



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Atitudes dos Profissionais em relação à Homossexualidade de Pessoas Idosas Institucionalizadas**

(Versão Final após Defesa)

**Daniela Sofia Pereira Almeida**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso  
Coorientador: Professor Doutor Feliciano Villar Posada  
Coorientadora: Professora Doutora Ana Paula André Martins Fernandes

**Covilhã, Fevereiro de 2020**



# Dedicatória

A dedicatória é utilizada para homenagear alguém. Foi esta a frase que li algures e fez tanto sentido. Se vamos homenagear alguém, então, que seja em vida. Dedico, com certeza, esta dissertação à pessoa que sempre acreditou e acredita que eu posso conquistar aquilo que quiser, a ti, que me vê com os olhos que mais ninguém vê, que me olha sempre com grande orgulho, respeito e admiração!

*“Someone who will understand  
Who knows the way I feel  
In every situation  
Her concern is real*

*Someone who has walked my ways  
Who knows my every need  
Times when she would see me cry  
Her heart would nearly bleed*

*Everyone should have you  
Just the way I do  
Richly blessed is what I am  
To have a sister like you”*

(retirado de Johnny and Stacy Graham Pinterest)



# Agradecimentos

*“No fim de tudo lembre-se como tudo começou!”*

A frase supramencionada traduz todos os pequenos e grandes passos deste percurso. Como tal, esta etapa da minha vida, contou com a presença de diversas pessoas, a quem lhes digo de coração, um obrigado do tamanho do mundo.

Aos meus **PAIS**, dedico as minhas vitórias, porque me ensinaram a persistir, mesmo quando os objetivos e os sonhos parecem distantes, por me inculcaram o ensinamento que depois da tempestade vem a bonança. Obrigado por me ensinarem com a doçura que a vida não ensina, por olharem para mim com os olhos cheios de amor e orgulho.

À minha **IRMÃ**, lhe dedico os meus sorrisos mais sinceros, porque sem ti o caminho não seria tão leve. Obrigado por me fazeres ver a vida com muita alegria.

Aos meus restantes **FAMILIARES**, obrigado por acreditarem nas minhas capacidades, e por se orgulharem tanto de mim, obrigada pela ternura e pelo cuidado com que me pegaram ao colo nesta jornada.

À Professora Doutora **ROSA MARINA AFONSO**, obrigada por todo o apoio, paciência, perseverança e por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades. Obrigada pela partilha do seu conhecimento e, ainda, mais por ser uma pessoa tão compreensiva e calma com os outros. Admiro-a muito por todo o excelente trabalho e empatia revelada ao longo deste percurso e por ser uma pessoa fantástica.

À Professora Doutora **ANA PAULA MARTINS**, obrigada por toda a disponibilidade e paciência. Sem si, teria sido muito mais complicado o caminho. Obrigada por todos os ensinamentos.

Ao Professor Doutor **FELICIANO VILLAR**, obrigada por acompanhar de perto este caminho e por estar sempre disponível.

Às **28 INSTITUIÇÕES**, muito obrigado pela excelente participação, sem o vosso contributo não seria possível a realização desta investigação.

À **ISABEL FONSECA**, Sr.<sup>a</sup> Médica, que me amparou diversas quedas, mas que ao longo do caminho me fez compreender que o mesmo se faz caminhando, obrigada pela amizade, sei que nos teremos sempre uma à outra.

À **JOANA PIRES**, colega, companheira, amiga que se tornou irmã, foram dias e noites cheios de momentos que guardo no coração. De facto, existem amigos que levamos para a vida porque eles tornam-se família.

Aos restantes **AMIGOS que fiz na COVILHÃ**, obrigado por todas as gargalhadas e por termos amparado as quedas e vivido as glórias uns dos outros, não mudava nem trocava nada, crescemos juntos e as vossas amizades permanecerão no meu coração.

À **ANDREA ROQUE**, por acompanhar atentamente a minha jornada, foste uma linda surpresa que a minha vida me deu, guardo-te sempre com grande admiração e carinho no meu coração. Obrigado pela força e por me ensinares a olhar e a viver a vida com pureza.

Ao **DAVID ALMEIDA**, à **INÊS GUEDES**, ao **JOSÉ OLIVEIRA** e à **CATARINA SERRA**, que ao longo destes cinco anos tiveram a paciência e a capacidade de me acompanharem com grande destreza. Obrigado por me limparem as lágrimas e por me fazerem sorrir, vocês são mais que amigos, são irmãos.

Aos restantes **AMIGOS DA MINHA TERRA** e arredores, obrigado por toda a boa disposição e alegria, sem vocês teria sido um caminho pesado. Tenho orgulho de tudo o que conquistámos.

À Professora Dr.<sup>a</sup> **ANA PAULA**, à Professora Dr.<sup>a</sup> **EDUARDA AZEVEDO** e à Professora Dr.<sup>a</sup> **FILOMENA RODRIGUES**, porque estando longe, estiveram sempre perto. Obrigada por incentivarem o meu espírito crítico e o meu gosto de aprender. Obrigada pela amizade, guardo-a e cultivo-a no meu coração.

## Resumo

As pessoas idosas LGBT são, frequentemente, alvo de dupla discriminação. Por um lado, devido à idade e, por outro lado, devido à orientação sexual. Este tipo de atitudes e comportamentos poderão comprometer a saúde e o bem-estar e, inclusivamente, os direitos das pessoas, nomeadamente, no contexto de prestação de cuidados a idosos. Nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), tende a ser mais difícil a expressão dos interesses sexuais dos residentes, principalmente, dos idosos homossexuais, uma vez que, vivem com mais desafios. A discriminação face a pessoas idosas homossexuais, poderá levar à negação da sua orientação sexual e à permanência ou regresso ao “armário”.

O principal **objetivo** deste estudo é analisar as atitudes e comportamentos dos profissionais que trabalhem em ERPI's em relação a pessoas idosas homossexuais institucionalizadas. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal. Participaram no estudo 538 profissionais que trabalham em ERPI's portuguesas. A maioria dos inquiridos são do género feminino (90%), com média de idades de 41.29 ( $DP=11.70$ ), casadas ou em união de facto (61.2%), com o 12º ano de escolaridade (33.5%), auxiliares (55%) e com formação profissional em envelhecimento (37.9%). Foi utilizada a Escala de Atitudes em relação à Sexualidade de Pessoas Idosas Institucionalizadas (Villar, Celdrán, Fabà & Serrat, 2017), traduzida para a população portuguesa no âmbito deste estudo. O mesmo avalia a forma como os profissionais que trabalham em ERPI's percebem e vivenciam a sexualidade e a homossexualidade de pessoas idosas institucionalizadas.

Os resultados revelam que quando se procede à comparação das respostas em relação a situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais, existem atitudes mais benevolentes, permissivas e tolerantes em relação às relações sexuais heterossexuais do que às homossexuais, principalmente se se tratarem de relações sexuais *gays*. Os profissionais consideram que a reação mais frequente, quando colegas se confrontam com situações de relações sexuais heterossexuais, é “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, seguida de “Pedir desculpa aos utentes” e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”. Todavia, quando se trata de relações sexuais homossexuais, além das reações mencionadas, também, é frequente, assinalarem as opções de resposta, “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”.

Este estudo contribui para o conhecimento das atitudes dos profissionais de ERPI's em relação à sexualidade dos utentes e, mais especificamente, sobre as vivências homossexuais, assinalando a necessidade de formação e apoio aos profissionais sobre estas temáticas. São necessárias práticas, atitudes e políticas sensíveis e inclusivas para que as pessoas possam desfrutar do seu direito à sexualidade e intimidade em contextos institucionais.

# Palavras-chave

Envelhecimento, Institucionalização, Sexualidade, Homossexualidade, Atitudes, Profissionais

# Abstract

LGBT older people are often subject to double discrimination. On the one hand, because of age and, on the other hand, because of sexual orientation. Such attitudes and behaviours can compromise health and well-being and even people's rights, especially in the context of care for the elderly. In Residential Structures for Older People (ERPI's), it tends to be more difficult to express the sexual interests of residents, especially older homosexuals, since they live with more challenges because, due to discrimination, they deny their sexual orientation, remain or return to the "closet".

The main objective of this study is to analyse the attitudes and behaviours of ERPI's professionals towards institutionalised homosexual elderly people. This is a quantitative, exploratory and transversal study. A total of 538 professionals working in Portuguese ERPI's participated in the study. Most of the respondents were female (90%), with an average age of 41.29 (SD = 11.70), married or in a consensual union (61.2%), with the 12th year of schooling (33.5%), aids (55%) and with vocational training in ageing (37.9%). The Scale of Attitudes towards the Sexuality of Institutionalised Older People (Villar, Celdrán, Fabà & Serrat, 2017), translated for the Portuguese population in this study, was used to assess how professionals work in ERPI's perceive and experience the sexuality and homosexuality of institutionalised elderly people.

The results reveal that, when comparing the responses to situations of heterosexual and homosexual sexual relations, reveals more benevolent, permissive and tolerant reactions when it comes to heterosexual sexual relations than towards homosexuals, especially, if they are *gay* sexual relations. Professionals consider that the most frequent reaction, when colleagues are confronted with heterosexual sexual relations situations, is "Commenting on what happened with supervision or direction", followed by "Apologize to users" and "Advising them to do it in a more private way". However, in the case of homosexual sexual relations, in addition to the reactions mentioned above, they also often mark the response options, "Take or demand measures so that it does not happen again" and "Call them to attention/scold them".

This study contributes to the knowledge of the attitudes of ERPI's professionals in relation to the sexuality of users and, more specifically, about homosexual experiences, highlighting the need for training and support to professionals on these thematic. Sensitive and inclusive practices, attitudes and policies are needed so that people can enjoy their right to sexuality and intimacy in institutional settings/contexts.

# Keywords

Aging, Institutionalization, Sexuality, Homosexuality, Attitudes, Professionals

# Índice

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Parte Teórica</b>	<b>3</b>
1. Envelhecimento e Sexualidade na Velhice	3
1.1. Considerações sobre o Processo de Envelhecimento	3
1.2. Sexualidade na Velhice	8
1.3. Sexualidade de Pessoas Idosas Institucionalizadas	10
2. Homossexualidade e Envelhecimento	13
2.1. Atitudes	13
2.2. Dupla Discriminação: Ageism e Homofobia	14
2.3. Homossexualidade na Velhice e Saúde	18
2.4. Homossexualidade e Cuidados Prestados a Pessoas Idosas	22
<b>Parte Empírica</b>	<b>27</b>
1. Tipologia de Estudo	27
2. Objetivos de Estudo	28
3. Método	28
3.1. Participantes	28
3.2. Instrumentos/Questionários	30
3.2.1. Questionário Sociodemográfico/Institucional	31
3.2.2. Vinhetas	31
3.3. Procedimento	32
3.4. Análise dos Dados	34
4. Resultados	35
5. Discussão dos Resultados	47
6. Conclusões do Estudo	55
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>59</b>
<b>Anexos</b>	



# Lista de Figuras

Figura 1 – Comparação da distribuição de frequências (em %) do confronto dos profissionais com situações de relações sexuais entre utentes nas ERPI's

Figura 2 – Frequências (em %) da periodicidade com que profissionais de ERPI's se confrontam com situações de relações sexuais entre utentes



## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estudos sobre a Sexualidade na Velhice

Tabela 2 – Estudos acerca da Saúde de pessoas LGBT

Tabela 3 – Descrição de Dados Sociodemográficos da Amostra (N=538)

Tabela 4 – Caracterização dos comportamentos que os participantes consideram que a maioria dos colegas teria (questão A) perante situações de relações sexuais envolvendo utentes Heterossexuais *vs.* Lésbicas *vs.* *Gays*

Tabela 5 – Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que os colegas fariam perante as diferentes situações de relações sexuais: Heterossexuais *vs.* Lésbicas, Heterossexuais *vs.* *Gays* e Lésbicas *vs.* *Gays*

Tabela 6 – Caracterização dos comportamentos que os participantes consideram que deveriam ter (questão B) perante situações de relações sexuais envolvendo utentes Heterossexuais *vs.* Lésbicas *vs.* *Gays*

Tabela 7 – Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que deveriam fazer perante as diferentes situações de relações sexuais: Heterossexuais *vs.* Lésbicas, Heterossexuais *vs.* *Gays* e Lésbicas *vs.* *Gays*

Tabela 8 – Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que deveriam fazer perante uma situação de relações sexuais heterossexuais

Tabela 9 – Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que deveriam fazer perante uma situação de relações sexuais lésbicas

Tabela 10 – Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que deveriam fazer perante uma situação de relações sexuais *gays*

Tabela 11 – Comparação da reação dos participantes segundo o que consideram que os colegas fariam e o que consideram que se deveria fazer perante a revelação da orientação sexual de um utente



# Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC's	Acidentes Vasculares Cerebrais
AVD's	Atividades de Vida Diária
AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida
CID	Classificação Estatística Internacional ou Doenças e Problemas relacionados com Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
e.g.	Abreviatura em latim ( <i>exempli gratia</i> ) utilizada para exemplificar
E-mail	Correio Eletrónico
ERPI	Estruturas Residenciais para a População Idosa
HIV	Vírus Imunodeficiência Humana
i.e.	Isto é
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgéneros ou Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgéneros ou Transexuais, <i>Queer</i> , Intersexuais, Assexuais e pessoas que não se identificam com nenhum dos grupos anteriormente mencionados
MSM	Modelo de Stress Minoritário
OMS	Organização Mundial de Saúde
SOC	Seleção, Otimização e Compensação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas



# Introdução

O envelhecimento é um processo transformador ao nível biológico, pessoal e social (Quadros & Patrocínio). A senescência contribui, diretamente, para a reorganização e reconfiguração dos relacionamentos sociais e pessoais, ocorrendo, um impacto ao nível afetivo e emocional. Estas mudanças refletem-se no significado que a pessoa atribui à sua história de vida e ao sentido da sua existência (Quadros & Patrocínio, 2015).

A velhice é, então, uma etapa do ciclo vital que surge de forma lenta, progressiva, sendo inevitável. Com a passagem do tempo, conseguimos identificar os traços característicos da velhice, evidenciando-se a detioração dos aspetos fisiológicos e sociais. Assim, é necessária uma adaptação ou alteração de hábitos e rotinas de vida diária, tanto do idoso como de familiares (Quadros & Patrocínio, 2015).

Segundo um relatório realizado pelas Nações Unidas - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) - (2012), uma em cada nove pessoas do mundo tem 60 ou mais anos e prevê-se que por volta de 2050 existirá um indivíduo com 60 ou mais anos em cada cinco pessoas do mundo (22% de população idosa na Europa) (OMS, 2008). Estes números, poderão estar associados, ao aumento da esperança média de vida, uma vez que, ocorreram inúmeros avanços na medicina e na melhoria do saneamento básico. Os fatores mencionados, contribuem para a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas e, conseqüentemente, com o crescente avanço na indústria, para uma melhoria das condições de vida (UNFPA, 2012).

Em idade avançada quando surgem défices e patologias, o sujeito poderá tornar-se dependente e, por essa razão, a institucionalização torna-se crucial, para se proporcionarem os melhores cuidados possíveis (Carvalho & Dias, 2011). Aquando desta transição, começam, também, a surgir problemáticas sobre a sexualidade. A vivência da mesma, em contexto institucional, apresenta algumas especificidades e desafios (Frugoli & Júnior, 2011), principalmente, porque idosos são considerados seres assexuados (Silva, 2008). Também, a existência de mitos, dúvidas e preconceitos, auxiliam a fomentação destas dificuldades, nos profissionais que trabalham nestas instituições (Almeida & Lourenço, 2008).

