

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DA JUSTIÇA E DA DESVIÂNCIA

Sexualidade e Cuidado na Pessoa Idosa. Atitudes e perceções de cuidadoras informais.

Sara Catarina Campos Adão

M

2022



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SEXUALIDADE E CUIDADO NA PESSOA IDOSA. ATITUDES E PERCEÇÕES
DE CUIDADORAS INFORMAIS.**

Sara Catarina Campos Adão

Outubro, 2022

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora
Sara Isabel Magalhães (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autoria ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Sara Isabel Magalhães, por ter embarcado comigo neste projeto, pelo apoio, disponibilidade e dedicação. Agradeço-lhe, também, pela paciência, e pela orientação motivadora, compreensiva e profissional.

À Professora Doutora Conceição Nogueira, por ser uma figura de referência inigualável e ter contribuído para o meu percurso académico com os alicerces que me permitiram construir esta dissertação.

Às cuidadoras que participaram neste estudo, pela disponibilidade, abertura e confiança. Por aceitarem partilhar comigo as suas experiências, materializadas, agora, naquilo que espero vir a ser um contributo para a melhoria das suas realidades.

A todas as pessoas que cuidam informalmente de pessoas dependentes, pelo exemplo de heroísmo invisível que constituem.

À minha família e à tribo de coração, a mais sincera gratidão, por tudo. A quem abraçou este projeto, em especial, a quem se maravilhou, emocionou e apaixonou pela temática, e a quem queimou pestanas comigo e tornou possível a concretização deste sonho, o meu profundo agradecimento.

Ao meu Ber, participante ativo no processo de recrutamento e revisão, coach motivacional, e confeccionador de menus imprescindíveis para a realização de qualquer projeto, muito obrigada.

À mãe e Manite, pelo amor. À Cris, está cumprido parte do legado.

Ao Eduardo, a quem passo o testemunho.

Aos meus avós e às suas (e minhas) cuidadoras.

Resumo

A tendência demográfica de envelhecimento populacional tem motivado o incremento da produção científica no âmbito da sexualidade em pessoas idosas. A generalidade dos estudos tem vindo a desmistificar crenças e preconceitos associados à vivência desta dimensão, ao longo do processo de envelhecimento. Visto que o aumento da esperança média de vida não é indissociável de uma prevalência superior de situações de dependência, assiste-se à tímida emergência de estudos no âmbito do cuidado a pessoas idosas, sobretudo a nível institucional. Porém, mantém-se a necessidade de investigação focada nas pessoas que prestam cuidados informais a pessoas idosas dependentes, nomeadamente, ao nível das vivências da sexualidade por estas pessoas.

A presente investigação visa, assim, analisar as atitudes e reações das pessoas que prestam cuidados informais a pessoas idosas face à expressão e vivência da sexualidade das pessoas a seu cuidado, a sua preparação, e as adversidades sentidas ao atender questões desta dimensão, e, por fim, as suas perceções acerca dos apoios necessários e existentes para uma prestação de cuidados informais que responda às necessidades das pessoas idosas dependentes e das pessoas cuidadoras de forma integrada e saudável. Neste sentido, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 7 cuidadoras informais de pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 38 e os 74 anos de idade. A análise dos relatos das participantes foi realizada através da análise temática (Braun & Clarke, 2006), que conduziu à identificação de um organizador central que nomeamos “*ditadura*” de ser (boa) cuidadora, em torno do qual se desenvolvem dois temas principais: *A função de cuidar* e *Atitudes e perceções sobre sexualidade de pessoas a cuidado*.

Das principais conclusões da presente investigação destacam-se as necessidades formativas das pessoas que cuidam, de forma a providenciar conhecimentos teóricos e técnicos relativos à prestação de cuidados específicos a pessoas dependentes, bem como competências para responder às necessidades das pessoas idosas ao nível da expressão e vivência da sexualidade. Considera-se imperativo o estudo das perspetivas de quem cuida informalmente de pessoas idosas, com vista ao planeamento e estruturação de políticas e programas públicos de apoio social à família, orientados à realidade das pessoas cuidadoras e das pessoas idosas, garantindo a capacitação e empoderamento das mesmas e a prestação de cuidados mais adequados a necessidades particulares.

Palavras chave: Envelhecimento, Sexualidade, Cuidado Informal, Género

Abstract

The demographic ageing of the population has motivated the increase of scientific production in this area. Most studies have been demystifying beliefs and prejudices associated with the experience of this dimension during the ageing process. Given that the increase in average life expectancy is not inseparable from a higher prevalence of situations of dependence, studies are emerging within the scope of elderly care, especially at the institutional level. However, there is still a need for research focused on people who provide informal care to dependent older people, namely in terms of their experiences of sexuality.

Thus, this research aimed to analyse the attitudes and reactions of the informal caregivers of older people, looking at the expression and experience of the sexuality of the people under their care, their preparation and the adversities experienced when addressing issues of this dimension, and, finally, their perceptions about the necessary and existing support for the provision of informal care that meets the needs of dependent older people and caregivers in an integrated and healthy way. Therefore, semi-structured interviews were conducted with 7 informal caregivers of older people, aged between 38 and 74 years old. The analysis of the participants' accounts was performed through thematic analysis (Braun & Clarke, 2006), which led to the identification of a central organizer that we named *"dictatorship" of being a (good) caregiver*, around which two main themes are developed: *The caring role* and *Attitudes and perceptions about sexuality of people in care*.

The main conclusions of this research highlight the training needs of caregivers, in order to provide theoretical and technical knowledge regarding the provision of specific care to dependent people, as well as skills to respond to the needs of older people in terms of the expression and experience of sexuality. The study of the perspectives of informal caregivers of older people is considered imperative, with a view to planning and structuring public policies and programmes of social support to the family, oriented to the reality of caregivers and older people, ensuring their empowerment and the provision of care more suited to particular needs.

Key words: Ageing, Sexuality, Informal care, Gender.

Résumé

La tendance démographique au vieillissement de la population a motivé l'augmentation de la production scientifique dans ce domaine. La plupart des études ont démystifié les croyances et les préjugés associés à l'expérience de cette dimension au cours du processus de vieillissement. L'augmentation de l'espérance de vie moyenne n'étant pas indissociable d'une plus grande prévalence des situations de dépendance, des études émergent dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, notamment au niveau institutionnel. Toutefois, il reste à mener des recherches axées sur les personnes qui fournissent des soins informels aux personnes âgées dépendantes, notamment en ce qui concerne leur expérience de la sexualité.

Ainsi, cette recherche visait à analyser les attitudes et les réactions des aidants informels de personnes âgées, en s'intéressant à l'expression et au vécu de la sexualité des personnes dont ils s'occupent, à leur préparation et aux adversités rencontrées lorsqu'ils abordent les questions de cette dimension et, enfin, à leurs perceptions quant au soutien nécessaire et existant pour la prestation de soins informels qui répondent aux besoins des personnes âgées dépendantes et des aidants de manière intégrée et saine. Des entretiens semi-structurés ont donc été menés auprès de 7 aidants informels de personnes âgées, âgés de 38 à 74 ans. L'analyse des récits des participants a été réalisée par le biais d'une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006), qui a conduit à l'identification d'un organisateur central que nous avons nommé *"dictature" d'être un (bon) aidant*, autour duquel deux thèmes principaux sont développés: *Le rôle de soignant* et *Les attitudes et perceptions de la sexualité des personnes prises en charge*.

Les principales conclusions de cette recherche mettent en évidence les besoins de formation des soignants, afin de fournir des connaissances théoriques et techniques concernant la prestation de soins spécifiques aux personnes dépendantes, ainsi que des compétences pour répondre aux besoins des personnes âgées en termes d'expression et d'expérience de la sexualité. L'étude des perspectives des aidants informels des personnes âgées est considérée comme impérative, en vue de planifier et de structurer des politiques publiques et des programmes d'aide sociale à la famille, orientés vers la réalité des aidants et des personnes âgées, garantissant leur autonomisation et la fourniture de soins plus adaptés aux besoins particuliers.

Mots clés: Vieillissement, Sexualité, Soins informels, Genre.

Índice

<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>1. Enquadramento Teórico</i>	<i>3</i>
1.1. Envelhecimento Populacional	3
1.2. Idadismo ou Discriminação da Pessoa Idosa.....	4
1.3. Sexualidade da Pessoa Idosa	5
1.4. Cuidados Formais e Informais a Pessoas Idosas	13
1.5. Sexualidade e Cuidado da Pessoa Idosa	18
<i>2. Metodologia</i>	<i>20</i>
2.1. Objetivos de Investigação.....	20
2.2. Participantes	20
2.3. Método de Recolha de Dados.....	22
2.4. Método de Análise de Dados.....	23
<i>3. Análise e Discussão de Resultados</i>	<i>25</i>
3.1. A função de cuidar.....	25
<i>Feminização do Cuidado</i>	<i>25</i>
<i>Gosto, Técnica e Necessidades</i>	<i>29</i>
3.2. Atitudes e perceções sobre a sexualidade de pessoas a cuidado	36
<i>A Pessoa Idosa e a Vivência da Sexualidade</i>	<i>36</i>
<i>Estratégia de Evitamento da Sexualidade</i>	<i>39</i>
<i>4. Considerações Finais</i>	<i>43</i>
<i>Conclusão</i>	<i>44</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>45</i>

Introdução

O fenómeno global de envelhecimento populacional verifica-se, também, no contexto português, que tem sido palco de transformações demográficas de larga escala com impacto a nível económico, social e cultural (Carneiro, 2012; Valente, 2012; Fernandes et al, 2022). Este fenómeno configura uma característica estrutural das sociedades modernas. A nível macrodemográfico, a população portuguesa é das mais envelhecidas à escala mundial (Fernandes et al, 2022).

Ao longo dos últimos anos, a evolução demográfica traduziu-se pelo decréscimo da população jovem, e o incremento gradual dos grupos etários séniores (Fernandes et al, 2022; INE, 2022), sendo que vimos a assistir a uma transição demográfica sem precedentes na história (Carneiro, 2012). Este facto acarreta novos desafios e necessidades, e evidencia a urgência de adaptação, por parte do país e do estado, à nova configuração populacional, nomeadamente pela criação de estratégias para encontrar novas soluções de modo a responder às dificuldades sociais e individuais de cada grupo etário, particularmente das pessoas idosas, o que requer a adoção de perspetivas críticas ao nível político, da investigação e da intervenção, e no contexto específico da prestação de cuidados (Fernandes, et. al, 2022; Valente, 2012). O aumento da longevidade é indissociável do aumento da predisposição a limitações físicas, funcionais e cognitivas, bem como a doenças crónicas degenerativas, incapacidade e estados de dependência em idades avançadas, exacerbando a necessidade de reorganização a nível familiar e dos serviços de ação social e de saúde. (Feng, 2019; Belasco e Okuno, 2019; Brito et al, 2022).

Esta tendência tem levado ao incremento do recurso ao cuidado institucional, mas também ao cuidado domiciliário, verificando-se o aumento do número de pessoas que prestam cuidados informais a pessoas idosas dependentes, e que assumem a responsabilidade de constituir a sua principal rede de apoio e de mediar o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual da pessoa idosa, mesmo na ausência de preparação técnica ou formação profissional adequada às funções a desempenhar (Ludlow et al, 2020; Brito et al, 2022).

Atualmente, a investigação científica, no âmbito do processo de envelhecimento, tem promovido a discussão acerca da qualidade de vida neste período. Pela ótica de Vieira e colaboradores (2016), a dimensão da sexualidade é um constituinte fundamental da qualidade de vida, imprescindível para a manutenção de relações interpessoais saudáveis, tendo impacto no autoconceito e sentido de integridade. Concordantemente, Bauer, McAuliffe e Nay (2007) mostram a associação entre sexualidade e autoestima e o seu efeito

ao nível das relações sociais, autoimagem e saúde mental. No entanto, apesar da literatura indicar que o interesse e expressão de sexualidade não se extinguem no envelhecimento (Moreira et al, 2005), a comunidade científica carece de estudos acerca da sexualidade neste período do ciclo vital, sendo que a maioria da pesquisa realizada se foca em aspetos fisiológicos negativos, como as disfunções sexuais (Vieira et al, 2016), enquanto predomina a falta de relatos acerca dos significados atribuídos à expressão e vivência sexual em pessoas idosas (Moreira et al, 2005).

Segundo Valente (2012), a existência de mitos e preconceitos sociais continua a reprimir a discussão e o progresso científico no âmbito da temática da sexualidade, particularmente quando se trata da sexualidade de pessoas idosas, promovendo a escassez de informação e comprometendo a vivência sexual, nos grupos etários seniores. A ausência de apoio por profissionais de saúde e os obstáculos impostos pelas pessoas que cuidam informalmente de pessoas idosas à expressão sexual, aliadas a atitudes idadistas que reforçam o estereótipo de assexualidade no envelhecimento são extremamente prejudiciais para as pessoas idosas (Pascual, 2002; Fávero & Barbosa, 2011; Vieira et al, 2016).

A presente investigação incidirá na análise das atitudes e percepções de cuidadoras informais de pessoas idosas acerca da sexualidade ao longo do processo de envelhecimento, partindo dos contributos da literatura para a definição e compreensão do fenómeno do envelhecimento nas suas múltiplas formas, bem como da influência de vários fatores intrínsecos e extrínsecos na vivência desta fase, como por exemplo: fatores biológicos, sociais, culturais, económicos, políticos, entre outros. Salienta-se que as pessoas que cuidam informalmente de pessoas idosas são maioritariamente membros da família, que adotam responsabilidade pelo cuidado e pelo restabelecimento da qualidade de vida da pessoa dependente, detendo um conhecimento privilegiado em relação à sua rotina e aos seus comportamentos (Rocha, et al. 2008).

Examinar as atitudes e percepções de quem cuida face à sexualidade no envelhecimento é fulcral para o planeamento e estruturação de políticas e programas públicos de apoio social à família, direcionados à realidade das pessoas cuidadoras e das pessoas idosas, garantindo a capacitação das mesmas e a prestação de cuidados mais adequados às necessidades.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento Populacional

Partindo do relatório mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS), o processo de envelhecimento é marcado por complexas alterações a nível biológico, tais como modificações celulares e moleculares, que na população idosa promovem a diminuição e/ou perda de capacidades fisiológicas (OMS, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), entre 2019 e 2021, a esperança de vida à nascença estimada é de 80,72 anos (77,67 anos para o sexo masculino, e 80,37 anos para o sexo feminino). Na última década, assistiu-se a um incremento de 14,0 meses de vida para o total da população (14,4 meses para homens e 11,3 meses para mulheres). Por sua vez, no período temporal entre 2019 e 2021, a esperança média de vida aos 65 anos foi estimada em 19,35 anos (17,38 anos no sexo masculino e 20,80 anos no sexo feminino), o que configura um aumento da esperança de vida aos 65 anos de 5,5 meses para homens e 7,2 meses para mulheres, na última década. A tendência demográfica dos últimos anos, em Portugal, passa pela diminuição da população jovem e pela ampliação das faixas etárias séniores, tratando-se de uma mudança a nível demográfico sem precedentes em toda história. As estimativas realizadas preveem que no próximo meio século a população na faixa etária acima dos 65 anos de idade continuará a aumentar (aproximadamente 3,5% cada ano) e Portugal será, em 2060, o terceiro país mais envelhecido da UE-27 (Carneiro et al, 2012 citado por Pires, 2018; Santos et al, 2013 citado por Pires, 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) a proporção da população idosa continua a apresentar um perfil ascendente, verificando-se a tendência para a redução da fertilidade, e consequente diminuição da população jovem, e do crescimento da longevidade. De acordo com a Base de Dados Portugal Contemporâneo (FFMS, 2020), Portugal apresentou em 2019 um índice de envelhecimento de 161,3%, o que representa uma subida de 133,8% relativamente índice de envelhecimento nacional no ano de 1961 (27,5%).

Apesar de ser um fenómeno global, o envelhecimento da população é particularmente predominante nos países mais industrializados, onde existe maior qualidade dos cuidados de saúde e um maior nível de condições socioeconómicas (OMS, 2015). O processo de envelhecimento é experienciado por cada indivíduo de diversas formas, sendo possível a distinção entre idade biológica, social, psicológica e cronológica. Deste prisma, a definição

de envelhecimento afasta-se de uma mera questão cronológica e aproxima-se da concepção deste processo como produto da articulação entre as interações sociais, as experiências socialmente vividas, o ambiente sociocultural e político, e as condições económicas e geográficas, que, por sua vez, têm impacto ao nível do estado mental, físico, cronológico e social e ao nível das representações da sociedade e das próprias pessoas idosas acerca do envelhecimento (Fontaine, 2000; Schneider & Irigaray, 2008).

