



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU  
DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**JÓNI ALEXANDRE CUSTÓDIO MOTA**

***SEXUALIDADE E O IDOSO***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO**

**MARÇO DE 2015**

## ÍNDICE

<b>Resumo/Abstract</b> .....	2/3
<b>I – Introdução</b> .....	4
<b>II – Material e Métodos</b> .....	6
<b>III – Objetivo</b> .....	7
<b>IV – Discussão</b> .....	8
IV.1 – Alterações sexuais relacionadas com a idade.....	8
a) Fisiológicas .....	8
b) Psicológicas e socioculturais .....	11
IV.2 – Principais comorbilidades que afetam a sexualidade.....	12
IV.3 – Medicamentos que afetam a atividade sexual.....	15
IV.4 – Dificuldades de interação com profissionais de saúde .....	18
<b>V – Conclusão</b> .....	20
<b>VI – Bibliografia</b> .....	22

## RESUMO

A sexualidade é uma prática complexa que depende do desejo e da normalidade de vários fatores, tais como físicos, psicológicos e socioculturais. Esta é capaz de influenciar a qualidade de vida dos idosos, e por isto deve ser um ponto a ter em conta quando se fala de saúde. Com a atual tendência do país para o envelhecimento populacional, este deve ser cada vez mais um problema a abordar, pois é a qualidade de vida dos idosos que está em causa. Para que se possa preconizar uma resposta adequada a esta problemática, é necessário que os profissionais de saúde conheçam mais e melhor a sexualidade do idoso, e saibam quais os problemas principais que a podem afetar a fim de os poderem abordar da melhor forma. Desta forma este trabalho procura demonstrar, através de uma revisão bibliográfica, quais os principais fatores que condicionam a prática sexual no idoso, de forma a dá-los a conhecer aos profissionais de saúde com o objetivo de simplificar a abordagem por parte destes. O envelhecimento é acompanhado de diminuição da atividade sexual, esse declínio está mais dependente de alterações fisiológicas e a consequente alteração da condição e aparência física, alterações psicológicas e patológicas, e não tão relacionada com o processo de envelhecimento. Socialmente o sexo no idoso é visto como algo anormal e inconveniente. Os fatores socioculturais acabam muitas vezes por influenciar a perceção das próprias necessidades dos idosos, e isso é capaz de afetar a sua sexualidade. As patologias prejudicam o desempenho sexual, e por isto devem ser tratadas, não descorando que existe muitos medicamentos que prejudicam de igual forma a função sexual. A sexualidade é um tema de difícil abordagem para os profissionais de saúde e para os doentes. Normalmente esta é uma questão pouco explorada em consulta, devendo os profissionais de saúde adotar técnicas para melhorarem este tipo de abordagem. A sexualidade relacionada com o idoso é um tema de importância extrema, e que carece de mais estudos e discussão. Os profissionais devem encarar este tema como uma prioridade e tratar tudo o que a prejudique.

**Palavras-chave:** Sexualidade; idoso; envelhecimento.

---

**ABSTRACT**

Sexuality is a complex practice that depends on the desire and the normality of many factors, such as physical, psychological and sociocultural. This can influence the quality of life of older people, and this must be a point to consider when health is the goal. With the current trend of the country to the aging population, this should be increasingly a problem to be addressed, it is the quality of life of the elderly is concerned. In order to advocate an adequate response to this issue, it is necessary that health professionals know more and better sexuality of the elderly, and know what the main problems that can affect to treat them in the best way they can. Thus this work seeks to demonstrate, through a literature review, the main factors that influence the sexual practice in the elderly, in order to give them to know to health professionals in order to simplify the approach by them. Aging is accompanied by decreased sexual activity, this decline is more dependent on physiological changes and the consequent amendment of the condition and physical appearance, psychological and pathological changes, and not so related to the aging process. Socially sex in the elderly is seen as something abnormal and inconvenient. Sociocultural factors are capable of influencing the perception of own needs of the elderly, and this can affect your sexuality. The diseases affect sexual performance, and therefore should be treated, not bleaching there are many drugs that can impair equally sexual function. Sexuality is a difficult subject to approach by health professionals and patients. Normally this is a matter little explored in office visit, so the health professionals should seek and adopt techniques to improve this approach. Sexuality related to the elderly is an extremely important issue, and needs further studies and discussion. Providers should look this issue as a priority and treat all the problems that affect the sexuality.

