



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO ACADÊMICO EM  
SAÚDE COLETIVA**

**KONRAD GUTTERRES SOARES**

**A SEXUALIDADE DE IDOSOS DEPENDENTES**

**PORTO ALEGRE – RS**

**2020**

KONRAD GUTTERRES SOARES

**A SEXUALIDADE DE IDOSOS DEPENDENTES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel

PORTO ALEGRE

2020

### CIP - Catalogação na Publicação

Gutterres Soares, Konrad  
A SEXUALIDADE DE IDOSOS DEPENDENTES / Konrad  
Gutterres Soares. -- 2020.  
92 f.  
Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2020.

1. Idosos dependentes. 2. Sexualidade. 3. Gênero.  
4. Abordagem qualitativa. I. Nazareth Meneghel, Stela,  
orient. II. Título.

## AGRADECIMENTO

A minha mãe Mariliz Gutterres Soares e meu pai Sérgio Feijó Soares pela presença constante na minha vida, carinho, afeto, amor, suporte emocional e por terem me proporcionado acesso a todas oportunidades que tive.

Ao meu irmão Dieter Gutterres Soares e à minha irmã Katrin Gutterres Soares.

Aos meus amigos queridos de quem carrego um pedaço de cada um dentro de mim.

A minha orientadora Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel, que me acolheu, orientou e conduziu para realização deste trabalho.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela qualidade e excelência na minha formação desde a graduação em Medicina e agora no Mestrado em Saúde Coletiva.

## RESUMO

O envelhecimento populacional mundial e também no Brasil tem trazido novos desafios para os serviços de saúde. A sexualidade na terceira idade é marcador relevante e significativo de qualidade de vida e saúde. Este trabalho faz parte de uma pesquisa nacional intitulada *Estudo Situacional dos Idosos Dependentes que residem com suas Famílias visando a subsidiar uma Política de Atenção e de Apoio aos Cuidadores*. O estudo foi realizado em oito municípios brasileiros (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Teresina, Araranguá) com idosos dependentes, seus cuidadores familiares e profissionais, profissionais de saúde e gestores. O recorte feito neste estudo buscou compreender a sexualidade em idosos dependentes e suas características. Foi realizada uma análise qualitativa de entrevistas com idosos dependentes. Os achados apontam para uma diferença de gênero sobre o entendimento e a vivência da sexualidade nos idosos. Homens com uma ênfase no desempenho e ato sexual e as mulheres com uma visão e compreensão mais ampliada sobre o sexualidade. Por outro lado, identificou-se uma significativa invisibilidade sobre o assunto perante os próprios pesquisadores. Foi possível constatar que a sexualidade do idoso é modulada pela percepção de gênero e é um tema pouco estudado e de difícil abordagem em cenários de pesquisa e de atenção à saúde. Foram produzidos também outros dois artigos com metodologia quantitativa e um sumário executivo que estão em anexo no final da dissertação.

Palavras-chave: Idosos dependentes, Sexualidade, Gênero, Abordagem qualitativa.

## ABSTRACT

Worldwide and in Brazil the population is aging, this has brought new challenges for health services. Sexuality in old age is a relevant and significant marker of quality of life and health. This work is part of a national survey entitled Situational Study of Elderly Dependents who live with their Families in order to subsidize a Policy of Care and Support for Caregivers. The study was carried out in eight Brazilian cities (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Teresina, Araranguá) with dependent elderly people, their family and professional caregivers, health professionals and managers. The cut made in this study sought to understand sexuality in dependent elderly people and their characteristics. A qualitative analysis of interviews with dependent elderly people was carried out. The findings point to a gender difference in the understanding and experience of sexuality in the elderly. Men with an emphasis on performance and sexual intercourse and women with a broader view and understanding of sexuality. On the other hand, a significant invisibility on the subject was identified before the researchers themselves. It was possible to verify that the sexuality of the elderly is modulated by the perception of gender and is a poorly studied and difficult to approach topic in research and health care settings. Two other articles were also produced with quantitative methodology and an executive summary that are attached at the end of the dissertation.

Keyword: Dependent elderly, Sexuality, Gender, Qualitative research

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Quantitativo de idosos dependentes, cuidadores familiares e cuidadores formais entrevistados na pesquisa, municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.....	82
Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos dependentes de municípios em diferentes regiões do Brasil, 2019.....	83
Tabela 2 – Características assistenciais dos idosos dependentes em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.....	84
Tabela 3 - Características sociodemográficas e assistenciais dos cuidadores familiares em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.....	85
Tabela 4 - Características sociodemográficas, de trabalho, psicológicas e de cuidado dos cuidadores formais em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.....	86

## LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



UE União Européia

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1.Objetivo Geral.....	13
2.2.Objetivos Específicos.....	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1.ASPECTOS DA VELHICE COM DEPENDÊNCIA.....	13
3.2.SEXUALIDADE NA VELHICE.....	16
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
4.1.TIPO DE ESTUDO.....	18
4.2.CENÁRIOS DA PESQUISA.....	19
4.3.SUJEITOS DO ESTUDO.....	19
4.4.FONTES DE INFORMAÇÃO E GERAÇÃO DE DADOS.....	20
4.5.ANÁLISE DA PESQUISA.....	20
4.6.ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5. RELATÓRIO DE CAMPO.....	21
6. ESTUDO E A PRÁXIS.....	23
7. ARTIGO	
APROVADO.....	24
7.1.O Silêncio da Sexualidade em Idosos Dependentes.....	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
9. REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	45
Anexo 1 - Artigo: Atenção Primária em Saúde no Cuidado ao Idoso Dependente e ao seu Cuidador.....	45
Anexo 2 - Artigo: Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores.....	66
Anexo 3 - Sumário Executivo: Vivência da Sexualidade no Envelhecimento.....	86

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil há, atualmente, mais de 30 milhões de idosos. Esse número é fruto

de um crescimento demográfico de 50% nos últimos 10 anos em todas faixas etárias. Em 2007 eram 17 milhões de pessoas acima de 60 anos e, em 2027, essa parcela da população chegará a 37 milhões, de acordo com projeções do IBGE (2018). O envelhecimento populacional é um fenômeno global e está associado ao aumento da expectativa de vida das pessoas e à redução nos índices de natalidade. O país saiu de uma taxa de fecundidade de quatro filhos na década de 1980 para alcançar 1,7 filhos por mulher no ano de 2019. Estimativas do IBGE mostram que aumentará não apenas o total de pessoas idosas, mas principalmente a participação delas no conjunto da população brasileira, passando de 8% em 2000 para 19% no ano de 2030.

Mudanças corporais significativas ocorrem durante o processo de envelhecimento. As limitações impostas pelo tempo constituem um processo biológico esperado. Há de se desconsiderar a velhice enquanto insígnia clínica e buscar promover uma melhor adaptação dos idosos à sua realidade, potencializando as fortalezas e não se detendo apenas nas dificuldades vivenciadas (Vilhena, 2014).

O fenômeno mundial de envelhecimento populacional tem ocasionado transformações na vida cotidiana dos idosos em diferentes aspectos e, várias mudanças já estão sendo sentidas de forma bastante concreta, revelando a necessidade de constante revisão das necessidades deste segmento populacional. Entre essas necessidades encontram-se, também, as relativas às manifestações e vivências da sexualidade (Almeida, 2007).

A sexualidade é uma dimensão inerente a cada pessoa, presente em todos os aspectos da vida, inclusive na velhice, influenciando, individualmente, o modo de cada um se manifestar, comunicar, sentir e expressar. Pode ser vista enquanto identidade, explicitada na forma como o indivíduo estabelece a relação consigo e com o mundo, e está presente desde antes do nascimento até o momento da morte. É parte integrante da personalidade do ser humano e seu desenvolvimento se completa enquanto necessidade humana básica, como o desejo de contato, intimidade expressão emocional, prazer, amor e carinho (Moraes, 2011).

Por outro lado, mesmo nos tempos atuais após a revolução sexual e ampliação das práticas referentes à sexualidade, observa-se a manutenção de preconceitos, moralismos e resistência a mudanças. O preconceito referente ao exercício da sexualidade na velhice é adotado por se acreditar que a vivência das

práticas sexuais está restrita à juventude (Linhares, 2008). O culto ao corpo jovem, idealizado pela mídia, perpetua a convicção de que a sexualidade está ligada aos ideais de beleza, juventude e perfeição anatômica (Goldenberg, 2012). Nessa perspectiva, surgem estereótipos voltados, principalmente, para a imagem corporal: o corpo que envelhece, portanto, não produz mais interesse, é retratado como incapaz de produzir desejo, despido de atração física e em estado de declínio. Assim, as pessoas que envelhecem são, na maioria das vezes, rotuladas de assexuadas ou incapazes de sentirem desejo, tornando evidente que o tema da sexualidade do idoso está impregnado de rótulos, tabus e preconceitos (Coelho *et al.*, 2010), expressando os fatores socioculturais e históricos envolvidos.

O preconceito de que idosos não possuem desejo sexual e são assexuados pode motivar condutas moralistas, causar constrangimento e gerar estigmas para os e as pacientes e profissionais de saúde (Gewirtz-Meydan, 2018). No campo assistencial, a temática da sexualidade do idoso foi negligenciada pela área da saúde e pelo poder público, sendo a vida sexual da pessoa idosa tratada como inexistente. Conseqüentemente, a possibilidade de uma pessoa com mais de 60 anos ser infectada pelo vírus HIV era considerada remota. Entretanto, dados nacionais referem que a taxa de HIV entre idosos já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos (Santos, Assis, 2011). O aumento do número de casos de HIV em idosos está relacionado ao envelhecimento populacional, ao aumento da sobrevivência das pessoas com HIV/Aids, bem como ao acesso aos medicamentos para disfunções eréteis, em associação com a desmistificação do sexo na velhice (Silva, Saldanha, 2012).

A sexualidade do idoso é uma temática ainda carente de pesquisas, haja vista que a maioria dos estudos existentes se detém aos aspectos fisiológicos negativos, como as disfunções sexuais (Vieira, 2016). Há escassez de relatos sobre o significado do relacionamento sexual para idosos, embora os poucos estudos publicados indiquem que o interesse e atividade sexuais persistam no envelhecimento (Moreira, 2005).

No Brasil, os estudos que abordam sexualidade são ainda mais escassos. O Ministério da Saúde (2006), em sua publicação *Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, enfatiza a necessidade de se lidar com a questão sexual desta população devido não só ao envelhecimento populacional e

crescimento das doenças transmissíveis (Aids, em especial) entre indivíduos com mais de 60 anos, mas também por se tratar de elemento importante para a qualidade de vida deste grupo etário.

O projeto *Estudo Situacional dos Idosos Dependentes que residem com suas Famílias visando a subsidiar uma Política de Atenção e de Apoio aos Cuidadores*, desenvolvido nas cinco macrorregiões brasileiras, teve como objetivo principal buscar conhecer a situação de idosos com dependência física, mental/emocional, cognitiva e social e de seus cuidadores (Minayo *et al.*, 2019). Essa dissertação foi realizada no bojo desta pesquisa e buscou entender as percepções dos idosos e idosas em relação ao exercício da sexualidade.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo Geral

Compreender as vivências sobre sexualidade de idosos e idosas com dependência.

### 2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Avaliar a invisibilidade que perpassa a sexualidade e as vivências dos idosos e idosas.

2.2.2. Interpretar, analisar e discutir a sexualidade dos idosos e idosas

2.2.3. Comparar vulnerabilidades e potências presentes na vida sexual dos idosos e idosas.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1. ASPECTOS DA VELHICE COM DEPENDÊNCIA

O envelhecimento populacional será um desafio para o Brasil, que vai envelhecer antes de se tornar socialmente equilibrado e diminuir a concentração de renda, ao contrário de outras nações que já passam por situação similar, como Alemanha e Japão. Ao mesmo tempo, essa revolução que está a caminho também apresenta grandes oportunidades para sociedade, desde que os esforços certos sejam conduzidos nesse sentido.

A maioria da população idosa (86,4%) hoje no Brasil está ativa, atuante e

contribuindo social, política e financeiramente para a manutenção de suas famílias e para o desenvolvimento do país. A maior parte reside com suas famílias, seis milhões moram sozinhos, e menos de 1% está internada em Instituições de Longa Permanência (ILPI) (Camarano, Pasinato, 2004).

Quantitativa e qualitativamente as famílias representam segurança para os idosos, sejam sadios ou dependentes, pois é nela que recebem apoio econômico, social e cuidado para os mais diferentes tipos de atividades. Mas a mesma família que protege, pode ser o ambiente violento que lhes tolhe autonomia, que os discrimina, que por dificuldades financeiras ou por conflitos internos, os fazem desejar ou tentar a morte, conforme se constatou em pesquisa sobre suicídio nessa faixa etária (Cavalcante *et al.*, 2012; Figueiredo *et al.*, 2012; Minayo *et al.*, 2012). Os depoimentos dos próprios idosos, quando definem sua situação de sofrimento, perda de autonomia e solidão motivam a compreender como essas pessoas tão vulneráveis estão sendo cuidadas, quem as cuida, e o que pode e deve ser feito em relação aos problemas encontrados. Se hoje, felizmente, o país tem a maioria da população idosa saudável, esse fato positivo não justifica o abandono ou a desresponsabilização política e social para com os mais pobres e vulneráveis.

O conceito de *dependência* está ligado à ideia de perda da capacidade funcional e da autonomia. Segundo Lima-Costa e colaboradores (2011), a perda de capacidade funcional é provavelmente a dimensão mais problemática da saúde dos idosos, porque, além do sofrimento pessoal e da intensificação da responsabilidade familiar, ela aumenta a demanda por serviços médicos, sociais e por custos correspondentes.

A perda da capacidade funcional ou a “dependência” por problemas decorrentes da idade é hoje uma questão importante para as políticas sociais na maioria dos países do mundo. Naqueles países em que o Estado de Bem Estar Social está mais consolidado estão sendo desenvolvidas variadas formas de apoio e cuidados, incluindo-se benefícios, políticas e serviços dos quais compartilham o Estado, as famílias, as Organizações Não Governamentais e as empresas (Lechner, Neal, 1999; Mendonça, 2015).

Karsh (2003) fala de várias formas de compartilhamento hoje existentes em países cujo envelhecimento populacional é um fenômeno mais antigo e lento, como redes de organizações definidas como *community care*, e cujo objetivo principal é

manter o idoso em sua casa oferecendo suportes para a família e o cuidador. Entre as diferentes modalidades de assistência ao cuidador, destaca-se o serviço de alternância entre um familiar e um profissional desses serviços, pago pelo Estado, para que o primeiro possa descansar e repor suas energias. Em alguns países existe um programa de "comida sobre rodas", que produz e distribui as refeições programadas para os doentes e incapacitados, poupando o cuidador da tarefa de cozinhar.

Infelizmente, aqui se fala de uma situação que ainda não entrou no calendário político e social do Brasil. Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços, programas e na amplitude da intervenção no caso daqueles que perdem sua autonomia funcional.

Observa-se que a maioria dos idosos dependentes, em casa, está sob os cuidados únicos e exclusivos de um determinado familiar, geralmente, uma mulher. O estudo de Karsch (2003) oferece um panorama dessa situação tomando como palco a cidade de São Paulo. Embora já tenha completado 15 anos, essa pesquisa é absolutamente atual: em 98% dos casos pesquisados, o cuidador é alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%), e 59% delas na faixa etária de 50 anos ou mais; 41% passam dos 60 anos. A maior parte das cuidadoras são esposas (44 %) e filhas (31 %). A cuidadora familiar torna-se responsável pela dinâmica de todos os cuidados pessoais. 68% das cuidadoras entrevistadas não tinham, à época, nenhum tipo de ajuda. Os dados dessa pesquisa mostram, também, que 39% das cuidadoras, entre 60 e 80 anos, eram responsáveis por 62 % de dependentes da mesma faixa etária. Ou seja, pessoas idosas estão cuidando de pessoas idosas. As condições físicas das cuidadoras levam a inferir que elas são doentes em potencial e sua capacidade funcional e emocional está constantemente em risco. Os dados sobre sua saúde, apresentados na pesquisa são elucidativos: 41% tinham dores lombares, 39 % passavam por depressão, 37 % sofriam de pressão alta, 37 % tinham artrite e reumatismo, 10 %, apresentavam problemas cardíacos, e 5 %, padeciam com diabetes. Corroborando com a análise de Karsh (2003), a situação dos idosos com incapacidade funcional e dependência social costuma ser naturalizada e deixada por conta das famílias, supondo-se que "elas se virem" ou destinem um de seus membros como cuidador, sacrificando todas as suas perspectivas de vida social.

Tão antigos como a dependência das pessoas mais velhas são os problemas crônicos da sociedade brasileira que até agora não percebeu o que significa o aumento exponencial do número de velhos no perfil demográfico do país. Hoje, cerca de 29% dos domicílios já têm alguma pessoa idosa. Portanto, a proposta deste estudo está de acordo com o que ressaltou o sociólogo Wright Mills (1999) ou a necessidade de tornar um tema aparentemente banal uma questão pública. Ou seja, trazer o problema e o desafio para o centro das preocupações sociais e políticas. Em resumo, a “dependência por idade” é hoje uma questão social muito grave. Por isso tem sido debatida em todas as nações em que a longevidade aumentou (Mendonça, 2015).

*“Esse fenômeno quantitativo coloca vários dilemas para todas as sociedades e seus governos, dentre eles, a necessidade de reconfiguração do ciclo de vida e dos respectivos papéis de cada etapa, hoje bastante estereotipados, e das políticas sociais que lhes dizem respeito. Embora mudanças sociais ocorram com muita lentidão, o fenômeno do aumento da expectativa de vida em todo o mundo e da presença indiscutível dos idosos nos mais diferentes espaços sociais repercute nas suas formas de interação com os outros grupos etários e nas expressões de suas necessidades” (Minayo e Souza, 2005, p. 142).*

### 3.2. SEXUALIDADE NA VELHICE

Uma das questões defendidas pela gerontologia brasileira nas últimas décadas, em clara consonância com a tendência verificada em âmbito internacional, é a de legitimar a inclusão da velhice no curso da vida sexual. Esse discurso inclui a sexualidade como um dos pilares do “envelhecimento ativo”, modelo de gestão do envelhecimento mais generalizado no mundo contemporâneo. Além de argumentarem sobre a possibilidade de se praticar o sexo até o fim da vida, gerontólogos e sexólogos descrevem-no como uma atividade benéfica para o envelhecimento bem-sucedido (Debert, 2012). A sexualidade é um elemento essencial para uma boa qualidade de vida na velhice, sendo de fundamental importância a compreensão da forma como os idosos a percebem e vivenciam (Vieira, 2016).

