

REINVENTAR O ENVELHECER A PARTIR DA ESCUTA: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA SOCIAL COM MULHERES IDOSAS ACOLHIDAS EM UMA CASA DE REPOUSO

Poliane Lagner de Silveira¹

Regina Machado²

Diego da Silva³

RESUMO: O trabalho em questão é uma narrativa sobre a experiência vivenciada durante o estágio supervisionado de observação em psicologia social, com idosos institucionalizados em Casa de Repouso, no curso de Psicologia, na Disciplina de Psicologia Social. Essa experiência ocorreu no ano de 2024, em uma Instituição Parcticular de Idosos, localizada em Curitiba, Paraná. Durante esse período, foi observada a rotina de convivência diária com idosos do sexo feminino, em idade entre 72 a 92 anos de idade, com o objetivo de destacar a importância do desenvolvimento de um possível futuro projeto de intervenção, a partir da criação de Grupo de Psicoterapêutico de Escuta Ativa, a fim de dar melhor qualidade de vida às relações sociais, notadamente nos processos de envelhecimento e garantia de melhora significativa de memória recente e nos quadros de doenças neurodegenerativas, bem como, proporcionar um ambiente de conforto e bem-estar entre as conviventes do local. O foco central dos trabalhos era incentivar a integração das idosas, em relação à sua própria condição clínica e em sua convivência com os demais agentes do local, destacando a relevância deles para a experiência acadêmica. A Psicologia Social está hoje repleta de teorias e métodos produtivos, entre eles a intervenção psicossocial que pode servir para melhorar a qualidade de vida e construir novas subjetividades para o crescente número de idosos. O objetivo deste artigo é buscar contribuir para a melhoria da qualidade de vida na velhice. Planejamos nossa metodologia para que grupos de discussão com rica interação entre os idosos pudessem ser desenhados. Foram sete encontros organizados incentivar a reflexão sobre diferentes temas. Como resultados progressivos, houve melhor interação interpessoal juntamente com a desnaturalização de crenças/mitos em torno do envelhecimento que impedem a qualidade de vida das idosas acompanhadas, abrindo espaço para uma “nova” prática psicológica. Assim, o projeto de intervenção, caso seja implementado, é um repensar e reinvenção nas práticas psicológicas. A fundamentação teórica foi baseada em conceitos relacionados à atuação da psicologia social (Freud (1905/1996); Neri, 2008; Silva, 2006, Fernandez & Paniagua, 2007;), sobre a importância das experiências e interações com o ambiente para o desenvolvimento, com as adaptações necessárias para os idosos portadores dos transtornos e doenças indicados. As observações possibilitaram prever, como as idosas observadas desempenharam papéis ativos nas atividades de grupo de convivência e fala ativa, e quais as dificuldades enfrentadas diárias por elas, em suas rotinas, decorrentes de suas limitações, em comparação à população que em geral não se submete à tais práticas. Por meio das experiências oferecidas, surgiram reflexões e relatos acerca de comportamentos e conceitos que impactam de maneira favorável ou desfavorável no desenvolvimento cognitivo desses indivíduos.

Palavras-chave: Psicologia Social. Idosos. Relações sociais. Vivência acadêmica.

¹ Advogada. Graduanda em Psicologia pela UNIENSINO.

² Profa. Mestra. Coordenadora do Curso de Psicologia da UNIENSINO.

³ Psicólogo. Docente do curso de psicologia da UNIENSINO.

1. INTRODUÇÃO

Geralmente, pessoas em todas as partes do mundo passam por processos de doenças de condições totalmente preveníveis ou mantêm hábitos que mantêm estímulos não saudáveis e impedem uma vida boa. A provisão de orientação sobre condições de doenças crônicas também é defendida porque algumas das condições podem se tornar uma bola de neve se não forem tratadas. Portanto, ênfase especial deve ser dada à mudança de hábitos entre as pessoas no ciclo de vida do envelhecimento para que possa ter um impacto positivo em relação à saúde e ao bem-estar. O objetivo deste relatório é fornecer o planejamento de atividades voltadas à prevenção e promoção da saúde em idosos e descrever a percepção de profissionais e participantes sobre os impactos da intervenção e pontos que podem ser desenvolvidos em atividades futuras.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1. A psicologia na área social

2.2. Ancoragem teórica

Infelizmente, nem sempre essa ideia de promover cidadania ao idoso existiu. Ao longo dos anos, uma série de discursos de diferentes grupos humanos baseados no senso comum, e, na ciência, contribuíram para a disseminação de estereótipos que se tornaram sinônimos de velhice em algum momento da história. A velhice passou a corresponder ao mesmo que inutilidade, improdutividade e menor valor (SCHONS; PALMA, 2000). Diante disso, os idosos passaram por um processo de exclusão e marginalização pela sociedade, sendo relegados a instituições que os acolham, tais como os asilos.

A criação de instalações de enfermagem atendeu a uma demanda social que muitas vezes era para atender às necessidades da família em relação aos idosos. Isso demonstra o estado de esgotamento dos idosos em nossa sociedade, que se aproveitam das instituições formais para erradicar a responsabilidade da conduta pessoal que antes fazia parte da vida privada.

Asilos são tipicamente instalações residenciais que não atendem às necessidades dos idosos e não fornecem assistência social, cuidados básicos de saúde ou alimentação. Asilos são considerados a instalação mais antiga para fornecer cuidados aos idosos, segregando-os de suas vidas familiares, o que pode levar a consequências negativas em sua qualidade de vida (DAVIM et al., 2004). Normalmente, nessas instituições, os idosos

não estão envolvidos em atividades que os envolveriam na busca de estimulação.

Adotar atividades como trabalhos escolares pode ser dramático, porque, sem seu comprometimento profissional e aprovação social, sua autoestima, sentimentos de exclusão e insegurança podem diminuir. Como consequência, o indivíduo submetido a uma instituição asilar pode ser privado de seus objetivos e vidas pretendidas, por estar distante das relações nas quais sua narrativa biográfica é construída (MIRANDA et al., 2005).

Pereira e seus colegas (2004, p. 2) descrevem o perfil típico de idosos institucionalizados da seguinte forma: a) alto grau de estilo de vida estacionário; b) falta de amor; c) perda de autonomia devido a deficiências físicas ou mentais; d) falta de familiares para auxiliar nos cuidados pessoais; e) falta de suporte financeiro. Esses detalhes contribuem para a prevalência crescente de limitações físicas e comorbidades, isso se reflete na falta de independência e autonomia.

Profissionais de diferentes áreas do conhecimento (enfermeiros, psicólogos, médicos, fisioterapeutas e outros) buscam promover, em todos os níveis de assistência à saúde (primário, secundário e terciário), o bem-estar biológico, psicológico e social dos idosos institucionalizados, a fim de aumentar sua capacidade global e proporcionar maior grau de independência e qualidade de vida nessa fase da vida (PEREIRA et al., 2004).

O estágio supervisionado em psicologia social, notadamente aos idosos institucionalizados em lares de cuidado paliativo e de recreação, busca integrar a teoria e a prática psicológica no contexto social. As atividades práticas são consideradas meios e facilitadores essenciais para a formação intelectual. Além disso, durante a formação acadêmica, as atividades práticas não apenas confirmam a teoria, mas também despertam um senso crítico no estudante, permitindo que ele desenvolva métodos de pesquisa e intervenção com base em suas próprias concepções, a fim de compreender e contribuir para a realidade do ambiente em que está inserido.

A atuação profissional da psicologia social, e principalmente daqueles profissionais daqueles que atuam com idosos institucionalizados, que necessitam de um aporte em saber posicionar-se quanto a situações especiais com alunos que exigem uma dedicação mais acurada, em uma instituição, envolve um trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Em parceria com a instituição onde essas pessoas encontram-se internas, o psicólogo procura promover práticas voltadas para os processos de melhora

na qualidade de vida, notadamente quando prestados ao auxílio de pacientes portadores de doenças neurodegenerativas, tais como Demência em virtude da Idade, Mal de Alzheimer e Mal de Parkinson, visando aprimorar a qualidade do vida e convivência dos paciente em seu atual estágio de envelhecimento e convivência com as demais partes institucionalizadas.

Isso é embasado em conhecimentos sobre desenvolvimento cognitivo, social e cultural. É importante destacar que uma das responsabilidades do psicólogo na instituição, é destacar que a inclusão não se resume apenas a oferecer direitos iguais, mas a proporcionar oportunidades para que todos possam conviver com dignidade, valorizando a subjetividade de cada indivíduo.

Isso implica na promoção de práticas que contribuam para esse objetivo. O estágio aconteceu em um Lar Para Idosas, qual se dedica ao cuidado diário de pacientes em tratamento paliativo e, em sua maioria, portadoras de doenças neurológicas em estado avançado, que dificultam sua convivência familiar, e é localizada em Curitiba – Estado do Paraná, o qual se realizou durante o total de 20 horas, sob a supervisão da Uniensino, com aulas de supervisão de estágio da Instituição de Ensino Superior do Curso de Psicologia, durante todo o semestre letivo, à cada 15 dias.

