem sido a carícia, o toque, a masturbação e o ato sexual propriamente dito.

Outros pesquisadores demonstram haver uma relação entre indivíduos que tiveram maior atividade sexual na juventude e preservação da sexualidade ativa na terceira idade.



Algumas causas têm sido identificadas como responsáveis pela diminuição do interesse sexual nesta fase da vida como: diminuição do interesse do ou pelo parceiro; declínio do estado saúde (depressão, desrealização, cardiopatia, diabetes...); alterações hormonais em ambos os sexos (impotência, dispareunia...); efeitos colaterais de medicamentos (ansiolíticos, neurolépticos, hipotensores...); moralismo familiar; baixo grau de satisfação obtida na atividade sexual; disfunção sexual (ejaculação precoce, dificuldade de ereção, diminuída lubrificação vaginal...), diminuição da produção de andrógenos, o que se relaciona à diminuição do interesse sexual, além das causas neuronais e vasculares.

Outro problema é o sentimento de culpa vivenciada pelo idoso por experimentar desejos sexuais, principalmente após a perda do cônjuge. Além do progressivo prejuízo e deterioração do espaço social e nível socioeconômico, que contribuem também para diversas dificuldades na atividade e interesse sexual. E quando não há a perda do cônjuge pode ocorrer a existência de conflitos conjugais de longa data: mágoas; traições; dificuldade de perdoar, de comunicação e entendimento entre o casal.

Assim sendo, pode-se afirmar que na ausência de doenças, apesar das mudanças fisiológicas e anatômicas produzidas pelo envelhecimento, os indivíduos podem continuar exercendo sua sexualidade sem limitações.

No entanto, os estudos médicos também demonstram que a maior parte dos indivíduos, de idade avançada, são perfeitamente capazes de ter relações sexuais e de sentir prazer nas mesmas atividades que se entregam as pessoas mais jovens.

Dr. Maurício Aranha - **Sócio-Fundador** da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolingüística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org