A velhice como um momento de declínio sexual inevitável e universal



representa um esquema interpretativo básico que marcou a história da reflexão sobre o envelhecimento, bem como, de acordo com Katz e Marshall (2003), moldou a expectativa de que os indivíduos deveriam se ajustar a esse imperativo, de modo a usufruir dos benefícios morais da maturidade pós sexual. A sabedoria do século XIX postulava que um estilo de vida prudente deveria procurar retardar esse declínio, mas aceitá-lo era parte do exercício moral de ajustamento aos efeitos do processo de envelhecimento.

O panorama atual configura-se de modo diferente: a inclusão da velhice no curso da vida sexual é o imperativo que marca a reflexão dos estudiosos sobre o tema, em consonância com as tendências teóricas vigentes no campo gerontológico nas últimas décadas (Debert, 2012). Contudo, há muitas lacunas quanto às ações de promoção da saúde de idosos a respeito da sexualidade (Cezar, 2012). A ausência do olhar direcionado para essa vivência tem ocasionado consequências físicas e psíquicas importantes aos idosos, havendo necessidade de diálogo aberto sobre a sexualidade com esse grupo etário. A muralha que envolve esse tema somente predispõe os indivíduos, inclusive os profissionais de saúde, a reforçarem os tabus existentes e a consumir a vulnerabilidade de idosos frente a problemas psíquicos e físicos (como o risco para doenças sexualmente transmissíveis) por ausência de informações e debate sobre a vivência da sexualidade enquanto prática importante do envelhecimento saudável (Frugoli, 2011).

No que diz respeito às discriminações identificadas contra os mais velhos, considera-se que é próprio das sociedades conservadoras reprimir a sexualidade. Tal repressão não é somente direcionada aos mais jovens, mas também é dirigida aos velhos. A ideia de um “mito da velhice assexuada” surge nas últimas três décadas como um consenso na literatura gerontológica, o que se verifica também na abordagem do tema realizada por especialistas profissionalmente fora do campo, como psicanalistas, demógrafos e cientistas sociais (Debert, 2012). Embora o processo de envelhecimento passe por mudanças físicas, bioquímicas e funcionais que podem exercer influência no sentido de reduzir a atividade sexual, muitos idosos continuam manifestando interesse sexual aos 70, 80 e mesmo 90 anos de idade (Gott, 2003). No entanto, esse interesse pode ser expresso de maneira ampliada, incluindo carinhos, toques e companheirismo (Bastos, 2012).

A expressão da sexualidade em idosos institucionalizados e/ou aqueles que

apresentam algum grau de dependência é um tema que foi revisado recentemente (Elias, Ryan, 2011). Esse estudo constatou que o interesse no sexo não diminui em idosos institucionalizados, mas que a instituição não oferece oportunidades e privacidade para o exercício de comportamento sexual. Os modelos de atenção à saúde tendem a ser médico-centrados, com foco na garantia de segurança e prestação de cuidados físicos, o que não propicia a expressão sexual dos residentes. Além disso, os desejos dos membros da família muitas vezes são mais considerados do que os dos próprios idosos. Outro ponto relevante, é que os idosos são tipicamente percebidos como heterossexuais, em uma sociedade onde a heterossexualidade é considerada obrigatória. Portanto, não surpreende que idosos gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros constituam uma população "invisível" na sociedade (Department of Health, 2007).

A educação em saúde vem a ser a estratégia que percebe o idoso como indivíduo livre para vivenciar sua sexualidade desprendida de mitos e preconceitos que se solidificaram socialmente. As ações educativas precisam envolver tanto idosos como não idosos, pois o envelhecimento é inerente ao ser humano e questões sobre a sexualidade devem ser discutidas no percurso de todas etapas da vida. A sexualidade permanece em construção ao longo da trajetória do ser humano e é papel do profissional de saúde como educador, inserir a educação em saúde e sexualidade em todos os espaços de atuação profissional (Alencar, 2014).

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo de abordagem qualitativa que estuda a situação dos idosos dependentes que vivem com suas famílias e cuidadores em oito municípios brasileiros com um enfoque na sexualidade desses idosos.

O método qualitativo de pesquisa busca conhecer as opiniões, crenças e representações das pessoas envolvidas com o tema estudado. Assim, considera-se que todo conhecimento sobre o ser humano e a sociedade é possível, embora seja sempre incompleto e provisório. Fazer ciência dentro da perspectiva qualitativa é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé esteja articulado. Desta maneira, o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto das perguntas depende dos instrumentos e

das estratégias utilizadas na coleta dos dados (Minayo, 2012).

O tema da pesquisa é ouvir e compreender vivências de idosos sobre a sexualidade. A vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. Toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. O senso comum – aquele conhecimento que um entrevistado comunica numa entrevista – pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida. Assim o conhecimento transmitido por uma pessoa sobre determinada questão não é uma verdade essencialista, mas a verdade considerada a partir da perspectiva do sujeito (Minayo, 2012).

#### 4.2. CENÁRIOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado em oito municípios brasileiros (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Teresina, Araranguá) com idosos dependentes, seus cuidadores familiares e profissionais, profissionais de saúde e gestores. Os sujeitos foram selecionados por conveniência ou indicados pelas secretarias municipais de saúde, pelos programas de atenção domiciliar "Melhor em Casa", centros de atenção psicossocial ou pelas unidades de Saúde da Família.

Em Porto Alegre, optou-se por selecionar pelo menos um idoso de cada gerência distrital de saúde da cidade (Centro, Leste/ Nordeste, Sul/ Centro Sul, Glória/ Cruzeiro/ Cristal, Norte/ Eixo Baltazar, Partenon/ Lomba do Pinheiro, Noroeste/ Humaitá/ Ilhas, Restinga/ Extremo Sul), atentando-se para a diversificação segundo gênero, classe social e raça/cor.

#### 4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram idosos com dependência entrevistados no domicílio, de ambos os sexos e com capacidade cognitiva preservada. Foram entrevistados 64 idosos, 27 cuidadores formais e 84 cuidadores familiares. Além disso, 14 profissionais de saúde (2 em cada município) e 7 gestores (1 em cada município). Neste recorte serão trabalhadas mais profundamente as percepções

sobre a sexualidade expressas pelos idosos e idosas entrevistados.

#### 4.4. FONTES DE INFORMAÇÃO E GERAÇÃO DE DADOS

A geração de dados foi realizada por meio de gravação e posterior transcrição das entrevistas realizadas. O material então foi organizado segundo um roteiro de organização e sistematização dos dados. Uma vez padronizada a organização de dados, foi realizada uma síntese transversal das entrevistas observando-se os pontos mais relevantes.

Em relação às questões, perguntou-se ao idoso e ao familiar cuidador: a história de vida do familiar idoso; os principais problemas que ele está vivenciando; como ocorreu sua vulnerabilidade social ou funcional; o relacionamento dele com os outros familiares; as dificuldades que a família vem enfrentando; os apoios encontrados; o que significa para a família ter uma pessoa dependente em termos econômicos e sociais; as demandas do cuidador familiar aos serviços sociais, de saúde e de direitos; a presença de violência nas situações de dependência ou sofridas pelo cuidador na relação com o idoso e com a família; e sugestões dos cuidadores para melhorar o conforto e o tratamento dos e das idosas.

Perguntou-se ainda ao idoso: como ele está se sentindo; o que pensa de sua condição de dependência; abrindo-se a possibilidade para ele falar sobre sua sexualidade atual ou passada.

#### 4.5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O verbo principal e central para qualquer análise qualitativa – como a realizada na escuta dos idosos é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que todos os seres humanos têm condições de exercitar o entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade e a história biográfica do indivíduo que se está entrevistando. Mas também é preciso saber que as experiências e vivências de uma pessoa ocorrem numa família, numa comunidade e numa sociedade. Portanto qualquer pessoa faz parte da história coletiva e para entendê-la é preciso entender essas ramificações de suas vivências que contextualizam e qualificam sua biografia. É preciso sempre lembrar também que toda compreensão é parcial e inacabada. E não é apenas a pessoa entrevistada que tem um entendimento incompleto de sua

vida e de seu mundo. Também, o pesquisador é limitado no que compreende e interpreta, uma vez que, como um ser humano, ele não dispõe de todos os elementos suficientes para chegar à uma verdade clara e pura sobre as coisas e os fenômenos (Minayo, 2012).

Além de buscar compreender, outro ponto importante é o entendimento, por parte do pesquisador, de que a realidade é contraditória e, portanto, qualquer pessoa – tanto o entrevistado como ele próprio – é marcado por contradições que se expressam na linguagem, nas atitudes e nas ações (Minayo, 2012).

Outro aspecto importante da pesquisa qualitativa é a interpretação, ou seja, a compreensão daquilo que o outro diz ou faz guarda uma possibilidade de apropriação pessoal dessa escuta do outro. A interpretação se articula à compreensão, embora a compreensão anteceda a interpretação, pois interpretar consiste em elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido do discurso ou das ações do outro (Minayo, 2012).

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

A ética da pesquisa deste trabalho considera os seguintes planos de ação: o consentimento informado elaborado com termos e linguagem adequadas para os sujeitos estudados; negociação e planejamento da entrada em campo (a casa dos idosos) com os familiares e responsáveis; retorno dos dados aos serviços através de seminários de devolução das informações.

Essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer 1.326.631/ Plataforma Brasil).

#### 5. RELATÓRIO DE CAMPO

A contribuição desta dissertação se deu principalmente por meio dos contatos estabelecidos com os idosos e idosas no trabalho de campo. Os entrevistados foram indicados e referenciados por serviços de atenção primária de toda a cidade. O território assistencial de Porto Alegre é dividido em oito gerências distritais de saúde e foi através da indicação de serviços de referência destas gerências que os idosos foram referenciados ao autor desta dissertação. Portanto, salienta-se a participação ativa na seleção e na inter-relação com os e as entrevistados(as).

Todas as entrevistas com os idosos foram realizadas por este pesquisador, e aconteceram na casa dos idosos e dos profissionais, exceto a conversa com o gestor, cuja entrevista foi realizada em seu local de atuação. A realização da entrevista na casa do entrevistado foi fundamental nesta pesquisa, visto que o sujeito estava em um cenário de seu controle e confiança. Isso possibilitou a criação de vínculo e tornou a própria entrevista um momento mais informal, em que a conversa correu solta, tornando-se verdadeiramente um diálogo. Além disso, a própria entrevista pode ser considerada um momento terapêutico para o entrevistado, um espaço de escuta, atenção e acolhimento. Na maioria das entrevistas, essa impressão era nítida na receptividade dos entrevistados, na posterior escuta da gravação, em que se percebia a fluidez das conversas, o tom amigável das vozes e o desejo de narrar a sua vida, os seus males e provações.

Após a gravação das entrevistas, elas foram transcritas por dois bolsistas de pesquisa voluntários - vinculados ao grupo de pesquisa criado para produzir os dados do estudo. Com as entrevistas transcritas, foram realizados encontros periódicos, nos quais todos os envolvidos na pesquisa da cidade de Porto Alegre estavam presentes. Nestes encontros era feita a escuta e leitura das entrevistas. Impressões empíricas do ambiente e da casa do entrevistado também eram apontadas e discutidas. Em um segundo momento, procedia-se a análise do conteúdo, identificação dos temas e categorização dos mesmos.

Outro momento de suma importância foi o encontro realizado na Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro no final de 2019. Neste encontro todos os participantes do projeto *Estudo Situacional dos Idosos Dependentes que residem com suas Famílias visando a subsidiar uma Política de Atenção e de Apoio aos Cuidadores* dos oito municípios brasileiros se fizeram presentes. Foi uma oportunidade de compartilhar e dialogar sobre os achados e especificidades de cada centro que participou da pesquisa. Ao final do encontro, foi feita a escolha dos temas a serem trabalhados e indicação dos responsáveis por cada um dos enfoques, identificando as potencialidades encontradas nas entrevistas e dados coletados.

Após este encontro, todas as entrevistas realizadas nas oito cidades, as suas transcrições, dados e análises foram disponibilizadas a todos os participantes do projeto. Com isto, o presente autor participou ativamente na elaboração de três artigos aprovados para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva: (1) O

Silêncio da Sexualidade em Idosos Dependentes; (2) Atenção Primária em Saúde no Cuidado ao Idoso Dependente e ao seu Cuidador; e, (3) Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. Em cada artigo está descrito a sua metodologia e particularidades próprias. O foco principal desta dissertação é o recorte da sexualidade em idosos dependentes. Portanto, a ênfase textual será neste tema.

Outro produto foi um capítulo no Sumário Executivo Sobre um Estudo Situacional a Respeito de Idosos Dependentes e de seus Cuidadores Familiares: Vivência da Sexualidade no Envelhecimento.

## 6. A PESQUISA E A PRÁXIS

Desde a minha graduação como médico tenho atuado no Sistema Único de Saúde (SUS) com maior ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Concluí a residência em medicina de família e comunidade e realizei a minha pesquisa de conclusão da residência sobre cuidadores do gênero masculino. Após o término da residência, trabalhei em um serviço de atenção domiciliar denominado "Melhor Em Casa", programa do Ministério da Saúde para atender pacientes domiciliados, dentre eles, alguns idosos vulneráveis. Portanto, tive a oportunidade de associar pesquisa e prática neste trabalho.

Neste contexto, o apontamento que a literatura faz sobre o envelhecimento populacional e a necessidade de um olhar mais atento para esta situação é muito relevante. Capacitar os profissionais para uma abordagem e assistência adequadas e centradas no idoso dependente é fundamental.

Da mesma forma, entendo a importância de pesquisar o tema da sexualidade dos idosos para melhorar a saúde e qualidade de vida dos mesmos. Há poucos trabalhos nesta área, tornando necessário análises e estudos mais aprofundados sobre o tema. É essencial desmistificar o preconceito em relação ao idoso como um "ser assexuado", inclusive o preconceito dos profissionais de saúde, estimulando-os a conversar abertamente sobre este assunto. Nesse sentido, considero relevante e necessário o tema de pesquisa desenvolvido neste trabalho, a sexualidade de idosos dependentes.

## 7. ARTIGO APROVADO

## 7.1. O Silêncio da Sexualidade em Idosos Dependentes

Ciência & Saúde Coletiva

versão impressa ISSN 1413-8123 versão On-line ISSN 1678-4561

Ciênc. saúde coletiva vol.26 no.1 Rio de Janeiro jan. 2021 Epub 25-Jan-2021

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30772020>

### **Título:**

O Silêncio da Sexualidade em Idosos Dependentes

The Silenced Sexuality in Elderly who need Care

### **Autores:**

Konrad Gutterres Soares

Stela Nazareth Meneghel

**Resumo** - A sexualidade é um tema silenciado em relação à população idosa que é socialmente percebida como assexuada. Este artigo de abordagem qualitativa faz parte de uma pesquisa sobre idosos dependentes cujo objetivo foi analisar suas vivências em relação à sexualidade. O tema foi obtido a partir de entrevistas com 26 deles, que falaram sobre o sexo em suas vidas. A análise de conteúdo temática identificou duas categorias principais nas falas: diferenças de gênero no trato da sexualidade e dificuldade de falar sobre sexo. Observaram-se diferenças na percepção e valorização da sexualidade, segundo gênero. Homens idosos conferem importância para a potência sexual, e mulheres idosas consideram natural a cessação da vida sexual na velhice. Os idosos do sexo masculino enunciam um conceito de sexualidade pautado na satisfação biológica e no ato sexual, enquanto as mulheres valorizam mais a parceria, o afeto e o carinho. Constatou-se silêncio dos pesquisadores quanto ao tema, embora ele tenha sido colocado no manual de pesquisa para orientar a entrevista com a pessoa idosa. No entanto, embora apenas 26 tenham mencionado o assunto, foi possível constatar que a sexualidade do idoso é modulada pela percepção de gênero e é um tema pouco estudado e de difícil abordagem em cenários de pesquisa



e de atenção à saúde.

Palavras-chave: Idosos dependentes, Sexualidade, Gênero, Abordagem qualitativa.

**Abstract** - Sexuality is a silent theme in relation to the elderly population who are socially perceived as asexual. This qualitative approach article is part of a research on dependent elderly people whose objective was to analyze their experiences about sexuality. The topic was taken from interviews with 26 of them, who talked about sex in their lives. Thematic content analysis identified two main categories in the statements: gender differences in the treatment of sexuality and difficulty in talking about sex. Differences were observed in the perception and valuation of sexuality, according to gender, so elderly men give importance to sexual potency, and elderly women consider the cessation of sexual life in old age to be natural. Elderly men enunciate a concept of sexuality based on biological satisfaction and sexual act, while women value partnership, affection and fondness. Researchers were silent on the topic, although it was included in the research manual to guide the interview with the elderly. However, although only 26 mentioned the subject, it was found that the sexuality of the elderly is modulated by gender perception, it is a poorly studied theme and difficult to approach in research and healthcare settings.

Keyword: Dependent elderly, Sexuality, Gender, Qualitative research

## **Introdução**

O declínio sexual como algo inevitável marca a reflexão sobre o envelhecimento como um preconceito, dentro do pressuposto de que os indivíduos deveriam se ajustar a esse imperativo, de modo a usufruir os benefícios morais da maturidade pós-sexual. No século XIX acreditava-se que um estilo de vida prudente retardaria esse declínio, mas aceitá-lo era parte do exercício moral de ajustamento aos efeitos do processo vital (Karsch, 2003)

Nos cenários atuais, porém, a busca pela manutenção da atividade sexual na velhice já é um consenso (Debert, 2012, Cezar, 2012), porém mantêm-se no senso comum, inclusive de pesquisadores e profissionais de

saúde, preconceitos e silêncios sobre esse assunto tabus, aumentando a vulnerabilidade dos idosos para problemas psicológicos e físicos, como doenças sexualmente transmissíveis e disfunção erétil (Frugoli, 2011).

No processo de envelhecimento, mudanças significativas ocorrem com o corpo, incluindo a perda do desejo ou da potência sexual (Debert, 2012), porém a maneira como a sexualidade é percebida e o significado que o envelhecimento assume são específicos de cada formação social e de cada momento histórico (Silva, 2009; Almeida, 2007).

A sexualidade pode ser definida, de maneira ampla, como a construção social dos usos do corpo e em particular, mas não exclusivamente, dos órgãos genitais buscando obter prazer físico e mental. Compreende também a ordenação destas atividades, o que determina um conjunto de regras e normas que indicam, socialmente, as pessoas com as quais tais atividades podem ou não e devem ou não ser praticadas (Lhomond, 2009). Segundo a OMS (2015), a sexualidade é um componente central do ser humano, manifesta-se ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela é experimentada e se expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Fenômeno social complexo, a sexualidade é parte integrante da personalidade e seu desenvolvimento se completa enquanto necessidade humana básica como o desejo de contato, de intimidade, de expressão emocional, de prazer, de amor e de carinho (Moraes, 2011).