1.2. *Idadismo ou Discriminação da Pessoa Idosa*

As construções sociais sobre a terceira idade têm fortes repercussões no processo de envelhecimento. O termo *idadismo*, com origem anglo-saxónica (*ageism/age-ism*), foi proposto por Richard Butler, em 1969, referindo-se à discriminação de grupos em função da idade cronológica, tendo como alvo principal a população idosa, percecionada como incapaz, débil, doente e sem utilidade. Estes estereótipos reforçam a associação entre o envelhecimento e uma condição de não produtividade, dependência e inativação e entre juventude e produtividade, independência e dinamismo (Paúl & Ribeiro, 2012).

Butler (1980) sugere que o idadismo se pode manifestar de várias formas distintas e interrelacionadas, de entre as quais salienta: preconceito em relação ao envelhecimento, às pessoas idosas e respetivas atitudes; atos discriminatórios contra pessoas idosas nos seus distintos papéis sociais; políticas e práticas institucionais, por vezes bem intencionadas, que reforçam a propagação de estereótipos associados ao envelhecimento, diminuindo a satisfação e danificando a dignidade das pessoas idosas. O autor concebe o idadismo como uma perturbação psicossocial profunda marcada por estereótipos, preconceitos individuais e institucionais face a pessoas idosas, pela criação e propagação de mitos, e por comportamentos de aversão e/ou evitamento.

De acordo com Marques (2011) podemos considerar três fatores essenciais nas atitudes idadistas: os estereótipos (crenças sociais acerca das pessoas idosas, colocando-as num grupo homogéneo onde predominam traços negativos associados a doença e incapacidade), o preconceito (atitudes originadas por sentimentos associados à faixa etária) e a discriminação da pessoa idosa. Palmore (1999), reportou os pontos negativos dos estereótipos para as pessoas idosas, sendo eles a associação à enfermidade física e mental, à incapacidade sexual, à ausência de beleza, à decadência intelectual, à inutilidade, ao

isolamento, e à pobreza. De entre os pontos positivos salientam-se a gentileza, a sapiência, a confiabilidade, o poder político, a satisfação e a liberdade. Pela ótica de Marques (2016), o idadismo não pode ser definido como a mera atitude pessoal negativa face a pessoas idosas, sendo o reflexo dos valores culturais mais enraizados e das práticas institucionais das sociedades ocidentais. Assim, a sua análise não deve restringir-se ao nível individual, mas englobar também o nível institucional, social e cultural. Marques (2016) reforça a importância de discutir as discriminações mais subtis, associadas à infantilização da pessoa idosa, pelo apoio excessivo, pela comunicação infantilizada, pela falta de respeito perante as suas decisões e desconsideração dos seus pareceres.

1.3. Sexualidade da Pessoa Idosa

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), concebe saúde sexual como:

"... um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; Não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos" (OMS, 2006, s/p).

A sexualidade é percebida como um aspeto central da vida humana que abrange dimensões como: sexo, identidade de género, papéis de género, orientação sexual, eroticismo, prazer, intimidade e reprodução; e que é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. A interação de diversos fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos, e espirituais influenciam a sexualidade (OMS, 2006). Sendo inerente à condição humana, a sexualidade está presente num grau variável ao longo das etapas do ciclo vital, tratando-se de um processo contínuo que pode sofrer alterações no envelhecimento, a par da emergência de novos papéis de vida, e em função da interação com outros indivíduos e com o meio, de acordo com Black & Jacobs (1996, citado por Mixão & Borges, 2006). A sexualidade tem vindo a ser conceptualizada como uma motivação básica,

uma expressão natural da necessidade humana essencial para a qualidade de vida, e uma componente de grande importância no bem-estar ao longo do ciclo vital (OMS, 2010; Bentrott & Margrett, 2011).

Definida também por Rebec e colaboradores (2015) como uma necessidade humana de alcançar um sentimento de pertença e de proximidade com o outro, a sexualidade é uma esfera da vida que tem um impacto significativo na autoestima, no bem-estar e no funcionamento, e que integra aspectos como a identidade social, cultural e pessoal, não se limitando a orientação ou comportamento sexual. Os autores concebem a sexualidade como uma necessidade de conexão e de prazer físico específicos de cada etapa do desenvolvimento. No que concerne às necessidades básicas do ser humano, a sexualidade é simultaneamente um meio e um fim. A necessidade de sexualidade e de intimidade permanece ao longo das idades mais avançadas. Ainda assim, as formas de expressão sexual podem alterar-se ao longo do ciclo de vida por motivos associados à idade. Para além da relação sexual, as pessoas idosas valorizam a expressão da sexualidade através de abraços, beijos, dar as mãos, carícias, toques, proximidade física, ternura mútua, apoio, compreensão e companheirismo (Kautz & Upadhyaya, 2010; Callan, 2006; Bauer et al., 2009; Ginsberg et al., 2005; Feldkamp, 2003; Rebec et al., 2015).

A repressão da sexualidade na velhice é exercida não só pelos membros de faixas etárias mais jovens, mas também pelas próprias pessoas idosas (Debert & Brigeiro, 2012). Oppenheimer (2002) descreve 3 tipos de atitudes acerca da sexualidade no envelhecimento: a “atitude do silêncio discreto” (a temática da sexualidade na população idosa não deve ser abordada); a “atitude de distância” (sexo em pessoas idosas é encarado como grotesco, feio e sujo); e a “atitude de visão de túnel” (visão da sexualidade restrita à resposta genital, não englobando todos os tipos de intimidade física). Torna-se, assim, clara a necessidade de repensar o processo de envelhecimento, e de enfraquecer estereótipos que coloquem a população idosa em situação de discriminação, desvantagem e exclusão social (Albino-Borba & Mata-Lima, 2011, citado por Pires, 2018), procurando dar resposta às necessidades dessa faixa etária face às várias dimensões da sua vida, incluindo a dimensão sexual.

Apesar de indissociável da experiência do ser humano independentemente da faixa etária, predominam ainda mitos de cariz social e cultural sobre a sexualidade ao longo do processo de envelhecimento. Exemplos dos mitos mencionados seriam: a ausência de atividade sexual em faixas etárias mais velhas, a percepção da pessoa idosa como ser

assexuado, a falta de capacidade física da pessoa idosa para a prática sexual, considerada como incapacitante e o mito da baixa desejabilidade sexual causada pelas mudanças físicas, decorrentes do envelhecimento (Lochlainn & Kenny, 2013).

Pela perspectiva de Ramos e González (1994), a concepção geral da sexualidade está vinculada a um sistema de valores, crenças e atitudes baseadas na finalidade reprodutiva do sexo, no paradigma do coito heterossexual, no mito da beleza física e jovem e na dicotomização dos papéis psicossociosexuais, que têm consequências negativas na população idosa, nomeadamente ao nível da sua própria experiência sexual. É evidente a necessidade e urgência de desmitificação da sexualidade da pessoa idosa. A sua expressão e vivência é amplamente influenciada por papéis de género, sobretudo na população envelhecida. Num estudo com vista à análise do impacto das questões de género na construção da vida sexual, Rodrigues e colaboradores (2009) concluem que as discrepâncias entre homens e mulheres ao longo das etapas do desenvolvimento e a sua relação com o ambiente cultural influenciam o modo como os indivíduos encaram esta dimensão da vida humana durante a velhice. Em Portugal, a relevância dada à temática da sexualidade decresce progressiva e significativamente com o aumento da idade, tendendo a atribuir menos importância à temática as mulheres, os sujeitos com menor escolaridade e os sujeitos com menor nível socioeconómico (Cabral, et al., 2013).

Limoeiro (2012), concluiu no seu estudo acerca de envelhecimento, corpo e diferenças de género, que os temas mais recorrentes se relacionavam com alterações ao nível da aparência física associadas ao envelhecimento. 80 % dos participantes indicaram que o envelhecimento feminino acarreta desvantagens que contribuem para a preocupação com a imagem corporal, com hábitos de maior cuidado com a aparência física e o corpo. A possibilidade de impotência e a inquietação com o desempenho sexual seriam as principais preocupações dos homens. O aumento de cabelos brancos, de rugas e de tecido adiposo são possíveis consequências do envelhecimento que podem cooperar para uma imagem corporal negativa na mulher idosa. Nos homens, as alterações físicas desta etapa podem ser menos acentuadas, destacando-se a preocupação com a possibilidade de a ereção tornar-se mais lenta (Vieira et al, 2014) ou inexistente.

No que ao envelhecimento sexual feminino concerne, Pires (2018) refere algumas modificações físicas típicas nesta faixa etária, alertando para os vários aspetos negativos associados, aspetos estes socialmente construídos que contribuem para a desvalorização da

mulher e da sua sexualidade ao longo do processo de envelhecimento. Estes construtos podem fomentar, em alguns casos, um sentimento de inferioridade por parte das mulheres, uma vez que, na sociedade ocidental, o sexo feminino está vigorosamente ligado à maternidade. Assim, a mulher pode manifestar hipoativação do desejo, interesse e atração sexual derivado das modificações corporais, tendendo a assumir que o seu corpo já não corresponde áquilo que é o mito social da beleza (Buss, 1994, citado por Cardoso, 2004).

Monteiro e colaboradores (2017) destacam os resultados da investigação de Bretschneider e McCoy (1988) e de Field e Warren (1997) referindo que estes sugerem que participantes com mais de 90 anos continuam sexualmente interessados e sexualmente capazes. Adicionalmente, de acordo com os resultados de Moreira e colaboradores (2005) o interesse e capacidade sexual continuam presentes em pessoas idosas, mesmo na presença de doença física. Gott e Hinchliff (2003) revelam que os participantes com idades entre 52 e 90 anos de idade percecionam o sexo como uma dimensão importante nas relações emocionais na população idosa. Lindau e colaboradores (2007) acrescem ainda que grande parte das pessoas idosas permanece sexualmente ativa entre os 70 e os 80 anos de idade.

Contrariamente, Ramos (2018), alerta que alguns estudos (Araujo, Mohr, & Mckinlay, 2004; Beutel, Schumacher, Weidner, & Brahler, 2002; Blanker et al., 2001; Dennerstein & Leher, 2004; Hayes & Dennerstein, 2005; Laumann et al., 2005; Lindau et al., 2007; Marsiglio & Donnely, 1991; Nicolosi et al., 2006) revelam a hipoativação do interesse e a diminuição da atividade sexual no envelhecimento, alteração que pode ser justificada por fatores biológicos, psicológicos, doenças e condições mentais que têm impacto negativo ao nível sexual, contribuindo para o decréscimo do interesse e da frequência da atividade sexual.

Os resultados do estudo de Kalra e colaboradores (2011), reportam que 72% dos participantes com idade inferior a 60 anos mantinham a atividade sexual, enquanto apenas 57% dos participantes com idade superior a 60 anos se mantinham sexualmente ativos, alertando para a presença significativa de desejo, atividade e função sexual nas pessoas com mais de 50 anos e para o declínio sexual após os 60 anos, mais presente em mulheres. Os autores sugerem ainda que a existência de condições de saúde, como doenças crónicas, tem um impacto negativo ao nível da função e do desejo sexual.

Segundo Ramos (2018), o funcionamento e a satisfação sexuais predizem significativamente a satisfação com a vida em homens e mulheres, de nacionalidade portuguesa, na faixa etária compreendida entre os 55 e os 87 anos de idade. A autora constata que a existência de crenças sexuais disfuncionais é um preditor significativo do funcionamento e da satisfação sexual e da satisfação com a vida e que esta é mais prevalente em homens e mulheres com idade mais avançada.

Senra e colaboradores (2013), defendem que a sexualidade é construída social e culturalmente. Deste prisma, o ambiente cultural fornece diversas expectativas, crenças e atitudes relativamente à mesma, que contribuem para a atribuição de significado à experiência humana. O comportamento de cada pessoa, nomeadamente no que concerne à sexualidade, é influenciado pelas suas atitudes e conhecimentos. A sexualidade na terceira idade está frequentemente associada a atitudes negativas, que contribuem para o reforço desta associação; a questões culturais como o relevo atribuído à função reprodutiva da atividade sexual; e à associação entre atração sexual e juventude (DeLamater & Sill, 2005; LaTorre & Kear, 1977). As atitudes face à sexualidade podem basear-se em informação cognitiva, afetiva, emocional e comportamental e são expressas por meio de repostas de carácter avaliativo que podem refletir qualquer uma das tipologias de informação mencionadas, ou todas elas, referindo-se sempre a objetos particulares presentes ou relembrados através de um indício (Baron & Graziano, 1990; Vala & Monteiro, 2006).

A atividade sexual é influenciada pelo nível de conhecimento acerca da sexualidade, independentemente da faixa etária e predominantemente na terceira idade (DeLamater, 2012). Por outro lado, a carência de conhecimentos está associada à cessação da prática de atividade sexual e ao receio da ocorrência de condições de saúde significativas no decorrer da relação sexual (e.g. enfartes de miocárdio). De acordo com os resultados dos referidos autores, predomina na maior parte da população idosa a carência de conhecimentos acerca desta temática, o que produz a adaptação do comportamento que, por sua vez, é reforçado e influenciado por aspetos culturais e perspetivas estereotipadas, que alimentam a conceção negativa do comportamento sexual e do debate acerca de aspetos da sexualidade entre pessoas idosas. Concomitantemente, Vasconcellos e colaboradores (2004) propõem que para a compreensão da sexualidade em pessoas idosas, é relevante considerar fatores que afetam o comportamento e resposta sexual, independentemente da idade do sujeito. Entre esses

fatores destacam-se conhecimentos acerca da sexualidade, condições de saúde física, preconceitos sociais, autoestima, e situação conjugal.

A propósito dos fatores associados a condições de saúde física, os resultados da investigação dos autores Masters e Johnson (1970) revelam que a deterioração do equipamento sexual é escassa no envelhecimento normal. Adicionalmente, para Kaplan (1990), a sexualidade é um dos processos biológicos que proporcionam prazer com deterioração mais tardia. Sendo o envelhecimento um processo biopsicossocial, a sua experiência subjetiva é, de acordo com Vasconcellos e colaboradores (2004), fortemente impactada pela ideologia cultural, caracterizada por inevitáveis alterações a nível cognitivo, das competências físicas e dos recursos adaptativos, bem como, por transições no domínio dos papéis sociais e do estatuto em hierarquias sociais, pela vulnerabilidade face a atitudes, estereótipos e crenças, e finalmente pelos óbices à privacidade, e à preservação da integridade de papéis e funções sexuais que permanecem na mira da repressão, vigilância e sanção social.

Adicionalmente, Almeida e Lourenço (2009), considerando o silêncio acerca da experiência e expressão sexual de idosos/as, afirmam que as pessoas idosas são, muitas vezes, vistas como seres assexuados, impossibilitadas de manifestar comportamentos sexuais ou de estabelecerem relações afetivossexuais. O foco cultural para a orientação da sexualidade no sentido da juventude exerce efeitos negativos ao nível da aptidão e atração sexual da população idosa, principalmente nas mulheres idosas (Leiblum, 1990). O perigo da interiorização de preconceitos sociais passa pela incorporação dos rótulos de que o sujeito é alvo, na sua própria identidade, promovendo o recalcamento da sexualidade em idades mais avançadas e contribuindo para a escolha deliberada de a suprimir a fim de evitar a dissonância que é ameaçadora para a sua autoestima (MacNab, 1994, citado por Vasconcellos et al., 2004). George e Weiler (1981, citado por Vasconcellos et al., 2004) apuraram que embora os participantes homens reportassem interesse sexual continuado mais frequente que as participantes mulheres, a causa da supressão das relações sexuais é mais frequentemente atribuída aos homens, tanto por participantes mulheres como para participantes homens.

Nos seus estudos iniciais sobre este tópico, Masters e Johnson (1970) revelam que a falta de conhecimento acerca das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento estava na base da explicação da sintomatologia associada à disfunção sexual

na maioria dos homens, impactando a sua autoestima, contribuindo para o conflito interno sob a forma de ansiedade de desempenho e para o agravamento e manutenção da disfunção sexual.