O estágio se desenvolveu em 7 (Sete) encontros, sendo estes de observação, com a mínima intervenção entre observador e pacientes, sendo determinado pelo Representante da Instituição que o concedeu, que as mesmas fossem realizadas nas salas de convivência da Instituição, mas sendo possibilitado o ingresso, sempre que necessário, à todos os ambientes do local. Além do mais, notou se que realmente muitas vezes essa organização tradicional, onde as idosas permanecem sentadas nas salas de convivência, mas lhes sendo oportunizados momentos de descanso em seus quartos, sempre com dinâmicas em grupos e possibilitado o acesso á televisão e música ambiente, não se denotando um ambiente tedioso para as idosas, nem cansativo para os profissionais que ali prestavam serviços, que se dividem na tarefa de auxiliar as idosas com suporte de doenças neurológicas, principalmente as diagnosticadas com Doença Alzheimer (CID10 G30), Doença de Parkinson (CID10 G20) e Demência Não Especificada (CID10 F03), posto o caráter extremamente desafiador que os mesmos ofereciam às cuidadoras durante todo período de observação.

Assim, ao final da observação, se propos um projeto de intervenção que buscasse

atribuir novos significados por meio das experiências vivenciadas pelas institucionalizadas, através da observação destas em se mostrarem muito ativas para conversas sobre assuntos dos mais variados tipos, elencando-se e sobrevivendo, a partir destas conversas, assuntos traumáticos e de vivências da infância e juventude, a questão da morte, das perdas que tiveram ao longo da vida, promovendo a conscientização sobre quais comportamentos contribuem para otimizar seu desenvolvimento cognitivo.

O problema do envelhecimento humano há muito tempo atrai o interesse de pesquisadores em vários campos do conhecimento científico, incluindo a psicologia. A psicogerontologia expõe os aspectos subjetivos do período dado da vida, incluindo a contradição entre desenvolvimento e envelhecimento como “peso” e “leveza” em ideias antigas. No entanto, por enquanto, esses processos são considerados coexistentes em todas as faixas etárias, mesmo que diferentes “pesos” na inclinação do desenvolvimento em diferentes níveis de idade determinem mudanças evolutivas que são conhecidas como ganhos ou perdas (Neri, 2008).

O envelhecimento é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível; universal não patológico de deterioração de um organismo maduro típico de todos os membros da espécie (Brasil 2006). São mudanças universais geneticamente determinadas para a espécie e para cada indivíduo resultando em diminuição da plasticidade, aumento da vulnerabilidade, perdas evolutivas acumuladas e aumento da probabilidade de morte. Neri (2008) e Silva (2006) o definiram como o processo ou efeito de envelhecer; que o que agora é parecer velho; ser durável ou duradouro, permanecer ou se tornar obsoleto, ou inútil.

De acordo com Neri (2008), a velhice é simplesmente descrita como o último período da vida humana e centrada na ocorrência de multi-eventos relacionados ao declínio psicomotor, desengajamento social e restrições de papéis e perdas cognitivas. Na tradução literal, refere-se ao envelhecimento, à condição de ser uma pessoa idosa. Para Mucida (2006), a velhice é um destino peculiar: cada um carrega seu próprio envelhecimento, pois cada um inscreve em si o que é próprio somente de si, ou seja, o que é inscrito é reinscrito e atualizado de acordo com as características de cada um.

Hoje em dia, as pessoas podem esperar viver cerca de 30 anos a mais do que quando a medicina estava em sua infância e hábitos saudáveis são continuamente pregados nas mídias sociais. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE) mediu a expectativa de vida em 76,3 anos.

Assim, o número de idosos aumentará porque as pessoas estão tendo menos filhos, e isso implica que em breve teremos mais idosos do que jovens tanto no país quanto no mundo. De fato, no Brasil e no estado de São Paulo, 13% da população constitui pessoas com 60 anos ou mais.

Como podemos garantir à população anciã, o direito fundamental ao bem-estar com a moradia, a saúde, o lazer e um largo etc.? Isso é o que se predispõem a Lei nº 10.741, que foi aprovado em outubro de 2003 e entrou em vigor em janeiro de 2004 para disciplinar os direitos da população idosa, comumente conhecido como Estatuto do Idoso.

Com o tempo, a preocupação com o envelhecimento humano tem intrigado cientistas de diversas disciplinas científicas, incluindo o estudo da psicologia. A psicologia do envelhecimento tende a enfatizar os elementos subjetivos nessa fase da vida, com o problema gigantesco residindo na unificação dos conceitos de desenvolvimento e envelhecimento, dois conceitos geralmente vistos como oposições. Mesmo assim, esses processos são vistos agora como coexistentes ao longo do ciclo de vida, embora com pesos diferentes na determinação de mudanças evolutivas que são comumente chamadas de ganhos ou perdas (Neri, 2008). O envelhecimento é um declínio gradual individual aditivo irreversível universal não patológico em função de um organismo maduro característico de todos os membros de uma espécie específica (Brasil, 2006). É o destino geral herdado evolutivamente primeiro, de todas as espécies em segundo lugar, de cada membro individual de uma espécie e isso implica potencial adaptativo reduzido, vulnerabilidade aumentada, defeitos evolutivos acumulados e probabilidade aumentada de extinção. O processo que distingue o ato ou os efeitos do envelhecimento do verbo envelhecer, ou seja, o estado de ser, envelhecer, ficar por muito tempo para permanecer para se tornar obsoleto ou inútil (Neri, 2008; Silva, 2006).

A velhice é o último estágio do ciclo de vida caracterizado por uma série de eventos múltiplos, incluindo perdas psicomotoras, desligamento social, restrições de papéis e especialização cognitiva. Etimologicamente, velhice denota idade avançada; o estado ou condição de ser velho (Neri, 2008). Para Mucida (2006), a velhice se refere a um destino singular onde cada um alcança o envelhecimento de forma pessoal, pois cada indivíduo escreverá algo em uma perspectiva pessoal; o que foi escrito será reescrito e

reatualizado vez após vez de acordo com a natureza do indivíduo.

Cachioni e Falcão (2009) destacaram que a velhice bem-sucedida está associada à boa saúde física e mental, à atividade e à participação na vida. Portanto, reconhece-se que a vida ativa precisa ser somada ao tempo cronológico, esta necessidade é considerada o resultado dos esforços dos últimos anos, em grande parte relacionados ao aumento da produção de ciência, tecnologia e práticas de cuidados de saúde para os idosos (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008).

Nessa perspectiva, também se reconhece o efeito reforçador da experiência sexual, uma vez que o sexo pode ser entendido como uma atividade que contribui positivamente para a qualidade de vida dos idosos. É um processo natural que acompanha as necessidades físicas e emocionais do indivíduo e se manifesta de forma diferente nas diferentes fases do desenvolvimento humano. Tem como objetivos a alegria, a felicidade, a autoestima e a procura de intimidade, partilha de amores e desejos com os outros de forma a criar laços de união mais estreitos (Soutto Mayor, Antunes & Almeida, 2009). Corresponde a uma importante função humana na qual múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração intervêm para dar sentido e sentido à existência humana (Fernandez & Paniagua, 2007).

Freud (1905/1996), um dos pioneiros no estudo do comportamento sexual humano, destacou em seu livro “Três Ensaaios sobre a Teoria do Comportamento Sexual” que os indivíduos têm comportamento sexual desde o nascimento, e o comportamento sexual entre adultos pode ser comparado ao sexo é muito mais livre. Os teóricos morais do início deste século levantaram hipóteses. Para ele, o período de desenvolvimento sexual é longo e complexo até atingir a idade adulta sexual, na qual as funções reprodutivas masculinas e femininas e as funções de obtenção de prazer podem ser interligadas. Esta afirmação contradiz a crença popular de que o sexo tem apenas a ver com reprodução.

As ideias seminais de Freud, ao apontar que o prazer é um objetivo da sexualidade humana, divorciaram a experiência sexual do significado exclusivo da reprodução. A sua tese é corroborada pelo recente surgimento do conceito de saúde sexual e pela separação progressiva do conceito de reprodução, que enfatiza a autonomia da vida sexual e a sua importância para a satisfação e o bem-estar ao longo da vida (Sousa, 2008).

Avanços adicionais no estudo das experiências sexuais foram feitos por Masters

e Johnson (1988), cujo estudo é considerado um marco na pesquisa sobre sexualidade. Esses autores foram pioneiros no estudo da fisiologia da resposta sexual e acreditavam que para compreender a complexidade do comportamento sexual humano era necessário compreender a anatomia e a fisiologia sexual, bem como possuir dados psicológicos e sociológicos. Segundo o autor citado, existem mitos culturais sobre o tema e, entre grupos formados por crianças, idosos e portadores de determinadas doenças, são considerados seres assexuados.

Na sociedade, os idosos são considerados assexuados, sem desejo e sexo, como se os anos os tivessem tornado menos apetitosos neste importante aspecto do desenvolvimento humano (Gonzalez & Brenes, 2007). Contudo, a literatura atual sugere que não existem razões fisiológicas que impeçam os idosos com boa saúde de terem uma vida sexual ativa.

Segundo Pascual (2002), em nossa sociedade há um agravamento da concepção negativa da velhice, principalmente na área da sexualidade. Não há apoio dos profissionais de saúde, enquanto os familiares criam barreiras que impedem os idosos de permanecerem sexualmente ativos. Além disso, a representação que a mídia faz do processo de envelhecimento e dos idosos não é atraente.

Este fato é extremamente prejudicial para os idosos porque o sexo é um componente fundamental da qualidade de vida e é fundamental para manter relacionamentos saudáveis, autoconceito e senso de integridade. Está associada a sentimentos de autoestima e, se negada, pode ter efeitos deletérios não apenas no sexo em si, mas também na autoimagem, nas relações sociais e na saúde mental (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007).