Outro desafio, é a falta de preparação dos profissionais para lidar com idosos homossexuais (Shuttleworth, Russell, Weerakoon & Dune, 2010). A sociedade ao longo dos anos associou a homossexualidade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, por isso, algumas pessoas, ainda, encaram a homossexualidade como uma doença (Butler, 2004; Santos, Araújo & Negreiros, 2018). No entanto, em 1973, a Associação Americana de Psicologia (APA) defendeu que a mesma é uma variante da orientação sexual (APA, 2009).

Outras minorias sexuais, também, são alvo de sentimentos e atitudes negativas e preconceituosas. A comunidade idosa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgéneros, Transexuais e Travestis (LGBT), enfrenta uma dupla discriminação, ou seja, são estigmatizadas segundo a idade e a orientação sexual ou de género (Antunes, 2017). Estes e outros estigmas, contribuem para que as pessoas LGBT acabem por negar e/ou rejeitar a sua orientação sexual e/ou de género, camuflando o seu verdadeiro *self* e interesses e necessidades afetivo-sexuais (Santos, Araújo & Negreiros, 2018).

Neste sentido, perante os factos mencionados, considerou-se fundamental desenvolver uma investigação acerca desta problemática. Assim, a presente investigação pretende caracterizar as atitudes de profissionais que trabalham em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) em relação à sexualidade e homossexualidade de pessoas idosas institucionalizadas. Trata-se, portanto, de um estudo quantitativo e transversal de carácter exploratório, tendo como principais variáveis de estudo, as atitudes em relação à homossexualidade na velhice.

Os resultados indicam que existem atitudes mais permissivas e de aceitação perante relações sexuais heterossexuais do que relações sexuais homossexuais. Por outro lado, constataram-se atitudes mais restritivas e discriminatórias perante relações sexuais homossexuais, sobretudo, se se tratarem de casais *gays*. Quanto à questão da revelação da orientação sexual, os participantes demonstraram mais atitudes de suporte, nomeadamente, tratarem os utentes com normalidade, dar apoio para se expressarem sobre o assunto e não permitirem reações de ridicularização. Os participantes, revelaram, ainda, que, das situações apresentadas, aquela com que mais se confrontam é a relativa a relações sexuais heterossexuais, não sendo muito comum, a revelação da orientação sexual.

Esta investigação é um contributo para o conhecimento acerca das atitudes dos profissionais que trabalhem em ERPI's face à homossexualidade. Os resultados enfatizam a necessidade de se investir mais na formação dos profissionais (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Donaldson & Vacha-Haase, 2016; Willis, Maegusuku-Hewett, Raithby, & Miles, 2016), de modo, a permitirem ter atitudes mais inclusivas e livres de julgamentos. Seria pertinente, em futuras investigações, comparar as atitudes dos profissionais em função da sua própria orientação sexual. Neste sentido, prevê-se, como desenvolvimento futuro desta investigação, a realização de um estudo transcultural Portugal-Espanha, com o objetivo, de compreender e comparar estes dois contextos culturais. É crucial que as pessoas idosas, residentes em ERPI's, sejam respeitados nas suas diferenças individuais (Villar, et al., 2017), que lhes sejam dirigidos cuidados igualitários e sensíveis (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Willis, et al., 2016) e que lhes seja concedido o direito a viverem a sua sexualidade.

# Parte Teórica

## 1. Envelhecimento e Sexualidade na Velhice

O presente capítulo irá debruçar-se sobre o processo de envelhecimento do indivíduo, tendo em conta o processo de envelhecimento biopsicossocial, as perdas e os ganhos nesta etapa do ciclo vital, os mecanismos de regulação para ultrapassar as perdas e, ainda, a importância da sexualidade para o bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas.

### 1.1. Considerações sobre o Processo de Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que as pessoas idosas são indivíduos que atingem idade igual ou superior aos 65 anos ou mais, independentemente, do seu género ou estado de saúde (OMS, 2008).

O conceito de idade pode atender a quatro tipos diferentes: a idade biológica, que equivale ao estado em que o corpo se encontra; a idade cronológica, que corresponde aos anos vividos pelo indivíduo; a idade social, que se reporta aos papéis que o sujeito adquire ao longo do ciclo vital e, ainda, a idade psicológica, que se refere aos aspetos cognitivos, psicossociais e às experiências pessoais e relacionais vividas ao longo da vida (Marinho, 2017).

Neste sentido, o processo de envelhecimento é experienciado de forma gradual, irreversível e universal, desde o momento em que nascemos até ao momento em que morremos (Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart & Aquino, 2013). É um processo heterogéneo, porque nenhum ser humano envelhece ao mesmo ritmo, pautado por múltiplas e complexas alterações, revelando assim a natureza humana (Dawalibi, et al., 2013). Alguns indivíduos apresentam mudanças típicas da idade (i.e., declínio físico, mental, psicológico, entre outros), outros evidenciam apenas sinais normativos dessa mesma mudança, apresentando um bom nível de funcionamento biopsicossocial (Dawalibi, et al., 2013).

Desta forma, existem três processos de envelhecimento distintos: o primário, que está relacionado com as mudanças irreversíveis e graduais implícitas a todos os sujeitos, ou seja, o aparecimento de rugas, a reforma e a diminuição dos níveis de concentração e de memória. O secundário, refere-se a patologias que surgem, frequentemente, com o avançar da idade, nomeadamente, doenças cardiovasculares, doença de Alzheimer, entre outras. E, o terciário,

que diz respeito às perdas antecipadas, que afetam a pessoa antes da sua morte (Hammerschmidt, Zagonel & Lenardt, 2007).

### ***Mudanças Biopsicossociais***

O Modelo Biomédico, nos anos 70, começou a ser considerado reducionista por se focar, sobretudo, na organicidade do paciente (Cruz, Fernandes, Pimenta & Oliveira, 2013; Engel, 1977). As limitações deste modelo, culminaram na necessidade de se criar um que permitisse olhar o paciente além da doença, considerando o seu conhecimento sobre si e sobre o processo de adoecer (Mandú, 2004; Pereira, Barros & Augusto, 2011). Desta forma, surgiu o Modelo Biopsicossocial, desenvolvido por Engel (1977), que sendo sistêmico e contextualista, possibilitou formular uma reconfiguração dos conceitos de saúde-doença-cura e do tratar-cuidar (Pereira, Barros & Augusto, 2011). Através deste modelo, verificou-se que o envelhecimento acarreta perdas ao nível biológico, psicológico e social (Pereira, Barros & Augusto, 2011).

As **Mudanças Biológicas**, poderão depender do estilo de vida que o sujeito praticou durante o seu ciclo vital, assim como, de fatores genéticos, que poderão ter impacto sobre o declínio das funções fisiológicas (Fechine & Trompieri, 2012).

Com o envelhecimento, é recorrente a diminuição da massa magra em detrimento da massa gorda. Neste aspeto, os homens apresentam maior tendência à diminuição de peso, enquanto, as mulheres à sua estabilização. O desenvolvimento de doenças cardiovasculares aumenta por causa do estreitamento das artérias, que contribuem para o aumento da tensão arterial, elevando-se, conseqüentemente, o risco de acidentes vasculares cerebrais (AVC's) (Fechine & Trompieri, 2012).

Na velhice poderá surgir a diabetes, devido à menor capacidade aeróbia, menor produção de insulina (pâncreas) e menor eficiência do estômago, aumentando a propensão para a mortalidade e morbidade (Fechine & Trompieri, 2012). Existe, igualmente, uma redução da quantidade de água no organismo, afetando a temperatura do sujeito, podendo culminar em situações mais complexas (Fechine & Trompieri, 2012).

Também, a arquitetura óssea, sofre modificações que conduzirão ao decréscimo da resistência e força muscular, aumentando a vulnerabilidade a quedas porque o tempo de reação é menor. Começam, ainda, a manifestar-se declínios acentuados nos sentidos da visão, paladar e olfato (Fechine & Trompieri, 2012).

A calvície (mais no género masculino), os cabelos brancos e as rugas são traços intrínsecos a esta fase de vida (Fechine & Trompieri, 2012). Aumenta a rigidez dos músculos da caixa torácica, aumenta a vulnerabilidade a infeções, há dificuldades na retenção da urina e as células nervosas recebem menos fluxo sanguíneo. Estas últimas, regeneram-se mais dificilmente, causando maiores dificuldades no processamento de informação (Fechine & Trompieri, 2012).

As **Mudanças Psicológicas**, principalmente, a nível cognitivo, são notórias porque subsiste uma maior lentificação nas tarefas de memorização, tomada de decisão, aprendizagem e atenção (Fechine & Trompieri, 2012). Em termos psicossociais, destacam-se os problemas afetivos, nomeadamente, a ocorrência de sentimentos de solidão, isolamento e deterioração da auto-estima, auto-conceito e auto-imagem (Fechine & Trompieri, 2012).

Adicionalmente, impõem-se a necessidade de reajustamento de papéis na esfera familiar e societal (esposo/a, amigo/a, filho/a, empregado/a, reformado/a, entre outras), afetando, não só, os níveis de motivação da pessoa, como a “obrigará” a redefinir ou planejar novamente o presente e o futuro (Fechine & Trompieri, 2012).

As questões da autonomia e independência, são comprometidas devido ao impacto das perdas e frequentes condições de comorbilidade. Contudo, aquando da confrontação com estas perdas, o indivíduo poderá produzir outros e novos mecanismos de *coping* que o ajudem a viver com sucesso esta etapa de vida (Fechine & Trompieri, 2012). Neste sentido, os idosos podem acionar as áreas que permanecem preservadas, sendo elas, a sabedoria, a resiliência e a espiritualidade (Birman, 2015).

A sabedoria advém do tempo e das experiências de vida. As pessoas que viveram mais tempo e que vivenciaram mais situações, acumulam experiência e conhecimentos que os demais não possuem. Os idosos são, portanto, uma fonte de conhecimentos e podem transmitir a história, os conselhos e a memória de um povo (Birmam, 2015; Neri, 2006).

A resiliência é a capacidade que um indivíduo tem de superar e suportar as adversidades que vão surgindo ao longo da vida. As mesmas podem estar relacionadas com momentos *stressantes* (e.g., reforma, divórcio, doença, entre outros). Estes, por sua vez, podem ser contrariados proporcionando qualidade de vida e bem-estar psicológico ao sujeito (Oliveira & Rocha, 2016). A resiliência, sendo uma capacidade de adaptação a uma situação complexa, poderá ser considerada como um fator protetor de um desenvolvimento saudável (i.e., emoções mais positivas, aumento da auto-estima, ter e manter relacionamentos interpessoais de qualidade, confiança, criatividade, responsabilidade, tolerância ao sofrimento, entre outros) (Oliveira & Rocha, 2016). Na velhice, esta capacidade torna-se crucial, devido às situações incertas que surgem no quotidiano do idoso (Oliveira & Rocha, 2016).

A espiritualidade é mais exacerbada no envelhecimento (Margaça & Rodrigues, 2019), por se caracterizar como um fator de resiliência psicológica (Margaça & Rodrigues, 2019). As pessoas, através da espiritualidade, adaptam-se às adversidades, têm mais esperança e perspetivam o futuro de forma mais positiva (Margaça & Rodrigues, 2019). Além disso, sujeitos com maiores níveis de espiritualidade, apresentam melhor capacidade de superação de dificuldades, quando comparados com indivíduos com menores níveis de espiritualidade, refletindo-se no bem-estar psicológico. A espiritualidade, além de ser uma fonte de suporte emocional, contribui, também, para uma maior qualidade de vida, principalmente, na velhice (Margaça & Rodrigues, 2019).

Em relação às **Mudanças Sociais**, a pessoa idosa, irá confrontar-se com a reforma e, geralmente, com uma redução de vida ativa (Carvalho & Dias, 2011). As relações laborais, os hábitos, as responsabilidades e obrigações deixam de ser exercidas com tanta importância na velhice (Fechine & Trompieri, 2012).

Quando um casal se reforma ao mesmo tempo ou num curto espaço de tempo, ocorrem inevitavelmente, modificações nos hábitos e rotinas diárias o que poderá criar alguma instabilidade conjugal. A redução dos rendimentos e o aumento das despesas de saúde aumentam, levando à redução das atividades de lazer (Fechine & Trompieri, 2012).

Com estas mudanças repentinas, o idoso poderá sentir-se um “fardo” para a sociedade, tendo menos expectativas em relação a si próprio (Carvalho & Dias, 2011). Sentimentos, como solidão, tristeza e isolamento são frequentes (Carvalho & Dias, 2011; Meneses, et al., 2013), podendo facilitar quadros depressivos, debilidade física, fragilidade emocional e, ainda, dificuldades nas relações familiares e sociais (Meneses, et al., 2013).

As pessoas mais significativas, nomeadamente, o cônjuge e os amigos, começam a morrer e, portanto, os sentimentos negativos referidos, estão, maioritariamente, associados ao luto (Meneses, et al., 2013). Segundo Feliciano e Galinha (2017), as mulheres sofrem mais com estas perdas, pois os filhos tendem a opor-se a novos relacionamentos, devido ao desrespeito que se possa causar à memória do falecido. Além disso, o sexo não é encarado de forma positiva no envelhecimento. Outros autores, afirmam que estas perdas são mais acentuadas no género masculino, porque as mulheres, tradicionalmente, ocupam-se das tarefas domésticas e mantêm uma relação mais próxima com os vizinhos (Fechine & Trompieri, 2012; Meneses, et al., 2013).

Desta forma, os vínculos sociais são imprescindíveis e os sentimentos negativos mencionados, poderão ser contrariados com a interação de familiares, amigos e novos relacionamentos íntimos (Meneses, et al., 2013).

## ***Perspetiva do Desenvolvimento ao longo do Ciclo Vital***

Em 1990, surgiu um Modelo de Desenvolvimento sobre o decorrer do ciclo vital, cuja gênese se centra nos processos de Seleção, Otimização e Compensação (Modelo SOC) (Baltes & Baltes, 1990).

A seleção refere-se à possibilidade de escolhas que existem nos diferentes domínios de vida. As interações com o ambiente são o modo como o sujeito investe e direciona o seu tempo, energia, esforços, mecanismos e recursos para continuar a desenvolver as suas capacidades sociais e intelectuais, comprometendo-se a atingir os seus objetivos pessoais (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

A otimização é o investimento dos diferentes domínios de vida na concretização de metas que ajudem a reforçar algumas capacidades, fomentando o fortalecimento, o funcionamento e o desenvolvimento bem-sucedidos, otimizando-se os ganhos e mantendo-se os recursos (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Por último, a compensação ocorre quando o sujeito ativa os seus recursos, dando resposta às perdas, com o intuito de manter um bom funcionamento psicológico. Assim, os esforços e o ajustamento às perdas, permite o alcance de objetivos e metas pessoais (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Estes mecanismos de *coping* permitem que o envelhecimento seja uma etapa adaptativa e bem-sucedida. Os ganhos e as perdas que vão surgindo na velhice são produto de uma interação de interdependência entre os recursos que a pessoa possui e os recursos existentes no seu meio/ambiente (Neri, 2006).

Desta forma, os principais objetivos desta perspetiva assentam na descrição do desenvolvimento global do sujeito ao longo do seu ciclo vital. Os mesmos permitem captar e usufruir de vantagens provenientes de mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Ademais, por meio da trajetória e desenvolvimento biopsicossocial, há uma promoção e reforço da plasticidade comportamental e cognitiva do ser humano (Neri, 2006).

Em suma, o processo de envelhecimento, também, poderá ser condicionado pela cultura do sujeito, por meio de tradições e valores (Faller, Teston & Marcon, 2018). As dimensões biopsicossociais e a idade cronológica, tornam a vivência da velhice em algo único e individual (Marinho, 2017). É de realçar que o modelo SOC auxilia a vivência de um envelhecimento bem-sucedido, maximizando-se os ganhos e minimizando-se as perdas (Neri, 2006).

## 1.2. Sexualidade na Velhice

A sexualidade é fundamental para a vida humana, atribuindo-lhe sentido e significado (Oliveira & Vieira, 2018). A mesma é essencial para o bem-estar geral da pessoa, contribuindo para a sua qualidade de vida (Gomes, et al., 2018).