Um outro fator que deve ser tido em consideração para a melhor compreensão da sexualidade nas várias faixas etárias, e com particular relevo na população idosa, é a oportunidade de experienciar e expressar a sexualidade, representada pela situação conjugal. Segundo Vasconcellos e colaboradores (2004), a ausência de um parceiro pode ter uma relação causal na cessação da prática de atividade sexual, porém, não explica a renúncia do interesse e do comportamento sexual, verificável em pessoas idosas casadas e satisfeitas com a situação conjugal. A autora sugere ainda que a população com mais de 50 anos se depara a partir dessa idade, não só com modificações biopsicossociais típicas do processo de envelhecimento, mas também, com uma dissonância entre os valores e estereótipos internalizados desde fases iniciais do desenvolvimento, e os recursos existentes com vista a permitir que assumam as suas reais inclinações individuais (Vasconcellos et al., 2004).

Não obstante a variabilidade de formas de vivência e gestão da sexualidade em função de numerosos fatores como o género, o ambiente social e familiar, estilos de vida e modificação biológicas associadas ao processo de envelhecimento, as pessoas idosas consideram-se seres sexuais (Silva, 2016). A autora refere a ausência de contextos sociais de saúde que forneçam resposta à necessidade de acompanhamento desta população ao nível da sexualidade e da saúde sexual, sendo necessário e urgente o investimento na investigação, capacitação e educação dos profissionais.

Valente (2012), realizou um estudo com vista à caracterização de determinadas dimensões da sexualidade em pessoas idosas institucionalizadas num lar residencial. Os resultados deste estudo indicam uma forte desvalorização pela vida sexual na atualidade, por partes das idosas residentes no lar. A autora concluiu ainda que as mulheres se resignam face às dificuldades dos parceiros que impossibilitam a ocorrência de relações sexuais. A ausência de eventuais parceiros sexuais no lar e as questões de ordem moral que impõem a si mesmas são também fatores que têm impacto na experiência de relação sexual nos idosos residentes.

A literatura (Sadovsky & Nusbaum, 2006; World Association For Sexual Health, 2006; Silva, 2016) sugere que a abordagem da saúde sexual na população idosa tenha como

local de primeira ação os serviços de cuidados primários, e que seja realizada por profissionais de saúde. Visando a exploração e descrição das experiências das pessoas que cuidam formalmente face à sexualidade na pessoa idosa, Monteiro e colaboradores (2017) conduziram um estudo com profissionais que cumprem funções laborais num lar de terceira idade. O estudo concluiu que a resposta mais frequente para “crenças acerca do interesse pela sexualidade” foi “limitações de saúde apesar do desejo”, sendo que para “comportamentos observados de expressão sexual” a resposta mais recorrente foi “masturbação”, e para “reações/ comportamentos face à expressão sexual” foi “uso do humor”.

Venturini e colaboradores (2017) analisaram a performance de uma equipa de enfermagem em relação à sexualidade, no dia-a-dia de mulheres idosas institucionalizadas. Os resultados indicam que formulações imaginárias e ideológicas predominaram, nos discursos dos profissionais, demonstrando conhecimento relativamente à sua sexualidade e à sua conformação institucional, bem como a demanda de ação face a manifestações da sexualidade. No entanto, a performance da equipa de enfermagem possibilitou perceber complicações como embaraço, desconforto e predominância de estratégias e crenças pessoais. As estratégias pessoais compreendem um diversificado conjunto de formas do uso do humor para ações repressivas.

Segundo Mahieu e colaboradores (2011), os resultados dos estudos quantitativos com profissionais de enfermagem mostram atitudes positivas face à sexualidade na pessoa idosa. No entanto, o conhecimento dos profissionais acerca desta temática é bastante limitado, não existindo consenso entre conhecimentos e atitudes. Os autores indicam que os estudos qualitativos com equipas de enfermagem reportam atitudes mais conservadoras face à sexualidade de idosos institucionalizados. O nível de conforto dos profissionais relativamente à sexualidade influencia as respostas aos comportamentos sexuais das pessoas idosas. Concordantemente com Gewirtz-Meydan, e colaboradores (2018), os estudantes de enfermagem participantes no seu estudo revelaram atitudes mais conservadoras em relação à sexualidade da pessoa idosa. As atitudes conservadoras dos estudantes de enfermagem estão negativamente correlacionadas com os conhecimentos acerca da sexualidade no processo de envelhecimento. Alunos religiosos têm menos conhecimento acerca da sexualidade e atitudes mais conservadoras. A experiência prévia de educação sexual não é um preditor significativo de conhecimentos e atitudes acerca da sexualidade da pessoa idosa.

Numa revisão sistemática da literatura acerca do conhecimento, atitudes e experiências relativamente à sexualidade nas pessoas idosas e à expressão sexual nos lares residenciais, Aguilar (2017) conclui que a expressão sexual nos idosos é, na generalidade, compreendida como uma necessidade básica que deveria ser apoiada. As atitudes positivas em relação à sexualidade nos lares residenciais estão correlacionadas com níveis de conhecimento acerca da sexualidade no envelhecimento. Idade, habilitações literárias e tempo de experiência profissional são preditores significativos de atitudes positivas em relação à sexualidade nos lares. Como dificuldades à expressão e experiência da sexualidade nas pessoas idosas surgem a falta de privacidade e o desconforto dos profissionais que contribuem para o sentimento de solidão e de ausência de intimidade, nas pessoas institucionalizadas. Segundo Aguilar (2017), os serviços de saúde deveriam integrar na prática clínica a avaliação periódica da saúde sexual à população idosa institucionalizada.

Senra e colaboradores (2013) conduziram um estudo com um grupo de participantes (n=272) que cumprem funções laborais em instituições para a terceira idade e com um grupo de participantes que acumula a experiência laboral de cuidado formal de pessoas idosas com a experiência do cuidado informal a amigos/as, familiares ou vizinhos/as (n=54), com vista a analisar conhecimentos e atitudes em relação à sexualidade no envelhecimento por parte de profissionais e de pessoas que acumulam a experiência de cuidados formais e informais. Os resultados são relativamente positivos no que concerne aos índices de conhecimentos acerca desta dimensão na vida da população envelhecida. No que toca às atitudes dos participantes, estas revelaram-se permissivas. Contudo, os participantes do segundo grupo revelam atitudes menos permissivas, comparativamente aos resultados do grupo de pessoas que prestam apenas cuidados formais. No segundo grupo, a correlação entre conhecimentos e atitudes não é significativa. A autora informa que, a informação cognitiva parece ser demasiado frágil para predizer as atitudes, e acresce que determinantes da construção de atitudes face à vida sexual da pessoa idosa, serão a informação afetiva, emocional e comportamental.

1.4. Cuidados Formais e Informais a Pessoas Idosas

A tendência demográfica de aumento contínuo da população de idosa, aliada às condições socioculturais em que o envelhecimento ocorre, resulta numa constante demanda pela prestação de cuidados na terceira idade. Segundo Lage (2005), envelhecer não significa

perder a independência. No entanto, ao longo do envelhecimento, pode surgir o aumento de condições de saúde crônicas e incapacitantes e, por isso, dependência.

Pelo Decreto-Lei nº101, de 6 de Junho 2006, a dependência pode ser definida como a condição na qual o sujeito, devido à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, e à carência de suporte familiar ou de outra natureza, não é capaz, sem auxílio, de realizar atividades básicas diárias. Adicionalmente, pela ótica de Sequeira (2010), a dependência é traduzida pela incapacidade pessoal de alcançar satisfação aceitável no que concerne às necessidades do indivíduo, pela impossibilidade de adotar estratégias e de realizar as tarefas diárias sem necessidade de auxílio de terceiros. O autor afirma que o índice de dependência aumentará nos próximos anos, e alcançará em 2050 o valor de 57,8% (Sequeira, 2010). Sequeira (2010) apresenta como motivos para o incremento exponencial da necessidade de cuidado, ao longo dos últimos anos: a tendência demográfica para o envelhecimento, o aumento da esperança média de vida, e os avanços na área da medicina com vista à sobrevivência de indivíduos com doenças ou acidentes graves.

Collière (1989) afirma que a sobrevivência do ser humano, enquanto indivíduo e ser social, se deve em grande parte à capacidade de cuidar, que é intrínseca à natureza humana e uma expressão de humanidade, sendo crucial para o desenvolvimento. Pela perspectiva de Collière (1989) cuidar é “um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas, é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (p. 25). O ato de cuidar é parte integrante de todas as culturas, sendo realizado e expressado numa ampla diversidade de formas, tratando-se de um processo complexo e desafiante. Neste sentido, é possível distinguir cuidado formal de cuidado informal.

Segundo Martín (2005), o cuidado formal compete a profissionais qualificados como médicos/as, enfermeiros/as, educadores/as, assistentes sociais, psicólogos/as, ajudantes de ação direta, entre outros, que possuem uma formação específica para a realização deste papel. Este encontra-se integrado na atividade laboral, de acordo com as competências próprias de cada profissional. Os/As cuidadores/as formais operam em instituições comunitárias, hospitais, lares, entre outros, usufruindo de oportunidades únicas para realizarem uma diversidade de cuidados constituídos por pequenas coisas relevantes para cada utente e que acabam por dar sentido à vida. (Martín, 2005). Com vista à prestação de

cuidados a idosos/as é crucial deter conhecimentos sobre todas as modificações associadas ao processo de envelhecimento normal (senescência), no qual se integra a sexualidade, mas também sobre doenças caracterizantes desta etapa (e.g. senilidade), e de uma compreensão geral de todo o meio que o envolve (Martín, 2005). Por sua vez, o cuidado informal refere-se à prestação de cuidados por parte de amigos/as, familiares ou vizinhos/as, na ausência de remuneração económica. Na maioria dos casos, um membro da família ou amigo próximo operacionaliza de forma direta a globalidade dos cuidados necessários. A prestação de cuidados é parte integrante da história, experiência e valores da família, fortemente associada à assistência. A família pode ser considerada a principal entidade da prática de cuidar, compondo o grupo primário básico de suporte.

Collière (1989), menciona que todas as tarefas de cuidado prestadas a tudo o que cresce e se desenvolve são da competência das mulheres. Segundo Martín (2005), a maior parte do cuidado informal à população idosa é conduzida por pessoas do sexo feminino, o que pode ser explicado pela influência de fatores sociodemográficos e pela tendência para a consistência no género entre quem cuida e quem é cuidado, em detrimento de outros fatores de carácter sociocultural. Este autor afirma que os/as cuidadores/as informais podem ser primários/as ou secundários/as, em função do tipo de cuidado que fornecem. Para Sequeira (2010), o/a cuidador/a primário/a assume a responsabilidade integral de supervisionamento, orientação, acompanhamento e cuidado direto à pessoa idosa. Por outro lado, o/a cuidador/a secundário/a surge como um reforço ocasional ou regular, não assumindo responsabilidade total pelo cuidado, mas realizando numerosas atividades de prestação de ajuda. Este tipo de cuidador/a é usualmente um membro da família que procura auxiliar o cuidador/a principal, sob a forma de prestação direta de cuidados, ou a nível económico, de lazer, entre outros.

A literatura produzida acerca da temática do cuidado informal a pessoas idosas apresenta três inclinações. A primeira emergiu, entre os anos 60 e 80, face às questões relacionadas com os impactos que o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida, as modificações das configurações familiares, a crescente escolarização e profissionalização das mulheres, poderiam ter ao nível da prestação de cuidados informais a pessoas idosas. Entre os anos 80 e 2000, a predominância de novas teorias acerca de stress, coping e desenvolvimento (Lazarus & Folkman, 1984; Aldwin, 1994), facilitaram a produção de estudos que procuravam encontrar correlações entre variáveis sociológicas, físicas e psicológicas relacionadas com o bem-estar da pessoa que cuida. Neste período

assistiu-se ao foco em conceitos considerados subprodutos nefastos do cuidado informal, como a sobrecarga e stress da pessoa cuidadora (e.g. Pearlin et al, 1990; Mckibbon et al, 1996; Nolan et al, 1990) em detrimento de aspetos positivos ou ganhos associados ao cuidado. Posteriormente, a partir dos anos 2000, temos assistido à produção científica ao nível da avaliação dos resultados de intervenções clínicas e educacionais associadas às capacidades e conhecimentos para a realização das funções de cuidado, e sobre o estado físico e mental da pessoa cuidadora (e.g. Alonso-Babarro et al, 2006; Acton & Kang, 2001; Alves, et al, 2015; Castro, 2015).

Sörensen, Piquart, e Duberstein (2002) sistematizaram os tipos de intervenções com pessoas cuidadoras de pessoas idosas de acordo com as seguintes categorias: intervenção de alívio (maioritariamente no cuidado institucional), intervenção de apoio (em contexto de grupo de suporte emocional), intervenção psicoeducativa (com foco predominante na informação), treino de competências (visando a melhoria do desempenho e gestão das tarefas por parte da pessoa que cuida), e intervenção psicoterapêutica (psicoterapia individual ou familiar). Os autores verificaram que as intervenções de natureza psicoeducativa (que procuram o aumento de conhecimento e competências da pessoa que cuida) e as de cariz clínico, são as mais bem sucedidas na melhoria do bem-estar. De acordo com, Neri (2013), a comunidade científica tem vindo a dar continuidade às tendências anteriores, existindo um aprimoramento ao nível dos instrumentos de recolha de dados e das técnicas de análise estatística, no entanto, carece ainda de estudos rigorosamente experimentais e que acompanhem as pessoas cuidadoras ao longo do tempo.

No contexto português, a Lei 100/2019 de 6 de setembro veio aprovar o Estatuto do Cuidador Informal, procurando estabelecer medidas de apoio e regular direitos e deveres das pessoas que cuidam e das pessoas cuidadas. O Decreto Regulamentar nº 1/2022, de 10 de janeiro, apresenta os termos e as condições do reconhecimento do estatuto do cuidador informal bem como as medidas de apoio às pessoas cuidadoras e às pessoas cuidadas. Neste panorama, o cuidador/a informal trata-se da pessoa que cuida de forma principal ou secundária de outra considerada em situação de dependência, após a avaliação de vários requisitos. A referida lei apresenta como medidas de apoio à pessoa que presta cuidados informais: a) a designação de profissionais de referência, de entre os quais profissionais de saúde e de segurança social para cada pessoa que cuida, de forma a manter um acompanhamento de proximidade e a mobilização dos recursos com o intuito de responder

às necessidades específicas de cada pessoa que cuida e pessoa cuidada; b) o acesso ao Plano de Intervenção Específico ao Cuidador (PIE), que “contém a avaliação das necessidades do cuidador informal, as estratégias de acompanhamento, aconselhamento, capacitação e formação que o cuidador deve prosseguir de modo a suprir ou minimizar as necessidades decorrentes da situação da pessoa cuidada e os meios a mobilizar para apoio e alívio na prestação de cuidados” (Instituto de Segurança Social, I. P. (2022, p.8); c) a integração em grupos de autoajuda criados pelos serviços de saúde; d) o acesso a formação e informação específica, adaptada às necessidades da pessoa cuidada; e) o direito ao apoio psicossocial, f) o direito ao descanso da pessoa que cuida; g) o acesso ao estatuto de trabalhador estudante, quando a pessoa cuidadora não exerce atividade laboral e frequenta formação académica ou profissional; h) o reconhecimento, validação e certificação de competências adquiridas na prestação de cuidados. Adicionalmente, a pessoa cuidadora informal não principal poderá beneficiar de medidas para a conciliação da atividade profissional e da prestação de cuidados, como usufruir do regime de parentalidade, regime de teletrabalho, entre outros. Por sua vez, a pessoa cuidadora informal principal, poderá ainda usufruir do Subsídio de Apoio ao cuidador informal, e da inscrição no regime de Seguro Social Voluntário, bem como de medidas de promoção da integração no mercado de trabalho. (Instituto da Segurança Social, I. P., 2022).

Segundo Soares (2020, p.1), “estima-se que em Portugal existam 800 mil cuidadores informais o que corresponde a 8% da população, mas o número de Estatutos de Cuidador Informal pedidos e reconhecidos desde a entrada em vigor da Lei fica muito aquém desse número”. São vários os constrangimentos encontrados no reconhecimento do Estatuto e na implementação das medidas. De acordo com o IEFP (2020, p.33, citado por Pinto, 2021) “Deveria ser suficiente a Pessoa Cuidada estar comprovadamente dependente de terceiros e necessitar de cuidados permanentes”, enaltecendo o cariz burocrático, moroso e inacessível deste processo. A Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI, 2020, p.33, citado por Pinto, 2021) “São poucos os pedidos (...) porque os cuidadores informais têm muitas dificuldades na submissão dos formulários e documentação anexa. Haverá falhas do sistema que necessitam ser corrigidas a nível técnico”. Adicionalmente, a Confederação Cooperativa Portuguesa (CCRL, 2020, citado por Pinto, 2021) afirma que a implementação das medidas de apoio implica uma articulação entre serviços de saúde e segurança social, que é inexistente no momento. A ANCI (2020, citado por Pinto, 2021) reforça ainda a desinformação, falta de divulgação acerca dos direitos e deveres das pessoas cuidadoras, e a

escassez de recursos materiais e humanos para a operacionalização das medidas. Torna-se clara a necessidade de investimento em divulgação, simplificação dos processos burocráticos, recursos materiais e humanos, e criação das condições gerais para a efetiva implementação das medidas enunciadas, sendo urgente a facilitação do acesso às mesmas.