O processo de envelhecimento não conduz a uma fase assexuada, mas apenas a outra etapa do processo sexual humano, que deve ser plenamente vivenciada e apreciada (Fávero & Barbosa, 2011). As experiências sexuais, independentemente da idade, oferecem aos casais a possibilidade de realização pessoal, encarnam a intimidade e a cumplicidade e enriquecem as relações. Para os idosos, o sexo é fisicamente possível e emocionalmente enriquecedor, pois realça a importância do afeto, do apego, da comunicação, do companheirismo e do cuidado mútuo (Urquiza, Thumala, Cathalifaud, Ojeda & Vogel, 2008).

O tempo não faz com que os idosos percam o desejo sexual, porque ele existe em

todas as fases da vida, segue "um caminho que se repete constantemente, um caminho instável, em processo de transformação constante, tal como as pessoas, porque é um elemento indispensável parte da vida." parte da divisão". "(Pires, 2006, p. 2). O comportamento sexual, tal como outros comportamentos, varia muito à medida que as pessoas envelhecem, mas isso não significa necessariamente que a capacidade de resposta sexual diminua drasticamente, pois depende fundamentalmente da atitude individual perante a vida. Ocorre em de forma extremamente individual e não ocorre sempre da mesma forma ou mesmo da mesma forma em todos os indivíduos (Pascual, 2002).

A noção de que o envelhecimento está associado à falta de experiências sexuais e que essas experiências são necessárias para o desenvolvimento do conhecimento e de uma perspectiva saudável sobre o comportamento sexual dos idosos é incorreta e, como resultado, contribui para a falta de conhecimento e preconceitos sobre o comportamento sexual dos idosos, o que, como resultado, afeta negativamente a qualidade de vida dessa população (Vieira, 2012). Por causa da falta de conhecimento e da pressão cultural, muitos idosos que ainda têm desejo sexual sentem culpa e vergonha, simplesmente porque acreditam que têm o desejo de se divertir. Esses padrões sociais de comportamento que são derivados da sociedade têm um efeito na sexualidade humana que é limitado à faixa etária mais jovem, como resultado, a sociedade não os reforça nos idosos. Por outro lado, os idosos são frequentemente vítimas de preconceito, o que causa uma perda significativa em sua qualidade de vida.

No campo da saúde, a controvérsia em torno da vida sexual dos idosos tem sido desconsiderada pelo setor de saúde e pelo governo, a vida sexual dos idosos é considerada inexistente.

Em relação à sexualidade, ainda há duas questões com a abordagem deste tema ao lidar com idosos. Por um lado, os profissionais de saúde muitas vezes se sentem perturbados com as perguntas dos idosos sobre comportamento sexual, consideram esse comportamento desrespeitoso, por outro lado, os idosos muitas vezes não têm coragem de questionar os profissionais, pois acreditam que suas perguntas serão mal interpretadas (Vieira, 2012).

Segundo Viana e Madruga (2010), os idosos devem se sentir confortáveis para expressar suas emoções e desejos, sem medo de constrangimento ou receio de discutir

tópicos sexuais. Por outro lado, os profissionais de saúde devem estar livres de preconceitos, falar diretamente sobre o assunto, responder a todas as perguntas sem contornar a questão ou se sentir perturbado, demonstrar que têm interesse em discutir o tema com um grau de rigor científico e mostrar ao idoso dados relevantes, se desejado. Esses autores também sugerem que um ambiente privado é necessário, juntamente com um grupo de apoio e discussão que seja preenchido com informações precisas sobre a discussão de antigas convenções e a sugestão de possíveis soluções.

As dificuldades na comunicação entre profissionais e idosos são bem documentadas e, em parte, são causadas pela falta de treinamento em geriatria e gerontologia na área profissional. No entanto, Coelho (2006) afirma que, recentemente, os profissionais têm tentado quebrar ou reduzir os preconceitos, mitos, tabus e estereótipos associados a ela. No entanto, é enfatizado que é de suma importância ter cautela para não promover filmes de contraponto, que são representações excessivamente otimistas dos idosos, ao mesmo tempo em que são irrealistas. É óbvio que as informações devem ser transmitidas de forma precisa, legítima e simples de entender.

Apesar da diversidade de investigações científicas a que a idade é sujeita, há uma carência de estudos dedicados ao tema da sexualidade. Muitos dos estudos existentes discutem questões relativas às disfunções e alterações no funcionamento sexual de homens e mulheres, mas fornecem poucas reflexões sobre como os idosos têm lidado com sua sexualidade de forma emocional. Para Gabriel, Neves e Dias (2010), são necessárias investigações que elucidem a sexualidade dos idosos sob a perspectiva de sua qualidade de vida, pois nem sempre eles são compreendidos nesse aspecto.

No domínio da Psicologia Social, especificamente, tem havido um aumento nas investigações que dizem respeito aos idosos. Isso facilita, juntamente com a Psicologia da Personalidade, a compreensão dos vários fatores intrínsecos associados ao envelhecimento, o que promove o desenvolvimento de intervenções psicossociais que têm um impacto positivo nos idosos (Neri, 2002).

Nesta pesquisa, o tópico da sexualidade em idosos é considerado a partir da perspectiva da Psicologia Social, utilizando a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1978). Presume-se que a representação social é uma forma de conhecimento que é socialmente construída e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui

para a criação de uma realidade compartilhada (Jodelet, 2001).

Este é um conhecimento prático que é derivado de interações e comunicação entre grupos sociais, este conhecimento reflete a situação do indivíduo em relação a questões cotidianas (Ferreto, 2010). Elas são consideradas importantes porque instruem o indivíduo sobre como nomear e descrever conjuntamente os vários aspectos da vida cotidiana, como interpretar esses aspectos, tomar decisões e, finalmente, se posicionar diante deles com uma atitude defensiva (Jodelet, 2001).

A representação social é o processo pelo qual os humanos representam coisas em sua sociedade. Também é considerada uma ferramenta de pensamento, essa ferramenta serve como um ponto de transição entre o indivíduo e o grupo, entre o material e o ideal (Lahlou, 2011). Para Trindade, Santos e Almeida (2011), a representação social é composta principalmente pelo conceito de conhecimento que é construído por um sujeito ativo em estreita associação com o objeto culturalmente concebido, esse objeto revela as marcas do conhecimento, bem como a história do sujeito e do objeto. Vala e Monteiro (2004) definem a representação social como tendo uma dimensão funcional e prática. Esta última é evidente na organização do comportamento, comunicação, argumentos e explicações cotidianas e na distinção entre grupos sociais. A criação e operação de uma representação podem ser compreendidas por meio dos processos de objetificação e ancoragem. Jodelet (2001) descreve a objetificação como o processo pelo qual uma pessoa absorve um excesso de significado, materializando-o. Em outras palavras, a objetificação é a criação formal de conhecimento pelo indivíduo. Como um instrumento para o conhecimento, a ancoragem é um método que facilita a compreensão de como os componentes da representação não apenas se comunicam entre si, mas também ajudam a criá-los. Como resultado, garante a associação entre a função cognitiva fundamental da representação e a função social, bem como fornece objetificação com os componentes criativos que servem no desenvolvimento de novos conceitos representacionais.

Como resultado, reconhecer a representação social da sexualidade é baseado na compreensão das maneiras que as pessoas utilizam para criar, alterar e interpretar esse conceito associado ao seu mundo real. Como resultado, entende-se que compreender a representação social dos idosos sobre a sexualidade na velhice também é uma compreensão da realidade vivenciada e falada por esse grupo social, o que afeta o

comportamento e a comunicação.

O discurso dos idosos girou em torno de quatro conceitos centrais: os componentes constitutivos da sexualidade, sua significância e o impacto que ela tem na vida dos idosos, bem como a perspectiva da sociedade sobre a sexualidade dos idosos.

Na compreensão da representação social da sexualidade, foi reconhecida a importância das relações corpo/sexo, componentes psicoafetivos e componentes sociais. Eles enfatizaram algumas das dualidades e ambivalências comuns do ciclo de vida, que foram objetivadas na relação entre jovens e idosos, o corpo envelhecido e seus interesses e motivos em relação ao sexo.

As ambivalências estão concentradas principalmente na avaliação dos participantes sobre a importância das experiências sexuais nos idosos, elas alternam entre serem muito significativas e não terem importância. Em relação à percepção da sociedade sobre a sexualidade dos idosos, os participantes também desenvolveram seus pensamentos sociais sobre elementos ambíguos: por um lado, há um consenso sobre a sexualidade dos idosos e, por outro, preconceitos e discriminações são reconhecidos.

A representação social da sexualidade foi focada principalmente nas partes constituintes da sexualidade, com suas unidades temáticas organizadas em 10 categorias (prazer, relação sexual, afeição, intimidade, companheirismo, desejo, amor, vida, autoestima e atitudes), o que demonstra a natureza complexa e multifacetada da sexualidade.

Essa natureza do fenômeno está de acordo com os estudos de Gabriel et al. (2010), bem como Moura, Leite e Hildebrandt (2008) que documentaram que os idosos têm uma compreensão e percepção claras sobre o assunto, compreendendo-o em sua totalidade, que é mais do que a simples reprodução sexuada. Apesar de reconhecerem que a sexualidade é composta por múltiplos componentes, os participantes discutiram principalmente a relação sexual, que foi a forma mais comum de os participantes reconhecerem os elementos constituintes da sexualidade.