**Key-words:** Sexuality; elderly; aging.

## I – INTRODUÇÃO

No cenário atual habitamos num país em que a esperança média de vida tende a aumentar consideravelmente, com dados do Instituto Nacional de Estatística projetando, que entre 2012 e 2060, a esperança média de vida à nascença do português passe numa hipótese moderada de 82,59 anos nas mulheres e 76,67 anos nos homens para 89,88 e 84,21 anos respetivamente(1). O mesmo relatório afirma também que entre estas duas datas, passaremos, no caso de um cenário central<sup>a</sup>, de um número de 2032600 habitantes com idade superior a 65 anos, referente a 2012, para 3042600 habitantes em 2060(1). Isto coloca inúmeras questões algo problemáticas, não só questões sociais e económicas, mas também questões alarmantes em termos de saúde.

Teremos então um cenário de aumento da população idosa em Portugal, tornando-se preponderante que se obtenham estratégias para manter a qualidade de vida durante o processo de “envelhecimento”. Segundo a circular normativa da Direção Geral de Saúde, o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida(2). Importante será então oferecer a este grupo populacional um envelhecer com saúde e alguma autonomia, não encarando o envelhecimento como um problema ou um acumular deles, mas uma fase, não menos importante, da vida do ser humano. Segundo a supracitada norma da DGS, a manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso deve advir de uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual

---

<sup>a</sup> Cenário em que foram consideradas as hipóteses de evolução central da fecundidade e da mortalidade e a passagem para saldos migratórios positivos

e demográfico com um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada(2).

Face ao envelhecimento e à procura de cuidados que visem o aumento da qualidade de vida para o idoso, devemos não só dirigir a nossa atitude para o tratamento das comorbilidades, características desta idade, mas considerar o idoso na sua total identidade humana, incluindo a sexualidade(3).

Segundo define a Organização Mundial de Saúde a sexualidade é "um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange atividade sexual, identidades do género e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A saúde sexual é um estado de saúde física, emocional, mental e bem-estar social relacionado com a sexualidade"(4). A sexualidade pode incluir toques, carícias, fantasia, masturbação, proximidade física e o calor gerado pela emocionalidade(5). O efeito do processo de envelhecimento sobre a sexualidade e função sexual depende do estado de saúde física e mental de um indivíduo(5). Estudos têm demonstrado que a frequência das relações sexuais diminui com a idade, no entanto, a satisfação com a sexualidade pode não ser afetada(5), assim como o desejo que pode de igual forma não estar afetado(6).

Dito isto torna-se lógico que a sexualidade é uma condicionante muito importante para a manutenção da boa saúde e bem-estar geral no final vida de um ser humano(7). A atividade sexual é uma questão chave para os aposentados terem uma boa qualidade de vida(7).

A sexualidade é influenciada por fatores físicos, psicológicos e culturais(6), portanto será deveras importante identificar, fatores que influenciem a sua sexualidade, para que possamos agir, tratando a raiz do problema. Para isto é importante vencer alguns mitos e tabus relacionados com a sexualidade no idoso e disponibilizar formação aos cuidadores, restantes profissionais de saúde e família para que de forma integrada e liberal se possa abordar e tratar destes problemas.

---

## II – MATERIAL E MÉTODOS

No âmbito deste artigo de revisão foi feita uma pesquisa da bibliografia existente, referente á sexualidade relacionada com o idoso, de modo a aprofundar e dá-lo a conhecer de uma forma sistematizada aos leitores.

A busca dos artigos que visavam responder á questão elaborada no âmbito de trabalho (*Quais os principais fatores que condicionam a sexualidade no idoso?*), foi feita de modo *online* nas bases de dados PUBMED e MEDLINE, utilizando as seguintes palavras-chave: Sexualidade; Idoso; Sexuality; Elderly. Sendo critérios de inclusão a resposta á questão orientadora do trabalho e artigos em língua portuguesa e inglesa.

Foram encontrados 269 artigos dos quais, foram selecionados 60 com base no enquadramento do título no tema, e posteriormente foram apenas escolhidos 19 com base no enquadramento da questão principal do trabalho.

Posteriormente foram analisados exaustivamente, e com base nos quais foram abordados os diferentes fatores condicionantes da sexualidade no idoso segundo os mesmos.

### **III – OBJETIVO**

O principal objectivo deste trabalho é o de proceder a uma revisão da literatura respeitante à Sexualidade no idoso, assim como aos seus principais efeitos na qualidade de vida no avançar da idade da pessoa.

Consequentemente, procurou-se enfatizar a extrema necessidade de consciencialização por parte dos cuidadores e restantes profissionais de saúde, incluindo a classe médica, dos principais aspetos que influenciam a sexualidade, para que todos os profissionais que lidem com esta faixa etária possam ter consciência que, apesar dos mitos e tabus, em relação á sexualidade no idoso, esta de facto é parte integrante, e importante, na vida destas pessoas.

Procurou-se então apurar os principais fatores que afetam a sexualidade no idoso, para que a classe médica e os restantes profissionais de saúde, possam ter conhecimento destes e consequentemente, atuar sobre eles para que possam manter uma boa saúde sexual no idoso.