A OMS refere que sexualidade é a procura do amor, contacto e intimidade, refletindo-se na forma como sentimos, tocamos e somos tocados, tendo, igualmente, influência nos pensamentos, sentimentos e ações do sujeito. Desta forma, alguns autores defendem que a sexualidade abrange sensações, construções, companheirismo, afetos, carinho, atividade, cumplicidade, comportamentos, atitudes, cuidados com outro, segurança e conforto, não se restringindo somente às relações sexuais (Andrade & Monteiro, 2014; Bauer, Nay & McAuliffe, 2009).

Com o processo de envelhecimento, vão surgindo algumas alterações a nível fisiológico que podem dificultar ou influenciar algumas práticas ou respostas sexuais (Alencar, Marques, Leal & Vieira, 2014; Teixeira, Rosa, Silva & Bacaicoa, 2012).

Os homens, geralmente, apresentam ereções mais flácidas e demoradas, dificultando o orgasmo; diminuição de ejaculações involuntárias noturnas; redução na produção de espermatozoides e testosterona; ejaculação retardada, redução do líquido pré-ejaculatório (Alencar, et al., 2014) e, ainda, aumento do período refratário, o que poderá ter influência no desejo e resposta sexual (Teixeira, et al., 2012).

Por outro lado, nas mulheres, as mudanças começam a ocorrer aquando da menopausa causando uma diminuição da produção de hormonas pelos ovários; a pele, normalmente, fica mais seca, fina e frágil; a lubrificação vaginal diminui, pois, as contrações vaginais são mais fracas e em menor número e o orgasmo tem uma duração menor (Alencar, et al., 2014). A mulher quando se apercebe destas mudanças, começa a sentir que não é mais atraente ou capaz de provocar o desejo no seu parceiro e, por isso, não consegue vivenciar a sexualidade plenamente (Teixeira, et al., 2012).

Por estas razões, a autoerotização assume uma elevada importância quando falta um parceiro sexual. O erotismo torna-se mais difuso passando a manifestar-se de outras formas, nomeadamente, pela estimulação de outras zonas erógenas (Alencar, et al., 2014).

O casal, ao envelhecer, na sua intimidade, constrói e desenvolve padrões e regras para que o seu relacionamento se mantenha saudável (Lindau, et al., 2007; Oliveira & Vieira, 2018). A expressão e desenvolvimento da sexualidade é influenciada pela interação de diferentes fatores

sociais, culturais, fisiológicos, biológicos e psicológicos. Assim, os comportamentos sexuais variam consoante a sociedade e geração a que se pertence, sendo vivenciados diferentemente por cada género (OMS, 2002).

Os estereótipos e *tabus* em relação à sexualidade na velhice são frequentes e resistentes, sendo, maioritariamente, negativos (Villar, Celdrán, Fabà & Serrat, 2017). Um exemplo, que se destaca, é o facto de a sociedade considerar que existe um declínio ou até um desaparecimento dos interesses e necessidades sexuais na velhice (Villar, et al., 2017). Esta visão negativa, advém de questões pessoais e sociais, dificultando a expressão sexual (Antunes, 2017).

Com a proliferação de *tabus* e estigmas, os idosos são encarados como seres desprovidos de sexualidade (Silva, 2008). Outros fatores que se destacam são práticas e atitudes conservadoras, a falta ou o excesso de políticas restritivas nas ERPI's e, ainda, a falta de investigações científicas sobre o tema (Mahieu, Van-Elssen, & Gastmans, 2011; Taylor & Gosney, 2011; Watson, Bell, & Stelle, 2010).

Seguidamente, constarão alguns estudos (Tabela 1) que demonstram a existência de uma relação entre sexualidade, qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico. Nos mesmos, é possível verificar que os idosos mantêm a sua sexualidade na íntegra, de forma idiossincrática (Gomes, et al., 2018).

Tabela 1 - Estudos sobre a Sexualidade na Velhice

Autores e Ano	Amostra	Principais Conclusões
Bretschneider & McCoy (1988)	>80 e <102 anos N = 202	- As pessoas mais velhas mantêm atividades sexuais mais frequentemente se na sua juventude tinham mais atividade sexual; - os toques e as carícias são tão importantes como a relação sexual nas pessoas mais velhas.
Vasconcelos, et al. (2004)	>52 e <91 anos 2 grupos: população brasileira e população portuguesa N = 187	- 24% de mulheres brasileiras, 38% de mulheres portuguesas e 78% de homens portugueses mantêm relações sexuais, pelo menos, uma vez por mês.
Menezes, et al. (2005)	≥ 60 anos N = 20	- grande parte dos participantes valorizam as suas relações sexuais e referem necessitar das mesmas para o seu bem-estar geral.

**Tabela 1 - Estudos sobre a Sexualidade na Velhice (continuação)**

<b>Autores e Ano</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais Conclusões</b>
Lindau, et al. (2007)	>57 e <85 anos N = 3005	- dos sujeitos que afirmavam ter bom estado de saúde geral, 83% dos homens e 51% das mulheres eram sexualmente ativos; - os indivíduos que afirmavam ter pior estado de saúde não tinham relações sexuais; - apurou-se que muitos idosos continuam sexualmente ativos e que encontram outras formas de prazer sem ser pelo sexo com coito.
Monteiro, et al. (2017)	>24 e <61 anos N = 6	- constatou-se que os idosos mantêm interesses sexuais, apesar de patologias ou incapacidades; - os inquiridos afirmaram que a expressão sexual é uma necessidade, independentemente, da idade.
Erens, et al. (2019)	>55 e <74 anos N = 3343	- 62% dos homens e 54.3% das mulheres são sexualmente ativos e 41.9% dos homens e 42.1% das mulheres, estão satisfeitos com a sua sexualidade.

Em suma, os indivíduos idosos continuam a ter interesse e a manter relações sexuais mesmo quando se encontram em situações de dependência ou doença (Lindau, et al., 2007; Monteiro, Humboldt & Leal, 2017). A maioria das pessoas idosas continuam a ser sexualmente ativas, tanto por masturbação e sexo sem coito, como também, por sexo oral e anal (Lindau, et al., 2007). É de salientar, que manter os comportamentos e interesses sexuais na velhice promove a saúde e está relacionado com níveis mais elevados de bem-estar e satisfação com a vida (Kalra, Subramanyam & Pinto, 2011).

### **1.3. Sexualidade das Pessoas Idosas Institucionalizadas**

A organização social, económica e familiar atual, o crescente aumento da expectativa de vida, as exigências inerentes à prestação de cuidados (i.e., sobretudo em relação a idosos com determinadas patologias e condições de comorbilidade) e a falta de rede de apoio, levam, frequentemente, os familiares e idosos, à procura de residências de longa permanência (Carvalho & Dias, 2011). A institucionalização ocorre, também, quando o utente é abandonado pelos familiares ou estes não tenham a possibilidade de lhe prestar cuidados (Medeiros, 2012; Quadros & Patrocínio, 2015; Oliveira & Rozendo, 2014).

Com o avançar da idade, determinadas patologias, a deterioração física e cognitiva e situações de dependência, podem tornar-se irreversíveis. Desta forma, a pessoa necessita de ajuda para realizar as suas atividades de vida diária (AVD's) e/ou atividades instrumentais de vida (AIVD's) (i.e., tomar banho, levantar-se da cama, telefonar a alguém, sentar-se numa cadeira, ir às

compras, a alimentar-se, a vestir-se, a gerir o dinheiro, entre outras). Estas geram uma dependência funcional que afeta, inevitavelmente, a qualidade de vida do sujeito (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Medeiros, 2012; Peres, 2008).

Neste sentido, a institucionalização é considerada uma solução onde se consegue obter respostas e apoio para os problemas que vão surgindo com o envelhecimento (Carvalho & Dias, 2011). No entanto, o bem-estar da pessoa nem sempre é garantido porque a mesma necessita de se adaptar ao novo local e realidade, permitindo a realização do luto inerente a estas situações (Carvalho & Dias, 2011). Por estas razões, é frequente surgirem tensões e sentimentos de culpa entre familiares (Carvalho & Dias, 2011).

Contudo, estas instituições, preocupam-se em proporcionar à pessoa idosa, os cuidados necessários para o desenvolvimento de um envelhecimento bem-sucedido (Willis, et al., 2016). A promoção da socialização, autonomia e independência são outros fatores tidos em conta, de forma a assegurar a satisfação e qualidade de vida, tanto dos idosos como dos seus familiares. Estes cuidados e atividades, contam com o auxílio de uma equipa multidisciplinar qualificada na área da gerontologia (Medeiros, 2012; Quadros & Patrocínio, 2015). Todavia, muitas instituições e profissionais não estão familiarizados com questões de índole sexual (Shuttleworth, et al., 2010; Henning 2017).

Num estudo realizado por Bouman, Arcelus e Benbow (2006, 2007), verificou-se que no Reino Unido, nas políticas de saúde (Rede de Serviço Nacional para os Idosos e Estratégia Nacional de Saúde Sexual) não existe referência ao sexo ou à saúde sexual na velhice. Constataram, que existe pouca ou nenhuma informação sobre a sexualidade na velhice em residências para idosos/lares da terceira idade e que muitos profissionais destas instituições não têm conhecimentos específicos para lidar com idosos e com situações relacionadas com a sua sexualidade e intimidade. Observou-se, ainda, que profissionais com cinco ou menos anos de experiência de trabalho apresentam mais atitudes negativas em relação aos idosos e à sua sexualidade que profissionais com mais anos de experiência, podendo dever-se ao facto de terem menos treino e conhecimentos. Noutro estudo, elaborado nos Estados Unidos, observa-se que é legal discriminar indivíduos que pertençam à comunidade LGBT, em diversos contextos, nomeadamente, em casa e no emprego. A existência de leis arcaicas (em pelo menos 16 estados) continuam a discriminar as pessoas LGBT como criminosos e doentes, indo contra os seus direitos civis básicos (Butler, 2004).

Assim, constata-se que as pessoas idosas institucionalizadas, poderão apresentar maiores dificuldades em expressar os seus interesses sexuais (Villar, et al., 2017). Segundo, Villar e colaboradores (2017, p. 8) “a frequência de comportamentos sexuais é muito menor entre os idosos institucionalizados que entre os idosos que vivem fora da instituição”. De acordo com outra das suas investigações (2014), descobriram-se, alguns fatores que contribuem como

barreiras à expressão sexual dos residentes, tal como, podem auxiliar no esclarecimento da diferença mencionada (Villar, et al., 2017).

Neste sentido, muitos residentes das ERPI's, apresentam estados avançados de deterioro cognitivo ou demência, a par disto, alguns tomam medicação, tendo implicações no desejo sexual e dificultando a expressão de necessidades e interesses sexuais (Lichtenberg, 2014).

Constata-se, ainda, que existe um maior número de mulheres utentes nas ERPI's do que homens, sendo a maioria viúvas ou solteiras. Ou seja, apesar de alguns utentes terem a sua sexualidade e interesses sexuais, muitas vezes, não existem companheiros sexuais. Porém, também, se verifica que muitas relações de intimidade se originam enquanto os utentes vivem em centros residenciais (Bauer, Nay & McAuliffe, 2009). A postura e as atitudes dos residentes em relação a este tema baseiam-se, frequentemente, em ideias pouco fundamentadas em conhecimentos científicos, originando julgamentos em relação à sexualidade na velhice (Villar, et al., 2017).

Quando a pessoa idosa vive numa ERPI existe, geralmente, uma redução dos espaços de intimidade (Bauer, Nay & McAuliffe, 2009). Os sujeitos passam o seu dia-a-dia, maioritariamente, em espaços públicos (Venturini, et al., 2018), sendo frequente a partilha de quarto com mais residentes, limitando os momentos de privacidade e a vivência da sexualidade (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006; Villar, et al., 2017).

As ERPI's, de uma maneira geral, foram pensadas e construídas para facilitarem o controlo, a segurança e rápido acesso ao doente, sem terem em consideração outras problemáticas, como é o caso da sexualidade (Villar, et al., 2017). Assim, os residentes podem sentir medo de ser descobertos e/ou ridicularizados e, ainda, que as questões da sua intimidade sejam partilhadas e debatidas com os demais profissionais da instituição (Villar, et al., 2017).

Em suma, observe-se que a atual geração de pessoas idosas é, maioritariamente, dominada por crenças conservadoras, com uma educação religiosa repressora, principalmente, no que diz respeito às práticas sexuais, o que poderá ter implicações na vivência da sexualidade ao longo do ciclo vital (Feliciano & Galinha, 2017). Ademais, verifica-se que muitos profissionais das ERPI's, poderão ter dificuldades em compreender as necessidades integrais dos residentes e, ainda, atuar corretamente quando se confrontam com uma situação de cariz sexual (Shuttleworth, et al., 2010; Henning 2017). Além disto, as ERPI's nem sempre apresentam uma configuração que permita a vivência da sexualidade e intimidade (Bauer, Nay & McAuliffe, 2009; Shuttleworth, et al., 2010; Henning, 2017), por falta de políticas que preservem os interesses sexuais dos utentes (Mahieu, Van-Elssen, & Gastmans, 2011; Taylor & Gosney, 2011; Watson, Bell, & Stelle, 2010).

## 2. Homossexualidade e Envelhecimento

O presente capítulo irá debruçar-se sobre o processo de discriminação segundo a idade e a orientação homossexual. Serão, ainda, abordados os temas da homossexualidade na velhice, as problemáticas de saúde ligadas a esta orientação sexual e, ainda, a homossexualidade em idosos LGBT institucionalizados.

### 2.1. Atitudes

Segundo Allport (1935, citado por Gawronski, 2007), o conceito de atitude é o mais importante na área da Psicologia Social porque ajuda a compreender como é que o comportamento humano se manifesta socialmente (Gawronski, 2007).

As atitudes podem ser definidas de diferentes formas, podendo ser consideradas como formas de agir individualmente em determinadas situações e circunstâncias (Deutsch, 1999). Portanto, pode afirmar-se que estão implicados sentimentos, preconceitos, ideias, medos, ameaças e convicções sobre um determinado tema (Deutsch, 1999).

As atitudes podem, também, ser consideradas como uma tendência psicológica que o indivíduo desenvolve para avaliar uma situação favorável ou desfavoravelmente (Eagly & Chaiken, 2007).

De acordo com Eagly e Chaiken (2007), as atitudes apresentam três componentes essenciais: a avaliação, a atitude objeto e a tendência. A avaliação está intimamente ligada à cognição, à afeição e ao comportamento, isto é, quando a pessoa avalia crenças, pensamentos, sentimentos, emoções, intenções e comportamentos. As atitudes objeto podem ser abstratas, concretas, individuais ou coletivas. A tendência está relacionada com as experiências passadas, permitindo positivamente ou não, “responder” a uma situação específica, portanto, a atitude é o produto da mente do indivíduo.

A experiência que cada sujeito tem influência, de forma direta ou indireta, a tomada de posição em relação a acontecimentos ou em contextos específicos (Deutsch, 1999). A pessoa ao longo do tempo adquire mais conhecimento e mais experiências de vida, e essas novas informações poderão influenciar a construção da personalidade refletindo-se, posteriormente, no comportamento (Deutsch, 1999).

Em suma, as atitudes do indivíduo não são cristalizadas e vão mudando com o tempo, porém, também, poderão ser relativamente estáveis em diferentes contextos (Eagly & Chaiken, 2007; Gawronski, 2007).

## 2.2. Dupla Discriminação: *Ageism* e Homofobia

### *Ageism*

O termo *Ageism*, foi utilizado pela primeira vez, no ano de 1969, pelo psiquiatra americano Robert Butler (1969) quando tentava compreender as atitudes negativas da comunidade local acerca de uma construção de um imóvel, na vizinhança, para pessoas idosas.