Como resultado, observa-se que os participantes têm uma compreensão básica da sexualidade como sinônimo do ato sexual, o que corrobora a pesquisa de Frugoli e Magalhães-Junior (2011). as relações sexuais são comuns na terceira idade, o que envolve sentimentos e emoções, estas últimas lhes proporcionam prazer físico e mental. Apesar de durante muitos anos a sexualidade ter sido considerada unicamente associada à

reprodução, sabe-se hoje que, hoje, as relações sexuais tornaram-se uma exigência psicológica profundamente influenciada por padrões sociais e culturais (Silva, 2006).

Observa-se uma percepção de favorecimento à privacidade do casal pela necessidade de um espaço para que os idosos desfrutem de momentos privados que não sejam interrompidos ou sujeitos a constrangimentos. Um obstáculo a esta aquisição é o facto de os idosos residirem com crianças. Como refere Ribeiro (2002), nas famílias, as crianças são as primeiras a reconhecer a sexualidade dos pais, interpretam as suas próprias necessidades como sendo de natureza sexual, como sinal de segunda infância ou demência.

Neste contexto, observa-se que os idosos continuam a ter desejos semelhantes aos que tinham quando jovens, embora os seus desejos sejam agora limitados por alterações fisiológicas que muitas vezes dificultam a manutenção de uma relação íntima. No entanto, está documentado que os idosos encontram outras alegrias, adaptam-se à idade e são capazes de encontrar uma nova maneira de viver para cada questão (Moura et al., 2008). Nesse sentido, os resultados indicam que os idosos devem ser considerados indivíduos que têm desejos, necessidades sexuais e planos para o futuro. Isso está de acordo com o estudo de Maschio, Balbino, De Souza e Kalinke (2011).

Por meio dos discursos, percebeu-se uma naturalização da sexualidade, ou seja, algo presente e necessário para a vida, independentemente do nível de desenvolvimento. Os idosos apontaram que a sexualidade é algo integral à vida como ser humano, algo que está presente em nossas vidas do nascimento à morte. Eles deram mais ênfase ao fato de que mesmo na velhice, ainda é possível levar uma vida sexual ativa e saudável.

Isso destaca a necessidade de abraçar o envelhecimento e suas consequências, aumentando assim a autoestima dos idosos. Urquiza et al. (2008) Negativamente, a autopercepção do corpo pelos idosos; é uma ocorrência comum onde o idoso deixa de se ver como atraente e acredita que seu corpo está fora dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade e definidos na doutrina.

Como Martins (2012) coloca, em nossa sociedade, altamente urbana e capitalista, os jovens são supervalorizados; isso se reflete em uma obsessão pela aparência e no culto a um corpo magro, saudável e jovem. Há esforços diversificados para parar de envelhecer por causa do medo da finitude e das repercussões na esfera social.

Na mesma linha de pensamento, Silva, Marques e Fonseca (2009) destacam que

a juventude é um dos valores-chave do tipo de capital, produção e consumo que caracteriza a sociedade ocidental moderna. Portanto, o espaço social atribuído ao velho carrega um valor negativo, no qual o corpo do velho se associa quase infalivelmente à doença, invalidez, decadência e proximidade da morte. O envelhecimento surge como um processo de afastamento do ideal de perfeição corporal; como na saúde, a beleza e a juventude estão atreladas a ele.

É necessário que desde cedo a pessoa tenha um bom relacionamento consigo mesma, visto que a imagem que os idosos têm de si mesmos é influenciada pelo que conseguiram construir e realizar no âmbito de suas experiências anteriores: familiares, profissionais, culturais, sociais, sentimentais e artísticas (Capodiecí, 2000). Assim, fica estabelecido que um elemento muito importante para o desfrute das experiências sexuais é a autoestima do idoso, baseada no fato de que essencialmente ele tem que primeiramente gostar e se aceitar como ele realmente é.

Outro eixo temático importante que emergiu do discurso dos participantes foram as mudanças decorrentes do envelhecimento, que podem incluir aspectos positivos ou negativos, e objetificações também foram notadas, indicando a ausência de mudanças na sexualidade em comparação com as fases da juventude e maturidade e velhice.

Segundo Amaral et al. (2011), durante a velhice, há uma redução na frequência de realização de atos sexuais devido a restrições que surgem de mudanças fisiológicas, bem como em alguns casos patológicas que não permitem relacionamentos íntimos mais próximos. No entanto, algumas pessoas mais velhas relataram que o envelhecimento tem sido para elas um período de descobertas notáveis para suas vidas sexuais e amorosas. Gradim, Sousa e Lobo (2007) registraram resultados análogos aos daqueles naquele envelhecimento e há menos idosos que pararam de atividades sexuais ativas; Curiosamente, existem outras formas de manifestação da sexualidade, como carícias e trocas de outras formas de afeto, geralmente praticadas pela população idosa.

Cada idoso é um indivíduo e singular e, portanto, sentirá sua sexualidade de forma diferente, assim como qualquer outro ser humano, em qualquer fase da vida. As experiências sexuais dão a chance de expressar sentimentos, fornecendo provas afirmativas de que se pode contar com seu corpo e seu funcionamento, trazendo a emoção e a alegria de estar vivo (Pires, 2006).

As representações sociais apreendidas também evidenciam objetificações quanto

à ausência de necessidade de sexo entre os idosos. Nota-se que tais respostas são compatíveis com o trabalho de Frugoli e Magalhães-Junior (2011), onde foram encontradas evidências predominantemente nos discursos de idosas sobre uma educação repressiva recebida na juventude que não lhes permitiu ter prazer com sua sexualidade naquele momento da vida.

É essencial ter em mente que, em sua maioria, os idosos foram criados por indivíduos de uma geração diferente, com informações diferentes. Essas informações definiam o sexo como algo relacionado apenas à finalidade da procriação. O fator religioso também contribuiu para essa visão restrita do sexo, associando qualquer forma de diversão a um comportamento pecaminoso (Vieira, 2012).

Em especial no que se refere às mulheres, Corrales, Rodriguez, Miranda e Inclán (2010) observam que elas frequentemente consideram erroneamente que com o término de sua função reprodutiva termina também sua função sexual, porém, segundo os autores, essa circunstância é condicionada exclusivamente por razões de natureza social e cultural, não havendo causas fisiológicas para tal estagnação.

Por fim, o último eixo temático decorrente do discurso dos idosos é denominado visão de sociedade. Ele retrata a imagem da sociedade em geral, posicionando-se sobre a sexualidade dos idosos a partir do ponto de vista dos participantes. Pires (2006) sublinha poderosamente que as pessoas em geral têm uma concepção a priori da velhice. Entre os estereótipos mais lembrados reside a figura corriqueira, "assexuada, carente de sensualidade e utilidade" (p. 2). Para Dantas, Silva & Loures (2002), há uma grande dificuldade em reconhecer a atividade sexual como uma necessidade fisiológica, longe de se restringir ao sexo em si, pois envolve diversas outras áreas da vida do indivíduo, como afeto, cuidado, desejo, fantasia e relacionamento, todas muito importantes para lhe proporcionar qualidade de vida.

O direito à vida sexual que Santos e Carlos (2003), sustentam é aquele que vem após pensar o amor em diversas formas de redescoberta da transformação libidinal. É uma redescoberta das formas primárias de amor no ser humano mais mais mais mais sensibilidade, contato físico que erogeneiza o corpo; como olhar, toque e voz mais redescoberta das formas primárias de amor no ser humano. A esse respeito, Mucida (2006) se refere ao modo de expressão do desejo e da sexualidade que muda com o tempo; pois os investimentos e valores mudam.

Portanto, não é com a velhice que não se sente desejo ou relações sexuais menores, mas sim com a adição de cores na trama da sexualidade a cada complexidade crescente do desejo. A sexualidade é algo que, como vem com paixão e força durante a juventude, não deve ser esse modo de vida volátil quando envelhecemos, porque, como Vázquez, Cabrera e Avilch (2008) apontaram, é mais do que apenas fazer sexo; é uma característica humana de uma dimensão psicossocial não regida exclusivamente pelo instinto.

Mesmo que seu presságio se manifeste de forma diferente durante diferentes períodos da vida, a sexualidade traz consigo comportamentos e desenvolvimentos evolutivos ao longo da vida, do berço ao túmulo, em que o destaque é um desejo sexual ainda intacto e persistência em desejar intimidade e afeição — portanto, reprimido durante a senilidade (Sousa, 2008).

O significado da interação da pessoa no ambiente externo está relacionado ao sujeito. Em conexão com as experiências que desempenham um papel enorme não apenas no desenvolvimento de funções mentais superiores que são inconscientes neste ponto, mas também nas causas externas do crescimento e desenvolvimento cognitivo.

A implementação de métodos que ajudam a fazer a redefinição de parâmetros comportamentais por meio da experiência no ambiente escolar não apenas aperfeiçoa, mas também inspira os sentidos do sujeito. Como consequência, novos significados para as experiências dos membros que estão sendo estudados são fornecidos, essas informações são então comunicadas à consciência dos membros que estão sendo estudados, quais comportamentos são úteis para seu desenvolvimento cognitivo.

3. DESENVOLVIMENTO

Observação 1º Dia.

O estágio foi realizado em uma casa de repouso localizada em Curitiba, com um total de grade de 20 horas, com início no dia 21 de agosto de 2024. No primeiro dia, percebeu-se um local muito bem arejado, com idosas mulheres, algumas com risco de possível queda.

Bem vestidas, banhadas, funcionárias bem dispostas. O local super bem organizado, extremamente limpo, roupas de cama e quartos muito bem dispostos, com

quatro camas em cada quarto, todos os móveis na cor branca e a decoração dos quartos e roupas de cama na cor cor-de-rosa, sem um aspecto de hospital.