1.5. Sexualidade e Cuidado da Pessoa Idosa

Dimensões como sexualidade, intimidade e comportamento sexual são pouco abordadas com pessoas que prestam cuidados a idosos. O processo de envelhecimento é caracterizado por modificações psicológicas e físicas que promovem alterações ao nível da expressão de sexualidade. Estas têm potencial de gerar dificuldades de difícil resolução no contexto conjugal, familiar ou comunitário (Ferros, 2005). Ferros (2005) alerta que a presença de preconceitos por parte das pessoas cuidadoras, como a ideia de assexualidade da pessoa idosa e a sua infantilização são preditores de maior dificuldade na gestão destas questões e enaltece a necessidade de intervenções que visem o incremento dos conhecimentos de quem cuida acerca da sexualidade no processo de envelhecimento, em virtude da consciencialização para o direito da pessoa idosa à expressão e vivência da sexualidade, na medida em que não interfira com direitos alheios.

Gavião (2005) reforça o impacto negativo de preconceitos e estereótipos (como a assexualidade da pessoa idosa, ou a perceção de manifestações de sexualidade como ofensas a crenças morais e/ou religiosas) na resposta às necessidades sexuais de pessoas idosas dependentes. Pela perspetiva do autor, o contexto de cuidado informal à pessoa idosa proporciona um ambiente de proximidade com a vida familiar e íntima, pelo que seria a conjuntura ideal para a expressão de sexualidade, comparativamente ao contexto de institucionalização. Porém, o investigador verificou a existência de uma dicotomia ao nível das atitudes das pessoas cuidadoras informais acerca da sexualidade das pessoas a seu cuidado, entre a aceitação do direito da pessoa idosa à expressão sexual e a perspetiva de que comportamentos ou manifestações sexuais são desrespeitosas ou ofensivas de acordo com crenças e códigos morais. O autor reforça ainda que as pessoas que cuidam informalmente de pessoas idosas são os agentes principais para a resposta ou agravamento das dificuldades associadas a esta necessidade, e evidencia a urgência de intervenção formativa para as pessoas cuidadoras, com vista à promoção da autonomia, intimidade,

privacidade, respeito e individualidade da pessoa idosa, evitando a generalização dos cuidados (Gavião, 2005).

Pinho (2018) procurou estudar as perspectivas de pessoas que cuidam formal e informalmente de pessoas idosas com demência acerca de dimensões como intimidade, sexualidade e comportamento sexual das pessoas a quem prestam cuidados, e a forma como os/as cuidadores/as informais realizam a gestão das necessidades sexuais das pessoas idosas com demência em contexto residencial. A autora concluiu que as pessoas cuidadoras confirmam a presença das três dimensões nas pessoas a quem prestam cuidados, concebendo-as como produtos naturais de necessidades fisiológicas, e especificando a associação entre sexualidade e expressões de afetividade, proximidade e afeto. Adicionalmente, as pessoas cuidadoras que participaram no estudo de Pinho (2018) consideram a associação entre o papel da educação e crenças sociais no reforço de tabus e constrangimentos relativos à sexualidade no envelhecimento com demência. As pessoas que participaram reportam prestar atenção a estas manifestações sexuais, procurando reagir de forma natural e discreta às necessidades das pessoas idosas, e salientam a carência de tempo para responder às necessidades das pessoas idosas ao nível da sexualidade e intimidade, a necessidade de formação e aconselhamento especializado, principalmente no caso de pessoas idosas que apresentam comportamentos considerados inapropriados.

Senra e colaboradores (2013) investigaram as atitudes e percepções de pessoas que prestam cuidados formais e informais a pessoas idosas no que concerne à sexualidade das pessoas idosas e concluíram que quando há acumulação da prestação de cuidados formais e informais, as pessoas cuidadoras tendem a apresentar menores níveis de permissividade em relação a manifestações de sexualidade, comparativamente com as pessoas que prestam apenas cuidados formais. A equipa de investigação afirma que, neste caso, a informação cognitiva não será o mais eficaz preditor das atitudes em relação à sexualidade das pessoas idosas, sendo os melhores indicadores a informação emocional ou afetiva e comportamental (Senra et al., 2013).

É neste sentido que pretendemos desenvolver o estudo que apresentamos de seguida, procurando compreender as especificidades da prestação informal de cuidados e as percepções de quem cuida face à sexualidade da pessoa idosa.

2. Metodologia

2.1. Objetivos de Investigação

O presente estudo pretende assim explorar e compreender as especificidades da prestação de cuidados informais a pessoas idosas no contexto português, as atitudes e percepções das pessoas que cuidam informalmente de pessoas idosas acerca da sexualidade no envelhecimento, e as estratégias que empregam na gestão de dificuldades associadas. Do mesmo modo, pretendemos colocar em evidência a necessidade de investigação e educação na área da sexualidade ao longo do processo de envelhecimento, com vista à desmistificação de estereótipos acerca da população idosa e da sua vivência da sexualidade, protegendo e empoderando as pessoas idosas e respetivos/as cuidadores/as. Pretende-se, assim, contribuir para a salvaguarda do seu direito à privacidade e dignidade, com vista ao aumento da satisfação da experiência e expressão da sexualidade no envelhecimento.

É clara a urgência em providenciar formação e recursos específicos a quem cuida formalmente, mas sobretudo a quem presta cuidados informais a pessoas idosas, de modo a dar resposta às necessidades desta população, particularmente na esfera da sexualidade.

2.2. Participantes

As participantes deste estudo são cuidadoras informais de pessoas idosas. O recrutamento foi realizado segundo o sistema de bola de neve (Fernandes & Carvalho, 2000), mediante contacto inicial via redes sociais, fóruns e associações dedicadas a pessoas cuidadoras de pessoas idosas. A amostra (ver tabela 1) do presente estudo contém 7 participantes, sendo que todas se autoidentificam do sexo/género feminino, com idades compreendidas entre os 38 e os 74 anos de idade. Uma participante é solteira e as restantes seis são casadas. Uma participante reside em zona rural, as restantes vivem em zonas urbanas. Relativamente à escolaridade, uma participante tem Mestrado, duas participantes têm o décimo segundo ano, uma participante tem o nono ano, duas participantes têm o quarto ano, e uma participante tem o segundo ano.

Quanto ao número de pessoas que tiveram a seu cargo, as participantes são muito diversas. Seis das sete participantes realizaram cuidado informal a mais do que uma pessoa idosa. Quatro participantes prestaram cuidado a duas pessoas idosas. Uma participante cuidou de três pessoas. Uma participante prestou cuidados a seis pessoas idosas. E uma

participante cuidou de uma idosa. As idades das pessoas cuidadas variam entre os 72 anos e os 100 anos. A duração do cuidado informal varia entre 2 meses e 10 anos. A média da duração do cuidado informal foi de aproximadamente 3 anos e meio (ver tabela 2).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das participantes

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO/ GÊNERO	ESTADO CIVIL	ZONA DE RESIDÊNCIA	ESCOLARIDADE
PASA	38	F	Solteira	Urbana	12º ano
ISSA	60	F	Casada	Urbana	2º ano
INCR	50	F	Casada	Urbana	Mestrado
GOPE	54	F	Casada	Rural	12º ano
FEPE	57	F	Casada	Urbana	9º ano
ALFE	74	F	Casada	Urbana	4º ano
GLCA	74	F	Casada	Urbana	4º ano

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos das pessoas idosas a quem as participantes prestam/prestaram cuidados informais

PARTICIPANTE	SEXO/GÊNERO DA PESSOA CUIDADA	IDADE DA PESSOA CUIDADA	DURAÇÃO DO CUIDADO INFORMAL
PASA	M	80	1 ano e meio
	F	80	1 ano e meio
ISSA	F	90	10 anos
	M	82	4 anos
INCR	F	88	6 anos
	M	85	5 anos
GOPE	F	80	2 anos
FEPE	F	92	2 meses
	F	92	4 anos
	M	72	1 ano e meio
ALFE	M	Ns/Nr	Ns/Nr
	M	74	Ns/Nr
	F	100	Ns/Nr
	F	Ns/Nr	Ns/Nr
	F	Ns/Nr	Ns/Nr
	F	Ns/Nr	Ns/Nr
GLCA	M	84	7 anos
	F	94	6 meses

Legenda: Ns/Nr = Não sabe ou não responde.

Dada a exigência inerente às tarefas de prestação de cuidados informais a pessoas idosas, verificou-se a dificuldade ao nível de disponibilidade temporal para agendamento de entrevista por parte de outras cuidadoras informais que demonstraram interesse em participar no presente estudo. Esta problemática aliada à limitação referida por Gaskell (2002), relativamente ao número limite máximo de entrevistas que um/a investigador/a consegue realizar, transcrever e analisar no período temporal disponível, e à observação do início da saturação teórica (Bauer & Gaskell, 2002), conduziu ao término do recrutamento, uma vez que os dados recolhidos com novos participantes pouco acrescentariam às informações obtidas, não contribuindo de forma relevante para o aprimoramento da reflexão teórica.

2.3. Método de Recolha de Dados

Fortin (1999, p.17) concebe a investigação científica como “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Como tal, a tomada de decisão relativamente à metodologia a adotar é de crucial importância e “ultrapassa em muito, a mera discussão das técnicas instrumentais, em sentido restrito” (Esteves, 2002, p.206).

A metodologia de investigação qualitativa revela-se a mais adequada aos objetivos do presente estudo, uma vez que, tratando-se de uma metodologia interpretativa, permite alcançar a complexidade, contradição e confusão das características do mundo real, possibilitando a construção de padrões de significados (Braun & Clarke, 2013). Neste sentido, Bogdan e Biklen (1994, p.48) defendem que “a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação”.

De acordo com Turner (2010), a entrevista semiestruturada é o método de recolha de dados que possibilita um maior acesso em profundidade às vivências e perspetivas das pessoas, concebendo-as como seres sociais e contextualizados, integrados numa sociedade provida de cultura, história, valores, significados e intenções, que influenciam na construção da subjetividade do ser humano (Aires, 2011). Esta permite a livre expressão das opiniões, emoções e vivências que constituem as experiências de vida da participante, sendo da responsabilidade da investigadora o controlo do fluxo das mesmas (Moré, 2015, p.127).

A realização das entrevistas teve como base o guião (cf. Anexo 1) elaborado de acordo com a revisão bibliográfica nas áreas temáticas do envelhecimento, sexualidade e cuidado informal de pessoas idosas. Este serviu de orientação à condução das entrevistas, sendo que o seu carácter semiestruturado permitiu a flexibilidade e adaptação às individualidades das participantes e respetivas experiências.

O guião encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é relativa ao levantamento de dados sociodemográficos relevantes das participantes e da/s pessoa/s idosa/s que tiveram a seu cuidado. A segunda parte da entrevista é composta por questões orientadoras que visam compreender melhor as particularidades do cuidado informal, e as atitudes, perceções e experiências das cuidadoras relacionadas com a sexualidade no envelhecimento das pessoas que tiveram a seu cuidado. Após a elaboração do guião para as entrevistas semiestruturadas e a receção do parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref.^a2022/04-02b), seguimos para a fase de recrutamento de participantes e recolha de dados. Todas as entrevistas foram realizadas nas casas das participantes, assegurando a confidencialidade, ausência de distrações e as condições necessárias para a gravação do áudio, previamente consentido através da explicação e assinatura do termo de consentimento informado (cf. Anexo 2) a cada participante. Na finalização do processo, as participantes foram questionadas se desejam acrescentar ou retirar alguma informação relativamente àquilo que foi falado durante a entrevista e é agradecida a disponibilidade para a participação no estudo. Realizou-se, posteriormente a transcrição integral de cada entrevista e a análise dos respetivos dados.

2.4. Método de Análise de Dados

Braun & Clarke (2006) definem a análise temática como um método que possibilita identificar, analisar e reportar os padrões presentes nos dados recolhidos, conseguindo assim a organização e descrição mais minuciosa dos mesmos, e envolvendo a interpretação de diversos aspetos relativos ao tema investigado (Boyatzis, 1998, citado por Braun & Clarke, 2006). Os temas encontrados, representam, na perspetiva das autoras, “um certo nível de resposta ou significado padronizado dentro do conjunto de dados” (Braun & Clarke, 2006, p.8). Este tipo de análise distingue-se pela flexibilidade em fornecer dados pormenorizados e complexos.

A análise temática incorpora distintos processos de análise, escolha e tomada de decisão, relativos às questões de investigação às quais se procura responder, e à posição teórica que a equipa de investigação pretende adotar. As autoras propõem 6 fases para a realização deste método.

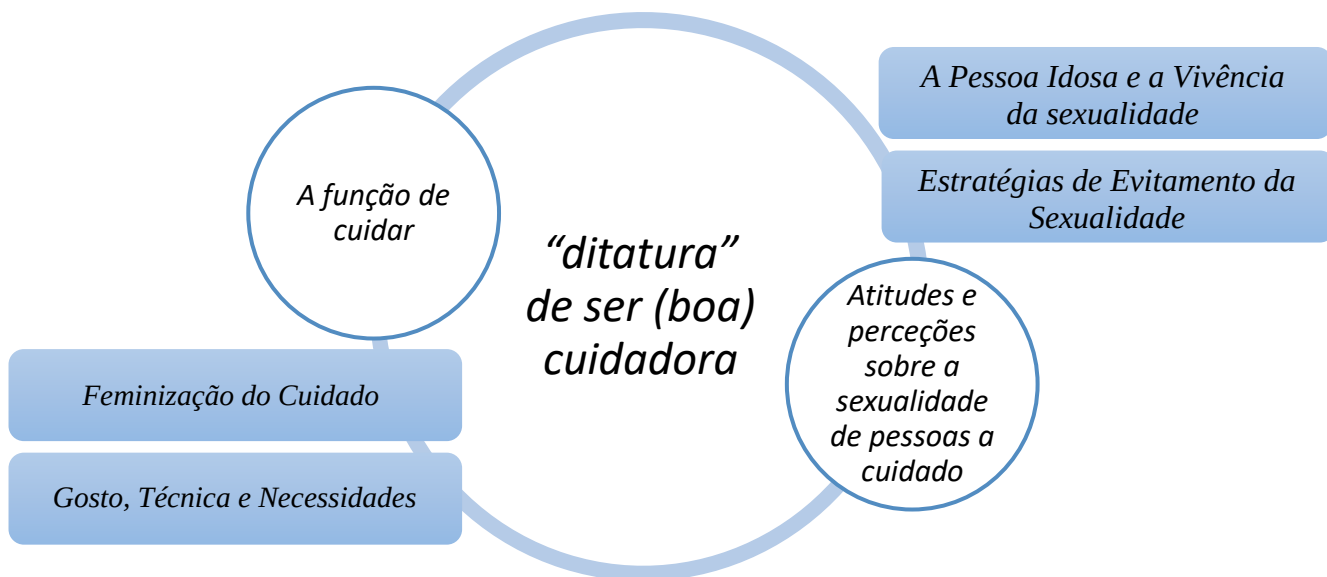
Numa primeira fase, de familiarização com os dados, o/a investigador/a, inicialmente, transcreve os dados recolhidos. Com vista a alcançar um melhor envolvimento com o conteúdo dos dados, devem ser realizadas, posteriormente, repetidas leituras dos dados e apontamento de anotações. Numa segunda fase, de produção de códigos iniciais, procede-se à codificação sistemática dos aspetos relevantes dos dados, com o intuito de atribuir dados importantes para cada código. Na fase posterior, os temas começam a ser desenvolvidos, caracterizando-se esta fase pela pesquisa de temas e servindo como momento de triagem de diferentes códigos (os códigos são reunidos num nível mais vasto de potenciais temas). Na quarta fase, dá-se a revisão de temas. Nesta fase refinam-se os temas e produz-se um mapa temático da análise. Completada com sucesso esta fase, procede-se à definição e nomeação dos temas. Ao longo desta fase ocorre um processo de aperfeiçoamento dos significados e das particularidades da história contada por cada tema, assim como da história global. Finalmente, a sexta fase da análise passa pela produção do relatório onde se expõe o produto da análise final, bem como a escrita de resultados. Seleccionados os exemplos mais elucidativos, realiza-se a análise final, numa narrativa válida, precisa, coerente, lógica e interessante da história (Braun & Clarke, 2006).