## **IV – DISCUSSÃO**

### **IV.1 – ALTERAÇÕES SEXUAIS RELACIONADAS COM A IDADE**

Com o avançar da idade está comprovado que o desejo e a atividade sexual vão diminuindo, contudo não cessam (4,8–11). Esse declínio da atividade sexual está mais dependente de alterações fisiológicas e a consequente alteração da condição e aparência física, alterações psicológicas e patológicas, e não tão relacionada com o processo de envelhecimento. Quando surgem algumas destas dificuldades com o sexo propriamente dito, este é substituído por atitudes de namoro e companheirismo(3), que mantém estável o nível de satisfação.

O ato sexual é portanto uma atitude complexa sendo fulcral um bem-estar físico, mental e uma predisposição emocional. Torna-se então preponderante tentar atenuar e dar a conhecer aos idosos as principais alterações que podem surgir com o avançar da idade que podem interferir com a sua sexualidade, para que estes possam compreendê-las e adotar estratégias para contorná-las, se assim for possível.

#### **A. Fisiológicas**

O avançar da idade trás consigo alterações fisiológicas próprias, devido á deterioração de várias estruturas. Estas alterações como já referido podem afetar ou impedir a atividade sexual destas pessoas. As principais alterações que podem surgir estão resumidas na tabela 1(3,5,6,9). O decréscimo na produção de hormonas influencia o desejo sexual, sendo que o baixo nível de androgénios no homem e o baixo nível de estrogénios e androgénios na mulher diminuem o apetite sexual (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000)(10). Segundo um estudo em que foram correlacionados os níveis de testosterona livre, a função sexual, a disfunção erétil e a masturbação, em homens, os baixos níveis de testosterona no homem correlacionam-se com a diminuição da libido, mas não apresentaram correlação com disfunção erétil ou com a masturbação(12). Conclui o mesmo estudo que os níveis de testosterona influenciam a atividade sexual de forma moderada(12). Segundo

Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, et al. quedas nos níveis normais podem conduzir a sintomas como mudanças de humor, baixos níveis de energia, diminuição da força, aumento da transpiração, diminuição do desejo sexual e disfunção erétil(6). Contudo alguns estudos demonstraram-se inconclusivos e controversos quanto ao benefício em realizar hormonoterapia nestes indivíduos(6,10,12).

Homem	Mulher
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio da excitação e orgasmo;</li> <li>• Aumento do tempo de excitação para obter e manter ereção suficiente;</li> <li>• Diminuição do volume e intensidade da ejaculação;</li> <li>• Atraso na ejaculação;</li> <li>• Ereção menos rígida;</li> <li>• Aumento do período refratário entre ereções;</li> <li>• Diminuição nos níveis de testosterona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da lubrificação vaginal;</li> <li>• Diminuição do tamanho da mama;</li> <li>• Diminuição do tamanho do clitóris;</li> <li>• Perda de tecido vulvar;</li> <li>• Diminuição da largura e comprimento da vagina;</li> <li>• Menor elasticidade e tônus muscular da vagina;</li> <li>• Diminuição da espessura da mucosa vaginal;</li> <li>• Diminuição nos níveis de estrogénios;</li> <li>• Atrofia da bexiga.</li> </ul>

**Tabela 1.** Alterações fisiológicas referentes a cada sexo (3,5,6,9).

No homem um dos problemas mais comuns que afetam a atividade sexual é a disfunção erétil. A disfunção erétil é definida como a incapacidade de o homem atingir ou manter uma ereção suficientemente vigorosa para proporcionar prazer a si próprio e ao parceiro, causando *stress*, problemas relacionais e baixa autoestima(11). A disfunção erétil é

então um problema multifatorial sendo que está na dependência de alterações orgânicas (tais como doença vascular e neurológica e/ou problemas hormonais(6)), problemas relacionais e problemas psicológicos. Os problemas com o parceiro e as alterações orgânicas são os principais fatores correlacionados com a disfunção no idoso, sendo que os fatores psicológicos, tais como ansiedade e depressão estão mais correlacionados com a disfunção na meia-idade, uma vez que estas são pessoas mais ativas, e logo mais expostas a fatores de *stress*(11).

Encontra-se também demonstrado na literatura a forte correlação entre disfunção sexual e doença cardiovascular, sendo que esta está associada não á própria doença mas aos seus sintomas(13). Portanto torna-se lógico que se formos capazes de controlar estes sintomas, e educar os pacientes com esta patologia, a função sexual destes pacientes melhore.

O tratamento destes doentes deve passar por uma avaliação dos fatores de risco cardiovascular, avaliação da presença de síndrome metabólica, conselhos sobre a modificação do estilo de vida e a consideração da administração de inibidores da PDE5, tais como avanafil ou sildenafil (viagra), quando estes não estão contraindicados(6).