A residência tem aspecto, em realidade, de um lar. Conta-se com salas de convivência onde havia idosas assistindo televisão. Algumas pacientes apresentam pouca mobilidade. Uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia, algumas com demência avançada e outras com diagnóstico de Doença de Alzheimer, além de Doença de Parkinson.

A paciente diagnosticada com esquizofrenia era bastante falante, elogiava a todos o tempo todo, e dizia para nós que eu aparentávamos ter 25 anos, o que demonstra uma contratransferência, pois a todo instante a paciente elencava atos de cordialidade e enaltecimento de beleza física.

Neste dia, uma paciente nos relatou que “sentia falta dos pacientes do quarto da frente, porque o médico veio vê-las e elas foram embora sem dar tchau”. No entanto, a enfermeira que as cuida diariamente nos relatou que as pacientes do quarto da frente, a que a paciente se referia, haviam falecido há alguns dias e nos solicitou que não contasse a essa paciente para que ela não sentisse falta das amigas.

O que se percebe neste contexto é como as idosas lidam com a questão da morte. Quanto ao local, esse era todo vigiado por câmeras de segurança, contendo portão alto, local muito seguro, mas que não perdeu sua característica de um lar para aquelas senhoras.

As funcionárias, todas uniformizadas, de jaleco, nos remete que elas não estão em casa, e sim institucionalizadas.

Os pacientes que mais chamaram atenção nesse dia foram os com diagnóstico de esquizofrenia.

Outra paciente, relatou, enquanto assistia à televisão, quando olhou para a TV e viu um presidente, de que este era seu namorado e que havia se casado com este, e nos relatou histórias engraçadas de sua vida; falou dos bisnetos e dos filhos.

As idosas que permaneceram na sala de convivência ao meu lado, Senhora I e Senhora G, disseram amar esse lugar, que tem horário para tomar banho, comer, tomar café com leite de manhã, depois almoçam uma comida gostosa e conversam com as amigas. o que se percebe e nos questiona é até onde as lembranças dessas idosas são reais ou derivadas puramente de delírios advindos da demência.

Relata-se por todas essas pacientes muitas lembranças da infância. As memórias

recentes não são comentadas normalmente. A paciente I, relatou sobre o suicídio do neto de 16 anos, por amor, ao terminar com a namorada e falou sobre o sofrimento dela quanto a essa perda.

É proibido as idosas entrarem no quarto das outras, possivelmente por conta do risco de infecção.

Denotou-se nesse dia que a morte é um assunto extremamente recorrente nas conversas, mas que as pacientes não demonstram medo dessa, sendo que a paciente I, informou que a morte: “Nos parece uma amiga que virá em breve”.

Uma paciente, que não falava, chorava muito. Sentou-se ao meu lado e chorava copiosamente e, na tentativa de verbalizar, ficava mais nervosa ainda por não conseguir expressar o que sentia.

Tentava comunicar a falta do marido que faleceu e em decorrência desse trauma, ela perdeu a condição de se comunicar.

A todo instante, permanecia na porta, dizendo a seu modo que estava a esperar por ele. Uma fala de uma paciente nos chamou muita atenção, a da senhora I: “A gente está aqui para lembrar do passado”, o que denota-nos um saudazismo das lembranças passadas sem perspectiva de criação de novas lembranças.

A paciente I, nesse dia, contou três vezes a mesma história em 25 minutos. que pareceu nos ser muito traumática.

A história dos gafanhotos que lhe atacavam e se não fosse à ajuda dos homens que estavam no bar, teria morrido.

O momento do lanche era para algumas ficarem em silêncio e outras conversarem bastante. A senhora G falava da viúves, com humor e dizia que havia muitos pretendentes a ela porque não usava mais aliança.

Relata-se, na fala dessa paciente, vários conteúdos de natureza sexual, ao falar que: “os homens só pensam naquilo” com muito humor.

O que mais nos chamou a atenção neste dia foi a limpeza e a organização do local. As residentes muito bem banhadas, com os cabelos muito arrumados, limpos, penteados, roupa bem cuidada, limpa, sem o menor resquício de cheiro de urina ou outros tipos de cheiros desagradáveis.

As unhas das internas todas sempre muito bem organizadas também, muitas vezes até pintadas.

As visitas de uma das residentes são recebidas com alegria pelas outras residentes, porque lhes parece oportunidade para conversar com aquelas residentes que nos parecem mais responsivas e conscientes. Segunda a paciente I: “A senhora aí fica triste ou fica feliz? Dá no mesmo trabalho. Então fico feliz direto enquanto termino a minha jornada” (sic)

Observação 2º Dia.

Ocorrido no dia 22 de agosto de 2024, com início às 13h15 da tarde, a senhora I contou todas as mesmas histórias do dia anterior.

A senhora J me recebeu na porta chorando.

A senhora G, muito animada com suas conversas, estavam todas as pacientes na sala de convivência assistindo televisão.

A senhora I fala sempre do neto deputado e do filho que diz ocupar um alto cargo no governo. A cada homem que aparecia na televisão, vestido com terno e gravata, ela nos dizia que era seu filho.

Denotava em sua fala uma grande admiração por este filho, mesmo tendo outros quatro, os quais quase não mencionava.

A preocupação da senhora G nesse dia era o tamanho do “seinho e dos órgãos bem exprimidos” (sic). A fala desta senhora nos relata um alto teor de sexualidade, sempre, principalmente quando vislumbramos os estudos de Sigmund Freud sobre esse assunto.

No entanto, há percepção de muitas histórias fantasiosas que denotam uma fuga da realidade ou derivadas da demência. A senhora I falou que: “aqui é sua casa” e a paciente G tem a noção de que o lar é “sua casa alugada, que ela está aqui para ter companhia e não ficar sozinha em casa” (sic).

Contou-nos novamente a paciente I sobre o suicídio do neto, além de várias histórias fantásticas e confusas que a todo momento iam e voltavam de tempos antigos para mais recentes, mas principalmente histórias de sua infância e adolescência e no período do casamento.

A paciente G nos relata, no final do dia, muitas questões sexuais. Fala-nos que o professor de ginástica poderia engravidar ela, afirmando, no entanto, que :”Não poderia mais engravidar ela, pois ela já não tem mais as regras” (sic). E disse que esse professor

tinha “pedido para ela ir de biquíni certo dia nas aulas” (sic). Segundo a senhora G, “se tem coisa rápida na vida é a morte” (sic).

Foi questionado às internas, por uma cuidadora, se elas gostavam de bichinhos, animais.

A paciente I disse que não gostava de gatos, porque “são ladrões iguais aos ciganos” (sic), o que denota-nos vários tipos de crenças limitantes e um preconceito arraigado desde a infância, porque ela nos relata que seu avô não gostava de ciganos.

A paciente Ó ficou animada ao falar de seus cachorrinhos. O que se denotou também nesse dia é que todas as internas, apenas uma delas não é viúva, as outras todas são.

A lembrança do cachorrinho em uma dessas internas fez com que ela se lembrasse da filha que morreu, o que a deixou confusa.

Ela já não sabia mais se a filha havia morrido ou ela tinha sonhado. Depois, quando recobrou a consciência, contou dos filhos mortos. Dois bebês de seis meses e uma filha com 63 anos.

Nos relatou que o filho está doente e disse que está com muita coisa na cabeça de preocupação.

A paciente G pediu ao professor que, quando morrer, que ele lhe dê uma flor branca e um cravo, “porque não gosta de se discutir” (sic). Fala com tranquilidade sobre a morte.

A paciente Ó vai para a casa do filho no sábado e volta na segunda. É a única neste regime. Além da senhora I, que apenas passa o dia institucionalizada no lar, e “entende aquele local como se fosse uma creche”. Volta para casa todas as noites, dorme com cuidadoras e retorna pela manhã, “sempre de táxi, porque não confia em Uber” (sic), todos os dias, de segunda a sexta, passando o final de semana em casa.

As demais internas não têm mais condições de voltar para casa, pois a família já não possui mais condições de cuidar delas sozinhas.

A paciente G, A filha vai buscar no domingo pra almoçar fora, porque trabalha demais, segundo sua fala. A paciente I relata que não gosta de sair da casa, porque não gosta de muita gente, e nos relata que quer sossego na sua fase final da vida.

Todas concordaram que estão no lar “porque precisam descansar, porque já criaram os filhos” (sic).

Sempre por volta das 14h30 é a hora do lanche. Todas nos relataram que adoram a comida da casa. A paciente I reclamou que “não lhe dão café com leite à tarde e que por isso queria ir para casa, porque lá não lhe falta nada, porque tem tudo em sua casa”.

Todas as pacientes se utilizavam de fraldas geriátricas devido à incontinência urinária devido à idade. O que se demonstrou é que a grande parte das pacientes tem idades entre 72 a 92 anos e não pareciam se incomodar com esse fato. Uma paciente que tinha diagnóstico de Doença de Parkinson, colocada sentada, tinha que ser contida na poltrona para não fugir, segundo a enfermeira nos relatou. Ela reclamou porque estava sendo amarrada, “porque iria morrer se não pudesse levantar” (sic), o que nos faz uma questão sobre o medo inconsciente da morte.

A paciente J estava muito irritada, verbalizando vários xingamentos e gritando muito, afirmando que “as enfermeiras iriam matá-la” (sic). Nesse dia, inclusive, foi nos contado que a clínica já havia recebido uma denúncia por maus tratos, mas que quando a polícia chegou para averiguar a situação, não constatou absolutamente nada e foram embora.