3. Análise e Discussão de Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os temas que emergiram da análise dos dados provenientes dos relatos das participantes sobre a experiência do cuidado informal a pessoas idosas, e as suas perspectivas e atitudes relativamente à sexualidade no envelhecimento. Intencionaliza-se a discussão dos dados obtidos, acompanhada da ilustração dos mesmos com transcrições das falas das cuidadoras, e a sua contextualização de acordo com a literatura considerada pertinente.

A análise de dados conduziu à identificação de dois temas principais, com dois subtemas cada, organizando-se em torno da ideia central que nomeamos “*ditadura*” de ser (boa) cuidadora. O primeiro tema *A função de cuidar* contém dois subtemas: a) *Feminização do Cuidado* e b) *Gosto, Técnica e Necessidade*. O segundo tema *Atitudes e percepções sobre a sexualidade de pessoas a cuidado* contém também dois subtemas: a) *A Pessoa Idosa e a Vivência da Sexualidade* e b) *Estratégias de Evitamento da Sexualidade* (ver figura 1).

Figura 1 - Mapa temático



3.1. A função de cuidar

Feminização do Cuidado

De acordo com Karsch (2003), a literatura apresenta quatro fatores preponderantes na designação da pessoa que assume os cuidados informais à pessoa idosa incapacitada. Sendo

eles, a proximidade física (coabitando com a pessoa a cuidar ou vivendo muito próximo), o grau de parentesco e a proximidade afetiva (maioritariamente assumem estas funções as cônjuges, filhas e noras), e o género (predominantemente são as mulheres a assumirem a tarefa do cuidado informal). Este último vai de encontro ao presente estudo, dado que todas as participantes que se voluntariaram para colaborar na presente investigação se autoidentificam do sexo/género feminino.

Esta assimetria de género na distribuição do cuidado informal pode ser explanada de acordo com diferentes hipóteses de ordem social, demográfica ou psicológica (Lage, 2005 e Martín, 2005), fundamentada na estrutura socioideológica que orienta a distribuição de outras tarefas ligadas ao cerne do lar (Andrade, 2009). Segundo Finley (1989), o cuidado informal enquadra-se no âmbito das tarefas domésticas, sendo colocado ao mesmo nível que o cuidado da casa e dos filhos. Martín (2005) sistematiza quatro hipóteses interpretativas deste fenómeno. A hipótese da disponibilidade de tempo assenta na premissa de que os homens despendem mais tempo em trabalho fora do lar, tendo menos disponibilidade para as tarefas domésticas. A hipótese da socialização ideológica baseia-se na existência de um processo de aculturação que tende a associar ao papel feminino a responsabilidade das tarefas inerentes ao cuidado informal. Por outro lado, a hipótese dos recursos externos defende que a preponderância do género feminino na prestação de cuidados se relaciona com características externas, como o nível socioeconómico e educacional, assumindo que as mulheres que dispõem de mais recursos e habilitações académicas apresentam uma divisão mais equitativa das tarefas com os seus pares masculinos. A quarta hipótese assenta na especialização das tarefas, associando os papéis sociais de homens e mulheres a funções que amplificam o bem da família como uma unidade, cabendo às mulheres o cuidado da família e o trabalho doméstico e aos homens o trabalho de ordem física.

No discurso das participantes, percebemos que a justificação da decisão do cuidado informal recair no género feminino em detrimento do género masculino, se revela estar mais relacionada com o facto das participantes assumirem as atividades domésticas, enquanto os familiares do género masculino teriam outras ocupações profissionais, do que com o imaginário da mulher como mais apta para o cuidado, comparativamente com o homem. Ainda assim, mesmo após os conjugues do género masculino terem deixado as suas ocupações profissionais, continuaram a ser as mulheres as responsáveis totais pelos cuidados.

“Também me tocou a vez dos sogros (...) Porque, tinha de ser. Alguém tinha de olhar. (...) E eu como não tinha emprego, podia olhar, porque era só a minha vida de casa. Portanto, veio de bom agrado, pronto. Felizmente, a gente fica tranquila e consolada, porque fez bem aos nossos, pronto.” (ALFE)

“Eu nunca trabalhei fora. A minha irmã também não. Eles (irmãos e marido) não tinham vagar para olhar pelos pais. A gente também fez sempre o melhor que pôde.” (GLCA)

É imprescindível discutir a divisão sexual do trabalho ao abordar as relações de cuidado. Trata-se de uma questão cultural e historicamente construída, assente na ideia de que a prática de cuidar cabe às mulheres, sendo que a divisão sexual do trabalho propõe a separação das tarefas segundo papéis socialmente exercidos por homens e mulheres, não se baseando em qualquer fator biológico, mas na delegação das atividades da esfera privada e de reprodução social às mulheres, e das atividades da esfera pública e produtiva aos homens (Kergoat, 2009). Como destaca Marcondes (2013, p. 258) “[...] entendemos o cuidado como uma prática social que, ancorada na divisão sexual do trabalho tem como objetivo atender às necessidades humanas concretas, mas também emocionais e psicológicas, pressupondo a interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado e uma relação de interdependência. Trata-se de um trabalho essencial para a reprodução social da vida humana”. A autora reforça ainda que estas responsabilidades, associadas ao cuidado da casa e da família, não só não são remuneradas, como tendem a ser desvalorizadas (Marcondes, 2013) na esfera privada e pública, mesmo quando as necessidades de cuidados específicos são exigentes e contêm aprendizagens e procedimentos técnicos mais complexos, como no caso do cuidado a pessoas com quadros de demência, úlceras de pressão, entre outros.

Os sentimentos de desvalorização, cansaço e desamparo social e o seu impacto a nível psicológico são claros nos relatos das cuidadoras, que evidenciam que esta questão vai para além da esfera privada, sendo que os próprios profissionais de saúde e de instituições de apoio social, contribuem para a sua amplificação, em detrimento da ajuda que deveriam prestar, corroborando a opinião de Marcondes (2013), quando enaltece as relações de poder presentes no cuidado informal, em que a pessoa cuidadora se encontra numa posição de vulnerabilidade social e subserviência.

Características como paciência, empatia e compaixão, são atribuídas às mulheres como naturais, tornando-se socialmente responsáveis pelas tarefas reprodutivas e de cuidado, operando atividades no sentido de manter a hierarquia entre os sexos (Molinier & Welzer-Lang, 2009). Laham (2003) reforça ainda que para além de ser a mulher a comumente assumir a função de cuidadora – mesmo que tenha alguma ocupação profissional – a tendência é para a diminuição das suas atividades de lazer e vida social, o que reforça os impactos negativos das tarefas invisíveis e desvalorizadas das mulheres, promovendo o seu isolamento. São vários os autores que evidenciam a sobrecarga e cansaço físico e mental inerentes à tarefa do cuidado a pessoas idosas (e.g. Figueiredo & Sousa, 2008; Pereira & Carvalho, 2012; Ricarte, 2009; Santos, 2005; Sousa, 2011; Serra, 2002).

“Essas equipes de segurança social (...) é muito canudo. É muito doutor. Há muito pouco a parte humana das coisas. (...) Não passam de papéis, e de livros, e de capas debaixo duma mala. E a realidade é tão bem outra. É preciso ser humilde, é preciso pôr-se ao nível das pessoas, a usar a linguagem das pessoas. Ser-se acessível às pessoas. Mas, isto é muito complicado, porque as pessoas são muito doutoradas. Há muito pouco ser humano que trabalha com humanidade. Ainda há, mas muito pouco. Muito pouco.” (FEPE)

“A gente faz o melhor que pode por eles. É preciso, também, tocar cá dentro. Não é? Eu, às vezes, estava a fazer algumas coisas ao meu pai, a fazer e a chorar. É preciso ter um bocadinho de coragem. (...) Nunca tive (apoio psicológico). Mas que é complicado é. (...). São situações muito difíceis. Eu nunca tive ajuda.” (GLCA)

Marcondes (2013) relembra-nos que quer seja na esfera do lar, no contexto hospitalar ou ambiente escolar, as mulheres são cuidadoras desde a sua infância até se tornarem idosas, acumulando tarefas de cuidados a crianças, pessoas idosas, pessoas deficientes e mesmo homens adultos. Para a autora, é como se a existência social feminina se realizasse na medida em que cuida do Outro. Verifica-se, também, no discurso das participantes a acumulação de cuidados a diferentes pessoas, sejam elas pessoas idosas, crianças ou até adultos, contribuindo ainda mais para a amplificação da sobrecarga sentida.

“E agora, com o meu marido e tudo.... Parece que não... Dar-lhe banho, fazer as coisas e tudo, é muito complicado. Fico muito cansada mesmo. E a bebé também, porque a bebé pesa nove quilos... E, ela gosta de colinho. (...) É muito trabalho. Mas, enquanto eu puder... É assim, um dia de cada

vez, eu durmo um bocadinho e descanso e é outro dia. E é assim que tem que ser.” (ISSA)

A partir dos relatos das participantes, assistimos à justificação da decisão de assumirem os cuidados informais às pessoas idosas com base numa obrigação moral, na “lógica de autossacrifício” e na “lógica da bondade”, propostas por Gilligan (1997). A autora defende que é através da dicotomia “egoísmo” e “responsabilidade” que as mulheres concebem o problema moral como a obrigação de prestar cuidado e evitar o sofrimento, articulando a noção de obrigação ao imperativo moral de “cuidar dos outros”, expressando assim o interesse pelo bem desses outros e o cumprimento da sua responsabilidade moral.

“Eu nunca levei nada por fazer o serviço, que era a minha obrigação. Eram os meus. Ninguém me pagou nada, nem reformas, nem nada. (...) É obrigação, porque é pai.” (ALFE)

“Tinha essa obrigação pelos meus pais. Nós temos que cuidar de quem cuidou de nós para que um dia quando for a gente a precisar também ter isso.” (GLCA)

Gosto, Técnica e Necessidades

Apesar das condicionantes socioculturais que direcionam as mulheres para a prestação do cuidado informal, e da sobrecarga, desvalorização e vulnerabilidade a que este grupo está socialmente sujeito, Gonçalves e colaboradores (2006) ressaltam que no que ao sentimento de identidade das pessoas que prestam cuidados concerne, a maioria percebe o cuidado como dignificador, pelo cumprimento de um dever moral, de princípios religiosos, pela satisfação proporcionada pela gratidão da pessoa idosa, e pelo reconhecimento familiar e comunitário.

“É assim, os velhinhos o que querem é atenção e carinho. Se uma pessoa for meiga para eles, é o que eles querem, ir fazendo as vontades. Há pessoas que não estão para isso. E é assim, acho que isso é o principal, porque eles precisam é de carinho.” (ISSA)

“Para ser cuidadora tem que se ter amor e uma grande dose de paciência e gostar do que se faz. (...) É uma troca, não é? Aprende-se muito com eles. Eu aprendi muito, e mesmo ao ser cuidadora, (...) Eu acho que sim,

que nós recebemos aquilo que damos. Eu acredito muito nisso. Eu sou uma pessoa de fé, mas acredito muito nisso. Que o bem que nós fazemos volta para nós. Não sei de que forma, nem quando, nem como. Só sei que volta.”
(GOPE)

Concordantemente, Paúl (1997) salienta os aspetos gratificantes da prestação de cuidados, que ultrapassam a obrigação moral, reforçando os sentimentos de recompensa, gratificação e sentido de utilidade, que emergem do ato de cuidar, gerados pela solidariedade e intimidade que se constroem neste contexto. A manutenção da proximidade física e afetiva, por vezes, compensando a carência da mesma noutras fases da vida, e a facilitação do processo de envelhecimento dos mais próximos contrariam o sentimento de sobrecarga e cansaço físico. A satisfação (Brito, 2002), a realização pessoal, a aquisição de capacidades, aptidões e conhecimentos para prestar cuidados (Benjumea, 2004), e a aprendizagem, amadurecimento e crescimento individual (Carrero, 2002) acrescem aos benefícios reportados por quem presta cuidados a pessoas idosas.

“ É preciso gostar(...) Eles fartam-se de agradecer. (...) É melhor até do que ganhar dinheiro. Acho que isso é fundamental e acho que é isso que é necessário em qualquer pessoa, para tomar conta de um idoso. É saber ter com eles também, saber reconhecer esses momentos. Porque, eles compartilham connosco essas experiências, é uma demonstração de carinho. É uma demonstração de que gostam de nós, e que nós que os tratamos bem.” (GOPE)

“O meu íntimo já é... puxa para aí. Gostar de fazer e olhar, pronto, por quem precisar. (...) Gostei sempre de os tratar muito bem, tanto em limpeza, como em comer.” (ALFE)

Tal como proposto por Karsch (2003), as participantes do presente estudo reforçam a importância da proximidade afetiva entre as mesmas e a pessoa a seu cuidado, bem como o gosto pelo ato de cuidar. Adicionalmente, as cuidadoras ressaltam o quão crucial é o conhecimento técnico relacionado com a prestação de cuidados a uma pessoa idosa, particularmente quando o nível de dependência é mais elevado, como no caso de pessoas idosas acamadas, e na existência de diagnóstico de demência.

De acordo com Silveira (2000), é crucial que a pessoa que cuida seja empática, intuitiva, sensitiva, permanentemente adaptável a novas situações, capaz de reconhecer e analisar os sentimentos e anseios da pessoa idosa, e que deseje a sua melhoria.

“Gostar, não é? É uma parte fundamental, porque se trata a pessoa com mais carinho, com mais paciência. O respeito, acima de tudo, quer se tenha gosto ou se não tenha. (...) Eu acho que a parte técnica tem que ser aliada à parte pessoal, mas tem que haver da parte do cuidador, tem que se ter sempre em atenção à idade da pessoa, ao feitio da pessoa. Porque, nós temos que ter a formação no sentido de saber olhar para a pessoa e fazer um estudo da pessoa que estamos a lidar. Porque, os idosos são todos diferentes, não são iguais, têm feitios diferentes. (...) E nós temos que ter sobretudo paciência. Uma grande dose de paciência, proximidade e entendimento.” (GOPE)

As adversidades percebidas pelas pessoas que cuidam advêm, maioritariamente, da escassez de informação, de recursos, de formação técnica, de apoio por parte dos serviços da comunidade (Andrade, 2009), e da carência de competências e estratégias para lidar com o stress inerente à realidade da prestação de cuidados (Paúl, 1997). A necessidade de formação e preparação técnica é denunciada por várias participantes, sendo que algumas referem a procura ativa pelo conhecimento acerca do cuidado informal às pessoas idosas dependentes a seu cargo, através da realização de módulos de cursos de Geriatria e do recurso à internet como fonte de informação.

“Mas, um curso de geriatria, acho que é importante ter. Eu tirei esse curso. Acho que isso é fundamental, porque tem que saber mexer com o idoso. (...) E nós temos técnicas para isso. E mesmo, usando dessas técnicas, às vezes, a pessoa sofre. Se for uma pessoa que não tenha conhecimento nenhum, torna-se uma coisa muito mais difícil, pronto” (GOPE)

“Procuro, procuro (informação). E quando tenho dúvidas e quando preciso, procuro. E, eu própria vou a sites, aprender como falar com uma pessoa com demência. Há muita coisa que eu vou aos sites, recolher informação de como fazer e agir melhor. (...) Eu aprendi a falar muito bem com uma pessoa com demência. Aprendi na internet, nos sites. (...) E fiz alguns módulos de Geriatria.” (FEPE)

Andrade (2009) menciona que as pessoas cuidadoras constroem, dia-a-dia, o seu processo formativo para o cuidado, desenvolvendo capacidades individuais pela vivência quotidiana, designadamente: a estruturação de uma rede de suporte social de apoio informal e/ou formal, a criação de um ambiente físico que forneça segurança para a

prestação de cuidados, a aquisição e acumulação de conhecimento e técnica, bem como o desenvolvimento de habilidades físicas e emocionais. Adicionalmente, a autora refere que as pessoas cuidadoras não são alvo de um processo de educação formalizado, sendo que a aprendizagem pode ocorrer em contexto informal (com familiares e pessoas próximas) e em contexto formal (através de profissionais de saúde ou da área social). Segundo Guedes (2011), é urgente a criação de interfaces orientadas para as pessoas cuidadoras, que disponibilizem conhecimento, treino, preparação e suporte para a prestação de cuidados informais à pessoa em situação de dependência.