Nas mulheres a diminuição dos níveis hormonais também parece ser o principal fator que influencia as alterações fisiológicas no aparelho genital feminino, incluindo atrofia das membranas vaginal e vulvar, incontinência urinária, prolapso urogenital, perda de massa muscular e óssea, decréscimo de energia e bem-estar,(6). Sexualmente isto pode traduzir-se em dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da libido e diminuição da capacidade de atingir o orgasmo(6).

A abordagem destas mulheres deve incluir um exame urogenital completo, para verificar quais destas alterações estão presentes, a fim de estas poderem ser tratadas(6). O tratamento médico destas condições pode incluir terapia hormonal local ou sistémica, quando indicado, e lubrificantes artificiais(6).

## **B. Psicológicas e socioculturais**

Socialmente o sexo no idoso é visto como inconveniente, e mesmo como algo anormal. Os fatores socioculturais, acabam muitas vezes por influenciar a percepção das próprias necessidades dos idosos, e isso é capaz de afetar a sua sexualidade. A falta de esclarecimentos e de preocupação com a sexualidade nesta faixa etária é um fator condicionante dos problemas sexuais do idoso.

Um fator sociocultural que influencia em muito a disfunção sexual é a educação sexual que ensina normas e papéis rígidos e deixa pouco espaço para a autoexploração e autodeterminação(14). Socialmente as necessidades e experiências das mulheres, sobretudo desta idade, são muito menos representadas, o que pode contribuir insegurança sexual e consequente insatisfação(14). Sendo assim estamos perante aquilo que tem sido chamado de duplo padrão de envelhecimento, no qual os homens são conhecidos por manterem ou aumentarem a sua atratividade, enquanto por outro lado se considera que as mulheres perdem a sua atratividade com o envelhecimento(14).

Outro fator que contribui para este problema é a importância da reprodução, sendo que em algumas culturas o principal papel da intimidade sexual é a reprodução, não devendo portanto uma mulher continuar sexualmente ativa depois da menopausa(10,14).

Mesmo na comunicação social quando se fala em sexualidade, associa-se esta a pessoas jovens, bonitas e energéticas, isto acaba por levar muitas vezes o idoso a ignorar ou reprimir os seus desejos sexuais, pois considera-o inadequado ou mesmo errado(10).

A perspetiva sociocultural e a percepção desta pelos idosos, a experiência passada relativa á sexualidade e o tipo de personalidade são capazes de influenciar e causar problemas psicológicos que predis põem á disfunção sexual, em resumo estes fatores encontram-se na tabela 2(10).

<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade de desempenho;</li> <li>• <i>Stress</i> devido ao trabalho;</li> <li>• Personalidade obsessivo-compulsiva;</li> <li>• Depressão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expetativas negativas;</li> <li>• Perda de autoestima;</li> <li>• Personalidade ansiosa;</li> <li>• História de separação ou viuvez;</li> <li>• Vítima de agressão sexual.</li> </ul>

**Tabela 2.** Principais fatores psicológicos associados a disfunção sexual em cada género(10).

Muitas abordagens têm sido utilizadas e estudadas, em termos de psicoterapia, para abordar e contornar estes problemas. Os pontos essenciais da psicoterapia são comuns nas mais distintas formas de psicoterapia, segundo descrito por Bitzer et al.. Um ponto básico é ajudar o casal a criar consciência dos problemas que impedem a mudança desejada, e a tentar substituir os mecanismos usados por outros mais eficazes ou novos padrões de comunicação(14). Outro ponto essencial é a importância de ativar recursos e experiências de ambos os parceiros, educando para a não divulgação dos pontos fracos, deficiências e defeitos e antes pelo contrário ensinando a invocar a experiência, a história compartilhada e o apoio às forças individuais(14). Finalmente estas abordagens devem incentivar os casais a conhecerem-se melhor a si e ao seu parceiro, para poderem expressar melhor os seus desejos sexuais ocultos e sonhos protagonizando assim a hipótese de redesenharem uma nova vida sexual.

#### **IV.2 – PRINCIPAIS COMORBILIDADES QUE AFETAM A SEXUALIDADE**

Apesar das doenças crónicas não serem apenas próprias da “terceira idade”, estas criam grandes problemas e têm impacto sobre a função sexual(6). As comorbilidades afetam a função sexual, tanto diretamente por mecanismos fisiológicos (por interferir com o sistema

endócrino, vascular e neurológico) como indiretamente por interferir com o funcionamento geral do corpo(10).