Percebe-se que nesse local as internas são muito bem tratadas e não se verificou em nenhum momento nenhum tipo de abuso por parte dos cuidadores.

Observação 3º Dia.

No terceiro dia do estágio realizado, no dia 23 de agosto de 2024, com início às 13h25, na sala de convivência estavam a paciente C, paciente com demência grave e esquizofrenia, e a paciente I. A paciente J, que tem dificuldade de fala, parecia nesse dia muito medicada, e neste dia estava recebendo a visita de uma amiga, que nos relatou diversas histórias dos Bailes que as duas frequentava, antes da doença da amiga, que gerou seu internamento, nos relatando que esta sinalizou a família as atitudes estranhas que a amiga apresentava, se esquecendo de onde estava e chorando por isso.

E havia também uma paciente acamada na poltrona após um acidente vascular cerebral.

A paciente I contou histórias sobre suas viagens à Itália e suas lembranças com sua avó materna. Relatou novamente a história sobre o filho que trabalhava em um importante órgão governamental e outro que trabalhava como político. A paciente J novamente estava me esperando na porta e ficou muito feliz em me ver. Nesse dia ela não chorou, queria me abraçar, mas a enfermeira a impediu.

Havia uma paciente acamada que estava muito agitada e nervosa, proferindo inúmeros xingamentos à enfermeira, com uma atitude muito agressiva, mas paquerou um funcionário do estabelecimento, falando que o mesmo “era muito bonito e se queria namorar com ela” (sic), pelo que todas as demais pacientes e as enfermeiras riram muito.

A paciente I estava muito confusa hoje, relatando que “havia ido embora para a casa dormir., que a casa de repouso era dela e que em frente era uma escola que ela dava aulas” (sic). Contou-nos hoje que a filha havia se casado com um ucraniano e que ela estava em guerra com a Rússia, o que nos denotou um medo inconsciente pela vida de seus familiares.

Quando chegamos nesse dia, as pacientes estavam reclamando do frio. No mesmo dia, a temperatura havia caído muito. A paciente G não estava na sala de convivência. As pacientes hoje estavam mais caladas que o normal devido ao frio. Às 14h10, chegou o funcionário P2, que é quem realiza com as internas terapia ocupacional. As pacientes foram para outra sala de convivência maior. Depois, chegou a paciente G para atividade.

O funcionário que realiza a terapia ocupacional brincou muito com a paciente G sobre ser seu namorado. A senhora G demonstrou muito ciúme do mesmo com a outra paciente O, quando este tentou abraçar a mesma.

A paciente G ficava a todo o momento elogiando o funcionário responsável pela T.O, que o mesmo “estava lindo e gostoso” (sic). Este funcionário brincou sobre a herança delas e riram muito.

Ele fez um jogo onde havia imagens e como as letras sobre a mesa elas descreviam, deviam preencher os cartões com a palavra correspondente. As pacientes relatavam que era muito difícil, o que se vislumbra uma dificuldade cognitiva, principalmente nas pacientes com diagnóstico de demência e Doença de Alzheimer.

Outras relataram a dificuldade em realizar a atividade devido à dificuldade da baixa acuidade visual. A paciente J sentou de costas para a atividade e ficou olhando para fora pela janela e falando ou tentando verbalizar sozinha, como se estivesse conversando com alguém.

No fundo da casa de repouso, uma paciente deitada no quarto gritava incessantemente pedindo socorro, pois a tinham sequestrado, e pedia, “ô meu anjo da guarda, me tira daqui” (sic). O que se percebeu foi uma grave diminuição de sua cognição,

com muita confusão mental (ou seria essa decorrência da demência?).

A paciente G foi a primeira a terminar a atividade, com pouca ajuda, em apenas uma palavra, necessitou de auxílio, e terminou as demais quatro palavras em 15 minutos. A paciente I reclamava muito de dor de cabeça, mas não queria abandonar a atividade.

Observação 4º Dia.

Em nosso quarto dia de estágio, realizado no dia 29 de agosto de 2024, na sala de convivência, das 13 às 16 horas, a paciente I acreditava estar em uma creche. Novamente falou dos filhos e que criava uma neta. Estava hoje muito confusa, falando sobre evento traumático que sofreu acerca de uma tentativa de assalto em sua residência, e falou muito sobre Silvio Santos, porque se recordou que o mesmo havia falecido. Disse que era muito amiga deste e que por isso “a creche havia sido premiada com dinheiro” (sic), o que denota uma grande confusão mental neste dia. Reclamou também que tiraram sua aliança e suas joias. Afirmava que a casa do lar era seu imóvel. Relatou que levaram as fotos da família para que ela não chorasse muito ao se recordar deles.

A paciente J, estava muito irritada porque “havíamos sumido, não havia ido por cerca de três dias ao estágio” (sic), e não quis conversar conosco e foi para o quarto.

A paciente I contou novamente a história do neto que cometeu suicídio aos 16 anos por causa de sua namorada. Referenciou que “odeia muito a garota e que ela, se ela aparecer na cidade, irá matá-la” (sic), o que nos demonstrou uma raiva reprimida extremamente grande.

Contou novamente que jogava futebol e que era goleira, contando com muita saudade de tal lembrança; falou muito sobre seu pai e que o mesmo era sanfoneiro. Ganhou chocolate e explicou por que não gostava : “porque o avô dava chocolate para ela, para ela não contar que ele traía a avó” (sic). Quem ofereceu o chocolate a paciente foi a diretora da casa, mas a mesma não tinha sequer qualquer tipo de noção de que um mero doce poderia lhe resgatar memórias tão arraigadas e tão sérias e traumáticas, despertando gatilhos emocionais.

A paciente N, nesse dia, recebeu a visita do esposo, a única que ainda não é viúva. Relatou o seu esposo que são casados há 58 anos. Senhor S, que é esposo da paciente N, a cuidou muito, deu chocolate em sua boca e, segundo ele, “o casamento só dá certo porque ela era agitada e ele calmo e esse seria o segredo, ter equilíbrio” (sic). Chamou a esposa

de “brabinha” (sic), mas demonstrou uma admiração gigantesca pela esposa e nos contou que tiveram cinco filhos. Deu muitos detalhes sobre a doença da esposa, sobre o isolamento desta, a irritabilidade, a agressividade. Realmente, a paciente se demonstra muito agressiva. Fala muitas palavras de baixo calão para as enfermeiras. Ela não lembra mais do esposo devido ao avançado quadro de Doença de Alzheimer.

O Sr. S conversou muito conosco neste dia, por quase duas horas. Nos relatou sua história de infância e as agressões suportadas de seu pai e que por “isso havia fugido de casa com 13 anos, arrumou um emprego e nunca mais voltou”.

Contou sua história de amor com a paciente N, que ambos desmancharam noivado com outras pessoas para que pudesse se casar, e que a paciente N teria abandonado o casamento 20 dias antes desse acontecer; que se casaram dentro de nove meses, que passaram muitas dificuldades devido à pobreza, por serem muitos jovens, morando por três anos na estrebaria da fazenda da família da paciente N. Relatou sobre o orgulho que sente dos filhos, dos netos e dos bisnetos que estudam nos Estados Unidos. Falou sobre a importância dos valores familiares e de que mesmo estando perdendo a visão devido à catarata “não deixa de visitar a esposa toda semana” (sic) e sempre que possível em sua fala “porque ela me ajudou a construir tudo que tem a minha família e meus valores” (sic).

Observação 5º Dia.

Em nosso quinto dia de estágio, realizado no dia 2 de setembro de 2024, com início às 15h e termo às 17h20. Estavam as pacientes na hora do lanche, no refeitório, que é uma sala com mesas redondas, e hoje haviam 10 (Dez) pacientes e todas conseguiram se alimentar sozinhas e não apresentaram dificuldade. Na área externa, haviam outras 3 pacientes, aproveitando o sol do dia.

Uma paciente recém-chegada estava muito nervosa e queria ir embora, e as demais pacientes tentaram de todas as formas, convencer a mesma em permanecer lá e “que agora lá era sua casa e que elas moravam todas juntas”.

A paciente Ó me falou sobre sua expectativa de morte, que “já passou muito da vida e que agora é esperar a morte aqui descansando” (sic).

A paciente M contou feliz sobre sua festa de aniversário em sua cidade de origem que foi realizada no domingo por sua família e por seus amigos e pelos netos.

A paciente O, nos relatou sobre os netos e os filhos que morreram quando eram bebês. Neste dia, as pacientes reclamaram muito que esqueceram de comer, mesmo tendo acabado de se alimentar. A paciente C pedia desculpas a todo momento, porque não se lembrava mais de nada, e depois de se olhar em um espelho, após solicitar o mesmo, entrou em uma crise nervosa, pois não sabia quem era aquela mulher. Ela se mostrava bastante irritada porque queria ir para casa, porque seus pais a estavam esperando, mesmo isso sendo algo que era inacreditável, pois a paciente já tem idade muito avançada.

A paciente M e a paciente J, nesse dia, tiveram uma séria briga, inclusive com agressão física, por conta de uma boneca, o que fez com que a dona do lar acabasse adquirindo mais bebês reborn para presentear um à paciente M e outro à paciente J, que desde esse dia não abandonou mais a boneca.

Algumas pacientes percebe-se que estão no lar, porque se machucaram em casa e houve denúncia por parte dos vizinhos que haviam sido agredidas, mesmo as mesmas tendo possivelmente se machucado sozinhas e também por a família não saber mais como se dispor, diante dos cuidados necessários, por conta da irretabilidade presente nos casos de demência e de Doença de Alzheimer, e assim, a família entendeu por bem institucionalizados.