O termo *ageism* refere-se, então, a atitudes e comportamentos discriminatórios e/ou estereótipos e preconceitos positivos ou negativos, para com sujeitos de idade avançada. O mesmo é realizado com base na idade cronológica ou na fisionomia (Iversen, Larsen & Solem, 2009). Em Portugal, o *ageism* é, maioritariamente, direcionado à população idosa, podendo esta ter outro tipo de denominações, por exemplo, gerontismo, velhismo, entre outros (Marques, 2011).

O idadismo, segundo Gorjão e Marques (2012) apresenta três componentes: estereótipos, preconceitos e sentimentos em relação aos idosos; comportamentos e atos efetivos. Na base de atitudes de *ageism* encontram-se crenças e estereótipos de que os idosos são um grupo homogêneo e que apresentam, predominantemente, traços negativos como incapacidade e doença.

Os preconceitos versam em sentimentos de desdém ou, por vezes, em atitudes e comportamentos de pena e de paternalismo (Gorjão & Marques, 2012). O paternalismo para com os idosos, está relacionado com atitudes de superproteção e benevolência que, muitas vezes, são consideradas um atentado à autonomia e liberdade da pessoa (Fernández-Ballesteros, et al., 2019). Nalgumas situações, com a intenção de beneficiar ou proteger, acabam por existir confrontos entre os direitos da pessoa e as necessidades pessoais da mesma (Fernández-Ballesteros, et al., 2019).

Portanto, o paternalismo e as atitudes de benevolência ocorrem quando os familiares ou cuidadores formais subestimam as capacidades da pessoa idosa. Exemplo disso, é quando não a tratam como adulta, fornecendo-lhe ajuda desnecessária e privando-a de determinadas atividades (Fernández-Ballesteros, et al., 2019; Petri, 2018).

Estas atitudes de sobreproteção e comportamentos condescendentes, apesar de, por vezes, serem bem-intencionados, podem levar a comportamentos idadistas e prejudiciais, acabando por reduzir as capacidades e autonomia dos idosos (Fernández-Ballesteros, et al., 2019; Gorjão & Marques, 2012). Além disso, a discriminação em relação aos mais velhos poderá, muitas vezes, levar ao abuso e maus tratos devido à perceção de fragilidade (Gorjão & Marques, 2012).

Atitudes de infantilização e restrição da autonomia do idoso, refletem-se no seu bem-estar físico e psicológico e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida pelo que é, crucial, que o sujeito possa exercer as suas escolhas de forma livre, sem ser submetido à coação, intimidação ou influências (Petri, 2018).

Em Portugal, de acordo com os dados obtidos no *European Social Survey*, em 2009, em relação ao idadismo, constata-se que a discriminação devido à idade é a mais sentida pelos portugueses (17%), em detrimento da discriminação em relação ao género (13%) ou etnia (11%). Os dados indicam, ainda, que este tipo de discriminação atinge a população idosa mais severamente, ou seja, 20.8% de pessoas com idade entre os 65 e os 79 anos e 31.6% de pessoas com mais de 80 anos, afirmaram que já foram discriminadas segundo a sua idade. Os dados do Eurobarómetro Especial de 2015, em relação à discriminação revelaram que 52% dos portugueses considera que a discriminação surge por se ter mais de 55 anos de idade.

Deste modo, a discriminação segundo a idade é um dos preconceitos mais aceite, consentido e tolerado socialmente em todo o mundo (Nelson, 2005) e, reflete, em grande parte, os valores culturais e práticas institucionais mais profundos de uma sociedade (Donizzetti, 2019).

Em contrapartida, os filósofos da Grécia antiga utilizavam o termo velho de forma afetuosa, e as pessoas mais velhas eram encaradas como centros de sabedoria, experiência e reconhecimento (Carvalho & Dias, 2011; Petri 2018). Constata-se, ainda, que quanto menor for o contacto com idosos, maior a prevalência e propagação de comportamentos discriminatórios, sendo, por conseguinte, encontros e relações intergeracionais, potenciais estratégias para reduzir ou eliminar atitudes e estereótipos negativos (Chonody, Webb & Bryan, 2014).

## ***Homofobia***

O termo *Homossexualidade*, surgiu pela primeira vez, em 1869, com Karl-Maria Kertbeny (Guimarães, 2009).

Ao longo da idade média até a meados do século XX, a homossexualidade foi encarada de forma negativa, por causa da religião repressora e de crenças moralistas e tradicionalistas. Neste período, o indivíduo que tivesse uma orientação sexual homossexual era visto como um “doente”, que necessitava de uma cura (Santos, Araújo & Negreiros, 2018; Silva & Menandro, 2019). Por essas razões, foram desenvolvidas e aplicadas várias estratégias de intervenção para se reverter a homossexualidade, nomeadamente, através de abstinência, hipnose e intervenções cirúrgicas (Silva & Menandro, 2019).

Porém, em 1973, a APA retira a homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM), e em 1990, a OMS, também, retira a homossexualidade das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID) (Santos, 2013).

Dois anos mais tarde, em 1975, a *American Psychological Association* (APA), considerou a homossexualidade como uma orientação sexual e no relatório *Report of the APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation* (APA, 2009), revelou que a orientação sexual envolve o comportamento, a atração e a identidade sexual. Por outras palavras, “refere-se aos padrões sexuais, românticos e afetivos de um indivíduo e ao desejo por pessoas baseado nas características sexuais e de género dessas pessoas” (APA, 2009, p.30).

Assim, a orientação sexual diz respeito ao género dos indivíduos que se escolhem segundo o desejo e afeto, sendo considerados três tipos de orientação sexual: homossexual, heterossexual e bissexual. A primeira refere-se à orientação afetiva, sexual e erótica por pessoas do mesmo género, a segunda por pessoas do género oposto e, por último, a terceira por ambos os géneros (Molina, 2011).

O termo “homofobia” surgiu da palavra “homossexualidade” (Antunes, 2017). A homofobia surge quando um indivíduo, ou vários, apresentam uma atitude e sentimentos negativos (i.e., medo, ódio, aversão ou ódio irracional) perante sujeitos que sejam homossexuais (Koehler, 2013; Pereira & Leal, 2002) ou que são identificados com outra orientação sexual e/ou identidade de género (Antunes, 2017). Por outro lado, também, existe a homofobia internalizada (Pereira & Leal, 2002). Esta é um fenómeno cultural e ocorre quando a pessoa tem medo da sua própria homossexualidade (Pereira & Leal, 2002), sentindo repulsa e ódio de si mesma, questionando o seu próprio valor e, em casos mais extremos, pode levar à autodestruição (Antunes, 2017).

As atitudes homofóbicas, provêm, do machismo, em que o homem necessita de ter atitudes que reflitam força, bravura, coragem, valentia, racionalidade, agilidade, competitividade, entre outros. Deste modo, a homofobia e o heterossexismo são vistos como construtos sociais que definem a identidade masculina (Borrillo, 2010, citado por Antunes, 2017).

A homofobia pode ser expressa através de “piadas”, agressões físicas, verbais e psicológicas (Bastos, Garcia & Sousa, 2017; Koehler, 2013). Atos como ridicularizar, apelidar, excluir do grupo, violência em distintos contextos do quotidiano e rejeição da própria família, afetam o bem-estar psicológico do sujeito (Bastos, Garcia & Sousa, 2017; Koehler, 2013).

Assim, existem duas dimensões distintas: “a dimensão pessoal, de natureza afetiva, que se manifesta pela rejeição dos homossexuais; e a dimensão cultural, de natureza cognitiva, em

que o objeto da rejeição não é o homossexual enquanto indivíduo, mas a homossexualidade como fenômeno psicológico e social” (Borrillo, 2010, p.22, citado por Bastos, Garcia & Sousa, 2017).

A homofobia internalizada, poderá levar os indivíduos homossexuais a negar a sua orientação sexual, tanto aos outros como a si próprios, tentando alterar o foco das suas atrações emocionais e sexuais (Antunes, 2017). Estes sujeitos podem desenvolver dificuldades psicossociais (i. e., uso de drogas e álcool, ideação suicida, suicídio, etc.) (Antunes, 2017).

Em suma, a homofobia e a misoginia, provêm, de construtos construídos pela sociedade, nomeadamente, idade, classe social, escolaridade, género e, ainda, modelos estéticos estabelecidos pelos padrões de beleza dos mercados (Antunes, 2017). Isto ocorre, porque a sociedade valoriza muito a juventude e a beleza e o facto de uma pessoa ser idosa e homossexual é sinónimo de dupla discriminação e sofrimento (Cunha, Ianiski, Pinheiro & Goldim, 2018).

### ***Dupla discriminação: Homofobia e Ageism***

Um estigma resulta de preconceitos e crenças irrealistas acerca de algo (e.g., idade, raça, orientação sexual, etnia, género, saúde mental, entre outros). Ou seja, é a atribuição de um defeito ou desvantagem comparativamente a alguém que não seja afetado pelo estigma. Assim, sujeitos que não se enquadram na norma estabelecida pela sociedade, podem ser categorizados com particularidades incomuns ou diferentes, que conduzem à sua não aceitação (Becker, 2008).

A estigmatização conduz ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização e descrédito (Santos, Araújo & Negreiros, 2018). Indivíduos estigmatizados sentem-se despromovidos de oportunidades, adotando, frequentemente, uma posição isolada da sociedade. Esta, por sua vez, exige ao sujeito uma identidade pré-definida, conduzindo à negação de si próprio e da sua individualidade (Becker, 2008).

Os idosos homossexuais são um grupo duplamente discriminado, por um lado, podem ser discriminados devido à sua idade e, por outro lado, devido à sua orientação sexual (Antunes, 2017; Becker, 2008). Estes vivenciam o *ageism* de forma diferente, porque sentem que passaram ou poderão ter de voltar a passar, devido à institucionalização, a sua vida íntima ocultamente (Tinney, et al., 2015). Comportamentos que refletem atitudes de *ageism* assentam nos atos de ignorar e evitar porque as pessoas deixaram de ser atrativas, inteligentes, sexuais e produtivas (Wilkinson & Ferraro, 2002).

Este duplo estigma, segundo Tinney e colaboradores (2015), é vivenciado mais negativamente quando se tratam de homossexuais *gays* do que de lésbicas, devido ao ênfase dado à juventude e à aparência física. No estudo realizado por Schope (2005), a 183 sujeitos homossexuais, constatou-se que é mais difícil para idosos *gays* sustentarem um *self* positivo do que para lésbicas, porque lutam contra a homofobia social e atitudes negativas por parte de outros idosos *gays* da sua comunidade. Neste estudo concluiu-se, ainda, que as idosas lésbicas estavam mais protegidas de *ageism* porque mantinham uma rede social com várias lésbicas de diferentes grupos etários, rejeitavam padrões de beleza pré-estabelecidos e encontravam-se mais salvaguardadas por atitudes de suporte dos movimentos feministas.

As opressões e preconceitos, levam, os idosos homossexuais a negar a sua orientação sexual, principalmente, se se encontrarem numa condição de dependência que implique a sua institucionalização (Santos, Araújo & Negreiros 2018). Este comportamento de ocultação surge com o intuito de evitar estereótipos por parte de cuidadores formais (Santos, Araújo & Negreiros 2018). No entanto, a ocultação da orientação sexual pode resultar numa perda da autoestima, isolamento social e, ainda, aumentar comportamentos de risco (i.e., suicídio, isolamento, entre outros) prejudicando a saúde mental (i.e., perturbações de humor, alienação, etc.) (Antunes, 2017).

Em suma, além do *ageism* e da homofobia serem *stressores* sociais crónicos por si só, os estigmas e discriminações, tanto internalizados como provocados por outros, são fatores que facilitam problemas de saúde física e mental (Orel & Fruhauf, 2015; Wight, et al., 2015).

### 2.3. Homossexualidade na Velhice e Saúde

A sexualidade é vital para o envelhecimento ativo e a sua expressão fornece benefícios a diferentes níveis (Araújo & Carlos, 2018). Ao longo da história e, principalmente, desde os anos 60, ocorreu uma maior abertura à mesma, nomeadamente, em relação às minorias sexuais, como é o caso da comunidade LGBT (Kimmel, 2015). Este crescimento deve-se ao maior acesso aos serviços de saúde e à redução da mortalidade infato-juvenil (Araújo & Carlos, 2018).

Inicialmente, a sigla dos sujeitos LGBT identificava pessoas *gays*, lésbicas e simpatizantes, no entanto, verificou-se que existiam mais diferenças e que algumas pessoas não se identificavam com a comunidade LG nem com a comunidade hétero, pelo que a sigla passou de LGBT para LGBTQIA+ (Nafaguchi & Adorno, 2016). A mesma significa, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, *Queer*, Intersexuais, Assexuais e pessoas que não se identificam com qualquer um dos grupos mencionados (Nafaguchi & Adorno, 2016). Esta comunidade pretende desconstruir estereótipos e *tabus* que se foram proliferando através de discursos éticos e moralistas carregados de

conceitos trespassados de geração em geração (Santos, Araújo & Negreiro, 2018). Além disso, também, desejam desmistificar os conceitos de identidade sexual e orientação sexual ou identidade de gênero (Silva & Menandro, 2019).

A homossexualidade, durante muitos anos, foi perseguida e associada ao aparecimento de algumas doenças, particularmente, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Fernandes, et al., 2017). Esta associação deve-se ao momento em que a homossexualidade passou a ser considerada uma orientação sexual, coincidindo com a epidemia de casos de HIV, ficando conhecida como a “peste *gay*” (Silva, 2018). Também, a falta de conhecimento sobre o HIV auxiliou na proliferação destas ideias (Silva, 2018). Segundo um estudo realizado por Uchôa e colaboradores (2016), 41% dos idosos não tem conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e 42.37% não têm informação sobre DST's. Muitos idosos, com esta patologia acabam por se abster da atividade sexual na forma de penetração e investem noutras soluções para vivenciar a sua sexualidade (Araújo & Carlos, 2018).

A discriminação, os estigmas, os comportamentos e atitudes negativas são mais acentuados em idosos pertencentes à comunidade LGBT (Santos, Araújo, Negreiros, 2018). A normatividade que a sociedade assume em relação à heterossexualidade, leva a que outras formas de expressão sexual sejam reprimidas, forçando muitos indivíduos LGBT a sentir a necessidade de esconder os seus relacionamentos afeto-sexuais, forçando relações heterossexuais (Araújo & Carlos, 2018). Este tipo de comportamento acaba por causar sentimentos de angústia, tristeza e frustração por terem de viver uma vida dupla (Silva & Barbosa, 2016).

O Modelo de Stress Minoritário (MSM) analisa o impacto das dimensões individual, social e contextual na saúde mental de minorias (Gonçalves, Costa & Leal, 2019; Meyer, 2003; Meyer, 2015). O mesmo revela que o estigma e a discriminação interpessoal são fatores de risco para problemas ao nível da saúde física e mental em pessoas LGBT (Hendricks & Testa, 2012; Lyons & Hosking, 2014; Pereira & Costa, 2016). Assim, pessoas LGBT apresentam valores mais elevados de depressão e ansiedade, assim como, de *stress* emocional, baixa-autoestima, perturbações de pânico, ideação suicida e suicídio quando comparadas com a população heterossexual (Meyer, 2003; Meyer, 2015; Pereira & Costa, 2016).

A maior vulnerabilidade dos grupos minoritários, deve-se aos constantes *stressores*, nomeadamente, atitudes hostis e homofóbicas, perpetuados pela sociedade (Gonçalves, Costa & Leal, 2019; Meyer, 2003, 2015). Meyer (2003), defende a existência de um *continuum* entre os *stressores* distais e proximais. Os primeiros afetam a pessoa diretamente e dependem da forma como a mesma os percebe. Os segundos dizem respeito à rejeição, ao estigma internalizado e à ocultação da orientação sexual.