Os estados de doença afetam secundariamente a atividade sexual uma vez que normalmente cursam com estados de fadiga geral, dor, comprometimento cognitivo, fraqueza muscular, e distúrbios psicológicos sob a forma de ansiedade e depressão (Kaiser F. et al.)(6). A cirurgia também pode afetar a autoimagem e função anatômica, o que pode traduzir problemas com a atração sexual e autoestima (Kaiser F. et al.)(6). Em resumo na tabela 3(6,7,9,10) encontram-se as principais condições crônicas causadoras de disfunção sexual.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Doença cardíaca;</li><li>• Hipertensão;</li><li>• Diabetes;</li><li>• Artrite;</li><li>• Demência;</li><li>• Incontinência.</li></ul>
---

**Tabela 3.** Principais condições crônicas causadoras de disfunção sexual(6,7,9,10).

A bibliografia analisada conclui que os doentes com insuficiência, relatam com mais frequência problemas com a sexualidade, em relação com os doentes que não sofrem dessa patologia. Geralmente estes problemas estão mais associados com os sintomas próprios (dispneia, intolerância ao exercício,...) da doença do que propriamente com a doença(13). É então importante abordar a possível influência destes sintomas e da medicação, na educação e tratamento do doente(13).

Nos doentes com enfarte do miocárdio, é normal que estes descorem da vida sexual, com receio que isso possa agravar a sua situação. Estes doentes devem ser aconselhados no

sentido de restabelecerem a sua função geral e sexual ótima, e conseqüentemente se sentirem confortáveis com a atividade sexual(6).

A diabetes é outra patologia crônica capaz de provocar alterações a nível da capacidade sexual, uma vez que esta é capaz de provocar doença vascular e neurológica. Ao que parece o tipo de diabetes e a forma de tratamento não têm implicações na disfunção. Esta patologia está associada a impotência no homem, diminuição da secreção vaginal na mulher e decréscimo da libido(6). Contudo esta pode ainda condicionar o surgimento de outras sequelas tais como, cegueira, amputação, insuficiência renal e neuropatia periférica com dor crônica.

Na artrite, como se torna óbvio, as limitações são sobretudo físicas, em que existe restrição do movimento associado á dor e disfunção articular. Pacientes portadores desta condição, beneficiam do tratamento sintomático desta. A aplicação de panos quentes antes e depois do ato sexual e o ajustamento posicional aliviam a dor e a limitação causada (Butler RN, Lewis MI.)(6).

A hipertensão é uma causa conhecida de disfunção erétil devido ao desenvolvimento de disfunção endotelial, que prejudica a regulação vasomotora mediada por óxido nítrico(15). Também pela sua forte associação com doença vascular periférica, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral é também uma patologia a ter em conta, esta deve por isso ser devidamente tratada. A medicação utilizada para a hipertensão pode também ela causar problemas com a sexualidade(4,10,15).

A incontinência urinária é também causadora de efeitos negativos na atividade sexual. Os seus sintomas como enurese, urgência miccional, potencial para infeções repetidas do trato urinário e medo dos efeitos colaterais da incontinência acabam por atenuar a vida sexual dos doentes(6). O tratamento médico adequado, a modificação comportamental e exercícios de Kegel parecem melhorar as preocupações do doente e aumentar a satisfação sexual(6).

A demência é uma patologia muito prevalente nesta faixa etária, e pode desencadear um comportamento sexual inapropriado(16,17). Por outro lado não podemos esquecer que esta provoca também desinteresse sexual, apatia e problemas de relacionamento entre o casal, afetando a percepção da pessoa em causa quanto às necessidades do outro(16,17).

No caso de existir um comportamento sexual inapropriado, o médico deve avaliar o doente, inclusive a medicação e retirá-la em alguns casos, uma vez que fármacos com benzodiazepinas e agonistas dopaminérgicos pioram a desinibição, e caso seja necessário ponderar um tratamento, quer não farmacológico quer farmacológico(16). O tratamento não farmacológico passa por afastar os doentes com este tipo de comportamento de outras pessoas, proporcionar-lhes atividades que os distraiam ou fornecer-lhes oportunidades de aliviar os seus impulsos sexuais(16). Pacientes com comportamento sexual inapropriado persistente devem receber tratamento farmacológico, onde existem várias alternativas a ponderar consoante as comorbilidades do doente (por exemplo, doentes com antecedentes de tromboembolismo venoso devem evitar a toma de estrogénios)(16).

As opções farmacológicas incluem: antidepressivos, antiandrógeno, estrogénios, análogos GnRH, antipsicóticos, anticonvulsivantes, inibidores da colinesterase, anti-histamínico H2, antifúngicos ou diuréticos poupadores de potássio(16).