Observação 6º Dia.

Dia 3 de setembro de 2024. A paciente I, nesse dia, nos relatou que depois que seus bisnetos tiverem filhos, ela vai ser “treco-avó” (sic). Todas as pacientes, outras que ouviram essa expressão, riram muito dela. A paciente I nos relatou a seguinte frase: “A gente olha pra tudo isso aqui e dá uma tristeza”.

Nesse dia, a paciente I repetiu todas as informações e histórias que já haviam nos relatado em outras situações, tendo muito presente em sua fala o suicídio do neto de 16 anos.

A paciente C e a paciente I, nesse dia, também discutiram como se fossem crianças. Uma provocava a outra, como se tivessem, em realidade, cinco anos de idade.

A paciente I estava nesse dia com bastante delírios sobre seus filhos e o marido de quem relata que sente muita saudade.

Nesse dia muitas internas receberam visitas de familiares que duravam em torno de 20 a 40 minutos.

Nessas visitas, realizadas na sala de jantar, os visitantes davam o lanche da tarde para as internas, sempre supervisionados pelas enfermeiras, a fim de evitarem-se problemas de afogamento.

A paciente G, a paciente N e a paciente C também receberam visitas e também foram alimentadas por estas.

A paciente G falou que “faz exame de consciência todos os dias e que pelo fato de não ter matado e nem roubado, sabe que irá para o céu” (sic). Pelo que a paciente N disse que não fez “tais atitudes, mas já pensou” (sic). A paciente C novamente nesse dia queria ir embora, e foi alertada pelas amigas que não podia ir embora, “porque elas moravam juntas naquela casa como amigas” (sic).

As pacientes mais lúcidas começaram a perder a paciência com a paciente C, que tem sério confrontamento de memória recente, devido à Doença de Alzheimer em estado avançado.

A paciente C, em vários momentos, parece estar completamente ausente, e não vê que está na companhia de demais internos. A preocupação delas é que não podem sair sozinhas, porque elas, segundo o relato, “usam as velhas porque as novas engravidam e não as velhas não” (sic), o que nos demonstra outra séria preocupação sexual das pacientes, que relataram todas que “tem muito medo de ser violentada sexualmente ou estupradas” (sic).

As pacientes começaram a falar sobre ter filhos, hora do parto, como foi o parto de cada uma, e a paciente N nos deu a seguinte fala : “a gente tem umas partes da vida que não esquece nunca mais”, quando conversavam sobre o marido delas. A paciente G, a paciente N e a paciente I, todas viúvas, nos relataram sobre suas luas de mel. Chegou a visita, ao final do dia, de um rapaz. e as senhoras conversavam com ele, sendo que a paciente G disse para ele, “eu sou viúva e estou acesa” (sic), o que gera um sério conteúdo sexual em sua fala, nos parece que ser a paciente mais sexualizada do grupo.

Observação 7º Dia.

Em nosso sétimo dia de estágio, ocorrido em 4 de setembro de 2024, na sala de convivência, as internas assistiam televisão. A paciente I, a paciente J, em silêncio.

Nesse dias estavam muito quietas. Foram perguntadas pela diretora do lar como se sentiam hoje. Pelo que a paciente I respondeu que estava ótima, “porque dormiu bem,

sonhou, roncou” (sic). A paciente N, diagnosticada com Doença de Alzheimer, em estado já muito avançado, e que é casada há 58 anos, não se recordava que tinha a idade que possuía e falou que o ‘cuidador era lindo e que casaria com ele’. Nesse dia recebeu a visita da filha, da qual já não lembrava mais. Perguntou quem era ela, mas que ela era “bonita e se parecia muito com ela mesma” (sic). Ficava a todo momento olhando para nós e falando que “bonito, coisa linda” (sic), se confundindo com a visão de que éramos homens e falou que “ficaria conosco” (sic).

A paciente E, que no dia 2 e 3 de setembro de 2024 estava muito falante, hoje estava muito quieta, silenciosa, com o olhar distante e balançando o corpo para frente e para trás. Chamada pela cuidadora, permanecia no mesmo estado, nos parecendo que poderia estar quase em um estado catatônico. A paciente I também estava muito silenciosa e cochilando a todo momento sentada.

A filha da paciente N tirou uma fotografia de ambas e mostrou a essa. O estranhamento da pessoa de si quanto a paciente N, foi um choque e perguntava “quem é essa?” (sic) Neste momento todos os presentes tiveram que conter a emoção, pelo que posteriormente os proprietários da casa entenderam por bem proibir fotografias sem o devido conhecimento das cuidadoras, para evitar a agitação do paciente e dos demais internos.

A filha da paciente N relatou que, quando sua mãe foi diagnosticada com Doença de Alzheimer, a mesma relata que “só chorava, que não aceitava que teve que tomar remédios para a depressão, porque não aceitava a doença da mãe, que não se conforma porque a mãe era ativa e como está agora, sempre acamada” (sic).

Outra situação que nos faz pensar a partir destas falas, é como a família recebe a notícia de transtornos neurológicos que afetam a memória, como a demência e a Doença de Alzheimer.

A paciente G, neste dia, a paciente O se encontravam com as amigas e ficavam muito felizes quando chegavam à sala de jantar para o lanche da tarde e denotavam que estavam morando com as amigas.

A paciente E, neste momento, inclusive, saiu completamente do estado letárgico. As internas que já conhecem a família da paciente N, comemoraram muito as visitas das demais e receberam elas com muito carinho.

As pacientes com maior comprometimento neurológico foram alimentadas na

boca. Foi-nos explicado que isso se devia a que, diante das doenças neurológicas como demência e Doença de Alzheimer, uma das consequências da doença é a grande perda de apetite, e, para incentivar a alimentação comum e se evitar de toda forma a transferência para a alimentação parental, sendo que isso se demonstrava importante, pois quanto mais se evitasse essa forma de alimentação, menor o risco de infecções e desnutrições do paciente, pois esses se mostravam, o grande risco de mortes.

Após a alimentação ser fornecida a quatro pacientes com maior comprometimento, as demais foram chamadas para se alimentarem. Da quarta refeição do dia, sendo que esta era bastante diferenciada para as internas, levando em consideração o estado clínico de cada uma, com uma dieta formulada especialmente para cada uma delas por nutricionista.

Para esse dia, que era o último dia de visitas de observação, entendemos por bem nos despedirmos de forma coletiva e evitar o contato físico, posto que elas sempre pediam beijos e abraços, e também, para se manter uma postura ética de distanciamento, o que foi muito difícil durante esse período, não se criar laços afetivos.

Concluiu-se com a leitura do poema intitulado “Retrato” de Cecília Meireles.

O objetivo da intervenção foi alcançado e a educação psicológica alcançou resultados benéficos.

A discussão com os idosos revelou, em síntese, que eles dificilmente têm informações sobre famílias diversas e estão presos à tradicional de pai, mãe e filhos – é impossível para eles viverem de outra forma. Ao longo do processo dialógico, observou-se que outras formas de configuração familiar não são conhecidas e que isso, de fato, se restringe ao modelo burguês. A partir dos relatos apresentados, podemos ver que é apenas o grupo de idosos que não consegue ver que esse tipo de agrupamento como um todo pode assumir algum tipo de semelhança com uma família. Isso pode interferir nos laços emocionais recém-construídos entre os idosos, continuando uma visão individualizada de vivenciar e compartilhar problemas.

4. PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

Considerando esses fatos, e diante do exposto, foi-nos proposto, realizar um projeto de intervenção em uma instituição de longa permanência para idosos localizada na cidade de Curitiba – Estado do Paraná, para a melhoria da qualidade de vida de um

grupo específico de idosos institucionalizados.

O objetivo geral possibilitou discutir e refletir sobre temas referentes ao processo de institucionalização de idosos; trabalhar o sentimento de abandono; discutir perspectivas com os idosos; e contribuir para um ambiente de valorização do idoso cuidado.

A modalidade que se mostrou de interessante abordagem de aplicação prática, seria a de utilizar-se de grupos de discussão realizados de forma horizontal, sem qualquer julgamento moralizante.

Nessa intervenção, seria oportunizado aos participantes, para que os idosos expressassem suas opiniões, valores, crenças, emoções e tudo o que sentem em relação aos temas de discussão, notadamente ao tema da sexualidade, que sempre aparecia nas rodas de conversas.

A participação no processo de interação deveria ser ativa em cada tema proposto para os idosos. Assim, o objetivo específico do trabalho em grupo é permitir trocas que construam subjetividades, empoderem os sujeitos, aumentem a interação entre eles e, por fim, promovam a promoção da saúde e da qualidade de vida.

As técnicas a serem utilizadas para a realização do trabalho em grupo são dinâmicas de grupo, oficinas criativas, discussão em grupo a partir de situações-problema, relaxamento; como temas de intervenção foram tomados: morte, afetividade, autoestima, sexualidade, traumas vividos ao longo da vida, felicidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem apresentado desafios constantes aos cientistas de várias disciplinas. Os indicadores, que são biológicos, psicológicos ou sociais, sugerem que é necessário redefinir os conceitos e valores para promover o envelhecimento ativo e social.

Por muito tempo, os idosos foram considerados apenas como estando em um período de declínio e perda, o que contribuiu para o desenvolvimento de estereótipos e preconceitos em relação aos idosos. Entender o processo de envelhecimento apenas por seus aspectos negativos leva à incapacidade de reconhecer os fatores significativos que ocorrem apenas durante esse estágio de desenvolvimento, como a experiência, que é objetivada por uma perspectiva mais ampla e global da existência humana.