Fredriksen-Goldsen e colaboradores (2014, 2016), averiguaram que quando heterossexuais e pessoas LGBT da mesma idade são comparadas, estas últimas estão mais sujeitas a pior saúde física, sintomatologia depressiva, comportamentos de risco (i.e., fumar e/ou beber em excesso) e *stress* mental. Alguns fatores de risco que podem provocar estas desigualdades são: a vitimização ao longo da vida, estigma internalizado, falta de acesso a cuidados de saúde, obesidade e atividade física limitada. Os fatores protetores incluem suporte social e uma boa rede social entre adultos mais velhos LGBT (Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2016).

Num estudo realizado por Pereira e Costa (2016), verificou-se que os indivíduos bissexuais apresentam ter maiores níveis de *stress* psicológico e a bissexualidade em si é um preditor significativo no que diz respeito à saúde mental. Pessoas bissexuais são mais propensas a esconder a sua orientação sexual e apresentam maiores valores de homofobia internalizada, devido ao estigma e medo da dupla discriminação (i.e., atração afeto-sexual por ambos os géneros). Além disto, neste estudo, também, se apurou que os *gays* estão mais propensos a sofrer de violência e discriminação. Estas minorias poderão estar associadas a uma maior suscetibilidade em desenvolver problemas de saúde mental (Casey, et al., 2006; Fredriksen-Goldsen, et al., 2012).

De acordo com o estudo de McLaren (2016), em que participaram 160 idosos *gays*, 31.2% da amostra apresentava sintomas de depressão, que estavam associados a baixos níveis de sentimentos de pertença e ao facto das pessoas viverem sozinhas (48.75%) ou não terem nenhum parceiro (43.75%). Lebau e Jellison's (2009), realizaram um estudo com 129 homens *gays* e bissexuais. Dos participantes, 63.5% revelou que a vida social se concretiza pela comunidade *gay*, sendo encarado como era uma vantagem, devido aos sentimentos de pertença e entendimento. Os homens revelaram que relações românticas e amizades ajudavam os sujeitos a manterem-se ligados à comunidade *gay*.

O estudo de Pereira e colaboradores (2017), realizado em Portugal, com 25 homens *gays* ou bissexuais, com mais de 60 anos, constatou que a maioria dos participantes, consideravam importante estabelecer relações significativas e ter uma rede de suporte emocional e social. A maioria dos participantes revelou, também, estar sozinho e desejar quebrar essa solidão, no entanto, a idade era um dos grandes obstáculos. Os autores constataram, ainda, que os participantes se isolavam o que parecia ser um fator que contribuía para terem mais problemas de saúde quando comparados com pessoas heterossexuais. Outro estudo de Pereira e colaboradores (2019), a 101 idosos LGB, constatou que 26.7% dos inquiridos se sentem sozinhos. Os homens passam mais tempo em casa e reportam mais solidão, porque são mais propensos a viverem sozinhos (43.3%) e não terem filhos (31.7%). Ainda, 38.3% dos homens e 26.8% das mulheres não tinham ninguém que lhes prestasse cuidados.

Segundo de Vries e Megathlin (2009), as amizades *gays* promovem confiança, interesses compartilhados, aceitação, compreensão mútua e, ainda, suporte emocional. Por outras palavras, ter amigos *gays* que façam parte da comunidade *gay* providenciam funções e suporte familiar (Woolwine, 2000). No estudo elaborado por Morris e colaboradores (2015), concluíram que pertencer a um grupo de amigos *gay* está diretamente ligado a baixos níveis de sintomatologia depressiva entre homossexuais homens com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos. McLaren (2013), revelou que pertencer a uma comunidade *gay* poderá ser um fator protetor e, de acordo com, Oh e colaboradores (2015), viver sozinho poderá ser um fator de risco. A Tabela 2, sistematiza alguns estudos sobre a saúde de pessoas LGBT.

**Tabela 2 - Estudos acerca da Saúde de pessoas LGBT**

Autores/Ano	Amostra	Principais Conclusões
King, et al. (2003)	>16 anos N = 2179 LG e heterossexuais	- pessoas homossexuais quando comparadas com sujeitos heterossexuais tem maior tendência em utilizar drogas recreativas e sofrem mais violência e insultos verbais; - os problemas de saúde mental em pessoas LGBT estão relacionados com opressão da sociedade, estigma, <i>bullying</i> homofóbico e uso de álcool e drogas como estratégias de <i>coping</i> .
Shippy, et al. (2004)	>50 e <83 anos N = 233 <i>gays</i>	- 30.3% dos participantes afirmou que se sentia deprimido, devido à solidão, isolamento ou pelo pouco apoio; - 11.8% dos inquiridos revelou ter pouca saúde.
Cochran & Mays (2009)	>18 e <72 anos N = 2272 LGB	- 21.5% da amostra de homens <i>gay</i> preenchia os critérios de Depressão <i>Major</i> ; - 24.7% da amostra de lésbicas preenchia os critérios de Depressão <i>Major</i> ; - 64.7% da amostra LG preenche critérios para pelo menos uma das perturbações (i.e., ansiedade, perturbação de pânico, dependência do álcool e dependência de drogas).
Mayock, et al. (2009)	>16 e >60 anos N = 1110 LGBT	- 86% dos inquiridos já teve sintomas depressivos, 25% tomavam medicação e 27% afirmaram que já se autolesaram pelo menos uma vez.
Pirkis, et al. (2009)	≥60 anos N = 20226 LGBT	- 8.6% da amostra apresenta sintomatologia depressiva e 1.9% dos homens e 1.7% das mulheres já tinham tido um episódio de Depressão <i>Major</i> .
Maguen & Shipherd (2010)	>18 e <75 anos N = 153 transgéneros	- 41% dos homens transexuais e 20% das mulheres transexuais da amostra já tentaram suicidar-se pelo menos uma vez.

Tabela 2 - Estudos acerca da Saúde de pessoas LGBT (continuação)

Autores/Ano	Amostra	Principais Conclusões
Benjamin & Ora (2018)	≥50 anos N = 26175 LGB	- 39.6% dos participantes com ideação suicida revelou ter planos para cometer suicídio e 18.9% afirmou ter tentado suicidar-se.
Jackson, et al. (2019)	>41 e <85 anos N = 304 LGB	- 23.7% dos inquiridos afirmou receber tratamentos de saúde mais pobres por parte de médicos ou hospitais; - pessoas discriminadas diariamente apresentavam duas vezes mais probabilidades de desenvolver sintomas depressivos quando comparadas com quem não é estigmatizado.

Em suma, o tema da sexualidade é, por si só, um assunto de difícil trato, e quando se lhe agrega a especificidade da homossexualidade, crescem dificuldades devido aos estigmas e preconceitos em relação a pessoas que tenham uma orientação sexual diferente daquela que é considerada normativa (Santos, Araújo & Negreiros, 2018). Torna-se, assim, necessário “romper” e contornar estas crenças de forma a que se possam desenvolver políticas que assegurem direitos, bem-estar e qualidade de vida às pessoas idosas LGBT (Araújo & Carlos, 2018).

## 2.4. Homossexualidade e Institucionalização Pessoas Idosas

A sexualidade é inerente ao ser humano (Oliveira & Vieira, 2018) em qualquer fase do seu ciclo vital. Com o envelhecimento, aumenta a fragilidade, sendo cada vez mais frequentes condições de dependência que, conseqüentemente, implicam que a pessoa tenha de passar a residir numa residência de longa permanência (Carvalho & Dias, 2011). O tema da sexualidade em idosos que estejam em centros residenciais é um assunto pouco estudado (Villar, et al., 2018).

Os idosos que se encontram em lares/ERPI's continuam a manter o seu interesse e necessidades sexuais e gostariam de poder expressá-los livremente (Bauer, et al., 2015; Lindau, et al., 2007). Neste sentido, os profissionais que trabalham neste tipo de instituições, deveriam considerar implementar políticas que ajudassem e garantissem que direitos (Shuttleworth, et al., 2010; Willis, et al., 2016), sem prejudicar os residentes que optam por não se expressar ao nível sexual (Lester, Kohen, Stefanacci & Feuerman, 2016).

Algumas barreiras à expressão sexual são inerentes à medida que a idade avança. Sendo elas, doenças crónicas, polimedicação (poderá inibir o desejo sexual) (Lichtenberg, 2014), preconceitos e atitudes negativas dos residentes e profissionais da instituição e, ainda, falta de espaços privados (Butler, 2004; Hayward, Robertson & Knight, 2012).

As atitudes e as crenças dos profissionais que trabalham em ERPI's acerca da sexualidade é condicionada, entre outros fatores, pelo que foram vivendo ao longo dos anos e pelos valores e ideias que lhes foram transmitidos (Faller, Teston & Marcon, 2018). Deste modo, é fomentado, frequentemente, a homofobia e o heterossexismo (Adams, McCreanor & Braun, 2010), comprometendo, assim, os direitos humanos da comunidade LGBT (Santos, Araújo & Negreiros, 2018).

As pessoas idosas LGBT, além dos desafios e barreiras mencionados, sofrem, frequentemente, uma dupla discriminação (Antunes, 2017; Becker, 2008) e, por seu turno, muitos destes sujeitos antecipam represálias e acabam por não revelar a sua orientação sexual por medo dos estereótipos e dos preconceitos (Pereira, et al., 2019; Sharek, et al., 2014; Silva & Barbosa, 2016). Estes sentimentos de medo e incompreensão, condicionam os idosos homossexuais a uma situação de maior desvantagem, porque existe uma baixa possibilidade de irem viver para uma residência de longa permanência e acederem aos cuidados de saúde necessários (Pereira, et al., 2019; Villar, et al., 2018).

No âmbito do estudo de Johnson e colaboradores (2005), perguntou-se a pessoas LGBT, entre os 15 e os 72 anos, qual a sua opinião acerca de centros residenciais. Cerca de metade dos participantes afirmaram que existe discriminação e que não existem políticas antidiscriminatórias. Forçando a ocultação da sua orientação sexual caso fossem para uma instituição de longa permanência. Aqueles que anteciparam que poderiam ser discriminados, declararam que essas atitudes negativas seriam realizadas pelos residentes e pelos profissionais da instituição.

Villar e colaboradores (2018), referem que muitos profissionais consideram que a homossexualidade é uma doença e que tem cura e, por essa razão, as pessoas LGBT têm medo de ser vítimas de homofobia. Estes medos contribuem para o seu sofrimento, sentindo-se obrigados a agir e a comportar-se como alguém heterossexual, renunciando os seus próprios desejos e necessidades (i. e., acabam por vivenciar uma vida que não sentem ser a sua). Noutro estudo dos mesmos autores (2015), observou-se que somente um pequeno número de residentes (15%) mostrariam atitudes de apoio e aceitação se alguém revelasse a sua orientação homossexual. Também, a maioria não se importaria de partilhar as áreas comuns, no entanto, já colocaria um entrave caso necessitassem de partilhar o mesmo quarto (Villar, et al., 2015). Corroborando estes factos, Mota (2012), verificou que pessoas LGBT através de estigmas e atitudes negativas, tornam-se pessoas, também, carregadas de preconceitos que as fazem negar a sua orientação sexual e/ou identidade de género, optando por viver casamentos heterossexuais para puderem encobrir os seus desejos e interesses homoafetivos.

Hinrichs e Vacha-Haase (2010), utilizaram a técnica da vinheta, expondo uma situação em que um profissional se confrontava com duas pessoas a terem relações sexuais. Os participantes

eram questionados sobre a sua surpresa e desconforto perante uma situação dessas e em que medida essas reações eram aceitáveis. Ainda, revelaram que a aceitação de uma situação deste género é mais favorável quando estão envolvidas pessoas heterossexuais. Além disso, também se constatou que os profissionais se sentiam mais surpreendidos quando se tratava de relações sexuais entre dois homens do que quando eram entre duas mulheres ou casais heterossexuais, sendo as relações sexuais heterossexuais consideradas mais aceitáveis que as relações homossexuais.

Em 2009, Bauer, Nay e McAuliffe, constataram que eram escassas as instituições residenciais que ofereciam e incluíam materiais que abordassem temas como o amor, o sexo e a intimidade em contexto residencial. A carência de normas e políticas sobre sexualidade, refletem-se nas atitudes dos profissionais, com respostas inconsistentes e variadas, revelando que estes têm dificuldades em lidarem com a sexualidade das pessoas idosas (Shuttleworth, et al., 2010).

Assumir a homossexualidade é um processo exigente porque os sujeitos sentem-se, frequentemente, julgados e discriminados pelos familiares, amigos e em contextos culturais e sociais (Silva & Barbosa, 2016). Estas dificuldades crescem, quando a pessoa se encontra institucionalizada, podendo ser alvo desses preconceitos e discriminação por parte dos cuidadores formais (Baumgartner, 2007; Wilson, Kortés-Miller & Stinchcombe, 2018). As atitudes discriminatórias, como ofensas e ridicularização, nas residências, têm consequências negativas para os residentes LGBT (Ellis, Kitzinger & Wilkinson 2002). Assim, devido à antecipação destas atitudes e do possível sofrimento, muitos idosos LGBT decidem “voltar ao armário” ou permanecer nele para se sentirem protegidos (Wilson, Kortés-Miller & Stinchcombe, 2018). Deste modo, os mesmos optam pela ocultação da sua orientação sexual e pela invisibilidade da sua sexualidade por medo de represálias (Silva & Barbosa, 2016).

Outra forma de proteção perante o estigma e a discriminação, é não se mudarem para ERPI's, pois viveram sempre de acordo com a sua verdadeira identidade e orientação sexual. O facto de ingressarem num lar da terceira idade seria perder a sua autonomia, negar e viver novamente com medo de perseguição e prescindir pelo que lutaram (Wilson, Kortés-Miller & Stinchcombe, 2018). Estas decisões podem provocar isolamento e diminuição na rede de suporte social da pessoa, tanto em quantidade como em qualidade (Stein, Beckerman & Sherman, 2010).

Outra forma de discriminação contra idosos homossexuais é a proibição de visitas de familiares (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017). Estas, denominadas como família “de escolha” são, muitas vezes, constituídas pelo parceiro e amigos do residente, também, homossexuais (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Pereira, et al., 2019; Willis, et al., 2016). Estas famílias “de escolha” surgem porque os familiares biológicos rejeitaram o familiar homossexual (Medeiros, 2012; Quadros & Patrocínio, 2015; Oliveira & Rozendo, 2014).

Apesar dos factos mencionados, os idosos homossexuais apresentam níveis superiores de resiliência quando comparados com sujeitos heterossexuais (Butler, 2004; Brotman, Ryan & Cormier, 2003). Por outras palavras, os idosos homossexuais criam diversas estratégias de *coping* através 1) da aceitação da sua sexualidade e do processo de envelhecimento; 2) do processo de “sair do armário” e da perceção da diferença ao longo da vida; 3) o estigma do *ageism* é experienciado de forma menos severa porque sempre viveram segundo estigmas; 4) lidaram com a possível rejeição da família de origem e criaram uma “família de escolha” que lhes fornece cuidados e suporte social e emocional e, ainda, 4) apresentam uma maior flexibilidade perante as adversidades e mudanças de vida porque aprenderam a cuidar de si sozinhos (Butler, 2004; Brotman, Ryan & Cormier, 2003).

É fundamental compreender se a cultura organizacional é inclusiva e atenta às pessoas com outras orientações e expressões sexuais. Muitos residentes LGBT consideram as residências hetero-opressivas e em algumas situações vêm a sua identidade sexual diminuída, tanto pelos profissionais, como por outros residentes (Willis, et al., 2016; Villar, et al., 2017). Quando os idosos são institucionalizados, sejam heterossexuais sejam homossexuais, acabam por ser ignoradas as diferenças individuais, (e.g., a história de vida de cada utente), levando à falta de autonomia e à passividade (Oliveira & Rozendo, 2014).