As concepções de gênero presentes na sociedade funcionam como normas e padrões que as pessoas devem seguir, incluído a atividade sexual. Nas sociedades patriarcais, as relações entre os sexos, marcadas pela dominação masculina (Scott, 1995), determinam o que é considerado normal e interpretado como natural. Os padrões culturais em forma de estereótipos indicam que os homens, para demonstrar sua virilidade, precisam assegurar o direito à violência e à dominação das mulheres, bem como, afirmar sua potência sexual por meio do exercício de uma sexualidade erétil e penetrante (Molinier, 2009). Inseridos neste modelo, os homens idosos acreditam que

devem ou precisam continuar exercendo a sexualidade enquanto prática do ato sexual e aqueles que, por alguma limitação não conseguem fazê-lo, sentem-se diminuídos e são acometidos de frustração e tristeza, o que pode acelerar o processo de envelhecimento e repercutir negativamente na saúde física e mental (Uchoa, 2016).

As mulheres, por sua vez, são socializadas para satisfazer o desejo masculino, secundarizando os seus próprios, e podem desta maneira minimizar a importância do sexo e do prazer sexual. Atributos, como paciência, empatia, compaixão, são colocados como naturais e, desta maneira elas ficam responsáveis socialmente pelo trabalho reprodutivo e de cuidado, atividades que operam no sentido de manter a hierarquia entre os sexos (Molinier, 2009).

O culto ao corpo jovem, idealizado pela sociedade atual, perpetua a convicção de que a sexualidade está ligada à juventude e à beleza (Goldenberg, 2012), o que redundando em preconceito em relação à sexualidade na velhice (Linhares, 2008), deserotizando o corpo e tratando-o como incapaz de produzir desejo (Coelho, 2010). Nesse sentido, as mulheres enfrentam maior desvantagem no campo simbólico, pois a construção social de suas identidades está fortemente associada à imagem corporal (Silva, 2009). Permanece na sociedade atual um preconceito que considera os idosos assexuados, o qual, aliado às dificuldades de falar sobre sexo, produz desconforto e constrangimento nas relações sociais e um silenciamento sobre este tema também entre pacientes e profissionais de saúde (Gewirtz-Meydan, 2018). No campo da atenção à saúde, a temática da sexualidade do idoso tem sido negligenciada e a possibilidade de um idoso ser infectado pelo HIV, até pouco tempo, por exemplo, era considerada remota. Entretanto, dados nacionais referem que a taxa de HIV em idosos já supera a de adolescentes (Santos, 2011) e dentre as explicações para essas taxas elevadas estão o aumento das práticas sexuais na velhice (Silva, 2012).

Apesar de sua importância, a sexualidade do idoso é uma temática carente de pesquisas e a maioria dos estudos se detém nos aspectos fisiológicos negativos, como as disfunções sexuais (Vieira, 2015). Se

internacionalmente são poucas as pesquisas, no Brasil elas são ainda mais escassas (Moreira, 2005), embora se tenha enfatizado, na pesquisa da qual este estudo faz parte, a necessidade de incluir esta questão (Ministério da Saúde, 2006).

O objetivo deste artigo é analisar as vivências da sexualidade entre idosos e idosas com dependência, segundo o ponto de vista deles na pesquisa Estudo Situacional dos Idosos Dependentes que residem com suas Famílias visando a subsidiar uma Política de Atenção e de Apoio aos Cuidadores (Minayo, 2019).

## **Método**

Neste artigo, o objetivo foi identificar as vivências relatadas por idosos dependentes sobre sua sexualidade após o estado de dependência ou durante a vida. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, que incluíam uma conversa sobre sua sexualidade, dentre outros aspectos da vida no dia-a-dia. A questão era assim introduzida: “Conte, como é ou era o sexo para você”. Essa questão fez parte de um estudo qualitativo com idosos residentes em oito municípios brasileiros, visando a conhecer suas opiniões, crenças e representações a respeito do seu estado de dependência (Minayo, 2019).

Apenas 26 dos 64 idosos entrevistados falaram algo sobre sexualidade. Portanto, o estudo se concentra nas expressões desse pequeno grupo: moradores das cidades de Araranguá (3), Brasília (10), Manaus (3) e Porto Alegre (10). Para compreender o que os idosos disseram sobre o sexo em suas vidas, utilizou-se a análise temática (Minayo, 2019; Bardin, 1977) que considera as estruturas de relevância expressas nas falas, nas informações prestadas, nos argumentos e nas justificativas sobre o assunto. Para melhor entender os cenários de vida destes idosos e as possibilidades de expressão da sexualidade foram produzidos pequenos relatos contextualizando a situação da doença e da dependência. Observou-se que o conteúdo da fala e a ênfase na enunciação variaram de acordo com o sexo dos entrevistados, indicando que a construção social de gênero – masculinidades e feminilidades - modula os comportamentos de homens e mulheres idosos em

relação ao desempenho e às expectativas referentes à vida sexual. Considerou-se então que o gênero constitui uma categoria chave para a análise ou “gênero e sexualidade na vida de idosos e de idosas com dependência”. A constatação de que o assunto não tenha sido tratado por boa parte dos pesquisadores que conduziram a conversa com os idosos representa em si, um indicador da dificuldade que sentem em falar sobre sexualidade. Esse fato gerou uma indagação sobre os motivos dessa dificuldade, o que acabou por dar origem a uma segunda categoria de análise explorada neste artigo, denominada “dificuldades de falar sobre sexo com idosos com dependência”. Essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer 1.326.631/ Plataforma Brasil).

### **Gênero e sexualidade na vida de idosos e de idosas com dependência**

Neste artigo trabalhou-se com uma amostra de 12 homens e 14 mulheres idosos com dependência. Desses, 17 se consideraram brancos, oito pardos ou pretos e um não informou sobre cor. Sete deles havia cursado mais de 11 anos de estudo e mais da metade professava a religião católica. A maioria, 16 idosos, vivia com companheiro (a) e relatou manter atividades de convívio social. Nas entrevistas realizadas com os idosos do sexo masculino, observou-se que eles expressam uma valorização do sexo e da sexualidade relacionada aos aspectos biológicos, portanto, à capacidade de realizar o ato sexual e à presença ou não de penetração. Para eles, sexo significa relação sexual, relação sexual significa penetração vaginal e penetração vaginal requer ereção peniana. O impasse vivido por alguns deles em situações em que há desejo sexual, ao mesmo tempo em que ocorre perda da função sexual, provoca sentimentos de angústia, decepção, frustração e medo de fracassar; e em alguns, gera tristeza, sofrimento e depressão. Esse quadro ratifica a percepção de que a disfunção erétil atinge profundamente o coração da masculinidade, fazendo que os homens sintam que perderam a vitalidade, aquilo que os faz homens (Gewirtz-Meydan, 2018).

*Não sei se a mulher tem essa dificuldade, o homem, como machista, é pior ainda e já vai para quatro anos disso. É cruel guri! É cruel, é a pior parte de todas (Idoso, 65 anos, Porto Alegre).*

Essa fala foi enunciada por um homem relativamente jovem, que possui uma doença neurológica degenerativa. Antes da doença, era o provedor da família, centrava sua vida no trabalho e nos ganhos financeiros. No início da entrevista, ele dizia que o que mais o afetava era não poder trabalhar. Porém, quando perguntado sobre o exercício da sexualidade, afirmou que não se tratava do trabalho, o sexo era o que mais importava na sua vida, colocando a perda da potência sexual como a pior consequência da doença. A disfunção sexual desse idoso e a perda do trabalho o levaram a se sentir inútil e deprimido, um inválido. Na concepção cultural reducionista da vivência da sexualidade somente por meio do coito, alguns idosos sentem-se diminuídos, pois o ato sexual é afetado por alterações corporais inexoráveis provenientes da idade, tais como, disfunção erétil e alterações hormonais (Queiroz, 2015).

*A vida da gente terminou. Terminou-se! (Idoso, 72 anos, Araranguá).*

*Acabou tudo. Eu vivia com a minha mulher muito bem, mas vai chegando a velhice... (Idoso, 88 anos, Manaus).*

Os depoimentos destes dois idosos, moradores respectivamente do sul e norte do país, trazem a declaração enfática do término da vida sexual, mostrando sentimentos de perda e irreversibilidade. O primeiro deles sofreu um acidente vascular e possui pouca autonomia. A enfermidade lhe trouxe a disfunção erétil, além de perdas funcionais que interferiram em seus planos de futuro. O segundo possui um histórico de várias morbidades. Relata que ele e a companheira não praticam mais sexo e, inclusive, dormem em camas separadas. Associa o distanciamento na relação com a esposa com a perda da potência sexual. Sente-se triste, isolado e, como a maioria dos idosos entrevistados, inválido. Ambos consideram a sexualidade como sinônimo de ato sexual e não cogitam outras formas de expressão, quer seja verbal ou por

meio de carinhos, toques e outras manifestações de desejo e afeto. De certa maneira, os depoimentos corroboram o fato de que a presença de enfermidade está relacionada com a ausência ou diminuição da prática sexual, principalmente quando a doença ocorre no homem e afeta a potência masculina (Alencar, 2014).

Com o estereótipo da assexualidade dos idosos, pode-se dizer que a sociedade contribui para que o idoso tenha a percepção de menos valia, porque as pessoas de mais idade sempre foram imaginadas como aquelas que estão se despedindo da vida. Deduz-se então que, por ter se aposentado do trabalho, o idoso se aposentou da vida, inclusive a sexual.

*Agora está normal! Agora eu até nem lembro mais, mas é brabo. No início, foi brabo, mas agora está normalizado. Eu já aceito tudo mais (Idoso, 75 anos, Porto Alegre).*

*Bah, agora até já aceitei um pouco, mas, no início, era preocupante. Eu ficava atacado. Era uma barbaridade (Idoso, 65 anos, Porto Alegre).*

Alguns idosos demonstram aceitação das perdas funcionais, como apontam as falas que se referem “à normalidade” de não haver mais sexo na relação conjugal. Esses dois idosos possuem histórico de doenças crônicas e ambos não partilham a cama com suas esposas. Um deles permanece a maior parte do tempo sentado numa poltrona da sala, onde costuma dormir. Ambos relataram que há muitos anos não mantêm relações sexuais. Frente à visão reducionista da sexualidade como a prática do ato sexual, o afastamento físico, no caso dormir em camas separadas ou em outro aposento, parece ter sido um arranjo para viverem o luto do término da vida sexual.

*Poxa, coisa boa (risada)! Coisa boa que Deus deu para a gente! Eu digo assim, se não tivesse a gulosidade e o prazer não teria o mundo, não é? Não teria o mundo porque a gulosidade e o prazer são o que deixam o mundo em pé! Mas vamos levando. Fazer o quê? (Idoso, 82 anos, Porto Alegre).*

Este homem de 82 anos parece lidar com a questão de maneira mais aberta e, apesar das limitações que a idade trouxe, ainda se mantém sexualmente ativo. Relata uma internação hospitalar recente, complicações e perda de autonomia, mas com ganho progressivo de funcionalidades. Frequenta bailes da terceira idade, possui uma boa relação com a esposa, dormem na mesma cama, mantêm relações sexuais. Mostra que está envelhecendo de maneira saudável, mesmo com dependência, mantendo tanto a vida sexual quanto o bom humor. Esse e outros idosos, ao contrário da maioria, mostram que a sexualidade continua na velhice, vivida e usufruída por toda a vida (Frugoli, 2011). Embora o processo de envelhecimento passe por mudanças físicas, bioquímicas e funcionais que interferem na atividade sexual, eles mantêm interesse sexual aos 70, 80 e mesmo 90 anos de idade (Gott, 2003), interesse manifesto por meio de carinhos, toques e companheirismo (Bastos, 2012).

As idosas expressaram uma visão distinta da sexualidade, embora da mesma maneira que os homens, marcada pela cultura e pelas convenções sociais. Essas mulheres foram educadas meio século atrás, em um momento em que os padrões de gênero eram mais rígidos, ditando o que seria próprio ou impróprio para cada um dos sexos. As condutas em relação à sexualidade estavam impregnadas de normas, preconceitos e moralismos, e era mais comum a submissão e a subordinação ao marido (Oliveira, 2018). Nas entrevistas, observam-se os diversos sentidos atribuídos pelas idosas que falaram sobre a sexualidade, ressaltando histórias de vidas marcadas pela repressão de desejos e afetos (Botacci, 2011).

*Foi normal, porque eu não fiz mais com ninguém e eu não sinto falta!(Idosa, 78 anos, Porto Alegre).*

*Eu não estou sentindo vontade. Não me importo de não sentir, porque não tenho companheiro (Idosa, 72 anos, Porto Alegre).*

*É importante, mas não sei se ele foi tão importante na minha vida, porque depois dele não senti mais falta (Idosa, 74 anos, Porto Alegre).*



Os trechos selecionados foram enunciados por idosas viúvas, que após a perda do companheiro não se permitiram outras experiências e afirmam que a sexualidade nunca foi algo relevante em suas vidas e que não sentem falta de sexo. Mesmo as que assumem ainda sentirem desejo sexual não se permitem outras relações. Consideram que por não possuírem marido, isso não seria adequado. A socialização de gênero em sociedades conservadoras supõe que mulher que não tem homem não pode ou não deve fazer sexo e muito menos ter prazer. No caso das idosas, as transformações corporais e a mensagem de uma cultura que valoriza a juventude e invisibiliza o velho, sustentam a impossibilidade de serem vistas como atraentes e desejáveis (Oliveira, 2018). Os aspectos socioculturais reforçam os padrões de gênero, pois o que se espera da mulher é submissão, dependência e cuidado com o outro. É o que se observa nos depoimentos em que elas incorporam condutas que incluem a abdicação da sexualidade junto com a abdicação de si mesmas (Souza, 2015).

*Quando a gente fica velho, a gente perde tudo! (Idosa, 79 anos, Manaus).*

*O problema é ficar sem nada, sabe? Ficar assim inútil. Eu me considero uma pessoa inútil, sem utilidade nenhuma. Fico aqui parada "sem eira e sem beira" (sem perspectiva) (Idosa, 67 anos, Porto Alegre).*

As perdas funcionais e alterações que o tempo impõe aos corpos ceifam a potência do masculino e, de modo diverso, mas tão duro quanto, significam perdas à potência do feminino. A declaração da moradora de Manaus de 79 anos e portadora de hanseníase, diz das perdas devidas à idade, mas também das alterações estéticas graves produzidas pela patologia. A imagem corporal tem significado e importância na prática do sexo, principalmente para as mulheres, de modo que a insatisfação com a aparência deixa muitas delas inseguras, levando-as a negar ou a bloquear a possibilidade de encetar relações afetivas. De tal modo que a não aceitação de si significa por decorrência, recusa ao sexo (Alencar, 2014; Alencar, 2016).

*O importante é tu ter uma pessoa para conversar, nem que seja pra brigar! Isso é importante! Sentar, conversar, para mim isso é que é importante (Idosa, 63 anos, Porto Alegre).*

*Fiquei quinze anos sem dormir com ele, mas nós éramos os melhores amigos que tínhamos (Idosa, 76 anos, Araranguá).*

*Eu sinto falta da companhia dele! De outro de jeito, não! (Idosa, 83 anos, Manaus).*

A sexualidade é comumente considerada uma função fisiológica, minimizando os aspectos emocionais e subjetivos, os sentimentos e os afetos, o companheirismo e a ternura entre os pares (Bastos, 2012). Porém, algumas das mulheres acenaram com essa dimensão mais ampla, focando vivências que não incluem aspectos físicos apenas, e trazem à tona uma visão da interação sexual como um processo complexo em que amizade, empatia, capacidade de comunicação e mesmo espiritualidade fazem parte (Vieira, 2015).

*Eu tinha sexualidade para dar e vender! Há pouco tempo, fui fazer exame ginecológico e enfermeira me perguntou sobre sexo. Eu disse: sou velha, mas eu namoro igual a todo mundo! (Idosa, 84 anos, Araranguá).*

Essa mulher de 84 anos e cadeirante, oriunda de família conservadora e que havia sido casada com um homem também cadeirante, após ficar viúva redescobriu sua sexualidade. O depoimento mostra uma abertura em relação às sempre presentes possibilidades de refazer e recriar as relações amorosas, reiterando o fato de que a sexualidade permeia todas as fases do ciclo vital humano, do nascimento à morte (Almeida, 2007).

Enfim, em relação ao gênero, os idosos do sexo masculino manifestaram uma percepção de sexualidade ligada ao biológico e à realização do ato sexual, mostrando intenso sofrimento frente às limitações fisiológicas com que se defrontam por causa do adoecimento. As mulheres, por sua vez, afirmam não sentir necessidade de sexo, treinadas que foram

para controlar ou esconder seus próprios desejos. Mas há idosos que desfrutam de relações prazenteiras mesmo em idade avançada e, idosas que percebem o exercício da sexualidade além do biológico, incluindo afeto, ternura e companheirismo. Masculinidades e feminilidades saudáveis significam a capacidade de habitar e amar o próprio corpo, desfrutar dele nas relações eróticas e aceitar perdas e limitações (Molinier, 2009). As situações de envelhecimento e doença, em que a obrigatoriedade masculina de demonstrar potência e virilidade a qualquer custo e conformismo feminino de encerrar a vida sexual sem divisar possibilidades de ultrapassar as perdas, podem se tornar dolorosas e insuportáveis. Neste estudo, fica clara a variabilidade modulada pelo gênero (Jen, 2016) nas percepções e vivências relatadas pelos entrevistados ao falarem sobre o sexo em suas vidas, deixando evidente o quanto os matizes de gênero moldam comportamentos e expectativas distintas em relação ao exercício da sexualidade na velhice.

### **Dificuldades de falar sobre sexo com idosos com dependência**

Questões sobre a sexualidade do idoso dependente, que faziam parte do roteiro da pesquisa, não foram investigadas e questionadas em mais da metade das entrevistas. Os entrevistadores, todos profissionais de saúde ou estudantes do campo, apresentaram dois tipos de justificativa por não terem formulado a questão: *"o idoso não demonstrou interesse no assunto"* ou *"o entrevistador sentiu-se desconfortável em perguntar"*.