“Porque, basicamente, o que eu sei fui aprendendo, entre aspas, com a vida. Não é? Fui apreendendo, mesmo a dar medicação, se calhar, ver diabetes, essas coisas todas, eu fui aprendendo. Ninguém me ensinou” (PASA)

“De cuidar de feridas, eu não tinha grande experiência. Mas também, fui aprendendo e quando era preciso ajudava a pôr fraldas e tudo. (...) Tem que se ajustar de um lado, ajustar do outro. (...) E depois a minha filha também trabalha no Lar, também me foi ensinando, fui aprendendo. Pronto, e é assim.” (ISSA)

Pela perspectiva de Cattani e Girardon-Perlini (2004), as equipas de enfermagem ao domicílio, podem ter um papel determinante no suporte às pessoas que prestam cuidados informais, uma vez que, é no contexto da visita domiciliar que se tornam evidentes as adversidades que quem cuida pode encontrar no dia-a-dia, possibilitando a colaboração na assistência ao cuidado, atendendo às necessidades da pessoa cuidadora e da pessoa a ser cuidada.

“Mesmo para aquelas pessoas que não têm informação, que são muito humildes (...) Nem sequer pedir ajuda eles sabem. Havia de haver equipas que visitassem essas casas para ensinar uma pessoa a colocar uma fralda, colocar uma travesseira no meio das pernas para não ganhar escaras, a posicionar, como virar, as coisinhas básicas que as pessoas não sabem. Há pessoas que não sabem fazer nada. (...)” (FEPE)

“(os profissionais de saúde e da área social) podem estar mais próximos. Podem ir a casa das pessoas. Podem verificar, in loco, quais são as dificuldades que as pessoas têm. Não é estarem sentados no gabinete ou estarem no hospital a dizer: “Olhe, faça isto, faça assim. Faça não sei quê”. Não, porque as pessoas vão para casa e as dificuldades surgem em

casa, num contexto, numa casa que tem uma escada assim, que tem uma casa de banho assado, e que tem não sei o quê. Portanto, é ir lá e no contexto, ajudar a pessoa naquilo que são as suas dificuldades (...) Isso é que pode fazer a diferença na vida das pessoas. (...) É em casa das pessoas, onde as pessoas sentem as dificuldades.” (INCR)

Sequeira (2010) reforça que a formação é a maior necessidade das pessoas que cuidam informalmente, dada a ausência de preparação técnica para o cuidado, pelo que o exercício das funções pode ser desprovido de rigor e capacidade de responder apropriadamente. No entanto, é-lhe atribuído um valor simbólico e humano superior, que abrange vinculação afetiva e particularidades da história do ambiente familiar.

“Eu acho que se as pessoas estivessem informadas e tivessem formação e isso tudo, acho que é muito mais fácil para toda a gente, sinceramente. Sinceramente, acho que era.” (PASA)

Adicionalmente, Andrade (2009) conclui ainda que quem presta cuidados manifesta a necessidade de informação e formação, de aprendizagem técnica para a prestação dos cuidados específicos, e de desenvolvimento de competências para superação das dificuldades emocionais e práticas que podem advir do cuidado. A autora menciona, ainda, que quando questionadas acerca da atuação de profissionais de saúde, as pessoas cuidadoras enfatizam os domínios técnicos e relacionais, denunciando a inexistência de uma relação pedagógica.

“Isso, ou tu procuras por conta própria ou isso não existe. Existe assistência, não é? As assistentes sociais, mas elas existem, mas não é para isto. Elas vão lá a casa e não vão explicar como é que colocas uma fralda. Como é que tu lavas uma vagina em condições ou um pénis. Elas não vão explicar nada disso. Elas não vão fazer nada disso.” (FEPE)

“...os profissionais de saúde, muito pouco apoio dão nestas situações. (...) Aliás, houve uma vez que recorri ao centro de saúde, porque precisava de apoio para o meu pai. E só me disseram duas coisas. "Tem úlceras de pressão?" Eu disse "Não". Então, se não tem úlceras de pressão, precisa de fazer fisioterapia?", "Não." "Então não temos nada a oferecer". Foi o que me responderam.” (INCR)

Ao investigar as expectativas das pessoas que prestam cuidados a pessoas idosas em situação de dependência, quanto à atuação das equipas de enfermagem ao domicílio como resposta

às suas necessidades, Palma (1999) concluiu que estas consistiam em necessidades financeiras, fisiológicas, formativas, informativas, e ao nível da ajuda por parte de outros para a prestação de cuidados. As necessidades financeiras estão relacionadas com a dificuldade de obtenção de recursos materiais necessários como fraldas, medicamentos, ajudas técnicas, e de recursos humanos para assistência durante a execução das tarefas.

“O único apoio que eu consegui foi o apoio à terceira pessoa, mas que me deu tanto, tanto trabalho com papéis e mais papéis. Para cento e cinco euros. (...) Por isso, eu desisti de ir buscar outros apoios.” (FEPE)

Estas dificuldades a nível material também são reportadas pelas participantes do presente estudo, salientando a falta de apoio comunitário no acesso aos recursos necessários.

“Eu, neste momento, precisava de uma cama articulada para a minha mãe. Liguei para quinhentos sítios. Não há disponível em lado nenhum. Percebes? Ou seja, eu própria que dou aulas sobre os apoios sociais, estava sentada a pensar “Que raio. É que nós fartamo-nos de falar dos recursos da comunidade, e a verdade é que quando nós precisamos, a comunidade não tem recursos. Portanto, tu safas-te se conseguires, tiveres dinheiro ou se entretanto, conheceres alguém que te possa safar por outro lado.” (INCR)

Por sua vez, as necessidades fisiológicas relacionam-se com a privação de sono e a sobrecarga física e mental sentidas por quem assume a prestação de cuidados. As cuidadoras que participaram no estudo de Palma (1999), tal como as participantes do presente estudo, reportam ter tido ajuda profissional, mas caracterizam-na como pontual e insuficiente. As necessidades formativas e informativas correspondiam à preparação para adaptações do meio físico, para o exercício das técnicas imprescindíveis ao cuidado de pessoas idosas dependentes, reduzindo o risco de acidentes e mazelas para a pessoa a cuidado e o esforço físico empregue nas tarefas, bem como o acesso a informações relacionadas com os seus direitos e deveres (Palma, 1999).

“Às vezes, basta um pequeno pormenor. ‘Olhe, não é assim. Se fizer daquela forma...’ Faz toda a diferença, quer em termos de desgaste físico, quer também em termos de desgaste psicológico. Dizer: ‘Olha, existe este material, existe não sei o quê.’ Isto não se faz sentadinho num gabinete. Isto faz-se in loco.” (INCR)

“Porque, muitas vezes não é força, é a técnica. (...) Porque, com força não se consegue. Claro, que também é necessária, mas a força vem por acréscimo. Primeiro, tens que usar de técnica, a habilidade. Procurar fazer de forma mais leve e menos invasiva. E depois, claro tens que ter um bocadinho de força para determinadas operações.” (FEPE)

De acordo com Cattani e Girardon-Perlini (2004), as pessoas que cuidam indicam que cuidar é um processo desgastante e repetitivo, e relembram que a acumulação de funções gera sobrecarga e exaustão, que aumentam com a evolução da situação clínica e com a complexificação dos cuidados. As adversidades associadas originam sentimentos que se alternam entre compaixão pela pessoa a cuidar e o desagrado pelas dificuldades associadas à tarefa. Consequentemente, as pessoas cuidadoras reportam: degradação da sua saúde física e mental, apresentando sintomas psiquiátricos, e a perda de vida social (Garrido & Menezes, 2004; Nakatani et al, 2003).

“Eu, às vezes, estava a fazer alguma coisas ao meu pai, a fazer e a chorar. (...) Era tudo ferida. (...) Chegava a casa tinha que tirar a roupa toda. A roupa e eu só cheirava àquela carne podre, que era uma carne podre mesmo. Para aí um ano, não conseguia meter um bocado de carne na minha boca.” (GLCA)

“Há muita exclusão da sociedade, quando estás a tomar conta de um idoso. (...) Por exemplo, se tiveres a tua mãe já velhinha, muitas vezes não és convidada, porque sabem que se fores levas a tua mãe. Eu já senti isso na pele. (...) E também, já aconteceu de eu não ir, porque tinha a minha mãe. (...) Porque não ia deixar a minha mãe, numa cama sozinha. E eu sei que ela não caía. Mas, podia-lhe dar uma aflição, não ter ninguém que "botasse" a mão. Nunca eu na minha vida ia deixar a minha mãe sozinha. Não deixava de maneira nenhuma.” (FEPE)

Às necessidades supramencionadas, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), acrescem a necessidade específica de apoio emocional e aconselhamento individualizado e em contexto de grupos de apoio, e a necessidade de tempo livre. As autoras reforçam que a necessidade de ser escutada e entendida surge como forma de escape, procurando a minimização do isolamento e da solidão.

“É tratar do físico, mas também da parte mental, porque o stress do prestador de cuidados é um problema, sem dúvida. Tratar de alguém (...)

tem repercussões a nível psicológico. E essa parte, então, é que ninguém se preocupa (...) com todo o desgaste do cuidador. E não é fácil.” (INCR)

“É aquela parte mais psicológica de apoiar, porque o cuidador também tem que ser cuidado. (...) E a pessoa fica cansada, não só fisicamente, mas psicologicamente. E acho que é nessa parte que os cuidadores precisam de apoio psicológico, não é? Precisam, pronto, de falar com pessoas para se libertar daquele stress, daquelas coisas. (...) Acho que isso era fundamental. Que houvesse pessoas formadas nessa área. Que deve haver, não é? Mas mais apoiadas pela Segurança Social, para dar esse apoio. Caso a caso, ser estudado. E ver qual é o tipo de pessoa que é necessário àquele idoso, porque cada pessoa tem um feitio diferente, não é?” (GOPE)

3.2. Atitudes e percepções sobre a sexualidade de pessoas a cuidado

A Pessoa Idosa e a Vivência da Sexualidade

Construímos culturalmente a ideia de que as pessoas idosas não são sexualmente ativas, pela escassez de desejo ou prazer, pela assexualidade que lhes é socialmente imposta, pela educação, e pela propagação de mitos e estereótipos (Botacci, 2011).

As alterações corporais e fisiológicas derivadas do processo de envelhecimento, a cultura da assexualidade, e o idadismo têm potencial de causar impacto negativo na experiência da sexualidade nas pessoas mais velhas, promovendo o estereótipo de que esta dimensão é inexistente nas mesmas, e repreendendo nas pessoas idosas os seus desejos e vontades sexuais (Alencar, et al., 2014). A sexualidade na terceira idade é percebida como desnecessária, desprovida de nexos, constrangedora e até perturbadora, o que advém da percepção da pessoa idosa como não atraente, assexual e incapaz de se envolver em relações íntimas e sexuais, conduzindo à inferência errada de que as pessoas idosas não experienciam sexualidade. Um ambiente cultural conservador favorece a construção da sexualidade como ligada a um sistema de crenças, valores e atitudes que se fundamentam no modelo reprodutivo do sexo e na dicotomização de papéis psicossociossexuais, e a perpetuação do mito da associação entre sexualidade e juventude, força física e virilidade, tendo consequências nefastas na vivência da sexualidade na terceira idade (Ramos & González, 1994; Berger & Mailloux, 1995; Crawford, 2006).

As modificações biológicas decorrentes do envelhecimento podem afetar o modo de relacionamento e expressão afetiva e sexual, nomeadamente pela diminuição da frequência de relações sexuais, no entanto não significa que seja menos satisfatória para a pessoa idosa (Moura, 2008). Neste período, a exploração corporal e a estimulação afetiva e sexual passam predominantemente pelo toque, troca de carícias ou trocas de olhares, para além da procura de relação sexual (Moura, 2008). Mahieu e Gastmans (2015) adicionam ao leque de expressões de sexualidade mais comuns em idades mais avançadas, a procura de intimidade emocional e intelectual, e de proximidade física por meio de beijos e abraços.

“É assim, eu... era o normal. Eram duas pessoas, não é? E eles acho que já não tinham nada um com o outro, coitados. (...) E mesmo entre eles eram muito queridos, porque eles tratavam-se muito bem. Super bem. Tipo era, notava-se mesmo, ele cuidava dela, ela cuidava dele.” (PASA)

Soares e Meneghel (2021) relembram que o desconforto por parte dos profissionais de saúde e pessoas cuidadoras em abordar assuntos de índole sexual com pessoas idosas leva ao silêncio que evidencia a necessidade de desmistificar preconceitos e promover o diálogo e partilha de informação procurando o bem-estar pleno das pessoas idosas dependentes, e extinguindo a repressão das suas necessidades com base em atitudes conservadoras e moralistas baseadas somente em noções do senso-comum.

De acordo com Perry e Potter (2005), a libido não decresce com o avançar da idade, no entanto, as modificações corporais, a existência de doenças físicas, a situação de dependência e o uso de fármacos pode interferir com a vivência da sexualidade. Concordantemente, Custódio (2008) recorda que o processo de envelhecimento deve ser concebido como um período de desenvolvimento caracterizado por alterações físicas e psicológicas, a vários níveis, incluindo ao nível da sexualidade. Acrescenta ainda que fatores como a presença ou ausência de companheiro/a, bem como o seu interesse/capacidade sexual, dificuldades relacionadas com disfunção erétil no sexo masculino e dispareunia no sexo feminino, a falta de privacidade, o uso de medicação, e o estado geral de saúde, podem comprometer a prática de comportamentos sexuais em idades mais avançadas.

“Pelo contrário, ela até dizia que já não queria nada disso, já há muitos anos, também devido à doença...” (GOPE)

“Eu acho que existe (sexualidade no envelhecimento), mas se me perguntas especificamente no contexto dos meus pais, não te sei responder. Penso que nesta última fase, que não. Devido à degradação do

estado do meu pai, penso que não. Mas não tenho a certeza. Agora, acho que isso existe na terceira idade, sim. Se as pessoas estiverem com mais saúde, acredito eu.” (INCR)

Nos discursos das participantes do presente estudo acerca da existência de sexualidade no envelhecimento, denota-se a influência de concepções relativas aos padrões e papéis de género socialmente construídos. No âmbito das sociedades patriarcais é considerado “natural” que as dinâmicas entre os sexos sejam caracterizadas pela dominação masculina (Scott, 1995). É reforçado o estereótipo de que a demonstração de virilidade recai no direito ao exercício da força e dominação para com as mulheres, e na afirmação da potência sexual sob a forma de manifestações de sexualidade erétil e penetrativa (Molinier & Welzer-Lang, 2009). As pressões impostas pelos estereótipos socialmente construídos recaem sobre os homens idosos, na medida em que a afirmação da sua virilidade estará dependente do seu interesse e prática do ato sexual, que podem ser impedidas por limitações físicas, originando sentimentos de diminuição, frustração e angústia (Uchoa et al., 2016).

Molinier e Welzer-Lang (2009) salientam ainda a socialização das mulheres para secundarizarem os seus desejos pessoais em prol da priorização da satisfação do desejo masculino, minimizando a relevância e legitimidade do prazer sexual feminino. Soares e Meneghel (2021) reportam que as mulheres idosas manifestam uma concepção de sexualidade associada a normas mais rígidas, preconceitos e moralismos, noções de submissão e subordinação ao homem, e ausência de interesse sexual na terceira idade, enquanto os homens idosos expressam uma visão da sexualidade associada à componente biológica e prática do ato sexual, apresentando sofrimento intenso relativamente às limitações fisiológicas associadas ao envelhecimento. “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” (Soares & Meneghel, 2021, pp.133).