Os resultados deste estudo mostraram que a sexualidade é crucial para a qualidade de vida dos idosos, pois envolve a transmissão do amor em uma variedade de formas e a experiência do abandono, ambos componentes essenciais de uma boa qualidade de vida na velhice. Entender como os idosos percebem e vivenciam a sexualidade é de suma importância para a compreensão de como eles próprios a percebem e vivenciam. Eles também facilitaram a compreensão dos pensamentos, sentimentos e perspectivas dos idosos, bem como sua fé, valor e atitudes. A criação de um campo semântico centrado em torno da sexualidade foi documentada, este campo incluiu uma variedade de componentes, incluindo afeição, cumplicidade, intimidade, relação sexual e outros. Como resultado, é possível deduzir que os idosos não entendem a sexualidade como algo confinado a uma área específica, mas sim como um processo complexo que envolve outras emoções e comportamentos que não se limitam às relações sexuais. Nesse sentido, os idosos ultrapassaram o significado meramente físico da sexualidade, eles a compreenderam em seu contexto mais amplo.

No geral, os participantes sociais mostraram uma consciência da sexualidade, bem como uma aceitação das tradições sexuais nos idosos, embora alguns participantes tenham expressado sua percepção negativa desse aspecto. Aspectos positivos e negativos do envelhecimento foram discutidos. O retrato da sexualidade dos idosos foi influenciado pelo conhecimento do senso comum, que estava conectado às suas vidas cotidianas.

A sexualidade do idoso é um assunto que ainda carece de pesquisas, a maioria dos estudos existentes concentra-se no lado negativo do espectro, como as disfunções sexuais, por exemplo. Estudos que focam nas experiências subjetivas da sexualidade na velhice são cruciais, esses estudos ajudam a entender os sentimentos e emoções associados ao cotidiano do idoso, o que por sua vez leva ao comportamento dessa população.

Pretende-se promover a reflexão e ajudar a alterar as atitudes de familiares, cuidadores, profissionais de saúde e da sociedade como um todo em relação ao comportamento sexual do idoso, denunciando as convenções da sociedade e contribuindo para a redução de preconceitos. Também tem sido teorizado que entender a perspectiva e o comportamento do idoso em relação à sexualidade, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, pode ajudar a diminuir a distância entre o conhecimento científico e o senso comum. Por fim, reconhece-se que manter uma paixão sexual na velhice é um desejo pessoal de cada indivíduo, se desejado, esta é uma atividade saudável

e prazerosa que promove benefícios à qualidade de vida do idoso.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, R. K. S., Nascimento, W. D. M., Vieira, J. D. R., Teles, M. A. B., Souza, C. M. S., Alves, M. C. S., & Leite, M. G. (2011). Percepção dos idosos sobre sexualidade na terceira idade. In: *Anais XII Seminário de Pesquisa e Pós-graduação* (pp. 1-4). Universidade Estadual de Montes Claros.

BAUER, M., 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.

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19, Série A: envelhecimento e saúde da pessoa idosa). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Centro Internacional de Longevidade. Carta aberta Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDI. Rio de Janeiro, 2020.

CACHIONI, M., & Falcão, D.V.S. (2009). Velhice e Educação: possibilidades e benefícios para a qualidade de vida. Em D.V.S. Falcão, & L.F.Araújo (Eds.), *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (pp. 175-194). Campinas: Alínea.

CAPODIECI, S. (2000). *A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos*. Bauru: EDUSC.

COELHO, A. V. R. (2006). *O sentido subjetivo da sexualidade na terceira idade* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás.

CORRALES, L. A. W., Rodriguez, Y. A., Miranda, M. C. D. & Inclán, A. G. (2010). La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. *Revista Médica Eletrônica*, 32(3), 1-5.

DANTAS, J. M. R., Silva, E. M., & Loures, M. C. (2002). Lazer e sexualidade no envelhecimento humano. *Estudos Goiânia*, 29(5), 1395-1442.

DAVIM, R. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 518-524, maio/jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2024.

ELIAS, Norbert - A solidão dos moribundos. Seguido de “Envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2001.

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.

FERNANDEZ, M. L., & Paniagua, S. C. (2007). La sexualidade em la persona adulta mayor. In A. C. M. Gonzalez, & M. R. Brenes (Eds.), *Envejece la sexualidade?* (pp. 15-35). Buenos Aires: Espacio Editorial.

FERRETO, L. E. (2010). Representação social no envelhecimento humano. In W. Malagutti, & A. M. A. Bergo (Eds.), *Abordagem interdisciplinar do idoso* (pp. 23-36). Rio de Janeiro, RJ: Rubio.

FREUD, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Vol. 2). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

FRUGOLI, A., & Magalhães Junior, C. A. O. (2011). A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR*, Umuarama, 15(1), 85-93.

GABRIEL, G.L.L., Neves, S., & Dias, L.G. (2010). Sexualidade na vivência de idosos. *Cuidado é fundamental Online*, 2(ed.supl.), 720-724.

GOFFMAN, Erving – Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GONZALEZ, A. C. M., & Brenes, M. R. (2007). Modificaciones en la sexualidad ocasionadas por el processo de envejecimiento. In A. C. M. Gonzalez, & M. R. Brenes (Eds.), *Envejece la sexualidade?* (pp. 37-75). Buenos Aires: Espacio Editorial.

GRADIM, C. V. C, Sousa, A. M. M., & Lobo, J. M. A. (2007). Prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enfermagem*, 12(2), 204-213.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-41). Rio de Janeiro, RJ: Ed. UERJ.

LAHLOU, S. (2011). Difusão das representações sociais e inteligência coletiva distribuída. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *Teoria das representações sociais 50 anos* (pp. 59-97). Brasília, DF: Technopolitik.

LEMAIRE, Patrick; BEHER, Louis – Psicologia do envelhecimento: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Instituto Piaget, 2005. 304 p.

LIMA, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, S. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.

MARTINS, M. B. (2012). *Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosas no contexto familiar* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM.

MASCHIO, M. B. M., Balbino, A. P., De Souza, P. F. R. & Kalinke, L. P. (2011). Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 583-589.

MASTERS, W., & Johnson, V. (1988). *O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

MIRANDA, F. A. N. et al. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. *UNOPAR Cient., Ciênc.Biol. Saúde, Londrina*, v. 7, n. 1, p. 27-34, out. 2005. Disponível em: <<http://www13.unopar.br/unopar/pesquisa/rcRevistaArtigos.action>> Acesso em: 30 out. 2024.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise* Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Moura, I., Leite, M. T., & Hildebrandt, L. M. (2008). Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(2), 132-140.

Mucida, A. (2006). *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.

Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.

Neri, A. L. (2002). Teorias psicológicas do envelhecimento. In E. V. Freitas (Ed.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 32-45). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. 2015.

Pascual, C. P. (2002). *A sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo, SP: Loyola.

PEREIRA, L. S. M. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7, Belo Horizonte, 12 a 15 set. 2004. *Anais Eletrônico...* Disponível em: <<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude143.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2024.

PIRES, R. C. C. A. (2006). Sexualidade feminina, envelhecimento e educação: algumas aproximações necessárias. *Revista UDESC*, 7(1), 1-7.

RIBEIRO, A. (2002) Sexualidade na terceira idade. In M. Papaléo Netto (Ed.), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, SP: Atheneu.

SANTOS, S. S., & Carlos, S. A. (2003). Sexualidade e amor na velhice. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, 5(1), 57-80.

SILVA, R. M. O. (2006). Sexualidade no idoso. In L. H. H Hargreaves (Ed.), *Geriatria* (pp. 141-148). Brasília, DF: SEEP.

SILVA, Rafaela Martins; RODRIGUES, Bráulio Brandão; DA SILVA GONÇALVES, Lair. A sexualidade na terceira idade sob a perspectiva dos idosos atendidos num ambulatório de psicogeriatria do distrito federal. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 2, p. 6273-6292, 2020.

SILVA, V. X. L., Marques, A. P. O., & Fonseca, J. L. C. L. (2009). Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(2), 295-303.

SOUTTO MAYOR, A., Antunes, E. S. D. C, & Almeida, T (2009). O “devir” do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. In *Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica* (pp. 286-293). Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, São Paulo, SP.

SOUSA, J. L. (2008). Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 20(1), 59-64.

TRINDADE, Z. A., Santos, M. F. S., & Almeida, A. M. O. (2011). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Eds.), *Teoria das representações sociais 50 anos* (pp. 101-121). Brasília, DF: Technopolitik.

UCHÔA, Yasmim da Silva et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

URQUIZA, A., Thumala, D., Cathalifaud, M. A., Ojeda, A., & Vogel, N. (2008). Sexualidad em la tercera edad: la imagen de los jóvenes universitarios. *Ponto e Vírgula*, 4, 358-374.

VALA, J. & Monteiro, M. B. (2004). *Psicologia social*. Lisboa: F.C. Gulbenkian.

VAZQUEZ, L. A., Cabrera, A. R., & Avich, N. A. (2008). Salud sexual y envejecimiento. *Revista Cubana Salud Pública*, 34(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-34662008000100010&script=sci_arttext

VIANA, H. B., & Madruga, V. A. (2010). Sexualidade na velhice e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(2), 26-35.

VIEIRA, K. F. L. (2012). *Sexualidade e qualidade de vida do Idoso: desafios contemporâneos e repercussões sociais*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.