Ao afirmarem o desconforto para conversar sobre sexualidade, pode-se pensar na dificuldade do pesquisador como uma projeção cultural do preconceito de que esse assunto não seja algo adequado ao idoso. Na realidade, as pesquisas (Bauer, 2016) sugerem que tanto na área acadêmica quanto na atenção à saúde, os profissionais têm pouco conhecimento sobre a sexualidade no envelhecimento e não conseguem lidar adequadamente com o tema. Em consequência, demonstram atitudes negativas ou evitam falar no assunto.

No caso dos profissionais de saúde, há pelo menos dois problemas na abordagem da temática. Por um lado, sentem-se inibidos em fazer perguntas de cunho sexual, considerando-as como falta de respeito. De outro, é comum

o idoso ficar envergonhado e não ter coragem de fazer perguntas sobre o assunto, porque teme ser mal interpretado. Por causa do desconhecimento, do tabu e da pressão cultural, muitos experimentam sentimentos de culpa e de vergonha por sentirem desejo sexual (Vieira, 2012). Essas podem ser as mesmas razões que afetaram os pesquisadores, em sua maioria, pertencentes ao campo da saúde.

As barreiras que desencorajam a discussão sobre sexualidade com pessoas mais velhas são múltiplas: falta de confiança e de experiência, pouco conhecimento, vergonha e preconceitos em relação ao tema (Heath, 2019). De acordo com Pascual (2002) existe, em nossa sociedade, um conceito de velhice negativo, especialmente no âmbito sexual, desta maneira não se fala sobre o assunto, os idosos são considerados assexuados, e os familiares colocam obstáculos para impedir que eles continuem sendo sexualmente ativos. Profissionais de saúde e pesquisadores de campo são membros das sociedades onde estão inseridos, desta maneira podem compartilhar com entrevistados e com a população, pontos de vista moralistas ou conservadores e manifestar opiniões que refletem apenas noções do senso comum (Meneghel, 2019).

Na pesquisa sobre idosos dependentes, o elevado número de idosos para quem a pergunta sobre sexualidade não foi formulada, demonstra constrangimento do entrevistador ou da entrevistadora. O silêncio sinaliza mal estar frente a esse tema delicado, particularmente frente ao idoso em estado de limitação e dependência.

O silêncio pode também chamar atenção para a necessidade de falar sobre um assunto interdito com o maior número possível de atores: idosos, familiares, cuidadores, profissionais da saúde, pesquisadores e gestores, contribuindo para desmistificar preconceitos e acenar para a ideia de que não há idade limite para encerrar a atividade sexual.

### **Considerações finais**

O envelhecimento ativo preconiza a possibilidade de se praticar sexo até o fim da vida (Debert, 2012; Vieira, 2015), nesse sentido, a inclusão dessa questão em uma pesquisa sobre idosos com dependências constituiu

uma oportunidade de saber, no limite, como os idosos e idosas vivenciam as dificuldades nesta área.

Uma das limitações deste artigo é trabalhar com uma amostra relativamente pequena de participantes que falaram sobre o tema. No entanto, o que se ouviu demonstra o quanto a questão sexual é relevante, seja pelos tabus que carrega seja pela repressão que implica em sofrimentos para algumas pessoas idosas, que continuam a ter desejos e querem se relacionar.

Nesse sentido, a pesquisa contribuiu para a desconstrução da noção de que os idosos são assexuados (Fileborn, 2017), entendendo que exercício da sexualidade faz parte desta etapa da vida (Gewirtz-Meydan, 2020; Evangelista, 2019).

Acredita-se que conversar abertamente sobre sexo com idosos, inclusive com os que apresentam dependência e, portanto possuem limitações para o seu exercício, contribui para romper os preconceitos e tabus que cercam esse assunto.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo elaborado possui muitas potencialidades e gerou produtos importantes que somente um estudo multicêntrico desta magnitude pode proporcionar. O engajamento e participação de oito grupos de pesquisa e dezenas de pesquisadores e pesquisadoras em oito municípios brasileiros (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Manaus, Brasília, Teresina, Araranguá) constituiu cenário e transcurso decisivos para os resultados encontrados neste estudo. A realização de estudos desta magnitude são fundamentais para produzir conhecimento, mobilizar os serviços de saúde, gerar protocolos e motivar a implementação de políticas públicas. Além disso, o fato das cidades participantes representarem diversas regiões do Brasil agrega diversidade e pluralidade ao projeto.

Em Porto Alegre, optou-se pela seleção da amostra em todas as regiões da cidade, o que também constituiu um fator positivo, visto que Porto Alegre possui características demográficas muito distintas entre cada gerência distrital. Como exemplo, citamos a gerência distrital Centro, que representa uma região urbanizada

com alta densidade populacional, fácil acesso a recursos de saúde e o maior percentual de idosos da cidade. Em contraposição a gerência distrital Restinga situada no extremo sul, possui uma alta vulnerabilidade social, baixa densidade populacional, zona rural e difícil acesso a recursos de saúde.

O enfoque deste recorte do estudo na sexualidade dos idosos com dependência permitiu atingir o objetivo de buscar compreender as vivências sobre sexualidade de idosos e idosas com dependência. Percebeu-se a existência de uma diferença modulada pelo gênero no entendimento da sexualidade, expressa na relevância desta atividade conferida pelos homens e mulheres e no impacto gerado por eventuais problemas na vida sexual.

Os homens ouvidos relataram sentimentos negativos frente à perda da capacidade de realizar o ato sexual, ocasionando sentimentos de tristeza, menos valia e/ou impotência. Poucos foram os casos de idosos que relataram manter a saúde sexual e vivências adequadas. Por outro lado, as mulheres idosas não pareceram ter se impactado da mesma forma pelas perdas no exercício da sexualidade, sentindo as perdas com menor intensidade ou buscando novas formas de ressignificar a sexualidade.

É inegável que a sexualidade é cada vez mais um assunto de grande relevância para um envelhecimento saudável. Desta forma, compreender as diferenças de gênero e de eventuais outros marcadores é essencial para uma abordagem mais adequada ao idoso. Sexo também é saúde.

Outro aspecto importante analisado e identificado foi a invisibilidade que perpassa a sexualidade e as vivências dos idosos, aspecto que já havia sido identificado na revisão da literatura. Percebeu-se uma dificuldade bastante frequente da abordagem desta temática mesmo em um cenário de pesquisa. Essa dificuldade levou a uma limitação do estudo, na medida em que foram questionados sobre a sua sexualidade nas entrevistas apenas 26 idosos de um total de 64 idosos. Ou seja, mais da metade dos idosos não foram ouvidos sobre este assunto.

Esse aparente silêncio demonstra a necessidade de explorar a sexualidade de pessoas idosas de forma mais incisiva em pesquisas futuras. Já que persiste a necessidade de compreender de forma mais ampla as dificuldades e potencialidades existentes nesta área.

Os estudos mostram que os profissionais de saúde apresentam, igualmente, dificuldades em abordar o tema sexualidade com os idosos. Portanto, precisam ser

construídas fundamentações teóricas e outros dispositivos para instrumentalizar e capacitar os profissionais da saúde para atender de forma integral esses idosos. Acredito que o capítulo acerca de como tratar a sexualidade do idoso, contida no Sumário Executivo da Pesquisa, pode motivar os e as profissionais de saúde a não se esquecerem de falar sobre sexo, abertamente e sem moralismos, com os idosos e idosas cuidados por eles.

Enfim, a construção desta dissertação de mestrado, inserida em um projeto de pesquisa multicêntrico envolvendo todas as macrorregiões brasileiras, possibilitou o aprofundamento e a reflexão crítica sobre muitos aspectos deste tema candente - a saúde e a sexualidade do idoso com dependência - que certamente enriquecerá a minha prática de trabalho como profissional de saúde do SUS.

## 9. REFERÊNCIAS

- Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Má Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(8), 3533-3542.
- Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. O exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016, 19(5): 861-869.
- Alencar RA, Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Rev. Bras. Enferm.*, 2016; 69(6): 1140-1146 .
- Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras de Geriatr Gerontol* 2007; 10(1):101-13.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idolencio FA *et al.* Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012, 15(1): 87-95, 2012.
- Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expect* 2016; 19:1237–50.
- Botacci LFG. A construção social do sexo: alguns aspectos a considerar sobre a terceira idade. *Revista Trilhas da História* 2011; 1(1), 145-158.
- Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas In: Camarano AA (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro RJ: IPEA; 2004. p. 253-92.
- Cavalcante FG *et al.* Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8):2039-2052.
- Cezar AK, Aires M, Paz AA. Prevention of sexually transmitted diseases in the point of view of elderly clients of a Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5):745-50.



Coelho DNP. *et al.* Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Revista Rene* 2010; 11(4): 163-73.

Debert G, Brigeiro M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Rev. bras. Ci. Soc.*, 2012; 27(80): 37-54 .

Department of Health. Older Lesbian, Gay and Bisexual (LGB) People. Briefing no.4. London: Department of Health; 2007.

Elias J, Ryan A. A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20: 1668–1676.

Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL. Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2019, 53 (e03482).

Figueiredo AEB *et al.* Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8):1993-2002.

Fileborn B, Lyons A, Hinchliff S, Brown G, Heywood W *et al.* Improving the sexual lives of older Australians: Perspectives from a qualitative study. *Australas J Ageing*. 2017; 36(4):E36-42

Frugoli A, Magalhães Júnior CAO. [Sexuality in third age in the perception of a female elderly group and indications for the environmental education]. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2011.

Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Ayalon L, Benyamini Y, Biermann V *et al.* How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies, *Cult Health Sex* 2019, 21(3):293-308.

Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Benyamini Y, Phelan A, Jackson J, Ayalon L. Ageism and sexuality. In: Ayalon L, Tesch- Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism. International Perspectives on Aging*, vol. 19. Cham: Springer; 2018.

Gewirtz-Meydan A, Levkovich I, Mock M, Gur U, Karkabi K, Ayalan L. Sex for seniors: how physicians discuss older adult's sexuality. *Isr J Health Policy Res* 2020, 9(8).

Goldenberg M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. Caderno Espaço Feminino 2012; 25(2):46-56.

Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. Soc Sci Med 2003; 56:1617-28.

Heath H. Sexuality and sexual intimacy in later life. Nursing Older People 2019; 31(1):40-48.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílio (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

Jen S. Older women and sexuality: Narratives of gender, age, and living environment, J Women Aging 2016, 29(1):1-11.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 861-866.

KATZ, Stephen & MARSHALL, Barabara. (2003), "New sex for old: lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well". *Journal of Aging Studies*, 17(1):3-16.

Lechner, V, Neal. M The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. In: Work and Caring for the Elderly: International Perspectives (S. V. Lechner & M. Neal, org.) Philadelphia: Taylor & Francis; 1999. p. 120-137.

Lhomond B. Sexualidade. In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. (org). Dicionário Crítico do feminismo. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p. 231-235.

Lima-Costa MF *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3689-3696.

Linhares FMP, Pottes AF, Araújo EC, Menezes EP, Siqueira KA. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao idoso em Recife, Brasil. *Rev. enferm. hereditaria*. 2008; 1(2):93-103.

Mendonça, JMB. Políticas públicas para idosos no Brasil: Análise à luz da influência das Normativas Internacionais, Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Política Social. UNB. 2015.

Meneghel SN, Andrade DNP. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico. Saude soc. 2019, 28 (2): 174-186.

Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Minayo MCS (Org.). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 141-170.

Minayo MCS. Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Projeto de Pesquisa.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª Edição. Rio de Janeiro: Hucitec; 2012.

Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento saúde da pessoa idosa. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica no 19 Brasília: MS; 2006.

Molinier P, Welzer-Lang D. Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. (org). Dicionário Crítico do feminismo. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p. 101-104.

Moraes KM, Vasconcelos DP, Silva ASR, Silva RCC, Santiago LMM, Freitas CASL. [The beauty of companionship and sexuality for couples in the best age: caring for elderly couple]. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011.

Moreira Jr, Glasser D, Santos DB, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. Sao Paulo Med J 2005; 123:234-41.

Oliveira EL, Neves ALM, Silva IR. Sentidos de Sexualidade Entre Mulheres Idosas: Relações de Gênero, Ideologias, Mecanicistas e Subversão. Psicol. Soc, 2018, 30 (e166019) .

Organização Mundial da Saúde. Sexual Health, Human Rights and the Law. Geneva: WHO; 2015.

Pascual CP. A sexualidade do idoso vista com novo olhar. São Paulo, SP: Loyola; 2002.

Queiroz MAC, Lourenço RME, Coelho MMF, Miranda KCL, Barbosa RGB, Bezerra STF. Representações sociais da sexualidade entre idosos. Rev Bras Enferm 2015,

68(4): 662-667.

Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011, 14 (1), 147-157.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1995, 20(2):71-99.

Silva J, Saldanha AAW. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/AIDS em pessoas acima de 50 anos. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 2012; 12(3-4), 817-852.

Silva VXL, Marques APO, Lyra Fonseca, JLC. Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009; 12(2):295-303.

Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carreira L, Baldissera VDA. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saude Soc* 2015, 24(3):936-944.

Uchoa YS, Costa DCA, Silva Jr IAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19 (6): 939-949.

Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Freqüentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2016; 36(1), 196-209.

Vieira KFL., Coutinho MPL, Saraiva ERA. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos freqüentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015; 36(1):196-209.

Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. [The shadow of a body that presents itself: body image and aging]. *Rev Latinoam Psicopat Fundam* 2014 ;17(2):251-64.

Wright Mills, C. *The Power Elite*. Londres: Oxford University Press, 1999.

## ANEXOS

Anexo 1 - Artigo: Atenção Primária em Saúde no Cuidado ao Idoso Dependente e ao seu Cuidador

Ciência & Saúde Coletiva

versão impressa ISSN 1413-8123 versão On-line ISSN 1678-4561

Ciênc. saúde coletiva vol.26 no.1 Rio de Janeiro jan. 2021 Epub 25-Jan-2021

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>

### **Título:**

Atenção Primária em Saúde no Cuidado ao Idoso Dependente e ao seu Cuidador

Primary Health Care in Taking Care Dependent Elderly and his Caregiver

### **Título resumido**

Cuidado ao idoso dependente

Caring for dependent elderly

### **Autores:**

Roger Flores Ceccon

Konrad Gutterres Soares

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

Camila Carvalho Amorim

Macelle Dias de Holanda Alencar Pascoal

**Resumo** - A Atenção Primária em Saúde é um modelo de cuidado cujos atributos contribuem para resolver a maioria dos problemas de saúde dos idosos, em um contexto de aumento da longevidade no Brasil. Esta investigação tem como objetivo analisar o cuidado dispensado ao idoso dependente e seus cuidadores no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em oito municípios brasileiros no

ano de 2019. Participaram da pesquisa 190 sujeitos, cujas informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisadas através do marco teórico da Hermenêutica Dialética. Foram identificados problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho interprofissional. As equipes ofertam práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico, embora tenham sido identificadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Há necessidade de qualificar a APS e ampliar o escopo de práticas, incorporando núcleos de saberes que não estão tradicionalmente inseridos nas equipes. Além do mais, é fundamental o fortalecimento do papel do Estado e a criação de políticas públicas específicas para os idosos dependentes e seus cuidadores.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Idoso; Dependência; Cuidadores

**Abstract** - Primary Health Care is a care model whose attributes contribute to solving most of the health problems of the elderly, in a context of increased longevity in Brazil. This investigation aims to analyze the care provided to the dependent elderly and their caregivers within the scope of Primary Health Care. This is a qualitative study conducted in eight Brazilian municipalities in 2019. 190 subjects participated in the research, whose information was collected through semi-structured interviews and analyzed through the theoretical framework of Dialectic Hermeneutics. Problems with access, home care, the health care network and interprofessional work were identified. The teams offer practices under the logic of the biomedical model and focused on the medical professional, although actions for health promotion and disease prevention have been identified. There is a need to qualify PHC and broaden the scope of practices, incorporating nuclei of knowledge that are not traditionally inserted in the teams. In addition, strengthening the role of the State and creating specific public policies for dependent elderly people and their caregivers is essential.

Key words: Primary Health Care; Elderly; Dependency; Caregivers

## **Introdução**

O Brasil ultrapassou a marca de 30 milhões de idosos e atingiu 14% da população total, acendendo em pessoas de 80 anos ou mais. Assim, a manutenção da autonomia e da independência tornou-se um desafio para este grupo, pois são suscetíveis a doenças e agravos incapacitantes, necessitando do auxílio de cuidadores por longos períodos (Minayo, 2019).

O “cuidado de longa duração” a pessoa idosa compõe práticas assistenciais não especializadas direcionadas às atividades da vida diária (AVD) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Estes podem ser ofertados na comunidade, no domicílio ou em instituições, embora os serviços disponíveis se mostrem inadequados e/ou insuficientes. Para viabilizar essa assistência, a responsabilidade recai sobre familiares ou pessoas contratadas, muitas vezes também idosas e com agravos de saúde (Minayo, 2019; Klompstra, 2019).

Os direitos assegurados aos idosos (Brasil, 1988), incluindo à saúde, não estão integralizados ao cotidiano dessa população. Estudos apontam a importância de os serviços de saúde fomentarem ações preventivas das condições crônicas, com cuidado interdisciplinar, priorizando o modelo socioambiental de atenção à saúde, considerando os idosos no seu contexto de vida e privilegiando cuidados primários em saúde (Minayo, 2019; Batista, 2008).

Conjugada às recomendações desses estudos, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção cujos atributos cooperam para resolver a maioria dos problemas de saúde da população idosa, reduzindo intervenções desnecessárias, ampliando o acesso aos serviços e favorecendo a atenção integral aos diferentes problemas (Starfield, 2002; Brandão, 2019). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo brasileiro de efetivação da APS, fundamenta-se na atenção à saúde ao idoso e seu cuidador, incluindo ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (Placideli, 2020).

No entanto, o cuidado integral dispensado à idade idoso-cuidador enfrenta percalços que demanda articulação política, ressignificação

sociocultural, reestruturação dos serviços de saúde e dos equipamentos sociais, remodelação das práticas de cuidado e olhar plural à atenção domiciliar. E nessa elaboração lógica, o cuidado ofertado pela APS ao idoso e ao seu cuidador exige ações e serviços que abranjam as especificidades destes usuários e familiares, em busca de práticas efetivas e orientadas pelas políticas públicas existentes.

Portanto, indaga-se como a APS se organiza na atenção ao idoso dependente e seus cuidadores, bem como é reconhecida diante da heterogeneidade organizacional e assistencial no Brasil. Nessa ótica, o estudo analisa o cuidado dispensado ao idoso dependente e seus cuidadores no âmbito da APS.