#### **IV.3 – MEDICAMENTOS QUE AFECTAM A ATIVIDADE SEXUAL**

Com o avançar da idade é normal o aparecimento de mudanças e de patologia múltipla, que como supracitado influenciam a atividade sexual. Estas provocam efeitos negativos na vida do doente e por este motivo devem ser tratadas. Origina-se assim um consequente aumento no consumo de medicamentos, sendo que a medicação pode dificultar ou mesmo impossibilitar a atividade sexual. Chega-se então a uma controvérsia, pois se por um lado existem patologias que prejudicam a função sexual, por outro lado o tratamento farmacológico destas pode de igual forma prejudicá-la.

Na tabela 4 (4,10,15) apresento em resumo os principais fármacos que prejudicam, ou parecem prejudicar a função sexual.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Anti-hipertensores;</li><li>• Antidepressivos;</li><li>• Antipsicóticos;</li><li>• Medicação para a próstata;</li><li>• Diuréticos;</li><li>• Tratamento da dor (narcóticos);</li><li>• Quimioterapia.</li></ul>
--

**Tabela 4.** Fármacos que afetam a saúde sexual (4,10,15).

Quanto aos anti-hipertensores esta é uma classe medicamentosa muito associada a efeitos negativos na função sexual(18). Segundo descrito os mais seguros são os IECA, os ARA e os diuréticos da ansa, pois estes estão menos associados á disfunção erétil e proporcionam um bom controla da tensão arterial (15,18). Por outro lado as tiazidas e os beta-bloqueantes têm demonstrado um elevado risco de provocar disfunção erétil (15). Antagonistas dos canais de cálcio, apesar de não causarem uma alta incidência de disfunção erétil, podem, por vezes interferir com a função sexual, através do aumento dos níveis de prolactina (15). Estudos revelaram também que a disfunção sexual causada por fármacos aumenta em pessoas tomando doses crescentes de anti-hipertensores (Levine, 1998) (10).

Os fármacos utilizados para tratar doenças do foro psiquiátrico são outros dos principais causadores de disfunção sexual. Os antidepressivos tricíclicos, os IMAO, os sedativos e os antipsicóticos estão associados a uma redução no desejo sexual (Schiavi, 1999; Segraves, 1989)(10). Os ISRS são os fármacos mais prescritos para o tratamento de

sintomas depressivos, contudo como alguns estudos indicam estes parecem ser os mais associados a efeitos adversos na sexualidade(10,15). Os sintomas mais comuns provocados pelos ISRS são disfunção erétil, diminuição da libido, atraso no orgasmo ou anorgasmia e diminuição da lubrificação vaginal, estes surgem em particular com citalopram e paroxetina (Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, Rico-Villademoros F (2001))(15). Quanto os antipsicóticos, a risperidona é mais propensa a causar uma elevação dos níveis de prolactina e sintomas, tais como a disfunção erétil e diminuição da libido(15). A olanzapina e clozapina são, respetivamente, menos propensos a causar tais efeitos e ainda menos efeitos são esperados pela quetiapina ou clozapina(15). As benzodiazepinas têm sido associadas a redução da libido e ejaculação retardada.

A prostatite e a hiperplasia benigna da próstata, são condições muito frequentes nos homens depois dos 50 anos e idade, e as principais causadoras de sintomas do trato urinário baixo. Esta sintomatologia como é de esperar afeta a qualidade de vida dos doentes e a sua função sexual. O tratamento da hiperplasia benigna da próstata é normalmente feito á custa de bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, pois estes geralmente atenuam os sintomas do trato urinário baixo, contudo prejudicam a função sexual. Esta medicação é capaz de influenciar o tónus muscular na próstata, mas afeta também o tónus muscular de outros órgãos (tais como a bexiga,...), provocando ejaculação retrógrada(15). Outros efeitos têm sido descritos, e estão reportados nas bulas do Infarmed, e são redução da libido, impotência, priapismo (muito raramente e apenas com tansulosina), outras perturbações na ejaculação e afeções mamárias.

O tratamento de quimioterapia, pode causar um declínio no interesse sexual, umas vezes provocado pelo *stress* emocional e físico inerente à doença e ao tratamento, outras vezes pela fadiga e alterações hormonais provocadas pela quimioterapia(19). As alterações na aparência do doente, pode também como já vimos afetar a autoestima e promover outras alterações psicológicas e comprometer a normal sexualidade. É importante dar a conhecer

esta questão aos médicos oncologistas e outros que lidem de perto com pessoas com esta patologia, para que estes possam providenciar o apoio e a educação necessária(19).

#### **IV.4 – DIFICULDADES DE INTERAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Ignorando a saúde sexual como uma parte da avaliação do doente, os profissionais de saúde estão a ignorar um aspeto da saúde individual que está diretamente ligada à qualidade de vida, e que às vezes está relacionado com a razão pela qual o paciente não é aderente com terapêuticas que podem ter efeitos adversos na função sexual (Lindau et al., 2007)(20).