Em suma, atitudes e comportamentos discriminatórios colocam em causa os direitos inerentes aos indivíduos homossexuais, provocando prejuízos no funcionamento psicológico e na saúde mental (Fredriksen-Goldsen, et al., 2012; Villar, et al., 2013). Assim, é importante que os profissionais que trabalham com idosos LGBT proporcionem cuidados igualitários, idiossincráticos e de qualidade (Donaldson e Vacha-Haase, 2016; Frankowski & Clark, 2009), desenvolvendo políticas que respeitem os direitos de todos os residentes (Shuttleworth, et al., 2010; Villar, et al., 2018), independentemente da sua identidade de género e orientação sexual (Pereira, et al., 2017), eliminando-se quais quer atitudes discriminatórias por parte dos profissionais e residentes (Hillman, 2017; Villar, et al., 2017).



# Parte Empírica

Nesta parte pretendesse expor o tipo de estudo realizado, nomeadamente, os seus objetivos, metodologia adotada e, ainda, os resultados obtidos, discussão dos mesmos e principais conclusões.

## 1. Tipologia de Estudo

A presente investigação apresenta um carácter Quantitativo, Exploratório e Transversal (Howitt & Cramer, 2014; Ribeiro, 2010).

Os estudos quantitativos podem ser utilizados quando a problemática envolve um problema humano ou social. Estes estudos são constituídos por variáveis quantificáveis que, posteriormente, são analisadas estatisticamente de forma a determinar se as generalizações previstas são sustentáveis (Knechtel, 2014).

Os estudos quantitativos são de natureza numérica (Silva, Lopes & Júnior, 2014) estão ligados à observação, mensuração e quantificação imediata de um conjunto de dados, através da medição de opiniões e informações utilizando recursos estatísticos, nomeadamente, a média, o desvio-padrão e as percentagens (Silva, et al., 2014). Assim consegue-se recolher elementos que possam representar uma determinada população. Este tipo de estudo, também, necessita atender a critérios científicos, como a validade e confiabilidade (Silva, 2010).

Os estudos exploratórios são realizados com a intenção do investigador se familiarizar com assuntos pouco conhecidos e explorados, isto é, uma recolha de informação acerca de um tema, de forma a descobrir novos fenômenos (Hochman, Nahas, Filho & Ferreira, 2005).

Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenômeno com o intuito de descobrir uma causa ou efeito num intervalo de tempo específico (Hochman, et al., 2005). Algumas das características deste estudo são: a definição da amostra, realização da amostragem e, ainda, revelar a presença do efeito (Hochman, et al., 2005). Ou seja, a partir deste tipo de estudo pode inferir-se algo acerca de uma problemática (Aragão, 2011).

Em suma, a investigação quantitativa, exploratória e transversal, pretende demonstrar a realidade dos fenômenos que ocorrem na sociedade, num momento específico, com o intuito de se compreender mais sobre uma temática pouco explorada (Günther, 2006; Hochman, et al., 2005; Silva, et al., 2014).

## 2. Objetivos do Estudo

O principal objetivo deste estudo é analisar as atitudes dos profissionais que trabalham com pessoas idosas institucionalizadas em relação à sexualidade dos utentes homossexuais. Os objetivos específicos são os seguintes:

- Caracterizar atitudes de profissionais que trabalham em ERPI's em relação à sexualidade dos utentes homossexuais;
- Comparar as atitudes dos profissionais que trabalham com idosos em relação à sexualidade de casais heterossexuais e homossexuais;
- Avaliar a frequência com que os profissionais se confrontam com situações de relações sexuais de casais heterossexuais e homossexuais;
- Avaliar as atitudes dos profissionais em relação à revelação da homossexualidade por parte dos utentes.

## 3. Método

### 3.1. Participantes

Participaram no estudo 538 profissionais, provenientes de 28 Lares da Terceira Idade/ Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's), com idades compreendidas entre os 19 e os 76 anos ( $\bar{x}$ = 41.26;  $s$ = 11.70). A grande maioria dos participantes, são do género feminino (90%) e está casado (61.2%).

Apenas uma pessoa (0.2%) revelou que não possuía qualquer tipo de habilitação literária, pelo que praticamente toda a amostra possui algum tipo de escolaridade, sendo o décimo segundo ano mais assinalado entre os inquiridos (33.5%). Quanto ao cargo que é ocupado na residência, 296 (55%) dos profissionais ocupa o cargo de auxiliar e, somente, 13 (2.4%) dos profissionais revelaram ocupar o cargo de Psicólogo.

Quanto à realização de algum tipo de formação, mais de metade dos participantes (69.3%) afirmou que já teve formação específica sobre envelhecimento, tendo a formação profissional sido a mais realizada (37.9%).

No que se refere aos fatores institucionais, 265 (49.3%) participantes afirmaram trabalhar numa instituição de tamanho médio (>50 e <100 utentes), sendo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o tipo de instituição mais assinalado (82.5%).

A Tabela 3 resume a informação sociodemográfica e institucional, correspondendo, respetivamente, aos 538 funcionários e às 28 ERPI's participantes no estudo.

**Tabela 3 - Descrição dos Dados Sociodemográficos da amostra (N=538)**

<b>Participantes (N=538)</b>	<b>n (%)</b>
<i>Idade (<math>\bar{x}</math>, s)</i>	41.29 (11.704)
<i>Género</i>	
Feminino	484 (90%)
Masculino	54 (10%)
<i>Estado civil</i>	
Casado/a ou União de facto	329 (61.2%)
Viúvo/a	20 (3.7%)
Solteiro/a	125 (23.2%)
Separado/a ou Divorciado/a	61 (11.3%)
<i>Escolaridade</i>	
Sem habilitações	1 (0.2%)
Entre 1 a 3 anos de escolaridade	3 (0.6%)
4º ano	55 (10.2%)
9º ano	153 (28.4%)
12º ano	180 (33.5%)
Ensino Superior	138 (25.7%)
<i>Cargo na Residência</i>	
Diretor/a	27 (5%)
Enfermeiro/a	33 (6.1%)
Médico/a	2 (0.4%)
Assistente social	13 (2.4%)
Psicólogo/a	13 (2.4%)
Fisioterapeuta	9 (1.7%)
Auxiliar	296 (55%)
Outro	139 (25.8%)
<i>Anos de experiência com Idosos (<math>\bar{x}</math>, s)</i>	8.84 (7.798)
<i>Anos de experiência na ERPI (<math>\bar{x}</math>, s)</i>	7.38 (7.321)
<i>Satisfação no trabalho (<math>\bar{x}</math>, s)</i>	8.11 (1.651)

**Tabela 3 - Descrição dos Dados Sociodemográficos da amostra (N= 538) (continuação)**

<b>Participantes (N=538)</b>	<b>n (%)</b>
<i>Formação em envelhecimento</i>	373 (69.3%)
Formação Profissional	204 (37.9%)
Disciplinas/Unidades Curriculares	92 (17.1%)
Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	35 (6.5%)
Outra	55 (10.2%)
<b>Fatores institucionais</b>	
<i>Tamanho da instituição</i>	
Grande (>100 utentes)	60 (11.2%)
Médio (>50 e <100 utentes)	265 (49.3%)
Pequeno (<50 utentes)	207 (38.5%)
<i>Tipo de ERPI (%)</i>	
Público	12 (2.2%)
Privado	60 (11.2%)
IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social)	444 (82.5%)
Outro	2 (0.4%)

## **3.2. Instrumentos/Questionários**

Este estudo foi desenhado a partir do estudo desenvolvido por Feliciano Villar e colaboradores, no ano de 2017, na Universidade de Barcelona em Espanha, sendo aplicado o mesmo conjunto de instrumentos, passando pelos processos de tradução e retroversão.

A recolha dos dados foi efetuada pela aplicação de um protocolo integral, constituído por três secções: S1) informação sociodemográfica, profissional e institucional; S2) sete vinhetas sobre as atitudes dos profissionais em relação a diversas situações de cariz e expressão sexual aquando do cuidado de idosos institucionalizados e S3) questionários sobre a prestação de cuidados centrados no doente e sobre as políticas sexuais da instituição.

No entanto, no âmbito desta dissertação foram analisados, apenas, os dados pertencentes ao questionário sociodemográfico e institucional (S1) e quatro das sete vinhetas (S2) relativas a situações de relações heterossexuais e homossexuais.

### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico/Institucional

No que concerne ao Questionário Sociodemográfico (S1), foram realizadas questões sobre género, idade, estado civil/marital, nível de escolaridade (e.g., sem habilitações, 4º ano, ensino superior, entre outros), cargo na residência (e.g., Diretor/a, Enfermeiro/a, Médico/a, Psicólogo/a, Auxiliar, entre outros), há quantos anos é que o sujeito presta cuidados a idosos e, ainda, qual o grau de satisfação com o trabalho realizado (classificado numa escala de *Likert* de 1 a 10 em que a classificação de 1 a 3 significa muito pouca satisfação, 4 a 7, corresponde a satisfação intermédia e 8 a 10, significa muita satisfação).

Quanto aos fatores institucionais, foi questionado se o tamanho da ERPI onde o sujeito trabalhava era grande, médio ou pequeno. Além disso, foi, também, questionado qual o tipo de ERPI onde exercia a sua profissão (e.g., público, privado, entre outros) e, por último, se já tinha realizado alguma formação específica sobre envelhecimento e qual foi o tipo de formação que realizou (e.g., formação profissional, disciplinas/unidades curriculares, entre outros).

### 3.2.2. Vinhetas

O instrumento da segunda secção apresenta sete vinhetas em que as mesmas consistem na apresentação de sete situações hipotéticas relacionadas com a sexualidade de pessoas idosas institucionalizadas em Lares de Terceira Idade/Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Aquando da apresentação de cada vinheta, foi solicitado a cada profissional/participante que se colocasse na situação exposta, e que indicasse, em relação a uma listagem de possíveis comportamentos, quais reações consideraria que os seus colegas teriam se fossem confrontados perante a situação exposta na vinheta (“o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”). Os comportamentos listados eram: “Pedir desculpa aos utentes”, “Fazer como se não tivesse visto nada”, “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, “Comentar o sucedido com a família dos utentes”, “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”, “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer”, “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”, “Rir-se ou fazer piadas sobre isso”/“Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto”, “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” e, ainda, “Outras (especifique)”.

Posteriormente, pedia-se ao participante que assinalasse, se assim o entendesse, quais reações consideraria serem mais adequadas perante a mesma situação exposta em cada vinheta (“o que considera que se deveria fazer?”), tendo, igualmente, listado o mesmo conjunto de comportamentos. O objetivo consistia em explorar as reações habituais dos colegas de trabalho e as reações que o participante considerava que se deveriam realizar.

Neste sentido, no âmbito desta investigação e perante os objetivos propostos, analisaram-se os dados relativos às situações das seguintes vinhetas:

- a. Situação 2: “Um colega seu bate à porta de um quarto. Sabe que está ocupado, mas não respondem. Pensa que se pode ter passado algo, entra e encontra um utente a ter relações sexuais com uma utente.”;
- b. Situação 3: “Um colega seu bate à porta de um residente Homem. Sabe que está ocupado, mas ninguém responde. Pensa que se pode ter passado algo, entra e encontra o utente a ter relações sexuais com outro utente homem.”;
- c. Situação 4: “Um colega seu bate à porta de uma residente Mulher. Sabe que está ocupado, mas ninguém responde. Pensa que se pode ter passado algo, entra e encontra a utente a ter relações sexuais com outra utente mulher.”;
- d. Situação 7: “Um colega seu está a conversar com um utente. Este conta-lhe que é homossexual, que gosta de pessoas do seu sexo.”.

Seguidamente, o profissional era questionado se alguma vez se deparou com a situação exposta na vinheta (“alguma vez se encontrou numa situação como esta?”), podendo responder sim ou não. Era, ainda, perguntada a frequência com que essa situação acontecia no centro residencial onde trabalhava. A resposta a esta última questão era dada numa escala de *Likert* em que 1 correspondia a Nunca, 2 significava Raramente, 3 correspondia a Poucas vezes, 4 significava Várias Vezes e, ainda, 5 correspondia a Muitas Vezes.

Após a tradução das vinhetas considerou-se pertinente entrar em contacto com o Coorientador, com o intuito de expor algumas dúvidas, tendo sido acordado utilizar duas versões do instrumento (1ª versão - casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 / 2ª versão - casos 1, 2, 4, 3, 6, 5, 7), ou seja, alterou-se a ordem das vinhetas com o objetivo de compreender se existiriam diferenças de opinião nas respostas.

### 3.3. Procedimento

A presente investigação foi iniciada em Outubro de 2018, com a formação de um grupo de professores investigadores na Universidade da Beira Interior, Universidade de Aveiro, Universidade de Barcelona e por duas estudantes, uma do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e outra do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior.

Na fase inicial deste estudo, procedeu-se à revisão da literatura relativa às atitudes dos profissionais em relação à sexualidade no envelhecimento que trabalhassem em centros residenciais, tendo-se optado pela focalização na homossexualidade em idosos. Com isto, foi possível delinear a planificação da investigação, ou seja, estabeleceram-se os objetivos do

estudo e a sua importância, definiram-se variáveis, e, conseqüentemente, o tipo de amostra mais adequada ao estudo.

Tendo conhecimento da existência de um estudo sobre a temática, em Espanha, desenvolvido por Villar e colaboradores (2017), estabeleceu-se contacto com a equipa e discutiu-se a possibilidade de se efetuar um estudo com uma metodologia semelhante em Portugal. Por seu turno, futuramente, este estudo nacional, poderá permitir comparações transculturais sobre a temática. Acordou-se, assim, a elaboração de um estudo sobre a sexualidade no envelhecimento com o intuito de recolher informação para a presente dissertação.

O protocolo de recolha de informação, realizado por Villar e colaboradores (2017), sofreu um processo de tradução e retroversão pela equipa do projeto, tendo-se mantido quase todas as questões e instrumentos do protocolo original.

Iniciou-se o processo de tradução e retroversão dos questionários no mês de Novembro de 2018, sendo que a tradução dos questionários, foi executada da língua espanhola para a língua portuguesa.

Primeiramente, foi analisado em equipa, todas as questões que compunham o protocolo original e, seguidamente, definiu-se a especificidade de cada investigação (i. e., sexualidade em idosos com demência e homossexualidade em idosos). Após esta análise, optou-se por eliminar questões de natureza qualitativa, mantendo o estudo por uma linha quantitativa com o intuito de explorar as atitudes dos profissionais que trabalhassem em ERPI's.

Os critérios de inclusão para integrar o estudo foram: idade igual ou superior a 18 anos, trabalhar em ERPI's, trabalhar diariamente com idosos e, ainda, aceitar participar no estudo. Os critérios de exclusão foram: trabalhar em centros de dia, unidades de cuidados paliativos e cuidados de saúde agudos.

O projeto, em Dezembro de 2018, foi submetido à Comissão Ética da Universidade da Beira Interior, tendo sido aprovado (Processo n.º CE-UBI-Pj-2018-080:ID1009) em Janeiro de 2019.

Relativamente à recolha de dados, foi efetuado o contacto através de e-mail e/ou telefónico com diretores técnicos das ERPI's, pertencentes aos distritos de Viseu, Porto, Coimbra, Castelo Branco, Aveiro e, ainda, a uma instituição em Ponta Delgada (S. Miguel). No contacto efetuado, foi apresentado o estudo e solicitada a colaboração dos profissionais da instituição para a aplicação dos questionários. Nos casos em que o contacto foi estabelecido telefonicamente, era, posteriormente, enviada informação relativa ao estudo por correio eletrónico.

Após a aceitação e colaboração das ERPI's, as investigadoras afetas a este projeto, deslocavam-se pessoalmente para a entrega dos questionários em formato de papel, exceto às instituições dos Açores e do Porto, tendo sido enviados por correio. Este contacto presencial tinha o objetivo de promover o esclarecimento e a confiança na investigação.