## **Método**

Estudo qualitativo cujo marco teórico se insere na perspectiva da hermenêutica-dialética (Minayo, 2010), o qual valorizou o exercício crítico e compreensivo da linguagem, das relações e das práticas sociais das pessoas envolvidas com a dependência dos idosos no Brasil. Faz parte de pesquisa multicêntrica cujo foco é formular subsídios para a construção de políticas públicas sobre dependência (Minayo, 2019), ponderando o cenário de crescimento da longevidade (Minayo, 2019) em um país inscrito nas desigualdades sociais (IBGE, 2017).

A investigação abrangeu oito municípios brasileiros: Araranguá (SC), Brasília (DF), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e Teresina (PI) durante o ano de 2019. Estes representam as regiões do país com envelhecimento populacional nos últimos anos e heterogeneidades sociodemográficas e culturais (IBGE, 2017).

Participaram da pesquisa 190 sujeitos; 64 idosos com dependência; 27 cuidadores formais; 72 cuidadores familiares; 7 gestores; e 20 profissionais que atuam na APS. Primeiramente, os idosos e cuidadores foram identificados por meio da Secretaria Municipal de Saúde e dos serviços de APS de cada município. Após, procedeu-se o contato e agendamento das entrevistas, sendo realizadas nas residências dos idosos e cuidadores. Os gestores e profissionais foram entrevistados nos respectivos locais de



trabalho.

Incluíram-se pessoas idosas com dependência física, mental ou cognitiva, de ambos os sexos, aptos a responderem a entrevista; cuidadores domiciliares formais ou familiares, maiores de 18 anos; profissionais de saúde que atuam na APS; e gestores (secretários de saúde, gestores da APS ou específicos de programas de idosos). Excluíram-se os idosos vinculados à Instituições de Longa Permanência ou residindo sozinhos. Considerou-se dependência física a incapacidade funcional, prática ou motora para realizar ABVD ou AIVD; e dependência cognitiva e mental a perda completa ou parcial da orientação no tempo, da memória, atenção, realização de cálculo, linguagem e capacidade visual (Brasil, 2006).

Entrevistas semiestruturadas, orientadas por um instrumento construído por pesquisadores de diferentes universidades brasileiras, com questões específicas para cada grupo entrevistado (idosos, cuidadores, gestores e profissionais) nortearam a coleta das informações. Esta versou sobre às características sociodemográficas, situações de vida, vivências, dependência funcional, cognitiva, mental, emocional e social do idoso; percepção dos cuidadores, profissionais e dos gestores sobre os idosos, incluindo facilidades, dificuldades e iniciativas de assistência à saúde.

A técnica de Análise de Conteúdo do tipo Temática orientou o tratamento das informações em três etapas: (1) pré-análise, com a realização das sínteses analíticas de cada entrevista transcrita, compilação e organização em um corpus textual, acrescida de leitura flutuante; (2) exploração do material, com a elaboração das categorias analíticas oriundas do texto, principalmente relativas aos aspectos que interligam a dependência com a gestão e assistência ofertada na APS; (3) tratamento das informações e interpretação, com inferências procedentes da compreensão e do exercício crítico das falas dos participantes, valorando os significados das narrativas dos sujeitos (Minayo, 2010).

Alinhado ao objetivo do estudo e às falas dos participantes, construíram-se categorias temáticas relativas à gestão e assistência em ações ao cuidado do idoso dependente: (1) Trabalho em equipe e Práticas de cuidado; (2) Acesso à APS e Atenção Domiciliar. Embora o cenário da

pesquisa se constitua por diferentes localidades brasileiras, não foi objeto deste estudo analisar as especificidades loco-regionais, mas as situações comuns relatadas pelos entrevistados, especialmente no que se refere à micropolítica e o cotidiano de trabalho da APS no cuidado ao idoso dependente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz sob o CAAE nº 44615315.0.0000.5240.

## **Resultados e Discussão**

A APS é um modelo assistencial na garantia do acesso aos idosos dependentes e seus cuidadores a práticas integrais de saúde, sob a lógica de trabalho em equipe com diferentes núcleos de saberes e práticas, especialmente no cuidado domiciliar (Starfield, 2002; Brandão, 2019). Privilegiou-se neste estudo a análise de situações que reafirmam a importância da APS na garantia deste escopo de práticas e aspectos que sinalizam fragilidades, apresentando subsídios à qualificação e à garantia da integralidade da atenção em saúde ao idoso dependente.

Com relação às características dos entrevistados, a maioria dos idosos era mulher, com idade superior a 80 anos, da raça/cor branca, com baixa escolaridade e de religião católica; os cuidadores familiares e formais eram, em sua maioria, do sexo feminino e tinha entre 40 a 59 anos, diferindo-se na característica relativa à raça, já que a maioria dos cuidadores formais era negra e os familiares de cor da pele branca. Dentre os profissionais de saúde e gestores, a maioria era do sexo feminino, enfermeira e com idade entre 30 a 50 anos.

### **Trabalho em equipe e práticas ofertadas na APS aos idosos dependentes**

A categoria analisa como os diferentes núcleos de profissionais da saúde são reconhecidos quanto a produção do cuidado, assumindo Núcleo como a identidade de uma área a partir da concentração de saberes e práticas profissionais; e campo o espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir seus objetivos

(Campos, 2000).

As falas dos participantes concentram-se (1) no cuidado centralizado no profissional médico, com práticas restritas ao processo saúde-doença e na medicalização; (2) na importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com práticas individuais e coletivas à promoção de saúde e prevenção de doenças; e (3) nos arranjos organizacionais que ampliam o escopo de práticas, incluindo profissionais de diferentes núcleos de saberes.

Considerando que a APS preconiza o trabalho em equipe, com relações democráticas de saber e poder, observou-se aspectos que fragilizam o exercício da interprofissionalidade no cuidado ao idoso dependente. Os relatos indicam que os profissionais da equipe não participam do cuidado na mesma intensidade, nem ofertam práticas integradas e colaborativas:

*“Vou no postinho e o médico vem fazer a visita domiciliar. Muito bom, muito atencioso, muito querido. Tudo que eu preciso eu tenho. Vou ali e ele me consegue (Cuidadora familiar, 62 anos, Araranguá).”*

*“A enfermeira vinha fazer a vacina e curativo, agora não tá vindo mais. Mas o médico que me acompanha é do plano de saúde (Idosa, 78 anos, Rio de Janeiro).”*

Embora muitas das necessidades dos idosos pudessem ser sanadas por cuidados interdisciplinares, os relatos reiteram a tênue vinculação de ações aos determinantes sociais em saúde, evidenciando a dificuldade de o profissional transpor as raízes do cuidado biomédico para o integral. Essas situações retratam a perspectiva hospitalar, especializada e circunscrita na doença, paradigmas históricos e hegemônicos no Brasil. Os usuários não reconhecem a APS como um dispositivo capaz de ofertar práticas que compreendam saúde em uma perspectiva ampliada, que envolve aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e mentais, restringindo o cuidado ao corpo biológico do idoso (Oliveira, 2011).

A maioria dos entrevistados se refere à Unidade de Saúde como seu “postinho” e não reconhece o conjunto de profissionais da equipe, referem-se

ao médico como o responsável por diagnosticar e tratar doenças. A equipe de enfermagem é vista como procedimental, responsável por aplicação de vacina, sondagem e curativos, e a saúde bucal não aparece nos relatos.

O trabalho em equipe mantém-se em geral fragmentado, hierarquizado e assimétrico, com subordinação de diversos núcleos às práticas médicas. Essas distorções fragilizam o trabalho interprofissional, cujo princípio é a valorização de diferentes saberes para assegurar atenção qualificada às necessidades dos idosos (Santos, 2012).

O saber biomédico influi nas práticas de saúde e na subjetividade das pessoas em relação ao corpo e à vida (Moraes, 2016) e mostrou-se cíclico com a recorrência de expressões conexas a medicamentos, exames, cirurgias, vacinas e procedimentos. A visão crítica do enfermeiro e o relato da idosa provam a hegemonia desse saber:

*“A gente acaba criando uma medicalização, a gente medica, medica, dá, dá, dá remédio, mas ao mesmo tempo não sabe qual o contexto social dele, dá trezentos remédios e não sabe se ele lê! (Enfermeiro, 40 anos, Porto Alegre).”*

*“Quando o médico pede exame, pede logo e muito, seis, sete exames. Eles vêm aqui e recolhem meu sangue (Idosa, 83 anos, Manaus).”*

A medicação é a prática mais citada como cuidado na APS, ainda que busque atuar sobre as condições e contextos socioeconômicos e a história de vida do idoso e seus familiares. Entretanto, essas práticas carecem vincular-se as ações compartilhadas pela equipe de saúde, pertinentes à realidade e necessidade dos territórios e dos indivíduos (Makary, 2016).

Os idosos dependentes e seus cuidadores, por vezes, anseiam respostas focadas na doença, na biomedicina e nas tecnologias duras, em detrimento das tecnologias leves que priorizam os saberes relacionais (Merhy, 2002). A apreciação apenas dos saberes estruturados e recursos materiais estabelece uma “cultura biomédica” de cuidado, reflexo da compreensão da saúde sob a égide do mercado farmacológico e do discurso dos riscos à saúde (Rose, 2007).

É basilar a constituição de um trabalho relacional, interprofissional e corresponsável pelo cuidado em equipe (Marin, 2009). Ainda é imperioso um olhar atento às necessidades de saúde dos idosos, envolvendo aspectos que transcendem condições biológicas e práticas médicas, conforme diz o idoso: *“Tô acabado agora, desesperado, eu choro sozinho. Não posso fazer nada, ganho só um salário mínimo (Idoso, 89 anos, Araranguá)”*.

Embora a racionalidade hegemônica volte-se ao paradigma biomédico, evidenciou-se estratégias de organização do processo de trabalho na APS para a constituição de práticas de apoio ao idoso e seu cuidador com tecnologias leves. Essas práticas de cuidado acabam formando a caixa de ferramentas para outras apostas na produção de saúde, valorizando atividades coletivas, integrativas e complementares. No trecho tem-se exemplo destas apostas de cuidado:

*“A gente se organiza para acolher esses idosos em grupos. O grupo da terceira idade é responsabilidade da fisioterapia. A Oficina da Memória com a terapeuta ocupacional. Temos parceria com o CRAS onde a assistente social faz oficina de trabalhos manuais, o grupo das “Empoderadas” (Gestora, 54 anos, Rio de Janeiro).”*

Os grupos são dispositivos fundamentais para constituição de vínculos e socialização para idosos e familiares na APS. Acompanhados de modo interprofissional, tornam-se resolutivos, incorporam e ampliam práticas relacionadas às demandas dos idosos dependentes e seus cuidadores (Seixas, 2019). Nesse sentido, o ACS é reconhecido pelos entrevistados pelo conjunto de saberes e práticas que se aproxima com a lógica de produção de saúde que não está centrada na doença. Constitui um núcleo fundamental na assistência ao idoso, elo entre a equipe e o contexto familiar, alguém que conhece as dinâmicas culturais do território e oferta práticas coletivas de promoção de saúde:

*“O agente de saúde é fundamental porque está no território, sabe onde*

*estão os idosos. A gente cadastra, faz estratificação e ele sabe quem são essas pessoas, sabe a realidade da família e onde estão. Eles também fazem grupos cooperativos (Gestor, 42 anos, Fortaleza).”*

O papel do ACS no cuidado ao idoso dependente é de fundamental importância, pois o conjunto de incapacidades limita esse usuário a procurar o serviço de saúde, gerando demanda de visitas domiciliares periódicas. É importante que os ACS realizem busca ativa, identifiquem vulnerabilidades, efetivem atividades no domicílio e comunidade (Magalhães, 2015) e tornem a visita domiciliar uma ferramenta de cuidado que contempla os aspectos sociais, econômicos, relacionais e psicológicos, pois seu escopo de práticas acontece no contexto onde vivem os idosos<sup>23</sup>.

Embora estudos atestem o valor do trabalho do ACS (Marin, 2009 e Magalhães KA, 2015) e os entrevistados desta pesquisa o reconheça, a Política Nacional de Atenção Básica, reformulada em 2017, fragiliza a atuação deste profissional ao reduzir o número mínimo de ACS por equipe. Recomendar o acompanhamento de usuários mais vulneráveis (sem parâmetros objetivos), e não mais a população do território (Melo, 2018), compromete a integralidade do cuidado, especialmente, aos idosos dependentes que podem não ser compreendidos como “mais vulneráveis” ou sequer sejam identificados.

Observou-se neste estudo que os idosos dependentes enfrentam desafios que vão além das doenças, compreendendo as incapacidades funcionais, violências, negligência, pobreza, alimentação inadequada, problemas emocionais e familiares e ausência de redes sociais de apoio. Além do mais, o trabalho dos cuidadores é permeado por dúvidas, incertezas e precarizações. Isso impõe a necessidade de inserir profissionais que não estão tradicionalmente previstos nas equipes da APS, reduzindo os encaminhamentos dos idosos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, já que pode gerar demora e deslocamento de usuários que não possuem condições de locomoção. Esse fato extrapola saberes e práticas oriundos da medicina-enfermagem, tradicionalmente inseridas na APS, e coaduna conhecimentos de outros núcleos de saberes:

*“Gostaria que o psicólogo visitasse nossa casa. Esse profissional é ótimo. Tem hora que o idoso tá enjoado das nossas conversas. Só a nora e os netos. Fisioterapeuta também seria muito bom (Cuidadora familiar, 38 anos, Manaus).”*

*“Tem Unidades que tem o NASF, tem assistente social e ajuda muito. Tem o grupo da terceira idade, o chefe é da fisioterapia. Tem a Oficina da Memória que é com o terapeuta ocupacional (Gestora, 54 anos, Rio de Janeiro).”*

Para o atendimento integral e resolutivo dessas necessidades é mandatário o cuidado produzido por “especialistas”, cujo núcleo de saber e prática não está inserido nas equipes da APS. Embora muitas dessas situações possam ser abordadas a partir da noção de campo que compõe as práticas profissionais, as condições dos idosos exigem cuidados específicos, como o psicólogo nos casos de sofrimento mental, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional nos eventos de reabilitação e o nutricionista na condução da segurança alimentar.

Entre os problemas que contribuem para a baixa resolutividade da APS está a responsabilização clínica insuficiente e inadequada, decorrentes da racionalidade hegemônica, que reduz o objeto de trabalho a procedimentos, doenças ou partes do corpo, em detrimento de um cuidado centrado na pessoa. Esta inversão requer profissionais de diferentes áreas, pois seus escopos de práticas são limitados e focais (Campos, 2000).

Quando necessário, ocorrem encaminhamentos desses idosos para especialistas, em diferentes serviços e ausência de vínculo, além das filas de espera. Tem-se um tipo de racionalidade burocrática que pode exacerbar a fragmentação da atenção, ao desvalorizar o vínculo equipe-usuário (Cunha, 2013). Em muitas situações, encaminha-se para locais longínquos de onde residem, dificultando não só o acesso, mas a integração entre os serviços de saúde:

*“A doutora me passou para o cardiologista e para o ortopedista. Ainda*

*não consegui a consulta para nenhum dos dois. Só dependo do cardiologista para ver se sou hipertensa (Cuidadora familiar, 62 anos, Manaus)”.*

O relato da cuidadora, que também refere adoecimento, mostra o quanto os modelos de atenção à saúde apresentam fragmentação da clínica, tanto no próprio serviço quanto externamente, valorizando de forma desigual os diferentes saberes. Para superar estes desafios, um dos arranjos citados é a institucionalização do apoio matricial por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), buscando assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais da APS. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar à prevista em sistemas hierarquizados, que se utilizam de mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centrais de regulação (Cunha, 2011).

Embora estudos evidenciem a importância do NASF, no ano de 2019, pela Portaria 2.979, foi extinto como política de Estado com financiamento do governo federal (Brasil, 2019). Entretanto, os profissionais não foram incluídos nas equipes de Saúde da Família, o que possivelmente dificultará o acesso a especialistas e contribuirá para agravar o cuidado ao idoso dependente. Representa a redução do papel do Estado e limita a garantia de direitos a populações em situação de vulnerabilidades.

Por fim, os achados evidenciam que a complexidade das condições em que vivem os idosos dependentes exige a necessidade de considerar novos arranjos nas equipes de saúde, com a inserção de outros núcleos profissionais, cujas práticas extrapolem a doença e o modelo biomédico. Assegurar a garantia da integralidade do cuidado ao idoso é imperativo, além do trabalho interprofissional, em equipe, o fortalecimento da atuação dos ACS e o combate à precarização do trabalho na APS.

### **Acesso e cuidado domiciliar na APS: integralidade e proteção social ao idoso dependente**

Esta seção apresenta os achados relativos ao acesso dos idosos dependentes à APS e as estratégias para a produção do cuidado por meio da atenção domiciliar, reiterando que um dos atributos essenciais da APS é o



primeiro contato, constituindo-se porta de entrada para o sistema de saúde (Minayo, 2019). Nesse sentido, dificuldades são registradas pelos entrevistados:

*“As pessoas chegam na unidade meia-noite, uma, duas horas da madrugada. Antes, quando eu ia, o meu sobrinho pagava. Sempre tem aquelas pessoas que ficam na fila, dá vinte reais. Meu sobrinho me leva para lá 7h30, fico até a hora de abrir. Disseram que eles vão em casa, estou esperando até hoje (Idosa, 89 anos, Porto Alegre).”*

Os desafios apontados pelos idosos e cuidadores para acessar o serviço de saúde da APS foram inúmeros, desde barreiras geográficas até à organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Em se tratando de idosos dependentes, essas questões apresentam-se mais complexas, pois muitas vezes os idosos têm mobilidade reduzida, dependem do outro para se deslocar ou seu acesso necessita de reorganização do processo de trabalho, com preferência para visitas domiciliares (Schenker, 2019).

O cuidado domiciliar, principalmente dos que não podem se deslocar até o serviço de saúde, é uma das prioridades da APS (Brasil, 2018). A atenção domiciliar (AD) às pessoas idosas envolve ações realizadas pela equipe no domicílio, favorecendo o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer a independência e autonomia (Brasil, 2006).

A AD é um dos pontos de atenção à saúde que deve ser realizada por profissionais das equipes e contribuir no acesso dos idosos dependentes às ações de saúde. A gestão do cuidado domiciliar pode ser compreendida nas dimensões profissional, caracterizada pelo momento do encontro entre trabalhador e usuário; organizacional, que diz respeito à institucionalização das práticas, como a organização do processo de trabalho e registro das informações; e sistêmica, considerando os serviços de saúde, seus diferentes papéis e a incorporação tecnológica para garantir a integralidade na assistência. A interdependência das três dimensões é fundamental para os serviços de atenção domiciliar ao idoso dependente (Marin, 2009; Brasil,

2012).