“É assim, a partir... talvez (exista sexualidade no envelhecimento). Em idosos, sei lá, entre sessenta anos, setenta anos acredito que haja. Mas, a partir dessa idade já não. Pode haver... Nas senhoras acho que não, nos homens pode ter uma ideia, mas acho que fisicamente...Acho que a idade que já não permite, não. (...) (GOPE)

“Existe (sexualidade no envelhecimento) sim, senhora. principalmente no sexo masculino. E talvez, também haja no feminino. Só que no masculino

é mais visível porque há ereção. E no feminino, uma pessoa não se apercebe. (...) porque o órgão genital é muito mais fácil de lavar, porque tu lavas e abres os lábios vaginais e lavas. E enquanto, no órgão genital do homem tens que fazer certos processos que acaba por estimular o órgão.” (FEPE)

Estratégia de Evitamento da Sexualidade

Pela ótica de Gavião (2005), quem presta cuidados a pessoas idosas tem um papel preponderante na facilitação ou problematização desta necessidade que para além de complexa, é frequentemente mal interpretada, o que denuncia a urgência de formação específica acerca deste domínio, de forma a possibilitar a compreensão das barreiras inerentes ao processo de envelhecer, promovendo o respeito, a autonomia, a privacidade, a tomada de decisões e a individualidade da pessoa idosa, e prevenindo a generalização dos cuidados. O autor sugere ainda que a ansiedade ou desconforto da pessoa cuidadora para atender a necessidades relacionadas com a sexualidade da pessoa idosa, aumentam a probabilidade de ocorrência de situações de constrangimento a serem evitadas, sendo crucial assumir uma postura aberta, em detrimento de uma atitude crítica. Como tal, é fulcral que a pessoa que cuida seja capaz de perceber a pessoa idosa como ser sexual, com necessidade de expressão de proximidade afetiva, desejos e sentimentos sexuais, sendo por isso relevante refletir sobre os significados e importância atribuídos pela pessoa idosa à sexualidade, ao invés da imposição de opiniões pessoais, censuras ou da tendência em considerar a pessoa idosa um ser desprovido de identidade sexual, atribuindo-lhe o papel de assexuado, e infantilizando-o pela comparação a “uma criança”.

“O idoso é basicamente um bebé, só que com mais idade e com mais experiência de vida do que tu. Por isso, é que acho que é mais por aí. Tens que saber isso. (...) Mas, se for um velho, tu já ficas assim “O quê? Tipo?”. Não é? É mais por aí, eu acho que se as pessoas estivessem informadas e tivessem formação e isso tudo, acho que é muito mais fácil para toda a gente, sinceramente. Sinceramente, acho que era.” (PASA)

De acordo com o autor, devido ao facto de o cuidado informal se desenvolver num ambiente de maior proximidade com as individualidades da sua esfera íntima e familiar, seria expectável uma expressão mais variada e livre da sexualidade, comparativamente com o cuidado formal e o contexto de institucionalização. No entanto, concordantemente com os

dados recolhidos por Gavião (2005), as atitudes e percepções das participantes do presente estudo dividem-se entre a aceitação do direito da pessoa idosa de expressar e vivenciar a sexualidade, e ignorar totalmente esta realidade, considerar a sua expressão como um ataque às suas crenças pessoais e códigos morais. Esta visão da sexualidade como desrespeitadora, ofendendo códigos morais e princípios religiosos tornou-se clara na resposta das participantes do estudo às primeiras questões relacionadas com a existência de manifestações e expressões de sexualidade nas pessoas a quem prestam/prestaram cuidados.

“Não. Não, com os meus pais, foram umas pessoas muito em condições. (...) Não, não. Era tudo com muito respeito. Nós fomos sempre muito respeitados. Essa minha tia volta e meia é que era muito de brincadeira, de falar às vezes mal” (ALFE)

“Não, não. Nada disso não. Cá em casa sempre fomos todos muito respeitadores e eles mesmo velhinhos também eram muito respeitadores.” (GLCA)

Algumas participantes revelam ainda considerarem que a ligação afetiva e familiar pode ser inibidora das manifestações de sexualidade por parte da pessoa idosa.

“Também depende do cuidador, depende do grau de parentesco que o cuidador tem com a pessoa que é cuidada. Até porque essas manifestações de sexualidade muitas vezes acontecem, não tanto com os familiares mais próximos, mas podem acontecer com pessoas que não são normalmente familiares.” (INCR)

“Não, com os meus pais, foram umas pessoas muito em condições. Esse meu tio, também tinha-me como uma filha. Era sobrinha, mas era como se fosse uma filha. Os meus sogros eram na mesma. Portanto, não tem coisa nenhuma, não...” (ALFE)

A expressão e interesse sexual assumem um papel problemático na medida em que são percecionados como inapropriados ou ameaçadores para a própria pessoa ou para quem presta cuidados (Ballard, 1998). Estas expressões podem envolver o toque em partes íntimas do corpo das cuidadoras, beijos e abraços que ultrapassam a proximidade afetiva, linguagem sexualmente sugestiva, tentativa de relações sexuais, masturbação pública, entre outras (Higgins et al., 2004). Adicionalmente, Ferros (2005) salienta a necessidade de conhecimento acerca das alterações decorrentes no processo de envelhecimento, esclarecendo que a pessoa idosa tem direito a permanecer sexualmente ativa, na medida em

que os seus desejos não interfiram com os direitos dos outros. A autora menciona que as próprias cuidadoras reportam sentimentos de vergonha e culpa perante manifestações de sexualidade de pessoas idosas com demência, interrogando-se se atitudes suas serão a causa dessa expressão e indagando-se acerca da melhor resposta perante essa situação.

“Mas, às vezes, por exemplo, em vez de ires, pá, contra aquilo que eles estão a dizer... Se calhar, até não ligas e dizes que sim e pronto e deixas para lá. (...) E há pessoas que não conseguem fazer isso” (PASA)

De acordo com Mayers (1998), Gavião (2005) e Ferros (2005), a investigação desta problemática deve ser desenvolvida objetivamente na ausência de interferência de valores, crenças ou preconceitos por parte da pessoa que cuida, evitando-se a intolerância, a humilhação, a inflexibilidade, e o confronto, pela naturalização da situação, respondendo com presença, carinho e atenção. Sendo necessária intervenção face a comportamentos sexuais mais problemáticos, deve haver a explicação não confrontativa dos motivos desses comportamentos não serem aceitáveis.

“Na altura, eu disse. Disse mesmo. Disse “Oh Doutor A., sabe que eu não gosto dessas coisas. Eu sei que é com carinho. Eu sei que gosta muito de mim, mas eu não gosto que faça essas coisas.” (...) E fui direta. Mas, eu achei por bem esclarecer logo de início e cortar logo e nunca mais voltou a acontecer nada (...) Eu acho que as pessoas, se disserem o que eu disse, é o correto. Serem claras.” (ISSA)

As cuidadoras que participaram no presente estudo reportam terem desenvolvido estratégias de evitamento da sexualidade, na ausência de apoio por parte de profissionais, ou de formação para o efeito, de forma a dar resposta perante este tipo de situações.

“Havia dias que, pronto, que ela falava assim, coisas que não fazia sentido. Mas, nós já estamos a ver... Já sabemos como é que é a evolução da doença e sabemos que aquilo faz parte da doença. E não podemos levar aquilo em consideração. (...)” (GOPE)

“Olha, a primeira vez que isso (ereção do idoso durante o banho) aconteceu, eu vi só com os olhos. E apercebi-me logo da força da natureza e contrariei. Não passou disso. (...) (não disse) nada, nada, nada, nada. Foi um acontecimento que aconteceu e evitei que voltasse a acontecer. Foi só isso” (FEPE)

Vaz (2012) sugere que quem presta cuidados a pessoas idosas tem um papel determinante na criação de um contexto que possibilite o bem-estar, mantendo a atenção e foco no indivíduo e não no seu comportamento. “Formal ou informal o cuidador é peça fundamental na difícil tarefa de proporcionar um envelhecimento saudável, com menor comprometimento funcional, e onde a sexualidade é parte determinante” (Vaz, 2012, p. 46).

Messias (2014) reforça que quem cuida deve ser sensível aos desejos das pessoas idosas, dando-lhes tempo e privacidade para que vivenciem esse momento, na ausência de comentários, de preconceitos, valorizando a expressão dos sentimentos.

“Até uma pessoa tem que ter cuidado, quando está a lavar os órgãos genitais de não estimular, porque mesmo apesar de ser filha para pai, é a força da natureza. Não há ali segundas intenções, não há maldades psicológicas. Há, sim, um estímulo físico. (...) E nós, como cuidadores, temos de ter a percepção e evitar essas situações.” (FEPE)

As participantes revelam a necessidade de preparação e formação para atender às necessidades das pessoas que têm a seu cuidado.

“Haver formação, talvez. Formação dessas pessoas, no sentido de as informar da normalidade, que é manipulação do órgão sexual, neste caso, não é? (INCR)

“Até para a pessoa perceber como agir em certas situações. Sim, talvez. Até para ajudar às pessoas perceberem que essa parte sexual pode... É assim, afeta às vezes as pessoas. Porque depois, as pessoas ficam com receio (...) eu acho que se as pessoas estivessem informadas e tivessem formação e isso tudo, acho que é muito mais fácil para toda a gente.” (PASA)

Concordantemente com o proposto por Andrade (2009), também nas questões relativas à temática da sexualidade, as cuidadoras constroem autodidaticamente o seu conhecimento, técnicas e habilidades, tendo o objetivo de evitar situações desconfortáveis para si e para a pessoa idosa.

“E, pronto, cabe-nos a nós usar artimanhas para evitar, ou ser mais rápida ou evitar essas situações. (...) Olha, por exemplo, ser mais rápida e não estar com tanta calma. (...) Eu comecei a evitar ter tanta calma e tanto mais. Ser mais profissional, menos carinhosa. (...) eu não aprendi em lado nenhum. Foi o meu raciocínio que trabalhou.” (FEPE)

4. Considerações Finais

A presente investigação intencionalizou a compreensão das particularidades associadas à prestação de cuidados informais a pessoas idosas.

O tema *A função de cuidar* remete para os significados atribuídos a ser cuidadora, bem como às necessidades específicas associadas à prestação de cuidados informais. Os dados recolhidos permitem verificar a assimetria de género na distribuição do cuidado informal, assente na lógica da divisão sexual do trabalho, remetendo ao género feminino a obrigação de assumir tarefas de cuidado, salientada pelas participantes. As cuidadoras enfatizaram a importância da proximidade afetiva para com a pessoa idosa, do gosto, comprometimento e dedicação pela função de cuidar e do domínio de conhecimentos práticos e habilidades técnicas para a prestação exemplar do cuidado informal. O impacto negativo da função de cuidar nas participantes foi também destacado, nomeadamente ao nível da sobrecarga sentida, do cansaço inerente à acumulação de tarefas de cuidado, do isolamento social, da falta de uma rede de apoio comunitária, de recursos materiais e humanos, e de equipas de proximidade que tenham, entre outros, um cariz formativo e informativo, de forma a suprir as necessidades referidas pelas cuidadoras no âmbito da preparação, do desenvolvimento de competências e da obtenção de conhecimentos imprescindíveis às tarefas de cuidar.

No que às *Atitudes e perceções sobre sexualidade de pessoas a cuidado* concerne, assistimos, por um lado, à negação da existência de sexualidade no envelhecimento das pessoas a cuidado, assentes em atitudes idadistas, crenças baseadas na cultura da assexualidade da pessoa idosa, e na associação entre vivência e expressão sexual com comportamento desrespeitoso e moralmente reprovável. Nos discursos das participantes, é possível identificar, também, a influência de crenças sexuais baseadas em padrões de género socialmente construídos, dada a negação absoluta da existência de sexualidade em mulheres idosas, acompanhada da possibilidade de existir interesse e manifestação sexual nas pessoas idosas do género masculino. Por outro lado, verificam-se perceções de naturalização das expressões de sexualidade ocorridas, mas também o recurso a estratégias de evitamento da sexualidade, nomeadamente através da infantilização da pessoa idosa, e da adoção de técnicas específicas para diminuir a probabilidade de ocorrência de tais manifestações.

É evidente a necessidade de produção científica e educação das pessoas cuidadoras, no âmbito da sexualidade no envelhecimento, facilitando a desmitificação de crenças erróneas e estereótipos, e promovendo a capacitação e empoderamento das pessoas cuidadoras e das pessoas idosas dependentes.

Conclusão

O presente estudo procura ser um contributo para a atualmente escassa produção científica acerca da sexualidade no envelhecimento em situação de dependência pelas perspetivas das próprias cuidadoras informais.

O cuidado informal constrói-se na narrativa das cuidadoras como uma obrigação moral feminina que as dignifica e recompensa, quando exemplarmente cumprida, sobrepondo-se aos aspetos negativos amplamente reportados, como a exaustão física, mental e emocional, a sobrecarga sentida, a falta de recursos materiais e humanos, de apoio psicológico e de preparação, e o isolamento social. Contudo, as cuidadoras reportam a necessidade de intervenção psicossocial e da criação de equipas de proximidade que efetivamente estejam presentes no contexto do cuidado domiciliário e conheçam as suas especificidades, atuando de forma personalizada no âmbito do auxílio à prestação de cuidados específicos, do aconselhamento por parte de profissionais de saúde e da área social, e assumindo um papel formativo que permita a capacitação adequada das pessoas que cuidam. Adicionalmente, os discursos das participantes revelaram a necessidade de intervenções psicoeducativas com vista à desmistificação de crenças associadas à sexualidade, e ao desenvolvimento de competências para a gestão de situações sexualizadas.

No que diz respeito às limitações do presente projeto, apesar do elevado número de respostas de interesse em participar no estudo, salientam-se as adversidades sentidas ao nível da literacia digital e do acesso a material informático por parte das cuidadoras para a realização de entrevistas virtuais, face ao contexto pandémico em que a investigação se desenrolou, pelo que se optou pela modalidade presencial, o que constituiu novas dificuldades por se tratarem de pessoas que cuidam de pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário, portanto mais vulneráveis, e pelas exigências das tarefas de cuidado que diminuem a disponibilidade das cuidadoras interessadas para a realização da entrevista.

Esta investigação visa ser um ponto de partida para a produção científica futura, acerca da sexualidade no envelhecimento pelas perspetivas de quem cuida informalmente de pessoas idosas, procurando contribuir para o planeamento, estruturação e implementação de medidas políticas e programas públicos de apoio psicossocial às famílias, de forma a promover a capacitação e empoderamento das mesmas, providenciando recursos humanos, materiais e formativos que permitam a prestação de cuidados informais mais adequada às necessidades específicas, e potencializando a vivência de dimensões como a sexualidade em pessoas idosas dependentes, de forma plena, integrada e saudável.

Referências Bibliográficas

- Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 349–360.
- Aguilar, R. (2017). Sexual Expression of Nursing Home Residents: Systematic Review of the Literature: Sexual Expression in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 49, 470-477. 10.1111/jnu.12315.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Alencar, D. L. D., Marques, A. P. D. O., Leal, M. C. C., & Vieira, J. D. C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva*, 19(8), 3533-3542. doi: 10.1590/1413-81232014198.12092013.
- Almeida, T., & Lourenço, M. L. (2009). Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(2), 233-244.
- Alonso-Babarro, A., Garrido-Barral, A., & Martín-Martinez, M. A. (2006). Evaluación de una intervención en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Revista Española Geriatria Y Gerontología*, 40(Suppl. 2), 40–45.
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, M. J., Duarte, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2015). Intervenções psicoeducativas e distress psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários. *Revista E-Psi*, 5(1), 94-112.
- Andrade, F. (2009) *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Minho, Braga.
- Araujo, A. B., Mohr B. A., & McKinlay, J. B. (2004). Changes in sexual function in middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1502–1509.
- Assembleia da República Portuguesa. *Lei nº 100/2019*, de 6 de Setembro. Diário da República, 1ª série, Nº 3-16.
- Ballard, E. L. (1998). Sexuality, Intimacy, and Meaningful Relationships in the Nursing Facility. In M. Kaplan & S.B Hoffman (Ed). *Behaviors in Dementia. Best Practices for Successful Management* (pp.239-252). Baltimore: Heath Professions Press

- Baron, R. A., & Graziano, W. G. (1990). *Social Psychology* (2 ed.). Nova Iorque: Bolt, Rinehart & Winston.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*. Petropolis, RJ: Vozes Limitada.
- Bauer, M. W., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2 (1), 63-68
- Bauer, M. W. & Nay, R., McAuliffe, L. (2009). Catering to Love, Sex and Intimacy in Residential Aged Care: What Information is Provided to Consumers? *Sex Disabil.*; 27(1) 3-9.
- Belasco, A. G. & Okuno, M. F. (2019). Reality and challenges of ageing. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(Suppl 2):1-2.
- Benjumea, C. (2004). Construir um mundo para el cuidado. Un estudio qualitativo de pacientes con demência. *Revista ROL de Enfermería*, 27(12), pp. 51-59.
- Bentrott, M. D., & Margrett, J. A. (2011). Taking a person-centered approach to understanding sexual expression among long-term care residents: Theoretical perspectives and research challenges. *Ageing International*, 36(3), 401-417.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidáctica.
- Beutel, M. E., Schumacher, J., Weidner, W., & Brahler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men – results from a German representative community study. *Andrologia*, 34, 22-28.
- Blanker M. H., Bosch J. L., Groeneveld F. P., et al. (2001). Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: Prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology*, 57, 763-768.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Botacci, L. F. G. (2011). A construção social do sexo: Alguns aspectos a considerar sobre a terceira idade. *Revista Trilhas da História*, 1(1), 145-158.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington, DC: SAGE Publications

- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto
- Brito, C. M. S. , Figueiredo, M. L. F. & Tyrrell, M. A. R. (2022). Health promoting behaviors by informal caregivers of older adults: an integrative review. *Acta Paul Enferm*, 35, eAPE003782.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8–11.
- Cabral, M. V., et al. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Callan, M. R. (2006). Providing aged care services for the gay and lesbian community. *Australian nursing journal*, 14(4), 20.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade e Planeamento Familiar*. 38/39, 7-13.
- Carneiro, R. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade – Relatório Final. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa/Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Carrero, M., et al. (2002). *Ante la enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Ed. Desclée et Brouwer.
- Castro, L. M. (2015). *Autocuidado: Intervenção psicoeducativa para o desenvolvimento de competências pessoais/sociais do cuidador familiar*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Cattani, R. B. & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). O Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia*, 6(2), 254-271.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Crawford, M. (2006). *Sexo sem tabus (para viver o sexo com prazer)*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Custódio, C. M. F. (2008). *Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.
- Debert, G., & Brigeiro, M. (2012). Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(80), 37-54.

- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *The Journal of sex research*, 49(2-3), 125–41.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 138–149.
- Dennerstein L, & Leher P. (2004). Women's sexual functioning, lifestyle, mid- age, and menopause in 12 European countries. *Menopause*, 11(6), 778-785.
- Esteves, M. M. (2002). *A Investigação Enquanto Estratégia de Formação de Professores*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Fávero, M. F., & Barbosa, S. C. S. (2011). Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde. *Terapia Sexual*, 14(2), 11-39.
- Feldkamp, J. K. (2003). Navigating the Uncertain Legal Waters of Resident Sexuality. *Nursing Homes: Long Term Care Management*. 52(2) 62.
- Feng, Z. (2019). Global Convergence: aging and long-term care policy challenges in the developing world. *J Aging Soc Policy*. 31(4):291-7.
- Fernandes, A., Fonseca, A., & Bárrios, M. J. (2022). Special issue "Aging, life cycle and societal challenges". *Fórum Sociológico*. Open Edition Journals.
- Ferros, L. C. (2005). Sexualidade e Demência. In A.Castro-Caldas & A. Mendonça (coordenação), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (149-160) Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde dos Idosos*, 26 (1), 15-24.
- FFMS. (2020). Indicadores de envelhecimento em Portugal. INE- Estimativas Anuais da População Residente. *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*.
- Finley, N. J. (1989). Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 79-86.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência
- Garrido, R. & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. *Revista de Saúde Pública*. 38(6), 835-841.

- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (Eds). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático* (pp. 64- 89). Petropolis, RJ: Vozes Limitada.
- Gavião, A. (2005). Sexualidade do Idoso e o Cuidado em Domicílio. In A. Silva (coord.). *Atendimento Domiciliar um enfoque gerontológico* (p.365-367). São Paulo: Atheneu.
- Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: Necessidades formativas dos familiares cuidadores*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Gewirtz-Meydan, et al (2018). Examining the Attitudes and Knowledge of Social Work and Nursing Students on Later-Life Sexuality. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 37. 1-13. Doi:10.1017/S0714980818000260.
- Gilligan, C. (1997). *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher* (Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ginsberg, T. B, Pomerantz, S. C., Kramer-Feeley, V. (2005) Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age and ageing*. 34(5) 475-480.
- Gonçalves, T. et al. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto - Enferm.*, 15(4), pp. 570-577.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How Important is Sex in Later Life? The Views of Older People How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617–1628.
- Hayes R., & Dennerstein L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population- based studies. *Journal of Sex Medicine*, 2, 317–330.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *British Journal of Nursing*, 13(22), 1330- 1334
- Instituto da Segurança Social (I. P., 2022). *Guia Prático: Estatuto do Cuidador Informal: Cuidador Informal Principal e Cuidador Não Principal*, 8004; v1.08.
- Instituto Nacional de Estatística. (INE, 2017). *Projeções de População Residente em Portugal*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2022). *Tábuas de Mortalidade Para Portugal 2019-2021*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540806507&DESTAQUESstema=55466&DESTAQUESmodo=2

- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300–306.
- Kaplan, H. (1990). Sex, intimacy and the aging process. *Journal of American Academy*, 18, 185-205.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio 19(3) 861-866.
- Kergoat, D. (2009). Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier (Orgs.), *Dicionário Crítico do Feminismo* (pp. 67-75), São Paulo: Editora Unesp.
- Kautz, D. D. & Upadhyaya, R. C. (2010). Appreciating diversity and enhancing intimacy. In K.L. Mauk (ed). *Gerontological nursing – competencies for care* (pp. 602-625). Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A.M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Laham, C. F. (2003) *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. (Mestrado em Fisiopatologia Experimental). Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LaTorre, R. A., & Kear, K. (1977). Attitudes toward sex in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 6(3), 203– 213.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39–57.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York: Springer.
- Leiblum, S. R. (1990). Sexuality and the midlife woman, *Psychology of Women Quarterly*, 14(4), 495-508
- Limoeiro, B. C. (2012). O corpo em foco: Envelhecimento e diferenças de gênero na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Todavia*, 3(5), 69-79
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 565–572.

- Ludlow, K., Churrua, K., Ellis, L. A., Mumford, V., Braithwaite, J. (2020). Family members' prioritisation of care in residential aged care facilities: A case for individualised care. *J Clin Nurs*. 29(17-18):3272-85. 7.
- Mahieu, L., Elssen, K.V., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *International journal of nursing studies*, 48(9), 1140-54.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1891–1905.
- Marcondes, M. M. (2013). O cuidado na perspectiva da divisão sexual do trabalho: contribuições para os estudos sobre a feminização do mundo do trabalho. In S. C. Yannoulas, (Org.) *Trabalhadoras: Análise da Feminização das Profissões e Ocupações* (pp. 251 – 279). Brasília: Abaré, 2013.
- Marsiglio, W., & Donnelly, D. (1991). Sexual relations in later life: A national study of married persons. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 46(6), 338–344.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, A. P. (2016). *A discriminação na velhice: A infantilização da pessoa idosa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias De Lisboa, Lisboa.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito do Social. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*, Boston: Little Brown.
- Mayers, K. (1998). Sexuality and the demented patient. *Sexuality & Disability*, 16, 219–225.
- Mckibbin J., Génereux L., & Séguin-Roberg G. (1996). Who cares for the caregivers? *Canadian Nurse Journal*, 93 (3), 38-41.
- Messias, M.L (2014). O cuidador e a sexualidade na velhice. *Memorialidades*, 3(5e6), 67-70
- Ministério da Saúde. *Decreto-Lei nº 101/06*. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, pp. 3856-3865.
- Ministério Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Decreto-Lei nº 1/2022*, de 10 de janeiro. Diário da República, 1ª série, Nº 21 – 36.
- Mixão, M. L. & Borges, J. C. F. (2006). A sexualidade no idoso. *Revista Enfermagem* (2ª Série). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- Molinier, P. & Welzer-Lang D. (2009). Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier (Org.). *Dicionário Crítico do feminismo* (pp. 101-104). São Paulo: Ed. Unesp.
- Monteiro, A., von Humboldt, S., & Leal, I. (2017). How Do Formal Caregivers Experience the Sexuality of Older Adults? Beliefs and Attitudes Towards Older Adults' Sexuality. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 77-92.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 126-131.
- Moreira, E. D., Jr., Glasser, D. B., & Gingell, C. (2005). Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: A population survey. *World Journal of Urology*, 23(6), 422-429.
- Moreira, Jr., Glasser, D., Santos, D. B., & Gingell, C. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *São Paulo Med J*; 123:234-41.
- Moura, L., M., & Hildebrandt, L. M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(2), 132-140.
- Nakatani, A. K. et al. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 15-20.
- Neri, A. L. (2013). Famílias Cuidadoras: Problemas e Desafios. In. D. Souza & M. Rua. (Coord.) *Cuidadores Informais de Pessoas idosas: Caminhos de Mudança*. (1ª ed) (pp. 38-44), Aveiro: UA Editora.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., & Gingell, C. (2006). Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World journal of urology*, 24(4), 423–428.
- Nolan, M., Grant, G., Ellis, N. (1990). Stress is in the eye of the beholder: reconceptualizing the measurement of carer burden. *Journal of Advance Nursing*, 15: 544-555;
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) - *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. Geneva: World Health Organization
- Organização Mundial de Saúde (2015) *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial de Saúde.

- Oppenheimer, C. (2002). Sexuality in old age. In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.). *Psychiatry in the elderly* (pp. 37–60). Oxford: Oxford University Press.
- Palma, E. (1999). Enfermagem agora. A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Enfermagem*. Lisboa.
- Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2nd ed.). New York, USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Pascual, C. P. (2002). *A sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo, SP: Loyola.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa-Porto: Editora Lidel.
- Pearlin, L., Mullan, J., Sempre, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-591.
- Pereira, M. & Carvalho, H. (2012). Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20 (2), 369-383.
- Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009) A dependência no processo de envelhecimento: Uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev. APS*, 12(1), 72-82.
- Perry, A. G. & Potter, P. A. (2005) *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. (3. Ed). São Paulo: Santos Livraria.
- Pinto, G. (2021). *O Estatuto do Cuidador Informal: Perceções sobre os direitos do cuidador informal* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pires, M. (2018). “Uma palmadinha nas costas e faz-se de conta”: *Discursos de enfermeiros/as sobre a sexualidade de idosos/as institucionalizados/as* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Ramos, C. (2018). *Saúde Sexual e Envelhecimento: O papel dos fatores psicológicos e crenças sexuais* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Ramos, F. & González, H. (1994). La Sexualidade en la Vejez. In J. Buendia (comp.). *Envejecimiento y Psicologia de la Salud* (pp. 151-180). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Rebec, D., Karnjuš, I., Ličen, S., & Babnik, K. (2015). Breaking Down Taboos Concerning Sexuality among the Elderly. In (Ed.), *Sexology in Midwifery*. IntechOpen.

- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Rocha, M., Vieira, M., & Sena, R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 61.
- Rodrigues, C. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2009). Gênero, sexualidade e envelhecimento. *Saúde Coletiva*, 6(30), 109-112.
- Sadovsky, R. & Nusbaum, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *The Journal of Sexual Medicine*, 3, 3-11.
- Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social* (Dissertação de Mestrado) Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585- 593.
- Scott J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Senra, M. et al (2013). *Ser Cuidador Formal e Informal: conhecimentos e atitudes face à sexualidade das pessoas idosas. Cuidadores informais de pessoas idosas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráf. Coimbra.
- Silva, A. (2016). *Experiências de sexualidades e envelhecimento: contributos para a construção de um lugar no campo da educação para a saúde* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Silveira, T. M. (2000) O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Textos sobre envelhecimento*, 3(4), 13-28.
- Soares, K. & Meneghel, S. (2021). O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 26(1), 129-136.
- Soares, M. (2020). *Cuidadores Informais. Que Justiça Social? Artigo escrito no âmbito da iniciativa "Quartas na Sede"*. Disponível em: http://www.psdfamaliao.pt/_cuidadores_informais_que_justica_social
- Sörensen, S., Piquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers: An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356–372.

- Sousa, A. (2011). *Quando o cuidador é idoso – impacto físico, emocional e social do cuidador informal do idoso* (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar. p.171
- Turner, W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The qualitative report*, 15(3), 754-760.
- Uchoa, et al. (2016). A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 939-949.
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2006). *Psicologia social* (7 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valente, S. (2012). *A Sexualidade das pessoas idosas: Um estudo realizado num lar de pessoas idosas do concelho de Alenquer*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa
- Vasconcellos, D., et al (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 413-419.
- Vaz, C. (2012). *Aspetos da Vida Sexual na Terceira Idade - uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso* (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Bragança, Bragança
- Venturini L., et al (2017). The nursing team's performance towards the sexuality of institutionalized elderly women. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03302.
- Vieira, C. (2017) *"Sem amor não se faz nada". Envelhecimento feminino e (resistência ao) duplo padrão da sexualidade* (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.
- Vieira, K. F. L., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2016). A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*; 36(1):196-209.
- Vieira, S., Hassamo, V., Branco, V., & Vilelas, J. (2014). A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. *Salutis Scientia*, 6, 35-45
- Willert, A., & Semans, M. (2000). Knowledge and attitudes about later life sexuality: What clinicians need to know about helping the elderly. *Contemporary Family Therapy*, 22, 415-435.
- World Association for Sexual Health (WAS, 2006). *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. World Association for Sexual Health.

Anexo 1. Guião da Entrevista

Dados sociodemográficos

1. Idade
2. Sexo/género
3. Estado Civil
4. Zona de Residência rural urbana
5. Escolaridade
6. Dados da pessoa a cuidado:
 - a. Género
 - b. Idade
 - c. Duração do acompanhamento como cuidador/a informal

Guião de Entrevista

1. Quais os motivos que o/a levaram a tornar-se cuidador/a informal?
2. Qual o grau de parentesco entre si e a pessoa a quem presta cuidados?
3. Conhece o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 06 de Setembro)?
4. Já usufrui deste estatuto?
 - a. (Se sim) Na sua opinião, o que alterou com o seu Estatuto de Cuidador/a Informal? Que apoios passaram a estar mais disponíveis?
 - b. (Se não) Porquê?
5. Na sua opinião, o que alterou com o Estatuto de Cuidador/a Informal? Que apoios passaram a estar mais disponíveis?

Após a disponibilização da Lei, o mundo foi, entretanto, desafiado pela ameaça da pandemia do SARS-COV-2 (Covid-19).

6. Que impactos considera ter tido esta pandemia na forma como presta cuidados?
7. E sente que, durante este tempo, teve mais ou menos apoios?

Focando agora mais ao nível da expressão de sexualidade da pessoa ao seu cuidado.

8. Qual a sua opinião sobre vivência da sexualidade e envelhecimento?
9. Na sua opinião, existe expressão da sexualidade na pessoa, a quem presta cuidados?
 - a. (Se sim) Em que medida?

b. (Se não) Porquê?

10. Como costuma reagir em situações que avalia como sexualizadas? Como avalia a sua preparação para lidar com tais ocasiões?

11. Que tipo de preparação ou competências considera que seria importante desenvolver ou aprofundar a este nível?

12. Costuma ter algum tipo de apoio, por exemplo por parte de profissionais de saúde, na resposta a situações desta natureza por parte da pessoa de quem cuida?

13. Como acha que as instituições de apoio social, ou profissionais de saúde poderiam ajudar e preparar os/as cuidadores/as informais de idosos/as para atender, de forma saudável, a questões de expressão e vivência da sexualidade do/a idoso/a dependente?

Por fim, gostaria de perceber se há alguma informação ou dimensão que não tenha sido explorada e que gostasse de acrescentar.

Muito obrigada!

Anexo 2. Termo de Consentimento Informado



Termo de Consentimento Informado

No âmbito da realização da Dissertação de Mestrado sobre os discursos dos/as cuidadores/as informais de pessoas idosas sobre as vivências e expressões da sexualidade nos/as idosos/as dependentes, da estudante Sara Catarina Campos Adão, sob a orientação da Doutora Sara Isabel Magalhães, solicitamos a sua colaboração através da resposta a uma entrevista.

Pedimos ainda a sua permissão para que a mesma seja gravada de forma a que seja possível uma posterior transcrição dos dados. Dada a natureza académica do presente trabalho, garantimos que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. Garantimos ainda que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas e anonimização da sua participação.

Salvaguardamos assim a total confidencialidade dos participantes e o seu anonimato, e recordamos que a participação é totalmente voluntária podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer repercussão.

Poderá, a qualquer momento, entrar em contacto com a equipa de investigação (através do contacto up201303699@edu.fpce.up.pt) caso deseje que as suas respostas não sejam incluídas no estudo. Poderá ainda usar o mesmo contacto se desejar ter acesso aos elementos produzidos pela investigação no final da mesma.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração,

Sara Adão

up201303699@edu.fpce.up.pt

Após a informação supramencionada, declaro que aceito participar na investigação apresentada e que consinto a gravação em áudio da mesma.

Assinatura do/a participante: _____

Data ____/____/____