Quando se trata de intimidade e sexualidade, muitos pacientes, especialmente os idosos preferem fechar-se e preferir não falar sobre o assunto, com os seus prestadores de cuidados de saúde(7). Mas abordar seus problemas e preocupações é importante, e isso ajuda a estabelecer confiança e uma relação médico-paciente mais positiva(7). Num estudo realizado por Gott (2003), um número significativo de participantes afirmaram nunca ter tido a oportunidade de falar sobre sexualidade em um contexto de saúde.

Pesquisas realizadas no Reino Unido, tem procurado a razão pela qual os idosos não procuram tratamento para disfunção sexual e os resultados demonstraram que os idosos tinham receio do que seu médico iria pensar à cerca deles (Gott & Hinchliff, 2003)(20). Segundo outro estudo, neste caso referente a mulheres idosas nos Estados Unidos, afirmou que estas estariam dispostas a falar sobre a sua saúde sexual se o seu médico decidisse abordar o tema (Hinchliff & Gott, 2011;. Lindau et al, 2006)(20).

Outro fator capaz de prejudicar esta abordagem, é o fato do paciente já conhecer e ser conhecido de longa data do seu médico (Peate, 2004), contudo isto pode influenciar também positivamente a abordagem se a relação médico-doente for boa(21).

Segundo estudos levados a cabo neste âmbito, demonstra-se que são os profissionais que devem introduzir a conversa sobre a saúde sexual dos seus pacientes, apesar de isso ser encarado como u desafio para a maioria dos médicos(20,21).

Esta falta de comunicação, resulta muitas vezes na falta de tratamento ou tratamento inadequado no que toca a problemas sexuais(9). Em particular mais os homens do que as mulheres, preferem esconder ou não abordar os seus problemas sexuais perante os profissionais de saúde, ignorando o problema, preferindo abandonar terapêuticas que consideram ser a causa do problema, ou comprando produtos sem aconselhamento(9).

Estudos nesta área (Gott & Hinchliff, 2003; Lindau et al.,2006), demonstram que este tipo de problemas deve ser discutido, durante as visitas aos profissionais de saúde(20). Estes estudos comprovam que os próprios enfermeiros podem e devem abordar o tema, questionando acerca da função sexual básica, como um indicador da qualidade de vida, a doença subjacente e os efeitos colaterais dos medicamentos(20). Contudo e como este é um tema em que a maioria das pessoas não está á vontade, devemos antes de iniciar a conversação garantir ao doente que todos os dados fornecidos por este são confidenciais, o que deixará o doente mais aberto para abordar o tema, e após isto prosseguir a entrevista de forma a transmitir segurança e com perguntas bem formuladas e objetivas.

Existe um modelo intitulado PLISSIT desenvolvido em 1976 pelo psicólogo clínico Dr. Jack Annon, que facilita a discussão acerca da sexualidade no idoso(7). Este modelo compreende quatro passos, considerados essenciais para proporcionar uma boa discussão com o idoso. O primeiro passo (P) compreende a permissão do doente para falar neste tema, o segundo passo compreende a vontade do doente em partilhar informações limitadas (LI) sobre a sua sexualidade, o terceiro passo é aquele em que o profissional de saúde oferece sugestões específicas (SS) para melhorar a função sexual do idoso, e por último podemos considerar encaminhamento para terapia intensiva (IT) no caso da disfunção sexual ir para além das possibilidades ou conhecimentos do profissional de saúde em causa(7).

## V – CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo complexo que envolve alterações a nível fisiológico, psicológico e sociocultural. A tendência no nosso país, com a melhoria dos cuidados de saúde, é para o aumento da esperança média de vida e consequentemente o número de idosos. Prevê-se mesmo que num futuro algo próximo que a pirâmide etária referente a Portugal se inverta, levantando isto não só questões problemáticas a nível económico mas também a nível de saúde. Portanto para não descorar da saúde dos idosos no futuro e para lhe oferecer uma boa qualidade de vida, é necessário uma abordagem multifatorial atempada, explorando e tratando todos os seus problemas ou preocupações, sabendo que não devemos deixar de parte a sexualidade como ponto essencial.

O desejo sexual não se perde com o avançar da idade e influencia em muito a qualidade de vida das pessoas, como está comprovado. A saúde sexual está dependente da interação de alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais, do próprio indivíduo, do parceiro ou de ambos.

Nesta perspetiva torna-se relevante a compreensão de todos os aspetos que podem inviabilizar a atividade sexual no idoso. É importante que os profissionais de saúde tomem conhecimento de que a sexualidade é um aspeto importante também nesta faixa etária, e que se sintam e façam sentir os outros seguros para abordar este tema. Um ponto-chave será também combater crenças e mitos que prejudicam a atividade sexual, e incentivar á sua prática, educando os idosos sobre as suas limitações e minimizando os efeitos adversos dessas limitações quando possível.