Estudo realizado no município de Porto Alegre mostra que menos da metade dos idosos referiu acessar habitualmente o serviço da APS, apontando que metade dos serviços correspondia ao preconizado quanto ao atributo de primeiro contato. Sendo as unidades da APS porta de entrada do sistema de saúde, o nível de facilidade ou dificuldade encontrado para acessá-las determina o percurso que esse indivíduo irá traçar na rede de atenção em saúde na busca por cuidado (Martins, 2014). Eis estratégia para facilitar o acesso dos idosos:

*“No Posto onde trabalho, tem reserva específica de vagas do idoso feita por telefone. É uma estratégia que a gerente negociou para evitar que ele tenha que ir até o Posto e ficar em fila ou esperando no guichê. Então ele liga para lá e é marcada a consulta (Enfermeiro, 40 anos, Porto Alegre).”*

Para suprir a necessidade dos idosos dependentes, o cuidado exige diferentes arranjos na organização do trabalho e, por mais que ações institucionais à nível de gestão municipal sejam importantes, cabe às equipes avaliar a melhor estratégia para atender as demandas da população adstrita. A reserva de vagas, a atenção domiciliar, o acolhimento, o acesso avançado e a lista de pacientes são mecanismos que podem superar as barreiras do acesso.

Não apenas os idosos e seus cuidadores referiram dificuldades no acesso e no cuidado domiciliar, mas também os profissionais de saúde e gestores, com ênfase na insuficiência de transporte para visitas domiciliares, a adscrição populacional maior do que o preconizado e a alta demanda por atendimentos clínicos. No âmbito organizacional e alusivo à integralidade, a organização da agenda de visitas e a disponibilidade de transporte são obstáculos perenes:

*“Um idoso dependente, se for totalmente restrito ao lar e precisa de visita domiciliar, nós temos um dia para quatro equipes de saúde da família. Isso restringe o acesso, porque acaba tendo equipes que só fazem visitas de*

*quinze em quinze dias, por conta da disponibilidade do carro, e as famílias não têm condições de pagar para trazer o idoso (gestor, 46 anos, Fortaleza).”*

As condições para um processo de trabalho qualificado e um planejamento prévio às visitas domiciliares são estratégias para a resolutividade da AD. Contudo, a solução para as barreiras do acesso ao cuidado domiciliar também está condicionada às diferentes instâncias gestoras. Enquanto um está sujeito a organização dos profissionais das equipes, o outro depende da condução da gestão municipal. Portanto, a dimensão do cuidado sistêmico e socioambiental é necessária para reforçar os acordos da APS com os idosos dependentes e seus familiares.

Com relação a essas dificuldades e facilidades observadas pelos profissionais de saúde no atendimento às pessoas idosas, um debate vem à tona: ações programáticas e agendas fechadas versus demanda espontânea:

*“Não existe facilidade para o idoso, existe um sistema de marcação rigoroso. No dia da demanda tem que ver se tem vaga. O idoso tem mais comorbidades. Ele ou algum parente tem que vir e tentar agendar consulta. Depende da disponibilidade da agenda (Médico, 44 anos, Fortaleza).”*

*“Às vezes quando eles não conseguem vaga na agenda, você consegue atender na demanda espontânea com o acolhimento, que a maioria das vezes é só renovação de receita (Enfermeira, 41 anos, Fortaleza).”*

As questões da agenda perpassaram as falas, na maioria das vezes para justificar as dificuldades de acesso dos idosos às consultas. A demanda espontânea, por sua vez, içou discordâncias: alguns identificam como potencialidade, e outros que as atividades de educação e promoção em saúde estão perdendo espaço com a ampliação desse tipo de demanda.

O Ministério da Saúde orienta que as equipes organizem o acesso dos idosos por meio do acolhimento, compreendendo que os indivíduos também são capazes de definir o que é saúde e o que é necessidade; que boa parte das demandas podem ser resolvidas na APS; que a demanda espontânea pode ser aproveitada para estabelecimento de vínculo; e que, mesmo os

idosos acompanhados longitudinalmente em ações programáticas, podem apresentar quadros diferentes daqueles pelos quais são acompanhados, necessitando de atendimentos em momentos não programados. Neste último grupo encontram-se muitos dos idosos dependentes ouvidos nesta pesquisa, como pode ser visto nos excertos aqui discutidos (Schenker, 2019).

O acesso ao cuidado domiciliar é peça fundamental para estabelecer relação entre equipe e família e extrapolar a noção de prevenção de doenças e incorporar propostas de promoção de saúde. Mazza e Lefèvre (2005) asseveram dois tipos de cuidado domiciliar: técnico, ofertado pelos profissionais de saúde, e leigo, resultado da intuição e suporte nas AVDs ao idoso. Assim, pode-se considerar, em alguns casos, a existência de uma “disputa” de planos de cuidado, na qual o cuidador assume parte dos cuidados e a equipe de saúde oferta outros (Besse, 2014).

Um dos principais aspectos da vida da pessoa idosa é a relação que estabelece com seu cuidador, no qual também surgiu nos relatos sobre o acesso à APS:

*“Não existe política do SUS para cuidadores. Dificilmente a gente pensa no cuidador. Muitos não conseguem sair de casa pois se dedicam a essas pessoas. A pessoa muda a vida dela totalmente para cuidar daquele idoso. Então, para vir na unidade, precisaria ver o que se faria, porque as vezes só tem ela para cuidar daquela pessoa (Gestor, 38 anos, Fortaleza).”*

A saúde do cuidador e seu acesso ao serviço também é um fator a ser considerado pela APS. O cuidador familiar costuma ser usuário da mesma equipe de saúde do idoso, embora esse cuidador não pareça ser abordado na visita domiciliar como usuário da unidade, com suas próprias demandas, e sim como informante das condições de saúde do idoso dependente.

Os cuidados domiciliares, técnicos ou leigos, também acontecem como forma de proteção social, no monitoramento dos fatores de riscos e desenvolvimento de ações de prevenção de doenças ou agravos. Em alguns casos, o próprio cuidador também é um idoso. Por conseguinte, o acompanhamento destes idosos e cuidadores familiares pelas equipes

poderia funcionar como uma forma de proteção e prevenção, tendo em vista que o trabalho pode gerar fragilidade na saúde física e mental. O cuidado do idoso dependente afeta aspectos emocionais e afetivos da vida do cuidador, além de aspectos sociais, já que implica em um redimensionamento de sua vida, com restrições em diversos campos, como lazer e vida pessoal (Anjos, 2014).

Pereira e Soares (2015) concluíram que a literatura sobre esse tema é escassa nacional e internacionalmente, sendo fundamental discutir a qualidade de vida desses cuidadores e as políticas e programas voltados para esse público. O acesso à APS figurou como um dos fatores identificados no estudo que influencia diretamente a qualidade de vida do cuidador familiar, no tocante à sobrecarga de trabalho, à dificuldade de ir e vir, o receio em deixar o idoso sozinho e as repetidas jornadas à unidade de saúde para agendar consultas. Porém, a inexistência de políticas voltadas às famílias e cuidadores dos idosos e, conseqüentemente, seu acesso ao serviço de saúde, fica restrito aos fluxos específicos das unidades (Fernandes, 2012).

A possibilidade de a APS estar perto das famílias e comunidade propiciaria a resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população e o impacto na redução custo-efetividade. O cuidado domiciliar, quando adequadamente organizado, pode ampliar a autonomia dos idosos e seus cuidadores, reduzir as hospitalizações e complicações decorrentes, como a mortalidade e os custos financeiros e psicológicos. O cuidado domiciliar, deste modo, é uma abordagem custo-efetiva e pode, ainda, ajudar a garantir a integralidade (Brasil, 2012).

O cuidado domiciliar é uma prática de humanização da assistência, determinante para a formação e condição do trabalho vivo, uma tecnologia sofisticada e complexa de cuidado em saúde. Entretanto, os casos de idosos dependentes e as relações estabelecidas no cotidiano do domicílio entre cuidadores e equipe revelam a necessidade de redes sociais protetivas e de apoio no âmbito macro e micropolítico. Essas concepções reafirmam o papel do cuidado domiciliar para a atenção ao idoso dependente e cuidador familiar a partir de duas dimensões: 1) integralidade no cuidado e 2) proteção social no cuidado. Assim, é importante reafirmar a necessidade de uma análise

permanente da atenção à saúde do cuidador e idoso dependente e no acesso ao cuidado domiciliar oferecido (Brasil, 2012).

As discussões acerca do acesso e cuidado domiciliar de idosos dependentes e seus cuidadores à APS suscita questões diversas e complexas, pois o cuidado a este grupo desafia muitas das estruturas já estabelecidas no cotidiano da rede de serviços de saúde. Assim, este artigo não se propõe a findar tal discussão, mas fomentá-la, trazendo à luz da literatura questões ainda pouco discutidas, apesar do crescimento populacional de idosos no Brasil e no mundo.

### **Considerações Finais**

Este estudo evidencia fragilidades da APS no cuidado ao idoso dependente e aos seus cuidadores na maioria dos municípios investigados. Entretanto, configura-se como um modelo assistencial imprescindível para a integralidade da atenção à saúde, com potencialidade de atender a maioria das necessidades vinculadas à essa população.

Problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho interprofissional na APS foram observados no estudo. Além do mais, as equipes ofertam práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico, embora tenham sido identificadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principalmente no âmbito do domicílio e realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Há necessidade de qualificar a APS e ampliar o escopo de práticas, incorporando núcleos de saberes que não estão tradicionalmente inseridos nas equipes. Além do mais, é fundamental o fortalecimento do papel do Estado e a criação de políticas públicas específicas para os idosos dependentes e seus cuidadores.

### **Referências**

Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enferm* [periódico na internet]. 2014; 23(3): [cerca de 8 p.].

Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social: Brasília DF: MPS; SSP, 2008 (Coleção Previdência Social).

Besse M, Cecílio LCO, Lemos ND. A equipe multiprofissional em gerontologia e a produção do cuidado: um estudo de caso. Revista Kairós Gerontologia 2014, 17(2):205-222.

Brandão JRM. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. Cadernos de Saúde Pública 2019; 35(J):e00178217.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção domiciliar às pessoas idosas. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Caderno de Atenção Básica nº 19).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 2.

Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. saúde coletiva 2000; 5(2):219-230.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude soc 2011, 20(4):961-970.

Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface(Botucatu) 2013; 17(44):61-73.

Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção

ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP [periódico na internet]. 2012; 46(6): [cerca de 8 p.].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos moradores 2012-2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. BMC Geriatr; 19(1): 1471-2318, 2019.

Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2015; 20(12):3787-3796.

Makary MA, Daniel M. Medical error: the third leading cause of death in the US. BMJ, London 2016; 353, p. i2139.

Marin MJS, Cecílio LCO. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Geriatr Gerontol 2009; 12(1):63-76.

Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. Ciênc. Saúde Coletiva 2014, 19(8):3403-3416.

Mazza MMPR, Lefèvre, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. São Paulo (SP): Rev Bras Cresc Desenvol Hum 2005, 15(1): 1-10.

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate 2018; 42(n. spe1):38-51.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN, Silva RM *et al.* Estudo Situacional dos Idosos Dependentes. Rio de Janeiro: CLAVES-FIOCRUZ, 2019.

Minayo MCS, Firmo JOA. Longevidade: bônus ou ônus? Ciência & Saúde Coletiva, 24(1), 2019.

Minayo MCS. Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas



famílias visando subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Projeto de Pesquisa.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª Edição. Rio de Janeiro: Hucitec; 2012.

Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. Ciênc. saúde coletiva 2019; 24(1): 247-252.

Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". Physis [online]. 2016, vol.26, n.1, pp.309-329.

Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. Interface (Botucatu) 2011; 15(37):539-550.

Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. Ciênc. saúde coletiva 2015; 20(12):3839-3851.

Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, *et al.* Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. Revista de Saúde Pública 2020; 54(6), 1-14.

Rose N. Beyond medicalisation. Lancet 2007; 369(XX):700-701.

Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Cien Saude Colet 2012; 17(10):2687-2702.

Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva 2019; 24(4):1369-1380.

Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Junior HS, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2019, v. 23.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Anexo 2 - Artigo: Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores

Ciência & Saúde Coletiva

versão impressa ISSN 1413-8123 versão On-line ISSN 1678-4561

Ciênc. saúde coletiva vol.26 no.1 Rio de Janeiro jan. 2021 Epub 25-Jan-2021

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>

**Título:**

Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores

Aging and disability in Brazil: sociodemographic and care characteristics of the elderly and caregivers

**Título resumido**

Envelhecimento e dependência no Brasil

Aging and dependence in Brazil

**Autores:**

Roger Flores Ceccon

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Christina César Praça Brasil

Konrad Gutterres Soares

Virgínia de Menezes Portes

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

Ione Schneider

Antonio Augusto Ferreira Carioca

**Resumo** - O artigo tem como objetivo identificar características sociodemográficas e assistenciais de idosos dependentes, cuidadores formais e familiares em municípios de diferentes regiões brasileiras.

Realizou-se um estudo transversal com amostra de 175 pessoas, sendo 64 idosos, 27 cuidadores formais e 84 cuidadores familiares. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com questões específicas para cada grupo sobre a temática do cuidado e dependência. A maioria dos idosos era do sexo feminino, com idade igual ou maior a 80 anos, com baixa escolaridade e dependente há quatro anos ou mais. Os idosos relataram sentimentos de solidão, apontaram dificuldades na assistência médica e 29% tinha acesso apenas a ações da Atenção Primária à Saúde. Entre os cuidadores familiares, encontrou-se desigualdades, sobrecargas, adoecimentos e problemas sociais. Entre os formais predominou o sexo feminino, raça negra, sem vínculo legal de trabalho, pouca ou nenhuma formação para a função e baixa remuneração; o cuidado associou-se aos afazeres domésticos. Conclui-se que perduram as desigualdades de gênero e raça no cuidado às pessoas idosas em situação de dependência. Observou-se também que a rigidez dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres no Brasil persistem nas dinâmicas familiares e laborais no cuidado ao idoso dependente.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso Dependente; Cuidador; Saúde do Idoso

**Abstract** - The article aims to identify sociodemographic and care characteristics of dependent elderly, formal and family caregivers in municipalities in different Brazilian regions. A cross-sectional study was carried out with a sample of 175 people, with 64 elderly people, 27 formal caregivers and 84 family caregivers. Semi-structured interviews were conducted, with specific questions for each group on the theme of care and dependence. Most of the elderly were female, aged 80 years or older, with low education and dependent for four years or more. The elderly reported feelings of loneliness, pointed out difficulties in medical care and 29% had access only to Primary Health Care actions. Among family caregivers, inequalities, burden, illnesses and social problems were found. Among the formal, the female gender predominated, black race, without legal employment, little or no training for the function and low remuneration; care was associated with

domestic chores. It is concluded that gender and race inequalities persist in the care of elderly people in a situation of dependency. It was also observed that the rigidity of the social roles attributed to men and women in Brazil persist in the family and work dynamics in caring for the dependent elderly.

Kew words: Aging; Frail Elderly; Caregivers; Health of the Elderly

## **Introdução**

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional foi marcado pelo aumento da expectativa de vida e redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo. Houve crescimento da quantidade de idosos com 80 anos e mais, etapa vulnerável do ponto de vista social e da saúde física e mental, dentre as quais é comum a perda de autonomia e aumento da dependência (Freedman, 2020).

A dependência é a incapacidade funcional dos idosos em realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), como alimentar-se, vestir-se e tomar banho (Del Duca GF, 2009), ou a impossibilidade de executar Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), como ir ao banco, pegar ônibus e comunicar-se (Alves LC, 2008). Neste caso, os idosos necessitam de auxílio para a realização destas tarefas e para a gestão da própria vida (Klompstra, 2019).

Na América Latina, 40% dos idosos precisam de cuidados prolongados e este número triplicará nas próximas três décadas (OPAS, 2019). Em 2050, o Brasil terá cerca de 77 milhões de pessoas dependentes de cuidados, entre idosos e crianças (IBGE, 2012-2016), e apenas 30% dos municípios possuíam instituições assistenciais de longa permanência no ano de 2009, a maioria na região sudeste do país (Camarano, 2010). Ao mesmo tempo em que aumenta a população longeva e dependente, persiste o déficit de cuidadores, profissionais e serviços de saúde preparados para assisti-los (Greenwood, 2019).

No Brasil, a maioria dos cuidadores são pessoas da família, mulheres (cônjuges ou filhas) com 50 anos ou mais e com proximidade física e afetiva com o idoso. O trabalho, muitas vezes, é ininterrupto e solitário, sem o apoio de serviços e políticas públicas de proteção para o desenvolvimento desta

função. Os mesmos sofrem restrições em suas vidas pessoais, gerando sobrecarga, adoecimento, desemprego e afastamento da rede social e afetiva (Carmichael, 2014; Minayo, 2020).

No ano de 2002 a função de cuidador foi reconhecida como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Renda no Brasil. Foi considerado “cuidador” o indivíduo que assiste e promove bem-estar, saúde, alimentação, higiene, educação, cultura e lazer à pessoa dependente. Entretanto, a profissão é marcada por precarização nos vínculos trabalhistas, falta de preparação específica, baixos salários e longas jornadas (Lampert, 2016). Apesar das políticas de proteção social ao idoso implementadas no país nas últimas décadas, a oferta de serviços pelo Estado restringe-se a ações específicas e pontuais de assistência à saúde, e atribui à família o compromisso pelo cuidado prolongado no âmbito do domicílio. Inexiste uma política específica que determine os papéis atribuídos à família e à rede de serviços públicos (Karsch, 2003), tornando vulnerável tanto o idoso quanto o cuidador.

O conceito de vulnerabilidade contribui para compreender a situação dos idosos e seus cuidadores, pois refere-se à garantia de cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos, resultado da combinação dos domínios individual, social e pragmático. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos e atitudinais; a social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços; e a vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social (Ayres, 2006).

Neste estudo, um conjunto de pessoas envolvidas no contexto da dependência e do cuidado ao idoso foi entrevistado, tendo em vista a necessidade de se conhecer in loco sua situação e vulnerabilidades. Assim, este estudo tem como objetivo identificar as características sociodemográficas e assistenciais de idosos dependentes, cuidadores familiares e cuidadores formais em oito municípios das diferentes regiões do Brasil.

## **Método**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado no ano de 2019 em oito municípios localizados nas cinco regiões brasileiras: Araranguá (SC), Brasília (DF), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e Teresina (PI). Faz parte de uma pesquisa multicêntrica que estudou a situação de idosos com dependência física, mental/emocional, cognitiva ou social, cujo foco é subsidiar a elaboração de uma política pública que atenda ao idoso dependente e à pessoa que o cuida. Foi coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com instituições de ensino brasileiras (Minayo, 2019).