Aquando da entrega dos questionários, era, adicionalmente, entregue o Consentimento Informado, garantindo e assegurando o anonimato e confidencialidade das respostas dos participantes. O vocabulário deste documento era acessível e continha uma explicação acerca da recolha dos dados, esclarecendo que estes unicamente serviriam para fins estatísticos. Nesse documento, os inquiridos, também, eram informados que poderiam interromper a sua participação se assim o entendessem, uma vez que, a mesma era de carácter voluntário.

O processo de entrega e recolha dos questionários e, respetivos, dados realizou-se entre os meses de fevereiro e abril de 2019, tendo sido garantido o cumprimento dos princípios éticos e deontológicas ao longo de todo o processo de investigação.

### 3.4. Análise dos Dados

Os dados recolhidos foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Primeiramente, foi efetuada uma base de dados constituída pelos 538 participantes que cumpriam os critérios de inclusão do estudo.

Posteriormente, aplicou-se o teste não paramétrico *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* às variáveis quantitativas contínuas (e.g., idade, anos de trabalho com idosos e anos de trabalho na ERPI), com o objetivo de compreender se as mesmas possuíam uma distribuição normal. Tendo-se rejeitado a normalidade dos dados, nos três casos, ( $p=0.000$ ), optou-se por considerar, respetivamente, a média ( $\bar{x}$ ), o desvio padrão ( $s$ ) e as frequências absolutas e relativas. Após a análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas, procedeu-se à análise descritiva dos restantes dados sociodemográficos com a obtenção das respetivas distribuições de frequências.

O fato das vinhetas terem sido aplicadas aos mesmos participantes originou dados emparelhados e, por conseguinte, na análise inferencial destes tiveram que ser utilizados os testes adequados para amostras emparelhadas. Assim sendo, utilizaram-se os testes não paramétricos de *McNemar* e *Q* de *Cochran* para comparar, respetivamente, a proporção de respostas em duas vinhetas e em mais do que duas. Sempre que houve necessidade de efetuar comparações múltiplas, teve-se em conta a correção de *Bonferroni*. Salientamos que todas as inferências para a população de profissionais que trabalham em ERPI's em Portugal foram feitas ao nível de significância de 5%.

## 4. Resultados

### 4.1. Comparação das reações dos profissionais em relação a situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais entre idosos institucionalizados

Com o intuito de compreender se a opinião dos profissionais que trabalham nas ERPI's é a mesma em relação a situações de relações sexuais Heterossexuais vs. Lésbicas vs. *Gays* (Situação 1, 2 e 3, respetivamente), de pessoas idosas institucionalizadas, aplicou-se o teste Q de Cochran, ao nível de significância de 5%, para as respostas às questões: “o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?” (questão A) e “o que considera que se deveria fazer?” (questão B).

- **Comparação das respostas dos Profissionais em relação a situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais entre idosos institucionalizados - *Questão A: “O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”***

Os resultados da comparação das probabilidades de resposta afirmativa nas três vinhetas apresentadas, para as diferentes possibilidades de resposta à questão A: “O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”, resultantes da aplicação do teste Q de Cochran são apresentados na Tabela 4.

A resposta mais selecionada pelos profissionais em relação às três vinhetas/situações (relações lésbicas, homossexuais e heterossexuais), foi “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”. Observou-se uma percentagem ligeiramente superior quando se tratam de relações sexuais entre lésbicas (67.6%), seguidamente de relações sexuais entre *gays* (67.1%) e, por último, relações sexuais heterossexuais (61.8%).

Em termos percentuais, seguiram-se as respostas, “Fazer como se não tivesse visto nada” (26.9% vs. 26.5% vs. 27.5%), “Pedir desculpa aos utentes” (28.9% vs. 19.1% vs. 18.9%) e “Rir-se ou fazer piadas sobre isso” (11.0% vs. 13.7% vs. 13.3%). “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” (2.0% vs. 1.8% vs. 2.5%) e “Outras” (2.0% vs. 2.2% vs. 2.4%), foram as respostas menos dadas entre os participantes.

Nos casos em que se observaram diferenças estatisticamente significativas (assinaladas com \*), aplicaram-se testes de comparações múltiplas com correção de *Bonferroni*, nomeadamente, o teste de *McNemar* para testar diferenças entre pares de vinhetas. Os resultados das comparações múltiplas podem ser observados na Tabelas 5.

As diferenças encontradas na resposta “Pedir desculpa aos utentes”, devem-se ao fato desta ser a reação mais provável em relação aos heterossexuais comparativamente com os

homossexuais ( $p=0.000$ ,  $p<0.05$ ). Não se observaram diferenças significativas em relação a situações de relações sexuais lésbicas e gays ( $p=1.000$ ). Resultados semelhantes foram observados para a resposta “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” ( $p=0.002$  e  $p=0.003$ ).

A resposta “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, é mais dada pelos profissionais quando estes se deparam com relações sexuais homossexuais ( $p=0.001$  e  $p=0.005$ ).

Quando um profissional se depara com relações sexuais homossexuais é mais provável, “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” do que quando se depara com a mesma situação num casal heterossexual ( $p=0.001$ ). O mesmo acontece comparativamente entre casais de lésbicas e casais de gays ( $p=0.007$ ). Por sua vez, a opção “Chamá-los a atenção/ralhar-lhes” é mais escolhida quando se reporta a relações sexuais entre gays do que comparativamente com uma relação sexual entre heterossexuais ( $p=0.008$ ).

Quanto às opções “Pedir desculpa aos utentes”, “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” e “Chamá-los a atenção/ralhar-lhes” não se observaram diferenças estatisticamente significativas quando se comparam situações de relações sexuais entre casais de lésbicas e casais de gays.

Em relação à resposta “Rir-se ou fazer piadas sobre isso”, apesar do teste Q de Cochran detetar diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.018$ ), quando se procede às comparações múltiplas com o teste de McNemar nenhuma diferença é encontrada ao nível de significância 0.05/3.

➤ **Comparação das respostas dos Profissionais em relação a situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais entre idosos institucionalizados - Questão B: “O que considera que se deveria fazer?”**

Analogamente ao que foi feito anteriormente são apresentados na Tabela 6 os resultados do teste Q de Cochran relativos à questão B: “O que considera que se deveria fazer?”.

A opção mais assinalada pelos profissionais em relação às três vinhetas, tal como na questão anterior, foi “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, apesar das frequências de resposta serem ligeiramente diferentes das anteriores. Observou-se uma percentagem ligeiramente superior no caso de relações sexuais entre gays (66.1%), seguidamente de relações sexuais entre lésbicas (65.3%) e, por último, relações sexuais heterossexuais (59.3%).

Em termos percentuais, seguiram-se as respostas, “Pedir desculpa aos utentes” (40.1% vs. 35.1% vs. 35.7%), “Fazer como se não tivesse visto nada” (23.4% vs. 23.6% vs. 24.0%), “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” (14.5% vs. 13.3% vs. 12.9%) e “Rir-se ou fazer piadas sobre

Tabela 4 - Caracterização dos comportamentos que os participantes consideram que a maioria dos colegas teria (questão A) perante situações de relações sexuais envolvendo utentes Heterossexuais vs. Lésbicas vs. Gays

		Casal Heterossexual n (%)	Casal Lésbicas n (%)	Casal Gay n (%)	t Cochran	p
1. Pedir desculpas aos utentes	Sim	147 (28.9%)	97 (19.1%)	96 (18.9%)	63.775	.000 *
	Não	362 (71.1%)	412 (80.9%)	413 (81.1%)		
2. Fazer como se não tivesse visto nada	Sim	137 (26.9%)	135 (26.5%)	140 (27.5%)	.469	.791
	Não	373 (73.1%)	375 (73.5%)	370 (72.5%)		
3. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	Sim	315 (61.8%)	345 (67.6%)	342 (67.1%)	16.380	.000 *
	Não	195 (38.2%)	165 (32.4%)	168 (32.9%)		
4. Comentar o sucedido com a família dos utentes	Sim	19 (3.7%)	24 (4.7%)	22 (4.3%)	1.226	.542
	Não	491 (96.3%)	486 (95.3%)	488 (95.7%)		
5. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	Sim	53 (10.4%)	34 (6.7%)	34 (6.7%)	16.044	.000 *
	Não	457 (89.6%)	476 (93.3%)	476 (93.3%)		
6. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	Sim	35 (6.9%)	42 (8.2%)	56 (11.0%)	14.292	.001 *
	Não	475 (93.1%)	468 (91.8%)	454 (89.0%)		
7. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	Sim	52 (10.2%)	63 (12.4%)	68 (13.3%)	8.933	.011 *
	Não	458 (89.8%)	447 (87.6%)	442 (86.7%)		
8. Rir-se ou fazer piadas sobre isso	Sim	56 (11.0%)	70 (13.7%)	68 (13.3%)	8.000	.018 *
	Não	454 (89.0%)	440 (86.3%)	442 (86.7%)		
9. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	Sim	10 (2.0%)	9 (1.8%)	13 (2.5%)	1.625	.444
	Não	500 (98.0%)	501 (98.2%)	497 (97.5%)		
10. Outras	Sim	10 (2.0%)	11 (2.2%)	12 (2.4%)	.857	.651
	Não	500 (98.0%)	499 (97.8%)	498 (97.6%)		

t Cochran: valor da estatística de teste do teste Q de Cochran; \*p<0.05

**Tabela 5 - Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que os colegas fariam perante as diferentes situações de relações sexuais: Heterossexuais vs. Lésbicas, Heterossexuais vs. Gays e Lésbicas vs. Gays**

	Questão A								
				Heterossexual vs. Lésbicas n (%)		Heterossexual vs. Gays n (%)		Lésbicas vs. Gays n (%)	
	Heterossexual n (%)	Lésbicas n (%)	Gays n (%)	t <sub>McNemar</sub>	p	t <sub>McNemar</sub>	p	t <sub>McNemar</sub>	p
1 - Pedir desculpas aos utentes	147 (28.9%)	97 (19.1%)	96 (18.9%)	36.379	.000 *	36.232	.000 *	-	1.000
3 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	315 (61.8%)	345 (67.6%)	342 (67.1%)	10.782	.001 *	7.770	.005 *	.114	.735
5 - Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	53 (10.4%)	34 (6.7%)	34 (6.7%)	9.257	.002 *	8.757	.003 *	-	1.000
6 - Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	35 (6.9%)	42 (8.2%)	56 (11.0%)	1.091	.296	10.256	.001 *	-	.007 *
7 - Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	52 (10.2%)	63 (12.4%)	68 (13.3%)	2.857	.091	7.031	.008 *	-	.405
8 - Rir-se ou fazer piadas sobre isso	56 (11.0%)	70 (13.7%)	68 (13.3%)	4.971	.026	3.781	.052	-	.824

t<sub>McNemar</sub>: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \* $p < \alpha/3$ ;  $\alpha = 0.05$

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o SPSS determina o valor de *p* exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

Tabela 6 - Caracterização dos comportamentos que os participantes consideram que deveriam ter (questão B) perante situações de relações sexuais envolvendo utentes Heterossexuais vs. Lésbicas vs. Gays

		Casal Heterossexual n (%)	Casal Lésbicas n (%)	Casal Gay n (%)	t Cochran	P
1. Pedir desculpas aos utentes	Sim	202 (40.1%)	177 (35.1%)	180 (35.7%)	17.200	.000 *
	Não	302 (59.9%)	327 (64.9%)	324 (64.3%)		
2. Fazer como se não tivesse visto nada	Sim	118 (23.4%)	119 (23.6%)	121 (24.0%)	.255	.880
	Não	386 (76.6%)	385 (76.4%)	383 (76.0%)		
3. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	Sim	299 (59.3%)	329 (65.3%)	333 (66.1%)	35.724	.000 *
	Não	205 (40.7%)	175 (34.7%)	171 (33.9%)		
4. Comentar o sucedido com a família dos utentes	Sim	19 (3.8%)	27 (5.4%)	26 (5.2%)	6.706	.048 *
	Não	485 (96.2%)	477 (94.6%)	478 (94.8%)		
5. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	Sim	73 (14.5%)	67 (13.3%)	65 (12.9%)	2.476	.290
	Não	431 (85.5%)	437 (86.7%)	439 (87.1%)		
6. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	Sim	33 (6.5%)	29 (5.8%)	37 (7.3%)	3.556	.169
	Não	471 (93.5%)	475 (94.2%)	467 (92.7%)		
7. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	Sim	18 (3.6%)	19 (3.8%)	17 (3.4%)	.500	.779
	Não	486 (96.4%)	485 (96.2%)	487 (96.6%)		
8. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto **	Sim	60 (11.9%)	64 (12.7%)	58 (11.5%)	2.154	.341
	Não	444 (88.1%)	440 (87.3%)	446 (88.5%)		
9. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	Sim	10 (2.0%)	10 (2.0%)	9 (1.8%)	.286	.867
	Não	493 (98.0%)	493 (98.0%)	494 (98.2%)		
10. Outras	Sim	15 (3.0%)	15 (3.0%)	14 (2.8%)	.167	.920
	Não	489 (97.0%)	489 (97.0%)	490 (97.2%)		

t Cochran: valor da estatística de teste do teste Q de Cochran; \*p<0.05

\*\* - a opção número 8 da questão B é diferente da questão A ("Rir-se ou fazer piadas sobre isso").

**Tabela 7 - Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que deveriam fazer perante as diferentes situações de relações sexuais: Heterossexuais vs. Lésbicas, Heterossexuais vs. Gays e Lésbicas vs. Gays**

	Questão B								
				Heterossexual vs. Lésbicas		Heterossexual vs. Gays		Lésbicas vs. Gays	
	Heterossexual n (%)	Lésbicas n (%)	Gays n (%)	t <sub>McNemar</sub>	p	t <sub>McNemar</sub>	p	t <sub>McNemar</sub>	p
1 - Pedir desculpas aos utentes	202 (40.1%)	177 (35.1%)	180 (35.7%)	11.294	.001 *	8.481	.004 *	.148	.700
3 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	299 (59.3%)	329 (65.3%)	333 (66.1%)	19.114	.000 *	22.688	.000 *	-	.541

t<sub>McNemar</sub>: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \* $p < \alpha/3; \alpha = 0.05$

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o *SPSS* determina o valor de *p* exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

isso” (11.9% vs. 12.7% vs. 11.5%). “Recomendar-lhes que o façam fora da residência”, foi a resposta menos selecionada entre os participantes (2.0% vs. 2.0% vs. 1.8%). É de realçar que as práticas restritivas e as práticas de suporte raramente são selecionadas.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas, através do teste de *McNemar*, nas reações que os profissionais consideram que deveriam ter quando confrontados com relações sexuais em casais heterossexuais, lésbicos ou *gays*, constam na Tabela 7.

Em geral, não foram observadas diferenças significativas nas opções assinaladas em relação aos três tipos de situações, exceto para as opções “Pedir desculpa aos utentes” e “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”. Os resultados indicaram que a opção “Pedir desculpa aos utentes”, é mais provável em relação aos heterossexuais comparativamente com os homossexuais ( $p=0.001$  e  $p=0.004$ ). Por sua vez, “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, é mais selecionada em relação a situações de relações sexuais entre idosos homossexuais institucionalizados do que quando comparados com heterossexuais ( $p=0.000$  e  $p=0.000$ ). Não se constataram diferenças estatisticamente significativas, em relação à opção “Comentar o sucedido com a família dos utentes” ( $p=0.039>0.05/3$ ).