As limitações que mais comprometem a sexualidade podem advir de patologia, que como é óbvio é mais prevalente nesta idade, do próprio tratamento das mesmas, da influência de fatores psicológicos ou da falta de esclarecimento perante os profissionais de saúde. Tratar a patologia que afeta negativamente a sexualidade é um ponto essencial a ter em conta, contudo é importante ponderar bem o tratamento a aplicar uma vez que muitos

medicamentos acabam também por prejudicar a atividade, sendo que por vezes cria-se um dilema pois se por um lado a patologia prejudica a sexualidade, por outro o tratamento poderá também o fazer. A escolha da terapêutica deve ser algo muito bem estudado e deve sempre optar-se pela terapêutica que tenha menos evidência de provocar efeitos negativos.

A abordagem do tema da sexualidade é algo difícil para a maioria dos profissionais de saúde, por este ser um tema delicado e íntimo, a discussão sobre esta matéria já é pobre com pacientes mais novos e torna-se ainda mais deficitária quando de idosos se trata. Os profissionais de saúde devem adotar estratégias ou modelos, como o modelo PLISSIT, e ser educados e treinados, de forma a facilitar e proporcionar a discussão deste tema com os idosos.

Os pontos essenciais são a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, onde se inclui todos os profissionais de saúde para que se possa obter um diagnóstico correto, e planejar a melhor terapêutica tendo em conta a manutenção da atividade sexual. A comunicação, compreensão e cooperação com os idosos é primordial, de forma a aceder aos seus problemas e preocupações.

A sexualidade relacionada com o idoso é um tema de importância extrema, e que carece de mais estudos e discussão. Os profissionais de saúde devem também receber formação e mais treino nesta área, para se sentirem mais confortáveis na discussão do tema, e transmitir uma ideia aos idosos de que a discussão deste tema é algo normal.

**VI – BIBLIOGRAFIA**

1. Estatística IN de. Projeções de População Residente. 2014;1–18.
2. Dgs. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. A Direcção-Geral da Saúde–Notas históricas [Internet]. 2004; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Direc??o-Geral+da+Sa?de#3>
3. Alencar DL De, Marques APDO, Leal MCC, Vieira JDCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(8):3533–42. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803533&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803533&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
4. Kazer MW, Grossman S, Kerins G, Kris A, Tocchi C. Validity and reliability of the geriatric sexuality inventory. J Gerontol Nurs. 2013;39(11):38–45.
5. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. Age Ageing. 2005;34(5):475–80.
6. Ginsberg TB. Aging and sexuality. Med Clin North Am. 2006;90(5):1025–36.
7. Omole F, Fresh EM, Sow C, Lin J, Taiwo B et al. How to discuss sex with elderly patients. J Fam Pract. 2014;63(4):1–4.
8. Kessel B. Sexuality in the older person. Age Ageing. 2001;30(2):121–4.
9. Yee L. Aging and sexuality. Aust Fam Physician. 2010;39(10):718–21.
10. Delamater JD, Sill M. Sexual Desire in Later Life. J Sex Res. 2005;42(2):138–49.
11. Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism Sexual function of the ageing male. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;27(4):581–601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2013.05.007>
12. Connor DBO, Lee DM, Corona G, Forti G, Tajar A, Neill TWO, et al. The Relationships between Sex Hormones and Sexual Function in Middle-Aged and Older European Men. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(10):1577–87.
13. Hoekstra T, Lesman-leegte I, Luttik ML, Sanderman R, Veldhuisen DJ Van, Jaarsma T. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. Heart. 2012;98(22):1647–52.
14. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual Counseling in Elderly Couples. J Sex Med. 2008;5(9):2027–43.
15. Wylie KR, Wood A, McManus R. Sexuality and old age. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2013;56(2):223–30.

16. Joller P, Gupta N, Seitz DP, Frank C, Gibson M, Gill SS. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician*. 2013;59(3):255–60.
17. Benbow SM, Beeston D. Sexuality, aging, and dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2012;24(7):1026–33.
18. Spatz ES, Canavan ME, Desai MM, Krumholz HM, Lindau ST. Sexual activity and function among middle-aged and older men and women with hypertension. *J Hypertens*. 2013;31(6):1096–105.
19. IPOFG-CROC. A QUIMIOTERAPIA Guia prático. Serviço Oncol Médica. 2005;1–9.
20. Farrell J, Belza B. Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nurs Res*. 2012;61(1):51–7.
21. Garrett D. Psychosocial barriers to sexual intimacy for older people. *Br J Nurs (Mark Allen Publ)*. 2014;23(6):327–31.