### **Amostra**

Com amostra intencional, 175 pessoas participaram deste estudo, sendo 64 idosos com dependências, 27 cuidadores formais e 84 cuidadores familiares (Quadro 1). Considerou-se “idoso dependente” a pessoa com 60 anos e mais que, pela redução ou falta de capacidade física ou cognitiva, têm necessidade de ajuda para a realização das ABVD ou AIVD, implicando na presença de, pelo menos, mais uma pessoa para exercer cuidado (UE, 2003).

Considerou-se dependência física a incapacidade funcional, prática ou motora para realizar ABVD ou AIVD; e dependência cognitiva a perda completa ou parcial da orientação no tempo, da memória, atenção, realização de cálculo, linguagem e capacidade visual (Brasil, 2006). Os cuidadores foram compreendidos como formais (contratados) ou familiares, considerados como aqueles que prestam assistência ou cuidado ao idoso no exercício das atividades diárias (Bertolucci, 1994).

Foram excluídos os idosos que estavam em Instituições de Longa Permanência ou que residem sozinhos, por causa do objeto de estudo que previa compreender a situação da díade: idoso dependente-cuidador familiar.

### **Coleta de dados**

Para a coleta de dados, os participantes foram identificados por meio das Secretarias Municipais de Saúde e dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município envolvido no estudo. Em seguida, procedeu-se o contato e o agendamento das entrevistas com os interlocutores, todas realizadas em suas residências por entrevistadores previamente capacitados.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com itens que contemplaram a obtenção de dados quantitativos e qualitativos, utilizando-se um roteiro construído e consensualizado por um grupo de pesquisadores de diferentes universidades brasileiras. Foram utilizadas perguntas específicas para cada grupo entrevistado que envolveu a percepção acerca de temas relativos ao cuidado e à dependência.

As entrevistas foram gravadas em áudio (com permissão dos entrevistados) e transcritas. Destaca-se que as variáveis quantitativas selecionadas para este estudo foram coletadas do corpus textual gerado pelas transcrições realizadas pelos pesquisadores, contendo informações sociodemográficas e assistenciais relacionadas às práticas de cuidado e aspectos do mundo do trabalho.

## **Variáveis**

As variáveis foram agrupadas de acordo com cada grupo de participante na pesquisa:

### Idoso dependente:

1. Características sociodemográficas: sexo, raça, estado civil, faixa etária, quantidade de filhos e netos, religião, escolaridade, com quem reside, adaptação da residência às necessidades, cognição (capacidade preservada ou prejudicada de orientação no tempo, da memória, atenção, realização de cálculo, linguagem e capacidade visual) e convívio social (mantém convivência afetiva com familiares, amigos, vizinhos ou outros).

2. Características assistenciais: tempo que necessita de cuidado, cuidador profissional e médico que acompanha.

### Cuidadores familiares:

1. Características sociodemográficas: sexo, raça/cor e faixa etária;

2. Características assistenciais: grau de parentesco, motivo para ser cuidador, tempo na função, alternância nos cuidados, autopercepção sobre a própria saúde e problemas emocionais (tristeza, estresse, cansaço, sobrecarga, insônia e irritação).

#### Cuidadores formais:

1. Características sociodemográficas: sexo, raça/cor e faixa etária;
2. Características assistenciais e profissionais: contrato de trabalho, curso de formação, remuneração, tempo de atuação, realização de outras atividades no lar onde trabalha, dificuldades vivenciadas no trabalho, sentimento pela pessoa idosa e problemas emocionais (Tristeza, depressão, fadiga, sobrecarga e ansiedade) e sociais (Falta de reconhecimento, liberdade e relações sociais).

### **Análise estatística**

As variáveis foram inseridas e categorizadas em um banco de dados no software Excel e codificadas. Posteriormente, para a análise estatística, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e as variáveis foram apresentadas por meio de frequência bruta e relativa.

### **Ética da pesquisa**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz sob o Parecer nº 1.326.631. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Resultados**

Foram entrevistados 64 idosos dependentes, 84 cuidadores familiares e 27 cuidadores formais em diferentes municípios brasileiros, constituindo uma amostra de 175 pessoas. Dentre os idosos, a maioria era mulher (64,1%), da raça branca (56,3%), com baixa escolaridade (15,6% eram analfabetos e 40,6% possuíam ensino fundamental incompleto) e de religião católica (71,9%). A maioria dos idosos possuía idade superior a 80 anos (54,7%), viviam sem a presença de companheiro (68,7%), tinham filhos



(87,6%) e netos (75%). Do total, 37,5% moravam com a filha, 31,3% com companheiro e 70,3% em casa adaptada às necessidades (Tabela 1).

Dos idosos, 23,1% necessitavam de cuidados há tempo maior ou igual a quatro anos; 87,7% não tinham cuidador profissional e 29,2% eram acompanhados pelo médico da APS. A maioria referiu sentir mal-estar com a situação em que se encontrava, tinham a cognição preservada, porém não mantinham relações sociais (Tabela 2).

Na Tabela 3, é possível observar que a maioria dos cuidadores familiares era do sexo feminino (84,5%), da raça/cor branca (40,5%) e tinham entre 40 a 59 anos (52,4%). Os que exerciam o cuidado dos idosos com maior frequência eram as “filhas”, que relataram estarem nessa função justamente pelo fato de serem “filhas” ou por “não ter outra pessoa que cuide”. Grande parte dos cuidadores assistiam aos idosos há mais de 2 anos e não dividiam o trabalho com outras pessoas. A maioria referiu que, no exercício dessa atividade têm passado por adoecimentos (60,7%), problemas emocionais (75,0%), problemas sociais (75,0%) e relatou que a família constitui a principal rede de apoio que ajuda no cuidado com o idoso (48,8%).

A Tabela 4 apresenta as características dos cuidadores formais. Foi possível observar que a maioria era mulher (92,6%), de raça negra (63,0%) e encontrava-se na faixa etária de 40 a 59 anos (74,1%). Grande parte não tinha contrato de trabalho (74,1%), nunca realizou curso de formação para a função (77,8%), recebia aproximadamente um salário mínimo ( $\leq$  R\$ 1.000,00) e atuava na função há menos de um ano (59,3%). Nessa população, 74,1% realizaram outras atividades na residência do idoso e 55,6% enfrentaram dificuldades no trabalho. A maioria referiu gostar do que faz, não sofriam com problemas emocionais e contavam com o apoio de familiares do idoso e de outros cuidadores.

## **Discussão**

Este estudo identificou características sociodemográficas e assistenciais que indicam vulnerabilidades em idosos dependentes, cuidadores familiares e formais. Observou-se que os entrevistados são afetados por vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas (Ayres,

2006), envolvendo aspectos que sugerem a precarização das condições de vida e saúde.

Com relação às vulnerabilidades individuais e sociais, evidencia-se que a maioria dos idosos é do sexo feminino, com idade maior ou igual a 80 anos e com baixa escolaridade. Essas mulheres necessitam de cuidado há muito tempo (quatro anos ou mais) e relataram sintomas depressivos, de tristeza e solidão. Embora tenham filhos e netos, reclamam que muitos não mantêm um convívio frequente com elas. Não possuem cuidador profissional e nem assistência regular à saúde.

Esses dados corroboram a projeção demográfica para o Brasil, que aponta maior proporção de mulheres entre as pessoas idosas, em decorrência da mortalidade diferencial por sexo, que afeta precocemente a população masculina (Batista, 2008; IBGE, 2019). Nas famílias, além de constituírem o grupo que mais sofre com a dependência (Guerra, 2008; Lima-Costa, 2017; Auais, 2019), elas também se caracterizam pelo cuidado que prestam a outros idosos (Giacomin, 2005; Duarte, 2016; Diniz, 2018). É preciso lembrar que a população com 80 anos ou mais está aumentando no Brasil. Sendo ela a mais vulnerável aos vários tipos de dependência, é a que exige uma maior quantidade de cuidadores (Minayo, 2019).

Estudos apontam que a baixa escolaridade e as piores condições socioeconômicas dos idosos estão associadas à perda da capacidade física e funcional precocemente, pois essas pessoas tendem a acumular mais doenças ao longo da vida, desempenharam atividades laborais insalubres, possuem hábitos de vida prejudiciais e menor acesso aos serviços de saúde (Melzer, 2001; Singh-Manoux, 2005; Lima-Costa, 2012; Minayo, 2019). Além do mais, enfrentam maior dificuldade para receber ajuda, constituindo-se em um grupo extremamente vulnerável (Lima-Costa, 2012; 2013).

A solidão e o isolamento vivenciados pelos idosos são indicativos de perdas de convívio no âmbito familiar e social e, conforme Santini et al. (2020), podem ocasionar problemas emocionais e psicológicos, principalmente depressão. Essas questões que aparecem no estudo como queixas frequentes indicam a necessidade de atenção à saúde mental visando aumentar seus vínculos sociais, assim como tratar temáticas

relacionadas à morte e à terminalidade (Oliveira, 2013). A rede social de proteção, constituída por pessoas próximas, pode potencializar ou reduzir as vulnerabilidades (Minayo, 2020).

Embora os idosos entrevistados nesta pesquisa apresentem elevado número de filhos, netos e contem com a presença do cônjuge ou da pessoa que os cuida, muitos se sentem sozinhos. Este paradoxo pode ser resultado das mudanças e das dinâmicas familiares marcadas pela coexistência de bisnetos, netos e filhos na mesma residência, ao mesmo tempo em que se constata a perda de vínculo e de solidariedade (Camarano, 2014).

A vulnerabilidade programática encontrada neste estudo refere-se ao fato de que muitos idosos não contam com assistência médica e apenas 29% relatou acesso aos cuidados ofertados na APS. Esse achado reforça a hipótese acerca da necessidade de os serviços de saúde reconfigurarem suas práticas assistenciais para enfrentarem os desafios da multimorbidade e das necessidades associadas ao processo de envelhecimento. Necessitam-se estratégias que promovam acesso, reduzam a fragmentação do cuidado e valorizem e promovam as competências da APS para melhorar o atendimento e, a partir dela, se dinamize uma nova organização das redes de atenção à saúde (Oliveira, 2013; Nunes, 2018; Melo, 2019). Não há solução: o número de idosos vai aumentar e é fundamental que o cuidado com essa população seja adequado e qualificado.

Com relação aos cuidadores familiares, foi possível identificar características que indicam vulnerabilidades individuais, emocionais e sociais. As condições em que vive este grupo denotam a precariedade da função de “cuidador”, marcada por desigualdades, sobrecargas, adoecimentos e diversos problemas. A maioria são mulheres, principalmente filhas e esposas, corroborando outras pesquisas brasileiras, segundo as quais a pessoa que mais cuida geralmente é a filha, o que incide sobre sua vida econômico-financeira, pois a empobrece (por não ser uma atividade remunerada), provoca-lhe sobrecarga por um trabalho ininterrupto, aumenta os riscos à saúde e seu isolamento social (Giacomin, 2005; 2018; Minayo, 2019). Muitas são também idosas, inclusive longevas, o que configura um contexto de pessoas idosas cuidando de idosos.

Embora uma parte das mulheres entrevistadas afirme que recebe apoio dos familiares no cuidado com seu familiar dependente, outra parte refere não possuir redes sociais. A rede e o apoio social são importantes como medidas de suporte para o enfrentamento de problemas tanto do idoso como da pessoa que cuida (Carmichael, 2014).

O cuidado familiar exercido majoritariamente por mulheres simboliza as desigualdades de gênero presentes na sociedade, historicamente constituídas por relações de poder assimétricas entre os sexos, cuja atividade de cuidar no âmbito privado tem sido função predominantemente feminina. Nesta pesquisa, parte das entrevistadas revelou que a condição de “ser filha” foi determinante para assumir o papel de cuidadora. Esse fato impacta na vida pessoal, profissional, social e afetiva da mesma, além de produzir efeitos na sociedade como um todo. Apesar das transformações dos arranjos familiares e o papel social das mulheres, o processo de envelhecimento populacional não está sendo acompanhado de mudanças na divisão sexual do trabalho de cuidar, a não ser em casos excepcionais, especialmente no âmbito familiar (Camarano, 2014).

Na maioria dos casos, observou-se ausência de alternância nos cuidados, como se a família entregasse de vez a assistência a uma única pessoa que arca, de um lado, com o conforto emocional de assistir seu ente querido, mas, de outro, com o ônus da sobrecarga de trabalho e da perda do convívio social e, por vezes, do emprego (Diniz, 2018; Giacomini, 2018). Vários estudiosos têm mostrado que essas pessoas são também mais suscetíveis aos agravos em sua saúde mental, na medida em que o tempo gasto com os cuidados do idoso são longos e ininterruptos (Karsch, 2003), frequentemente elas dormem mal e se afastam do convívio social (Nascimento, 2019).

Ressalta-se a importância da atenção à saúde do cuidador, no sentido de reduzir os fatores de risco que ele (mais corretamente ela) corre no exercício de sua atividade. Neste estudo, a presença de cuidador profissional foi pequena e inferior se comparada aos cuidadores familiares. Esse dado reforça o quanto o cuidado familiar e informal é predominante com o idoso dependente, corroborando com outros estudos brasileiros (Giacomini, 2005;

2018; Diniz, 2018) e precisam de apoio dos serviços públicos.

As características dos cuidadores formais também sugerem vulnerabilidades sociais, principalmente relacionadas ao mundo do trabalho. A maioria era do sexo feminino, de raça negra, sem vínculo trabalhista formal, com pouca ou nenhuma formação para o exercício profissional e recebe baixa remuneração. Além das condições precárias de trabalho, a maioria dos cuidadores formais acumulavam outras atividades na residência onde cuida do idoso, como cozinhar, limpar a casa e cuidar dos demais membros da família.

Dentre as vulnerabilidades dos cuidadores formais participantes deste estudo, estão a mão de obra predominantemente negra, com pouca qualificação e, na maioria das vezes, sem contrato de trabalho formal e garantias trabalhistas. A participação de mulheres negras e com baixa escolaridade no mercado de trabalho reflete a intersecção entre as desigualdades de gênero, raça e classe social presentes na sociedade. Elas constituem o grupo social mais desfavorecido e vulnerável, pois os regimes capitalistas, patriarcais e racistas impedem que as mesmas consigam melhores rendimentos e postos de trabalho, ficando sobrerrepresentadas nas ocupações de menor prestígio (Lima, 2013).

No Brasil, as taxas de escolarização dos negros são baixas e muitos ocupam trabalhos domésticos, precários e com menores remunerações quando comparados às pessoas brancas (IPEA, 2014). A ausência de contrato de trabalho formal e de formação para o exercício da profissão evidencia a falta de políticas públicas e sociais que garantam a qualificação dos cuidadores formais<sup>36</sup>. Isso ocorre, apesar de iniciativas governamentais, como o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) que oferece cursos técnicos para cuidadores de idosos. No entanto, se bem formadas, essas pessoas exigiriam melhores salários e vínculo trabalhista, o que, aliás já é feito nos casos em que os cuidadores são organizados em cooperativas ou em pequenas empresas.

Este estudo, embora aborde aspectos fundamentais da díade idoso dependente-cuidador, apresenta algumas limitações. A coleta de dados é de natureza eminentemente qualitativa, a amostra é constituída por um pequeno

número de pessoas e houve algumas não respostas às questões das entrevistas. Entretanto, os resultados identificam situações que são corroboradas por muitas outras pesquisas nacionais e internacionais aqui citadas.

## **Conclusão**

As características sociodemográficas e assistenciais de uma amostra de idosos e cuidadores formais e familiares de diferentes municípios brasileiros identificadas nesta investigação constituem vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

O estudo identificou fragilidades nos idosos decorrentes da situação de dependência. Além do mais, observou-se desigualdades de gênero e raça no cuidado às pessoas idosas, demonstrando a rigidez dos papéis sociais atribuídos aos homens e mulheres de acordo com a cor da pele na sociedade brasileira. No âmbito familiar, as redes de apoio demonstram relevância diante da temática estudada particularmente para prevenir agravos emocionais e sociais. E quanto aos cuidadores formais, há a necessidade de uma política de valorização e qualificação, contribuindo para a formalização da profissão.

Os dados apresentados são de uma amostra de idosos e cuidadores, não podendo ser generalizados e ou considerados representativos da sociedade brasileira. Entretanto, podem contribuir para a criação, desenvolvimento e implementação de estratégias governamentais e sociais para a melhoria e ampliação das redes de apoio e a regulamentação de uma política e adequada que trate da dependência e do exercício do cuidar.

## **Referências**

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Cienc Saude Coletiva 2008;13(4):1199-207.

Auais M, Ahmed T, Alvarado B, Phillips SP, Rosendaal N, Curcio CL, Fernandes J, Guralnik J, Zunzunegui MV. Gender differences in four-year incidence of self-

reported and performance-based functional disability: The International Mobility in Aging Study. *Arch Gerontol Geriatr* 2019; Jun; 82:266-272.

Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52 (1): 1-7.

Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas In: Camarano AA (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro RJ: IPEA; 2004. p. 253-92.

Camarano AA. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isto? In: Camarano, AA (Org.) *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 605-623.

Carmichael F, Ercolani M. Overlooked and undervalued: the caring contribution of older people. *Int. J. Soc. Econ* 2014; 41(5): 397–419.

Del Duca GF, Silva MC, Halall PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica* 2009; 43(5): 796- 805.

Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO, Gratão ACM. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23 (11): 3789-3798.

Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p.457-78.

Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. *Can Fam Physician* 2020; 66(3):176-182.

Giacomin KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. Rev. Saúde Pública 2018; 52(2): 1-9.

Giacomin KC, Uchoa E, Lima-costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5):1509-1518.

Greenwood N, Pound C, Brearley S, Smith R. A qualitative study of older informal carers' experiences and perceptions of their caring role. Maturitas 2019; (124): 1-7.

Guerra RO, Alvarado BE, Zunzunegui MV. Life course, gender and ethnic inequalities in functional disability in a Brazilian urban elderly population. Aging Clin Exp Res 2008; 20, 53–61.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos moradores 2012-2016. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2018: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Situação social da população negra por estado. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 861-866.

Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. BMC Geriatr; 19(1): 1471-2318, 2019.

Lampert CDT, Scortegagna SA, Grzybovski D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. REAd 2016; 85 (3): 360 – 380.

Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Peixoto SV. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for



noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15 (137).

Lima-Costa MF, Oliveira C, Macinko J, Marmot M. Socioeconomic inequalities in health in older adults in Brazil and England. *Am J Public Health* 2012; 102(8):1535-41.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publica* 2017; 1(51).

Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. geriatr. Gerontol* 2019; 22(1): 1-11.

Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56(5): 294-301.

Minayo MCS. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: Por uma política necessária e urgente. *Ciência e Saúde Coletiva* 2020 [no prelo].

Minayo MCS. Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias visando subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Projeto de Pesquisa.

Minayo MCS. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(1): 247-252.

Nascimento HG, Figueiredo AE. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019, 24(4):1381-1392.

Nunes BP, Batista SRR, BOF DE Andrade F, Souza-junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52(2): 1-12.

Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 264-73.

Organização Panamericana de Saúde. Plano de ação para a saúde da população idosa. Washington: Organização Panamericana de Saúde; 2019.

Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Madsen KR, Koushede V. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health* 2020; 5: 62–70.

Singh-Manoux A, Marmot M. Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Soc Sci Med* 2005; 60(9): 2129-33.

União Europeia. Consejo de Europa. Recomendación 1591. Retos de la política social en las sociedades europeas que envejecen. Bruselas: Comisión Europea; 2003.

## Quadro e Tabelas

Quadro 1- Quantitativo de idosos dependentes, cuidadores familiares e cuidadores formais entrevistados na pesquisa, municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.

Município/Estado	Idosos dependentes		Cuidadores familiares		Cuidadores formais	
	n	%	n	%	n	%
Araranguá (SC)	12	18,8	13	15,5	6	22,2
Belo Horizonte (BH)	7	10,9	11	13,1	0	0,0
Brasília (DF)	10	15,6	10	11,9	0	0,0
Fortaleza (CE)	10	15,6	11	13,1	5	18,5
Manaus (AM)	5	7,8	10	11,9	5	18,5
Porto Alegre (RS)	11	17,2	11	13,1	4	14,8
Rio de Janeiro (RJ)	3	4,7	7	8,3	2	7,5
Teresina (PI)	6	9,4	11	13,1	5	18,5
Total	64	100	84	100	27	100

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos dependentes de municípios em diferentes regiões do Brasil, 2019.

Variável	n (64)	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	41	64,1
Masculino	23	35,9
<b>Raça*</b>		
Branca	36	56,3
Negra (Parda e preta)	20	31,2
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	24	37,5
Sem companheiro	40	62,5
<b>Faixa etária (anos)</b>		
60 – 69	6	9,4
70 – 79	23	35,9
≥ 80	35	54,7
<b>Filhos**</b>		
Nenhum	2	3,1
1 – 3	28	43,8
4 – 7	17	26,6
≥ 8	11	17,2
<b>Netos***</b>		
Nenhum	5	7,8
1 – 3	23	36,0
4 – 7	10	15,6
≥ 8	15	23,4
<b>Religião****</b>		
Católica	46	71,9
Evangélica	7	10,9
Outra	6	9,4
<b>Escolaridade*****</b>		
Analfabeto	10	15,6
Ensino Fundamental Incompleto	26	40,6
Ensino Fundamental completo	11	17,2
Ensino Médio	8	12,5
Superior	5	7,8
<b>Com quem reside</b>		
Companheiro	20	31,3
Filha	24	37,5
Filho	12	18,8
Sozinho	4	6,2
Outros familiares	4	6,2
<b>Casa adaptada às necessidades</b>		
*****		
Não	12	29,7
Sim	45	70,3
<b>Convívio social*****</b>		
Não mantém relacionamentos sociais	34	53,2
Mantém relacionamentos sociais	22	34,3

Fonte: Dados da pesquisa de campo. Não responderam: \*8(12,5%); \*\*6(9,4%); \*\*\*11(17,2%); \*\*\*\*5 (7,8%); \*\*\*\*\*4(6,3%); \*\*\*\*\*7(10,8%); \*\*\*\*\*8(12,5%)

Tabela 2 – Características assistenciais dos idosos dependentes em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n(64)</b>	<b>%</b>
<b>Tempo que necessita de cuidado (anos)*</b>		
< 1	9	14,1
1 a 3	9	14,1
≥ 4	15	23,4
<b>Cuidador profissional</b>		
Não	57	89,1
Sim	7	10,9
<b>Médico que acompanha**</b>		
APS	19	29,7
Especialista	12	18,7
Nenhum	11	17,2
Outro	13	20,3
<b>Percepção de si***</b>		
Bem estar	18	28,1
Mal estar	39	61,0
<b>Cognição</b>		
Prejudicada	23	35,9
Preservada	41	64,1

\*Não respondeu: \*31(48,4%); \*\*9(14,1%); \*\*\*7(10,9%)

Tabela 3 - Características sociodemográficas e assistenciais dos cuidadores familiares em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>n (84)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	71	84,5
Masculino	13	15,5
<b>Raça*</b>		
Branca	34	40,5
Negra (Parda e preta)	32	38,1
<b>Faixa etária (anos)</b>		
20 – 39	7	8,3
40 – 59	44	52,4
60 – 79	12	14,3
≥ 80	21	25,0
<b>Grau de parentesco</b>		
Companheiro(a)	20	23,8
Filha	39	46,4
Outros familiares	25	29,8
<b>Motivo por ser o cuidador</b>		
Não ter outra pessoa	31	36,9
Por ser a esposa	6	7,1
Por ser a filha	23	27,4
Outro motivo	24	28,6
<b>Tempo na função (anos)**</b>		
≤ 1	8	9,5
2 – 5	41	48,8
6 – 9	8	9,5
≥ 10	22	26,2
<b>Cuidados alternados com outras pessoas</b>		
Não	46	54,8
Sim	38	45,2
<b>Adoecimento (autorreferido)</b>		
Não	33	39,3
Sim	51	60,7
<b>Problemas emocionais (autorreferido)</b>		
Não	21	25,0
Sim	63	75,0
<b>Problemas sociais</b>		
Não	21	25,0
Sim	63	75,0
<b>Rede de apoio</b>		
APS	13	15,5
Família	41	48,8
Vizinhos/Amigos	6	7,1
Não recebe apoio	24	28,6

\*Não respondeu: \*18(21,4%); \*\*5(5,9%)

Tabela 4 - Características sociodemográficas, de trabalho, psicológicas e de cuidado dos cuidadores formais em municípios de diferentes regiões do Brasil, 2019.

Variáveis	n (27)	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	92,6
Masculino	2	7,4
<b>Raça</b>		
Branca	10	37,0
Negra (Parda ou preta)	17	63,0
<b>Faixa etária (anos)</b>		
30 – 39	6	22,2
40 – 59	20	74,1
> 60	1	3,7
<b>Contrato de trabalho</b>		
Não	20	74,1
Sim	7	25,9
<b>Curso para cuidador</b>		
Não	21	77,8
Sim	6	22,2
<b>Remuneração (R\$)*</b>		
≤ 1.000	11	40,7
1.100 – 2.000	6	22,2
≥ 2.100	2	7,4
<b>Tempo de atuação (anos)</b>		
≤ 1	16	59,3
1 – 3	5	18,5
≥ 4	6	22,2
<b>Executa outras atividades na casa que não o cuidado do idoso**</b>		
Não	4	14,8
Sim	20	74,1
<b>Enfrenta dificuldade no trabalho***</b>		
Não	10	37,0
Sim	15	55,6
<b>Percepção sobre o trabalho****</b>		
Gosta do que faz	17	63,0
Sente-se sobrecarregado e desvalorizado	5	18,5
<b>Problemas emocionais</b>		
Não	15	55,6
Sim	12	44,4
<b>Rede de apoio*****</b>		
Família/Outros cuidadores	17	63,0
Não recebe apoio	7	25,9

\*Não respondeu: \*8(29,6%); \*\*3(11,1%); \*\*\*2(7,4%); \*\*\*\*5(18,5%); \*\*\*\*\*3(11,1%)

Anexo 3 - Sumário Executivo: Vivência da Sexualidade no Envelhecimento

Capítulo aprovado no “SUMÁRIO EXECUTIVO SOBRE UM ESTUDO SITUACIONAL A RESPEITO DE IDOSOS DEPENDENTES E SEUS CUIDADORES FAMILIARES

DOI: 10.13140/RG.2.2.21005.77284

*“O cuidado salva a vida, faz justiça ao empobrecido e resgata a Terra como pátria e mátria de todos nós”, parafraseando Leonardo Boff (2020).*

Maria Cecília de Souza Minayo (coordenadora)

#### **EQUIPE PORTO ALEGRE**

Jesualda Maria Pedó

Konrad Gutterres Soares

Rafael Henrique Flores Ribeiro

Stela Nazareth Meneghel

#### **Apresentação**

Este SUMÁRIO EXECUTIVO é destinado a você que cuida pessoalmente ou é responsável institucionalmente por pessoas idosas dependentes: familiar, cuidador ou cuidadora, profissional de saúde, profissional de assistência social, profissionais do direito gestor ou formulador de políticas.

Os dados e informações a que você tem acesso neste Sumário partem de três fontes: documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre idosos, seus direitos e prestação de cuidados; ampla bibliografia nacional e internacional sobre envelhecimento e dependência; e vasta pesquisa empírica denominada *“Estudo situacional dos idosos dependentes que residem com suas famílias, visando a subsidiar uma política de atenção e de apoio aos cuidadores”* realizada pelo grupo que assina este documento.

Participaram do estudo como coordenadores locais, pesquisadores das seguintes instituições: Universidade Federal do Amazonas; Universidade do Estado do Amazonas, Universidade Federal do Piauí; Universidade de Fortaleza; Universidade de Brasília; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Fundação Oswaldo Cruz. Cada um desses, por sua vez, criou grupos de estudo em sua instituição, ampliando o número de participantes para 35 professores e estudantes.

Por meio de abordagem qualitativa foram entrevistados 64 idosos dependentes; 84 cuidadores familiares e 30 profissionais de saúde. Ao todo a pesquisa contemplou 178 pessoas.

O interesse específico deste trabalho é duplo. Primeiro, compartilhar com você o conhecimento que obtivemos sobre os idosos dependentes e sobre os cuidadores familiares – também chamados cuidadores informais - discutindo a atenção de que ambos necessitam (a pessoa idosa e quem a assiste). Em segundo lugar,

Queremos torná-lo parte de um movimento que busca aumentar a consciência da sociedade e sensibilizar o Estado Brasileiro na busca de uma Política de Proteção aos idosos dependentes e aos que cuidam deles em casa, em seu domicílio

É importante que você saiba que nos países da Europa e no Canadá, já há muito tempo, existem leis específicas que beneficiam tanto idosos dependentes como cuidadores familiares. Nos Estados Unidos, elas são mais recentes. No Brasil, esse seguimento de idosos permanece como responsabilidade exclusiva de suas famílias, nucleares ou extensas, embora haja algumas belas iniciativas locais do poder público, essas são muito poucas e pulverizadas. Não constituem uma política. Se o envelhecimento saudável é um bônus, o envelhecimento com dependência é um ônus a ser assumido por todos nós!

Este sumário contém as seguintes informações:

1. Visão sociodemográfica da população idosa brasileira
2. Definição de “cuidado”, conceito-chave da atenção à pessoa idosa
3. Definição de “dependência” e de seus vários graus e tipos
4. Principais fragilidades e doenças que acometem os idosos dependentes



5. Situação sociodemográfica dos idosos dependentes estudados
6. Vivência da sexualidade em situação de dependência
7. Situação dos cuidadores dos idosos: familiares e formais
8. Vivências subjetivas dos cuidadores familiares
9. Necessária integração entre atenção à saúde e assistência social
10. O papel dos Agentes Comunitários de Saúde
11. Exemplos de atuação integrada no Brasil
12. Algumas conclusões

## **6. VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NO ENVELHECIMENTO**

Tratamos do tema da sexualidade neste sumário porque ele é geralmente relegado. Existe um mito social de que a pessoa idosa é assexuada (Uchoa *et al.*, 2016). Na pesquisa aqui referida, foram raras as referências ao assunto e exceções foram os idosos que falaram positivamente sobre seus relacionamentos afetivos.

Para a Organização Mundial da Saúde: “a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todas essas dimensões sejam sempre vividas.” (WHO, 2015).

O aumento do número de idosos com HIV/AIDS mostra a necessidade e importância de se incluir a sexualidade nas atividades de educação em saúde e nos conteúdos de formação (Alencar *et al.*, 2016). E dada a singularidade desse tema e sua importância para o convívio social, é fundamental conversar sobre ele até com os idosos dependentes e com os que vivem em instituições de longa permanência, assim como inclui-lo no planejamento do cuidado (Hinchliff *et al.*, 2018).

Vejamos algumas diferenças de gênero na visão sobre o sexo. Os homens idosos costumam valorizar a sexualidade em seus aspectos biológicos, incluindo a capacidade de realizar o ato sexual e a penetração. Essa visão restringe a compreensão da atividade sexual, tornando muitos homens frustrados, angustiados, tristes e depressivos quando passam a vivenciar a impossibilidade de penetração vaginal e de ereção peniana. A disfunção erétil é um problema de elevada prevalência entre idosos porque atinge o cerne da cultura masculina. Ouvimos de

alguma “minha vida não tem mais sentido porque eu não sou mais homem”, referindo-se à incapacidade de penetração, o que é referido também por Gewirtz-Meydan *et al.* (2019).

Já as mulheres, na lógica patriarcal, ocupam uma posição de inferioridade na hierarquia entre os sexos e devem prestar obediência e subordinação ao marido (Botacci *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2018). A socialização diferenciada de gênero educa meninas para serem submissas, dóceis, abnegadas e, embora muitos avanços venham ocorrendo, o prazer sexual ainda é privilégio da masculinidade. A geração que hoje está idosa sente isso profundamente. A velhice costuma impactar negativamente as mulheres que, ao não se sentirem atraentes, acabam por desistir de exercer sua sexualidade. No entanto, elas costumam compreender a sexualidade de modo mais amplo que os homens, como um processo do qual fazem parte outras emoções e comportamentos incluindo vivências afetivas que vão além do ato sexual propriamente dito (Vieira *et al.*, 2015).

O que mais se destaca no tema da sexualidade é seu viés heteronormativo (Derbert *et al.*, 2012). Daí a invisibilidade da população LGBTQI+. Há muitos relatos de conflitos, agressões, abusos e ostracismo contra esse grupo social por parte dos próprios idosos heterossexuais, vizinhos e, também, por parte dos trabalhadores de saúde. Urge discutir, nos serviços de sociais e de saúde, a intolerância em relação a minorias sexuais ou de gênero, porque ela provoca muito sofrimento (Srinivasan *et al.*, 2019).

Uma questão fundamental é saber como abordar a sexualidade na velhice. As dificuldades de comunicação entre idosos e profissionais de saúde devem-se, em parte a falhas na formação acadêmica na área da geriatria e gerontologia. Barreiras que desencorajam os profissionais de saúde a falar sobre sexo e sexualidade com pacientes mais velhos incluem: (1) falta de confiança e de experiência para tratar o tema; (2) falta de conhecimento sobre sexualidade, sobre tratamentos ou outros meios de ajudar as pessoas idosas que enfrentam problemas e procuram ajuda; (3) vergonha e medo de causar constrangimento ou ofender os pacientes idosos ao levantar o assunto; (4) crenças pessoais, culturais ou religiosas sobre a sexualidade, dentre elas, a ideia de que sexualidade se resume ao intercurso sexual; (5) essas crenças fazem parte da cultura patriarcal que define papéis rígidos para homens e mulheres, não consideram as questões sexuais e de sexualidade importantes e desencorajam sua expressão (Heath, 2019).

A OMS, por meio do seu Guia de Comunicação Breve sobre a Sexualidade (WHO, 2019), orienta que se deve ter uma postura acolhedora, isenta de moralismos para tratar do tema com a pessoa idosa. E recomenda que as abordagens incorporem os seguintes componentes:

*Aproximação:* estabelecer um vínculo com o idoso avaliando o contexto que o cerca e suas vivências. "Você tem alguma dúvida ou preocupação sobre questões sexuais?"

*Diálogo sobre o tema:* fazer perguntas sobre saúde sexual e sexualidade, tais como: "Você está satisfeito com sua vida sexual?" "A sua vida sexual está correndo como você deseja?" ou "Como você se sente em suas relações sexuais?"

*Conversa focada no indivíduo:* identificar preocupações, dificuldades sexuais, disfunções ou distúrbios, perguntando: "Que dificuldades você tem?"; "Algumas pessoas com o seu problema de saúde (câncer, hipertensão, diabetes, demência, ou outra doença) dizem que têm problemas sexuais. Como é para você?"

*Aconselhamento e orientação:* escutar sem julgar, dar informações cabíveis e indicar ações passíveis de serem realizadas.

Em resumo, o exercício da sexualidade na fase do envelhecimento precisa ser compreendido como uma experiência positiva tanto na ótica do profissional de saúde quanto da pessoa idosa. No processo de cuidado, seja em forma de ações educativas, consultas de rotina ou conversas informais, a temática precisa ser abordada com naturalidade, clareza e como elemento fundamental da saúde, da vida e do bem-estar do ser humano em qualquer idade (Alencar *et al.*, 2016).

#### Referências:

Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. The exercise of sexuality among the elderly and associated factors. Rev. bras. geriatr. gerontol, 2016; 19(5): 861-869.

Alencar RA, Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. Rev. Bras. Enferm., 2016; 69(6): 1140-1146 .

Botacci LFG. A construção social do sexo: alguns aspectos a considerar sobre a terceira idade. Revista Trilhas da História 2011; 1(1): 145-158.

Debert G, Brigeiro M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. Rev.

bras. Ci. Soc., 2012; 27(80): 37-54 .

Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Ayalon L, Benyamini Y, Biermann V et al. How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies, *Cult Health Sex* 2019, 21(3):293-308.

Heath H. Sexuality and sexual intimacy in later life. *Nursing Older People* 2019; 31(1):40-48.

Hinchliff S, Tetley J, Lee D, Nazroo J. Older adults' experiences of sexual difficulties: Qualitative findings from the English longitudinal study on ageing (ELSA). *The Journal of Sex Research*. 2018; 55(2):152–63.

Oliveira EL, Neves ALM, Silva IR. Sentidos de Sexualidade Entre Mulheres Idosas: Relações de Gênero, Ideologias, Mecanicistas e Subversão. *Psicol. Soc*, 2018, 30 (e166019).

Organização Mundial da Saúde. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. WHO: Geneva; 2015.

Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Seweel DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21 (10):97.

Uchoa YS, Costa DCA, Silva Jr IAP, Silva STSE, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19 (6): 939-949.

Vieira KFL., Coutinho MPL, Saraiva ERA. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015; 36(1):196-209.

World Health Organization (WHO). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach*. WHO:Geneva; 2015.