## **4.2. Comparação das reações dos profissionais em relação às relações sexuais heterossexuais e homossexuais (Questão A vs. Questão B)**

Com o intuito de perceber se os profissionais têm uma opinião diferente quando questionados sobre o que a maior parte dos seus colegas faria e entre o deveria ser feito perante a confrontação com três tipos de relações sexuais entre casais (heterossexuais, lésbicas e *gays*), realizou-se uma comparação às respostas das duas questões, Questão A (“o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”) e Questão B (“o que considera que se deveria fazer?”) nas três situações. Os resultados obtidos, com a aplicação do teste de *McNemar*, encontram-se nas Tabelas 8, 9 e 10 para, respetivamente, relações entre casais heterossexuais, lésbicas e *gays*.

Nos três casos, segundo as duas questões colocadas, constataram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às opções “Pedir desculpa aos utentes”, “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”. No caso das duas primeiras respostas, estas são mais prováveis de serem assinaladas como reação do que deveria ser feito (Questão B) comparativamente ao que consideram que os colegas fariam (Questão A).

A opção de resposta “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”, relativamente às três vinhetas/situações, é considerada pelos profissionais como um comportamento que é mais provável dos colegas terem (Questão A). Esta reação, altera-se significativamente, quando a pergunta passa a ser qual o comportamento que profissionais deveriam ter. Em relação às situações de relações sexuais de casais gays há uma mudança de opinião significativa na atitude “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” entre o que os profissionais consideram que os colegas fariam e o que deveria ser feito. Neste caso, esta é uma atitude mais provável de ser adotada pelos colegas do que ser considerada como algo que deveria ser feito ( $p=0.004$ ).

Denote-se, ainda, que nas Tabelas 8, 9 e 10, na opção de resposta número 8 existe uma diferença da questão A (“Rir-se ou fazer piadas sobre isso”) para a questão B (“Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto”), no que respeita ao comportamento selecionado.

**Tabela 8 - Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que se deveria fazer perante uma situação de relações sexuais heterossexuais**

	Heterossexuais (situação 1)		$t_{McNemar}$	$p$
	Questão A n (%)	Questão B n (%)		
1. Pedir desculpas aos utentes	147 (28.8%)	202 (40.1%)	28.009	.000 *
2. Fazer como se não tivesse visto nada	137 (26.9%)	118 (23.4%)	3.360	.067
3. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	315 (61.8%)	299 (59.3%)	1.100	.294
4. Comentar o sucedido com a família dos utentes	19 (3.7%)	19 (3.8%)	-	1.000
5. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	53 (10.4%)	73 (14.5%)	6.224	.013 *
6. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	35 (6.9%)	33 (6.5%)	.000	1.000
7. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	52 (10.2%)	18 (3.6%)	22.756	.000 *
8. Rir-se ou fazer piadas sobre isso vs. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto	56 (11.0%)	60 (11.9%)	.219	.640
9. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	10 (2.0%)	10 (2.0%)	-	.774
10. Outras	10 (2.0%)	15 (3.0%)	-	.481

$t_{McNemar}$ : valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \* $p<0.05$

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o SPSS determina o valor de  $p$  exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

**Tabela 9 - Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que se deveria fazer perante uma situação de relações sexuais lésbicas**

	Lésbicas (situação 2)		t <sub>McNemar</sub>	p
	Questão A n (%)	Questão B n (%)		
1. Pedir desculpas aos utentes	97 (19.0%)	177 (35.1%)	63.684	.000 *
2. Fazer como se não tivesse visto nada	135 (26.5%)	119 (23.6%)	2.616	.106
3. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	345 (67.6%)	329 (65.3%)	1.690	.194
4. Comentar o sucedido com a família dos utentes	24 (4.7%)	27 (5.4%)	.346	.556
5. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	34 (6.7%)	67 (13.3%)	18.618	.000 *
6. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	42 (8.2%)	29 (5.8%)	3.226	.072
7. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	63 (12.4%)	19 (3.8%)	37.532	.000 *
8. Rir-se ou fazer piadas sobre isso vs. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto	70 (13.7%)	64 (12.7%)	.298	.585
9. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	9 (1.8%)	10 (2.0%)	-	.804
10. Outras	11 (2.2%)	15 (3.0%)	-	.424

t<sub>McNemar</sub>: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \*p<0.05

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o *SPSS* determina o valor de p exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

**Tabela 10 - Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que se deveria fazer perante uma situação de relações sexuais gays**

	Gays (situação 3)		t <sub>McNemar</sub>	p
	Questão A n (%)	Questão B n (%)		
1. Pedir desculpas aos utentes	96 (18.8%)	180 (35.7%)	67.539	.000 *
2. Fazer como se não tivesse visto nada	140 (27.5%)	121 (24.0%)	4.000	.046
3. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	342 (67.1%)	333 (66.1%)	.371	.542
4. Comentar o sucedido com a família dos utentes	22 (4.3%)	26 (5.2%)	-	.383
5. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	34 (6.7%)	65 (12.9%)	19.149	.000 *
6. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	56 (11.0%)	37 (7.3%)	8.308	.004 *
7. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	68 (13.3%)	17 (3.4%)	44.463	.000 *
8. Rir-se ou fazer piadas sobre isso vs. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto	68 (13.3%)	58 (11.5%)	.831	.362
9. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	13 (2.5%)	9 (1.8%)	-	.607
10. Outras	12 (2.4%)	14 (2.8%)	-	.581

t<sub>McNemar</sub>: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \*p<0.05

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o *SPSS* determina o valor de p exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

### 4.3. Frequência com que os profissionais referem confrontar-se com situações de relações sexuais entre idosos institucionalizados

Nas Figuras 1 e 2, respetivamente, encontramos a distribuição de frequências com que profissionais referem confrontar-se com situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais entre utentes e da periodicidade com que estas ocorrem, nas ERPI's, nas quais trabalham. Os profissionais confrontam-se mais com situações de relações sexuais heterossexuais (7.6%) do que com relações sexuais homossexuais (1.1%) entre utentes. A ocorrência com que são observadas relações sexuais homossexuais foi menor (23.8%) quando comparadas com relações sexuais heterossexuais (29.4%).

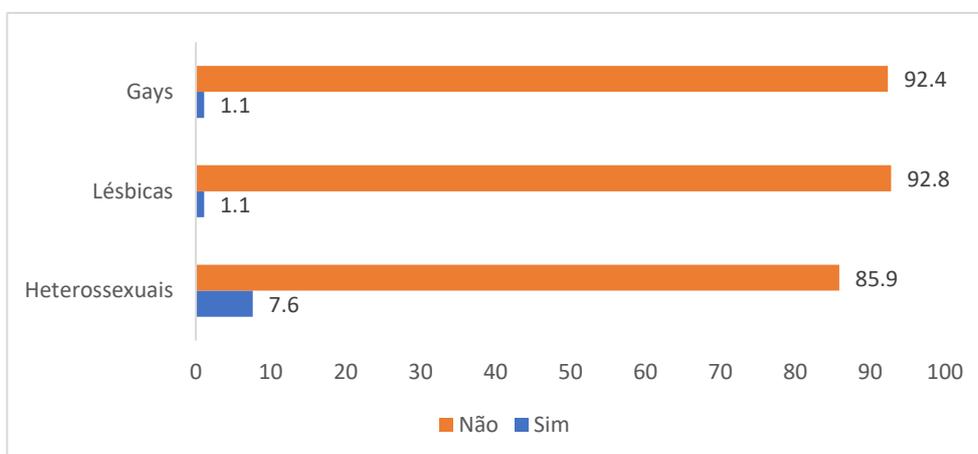


Figura 1 - Comparação da distribuição de frequências (em %) do confronto dos profissionais com situações de relações sexuais entre utentes nas ERPI's.

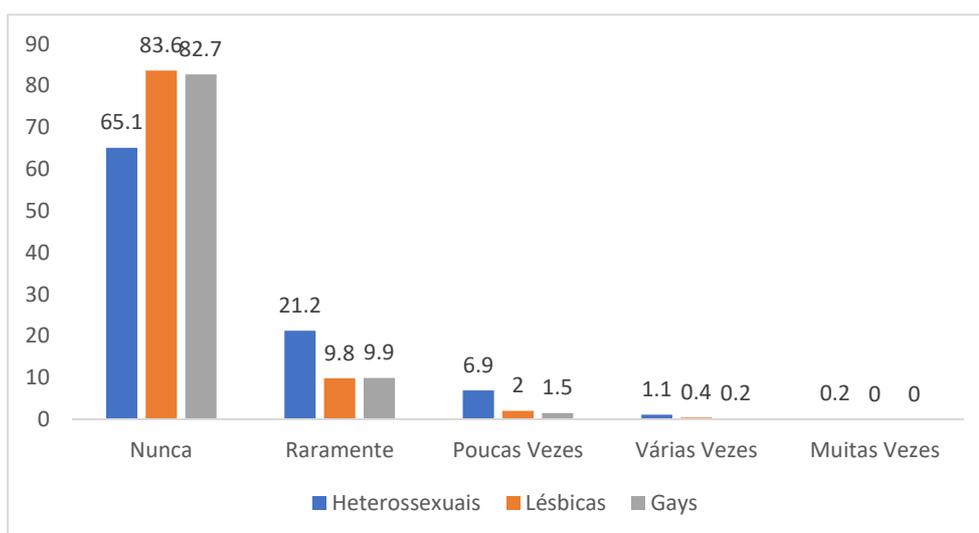


Figura 2 - Frequências (em %) da periodicidade com que profissionais de ERPI's se confrontam com situações de relações sexuais entre utentes

#### 4.4. Reação dos profissionais em relação à revelação de uma orientação sexual homossexual

Com o objetivo de compreender quais as reações mais prováveis dos profissionais, realizou-se uma comparação entre o que os mesmos consideram que os colegas fariam (Questão A) e o que consideram que se deveria fazer (Questão B), em relação à revelação da orientação sexual. Os resultados obtidos, com a aplicação do teste de *McNemar*, encontram-se na Tabela 11.

A resposta mais selecionada pelos inquiridos foi “Tratar o utente com normalidade, tal como os demais utentes” (59.3% e 75.3%) em ambas as questões, seguida da resposta “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” (39.8% e 34.9%).

Relativamente às práticas de suporte, “Tratar o utente com normalidade, tal como os demais utentes” ( $p=0.000$ ), “Dar apoio para que o utente possa expressar a sua orientação” ( $p=0.000$ ), “Conversar com eles para saber mais sobre a situação” ( $p=0.001$ ) e “Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto” ( $p=0.004$ ), são mais prováveis de serem selecionadas como uma reação que os inquiridos consideram que se deveria ter, do que se teria, se um utente revelasse a sua orientação sexual. Contrariamente, “Atuar como se não tivesse visto nada” ( $p=0.000$ ), “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” ( $p=0.013$ ), “Aconselhar a ocultar a sua orientação sexual” ( $p=0.011$ ) e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” ( $p=0.008$ ), são mais selecionadas como uma reação que os profissionais consideram que a maior parte dos colegas teria, do que como uma reação que deveriam ter, se um utente revelasse a sua orientação sexual.

Quanto à questão “Alguma vez se encontrou numa situação como esta?”, constatou-se que apenas 12 (2.2%) participantes se confrontaram com a revelação da orientação sexual por parte de utentes. Constatou-se, ainda, que a maioria dos profissionais (82.3%) nunca se encontrou numa situação de revelação da orientação sexual na ERPI onde trabalham.

**Tabela 11 - Comparação da reação dos participantes segundo o que consideram que os colegas fariam e o que consideram que se deveria fazer perante a revelação da orientação sexual de um utente**

		Questão A n (%)	Questão B n (%)	t <sub>McNemar</sub>	p
1- Tratar o utente com normalidade, tal como os demais utentes	Sim	319 (59.3%)	405 (75.3%)	58.381	.000 *
	Não	200 (37.2%)	113 (21.0%)		
2- Atuar como se não tivesse ouvido nada	Sim	87 (16.2%)	52 (9.7%)	20.167	.000 *
	Não	432 (80.3%)	465 (86.4%)		
3- Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	Sim	214 (39.8%)	188 (34.9%)	6.194	.013 *
	Não	305 (56.7%)	329 (61.2%)		
4- Comentar o sucedido com a família do utente	Sim	15 (2.8%)	10 (1.9%)	-	.383
	Não	504 (93.7%)	507 (94.2%)		
5- Aconselhar a ocultar a sua orientação sexual	Sim	22 (4.1%)	8 (1.5%)	6.500	.011 *
	Não	497 (92.4%)	509 (94.6%)		
6- Dar apoio para que o utente possa expressar a sua orientação sexual	Sim	75 (13.9%)	131 (24.3%)	36.012	.000 *
	Não	444 (82.5%)	386 (71.7%)		
7- Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	Sim	8 (1.5%)	- ***	-	.008 *
	Não	511 (95.0%)	517 (96.1%)		
8- Conversar com eles para saber mais sobre a situação	Sim	54 (10.0%)	82 (15.2%)	11.758	.001 *
	Não	465 (86.4%)	435 (80.9%)		
9- Rir-se ou fazer piadas sobre isso vs. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto **	Sim	54 (10.0%)	83 (15.4%)	8.284	.004*
	Não	464 (86.2%)	434 (80.7%)		
10- Outras	Sim	8 (1.5%)	3 (0.6%)	-	.125
	Não	511 (95.0%)	514 (95.5%)		

t<sub>McNemar</sub>: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; \*p<0.05

\*\* - na opção número 7 “o que considera que a maioria dos seus colegas faria?” está diferente da opção número 7 “O que considera que se deveria fazer?”.

\*\*\* - Nenhum dos participantes assinalou esta opção quando lhes era questionado o que consideravam que se deveria fazer.

Nota: Os casos em que não se obteve o valor da estatística de teste correspondem às situações em que o *SPSS* determina o valor de p exato e não usa a aproximação ao qui-quadrado. Estes casos correspondem às situações em que há 25 ou menos pessoas que mudam de opinião.

## 5. Discussão dos Resultados

Este estudo debruça-se sobre as atitudes dos profissionais que trabalham em ERPI's em relação à homossexualidade na velhice. A sexualidade é uma dimensão do desenvolvimento humano essencial para o aumento da qualidade de vida e bem-estar (Gomes, et al., 2018; Oliveira & Vieira, 2018), promovendo a saúde (Kalra, Subramanyam & Pinto, 2011), o envelhecimento ativo (Araújo & Carlos, 2018) e sendo um direito (OMS, 2015). As pessoas idosas têm e manifestam interesse e desejo sexual, inclusivamente, quando apresentam patologias (Lindau, et al., 2007; Shuttleworth, et al., 2010) apesar de, frequentemente, não lhes ser reconhecido esse direito ou não ser promovida essa dimensão de desenvolvimento (OMS, 2015). Por outro lado, as pessoas idosas LGBT são, frequentemente, vítimas de atitudes e comportamentos discriminatórios por parte da sociedade (Antunes, 2017). Estes estigmas agravam-se quando os idosos são institucionalizados nas ERPI's (Santos, Araújo & Negreiros, 2018). Seguidamente, discutimos os principais resultados deste estudo.

### 5.1. Comparação dos comportamentos dos profissionais em relação a situações de relações sexuais heterossexuais e homossexuais entre idosos institucionalizados

Os resultados desta investigação revelam que os participantes consideram que as reações dos profissionais que trabalham em ERPI's são distintas em relação a situações que remetam para relações sexuais heterossexuais e homossexuais. Estes resultados, corroboram, por exemplo, o constatado no estudo elaborado por Hinrichs & Vacha-Haase (2010), com profissionais que trabalham em ERPI's, em que se aplicaram vinhetas, revelando que o contacto sexual heterossexual é mais aceite do que quando são dois homens ou duas mulheres a terem relações sexuais.

A reação mais comum entre os profissionais é “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” quando se deparam com utentes homossexuais a terem relações sexuais, sendo mais frequente do que quando se confrontam com utentes heterossexuais a terem relações sexuais. Este resultado é constatado, também, no estudo desenvolvido em Espanha, por Villar e colaboradores (2013). Considerar que este será o comportamento mais adotado pelos colegas, pode estar relacionado com o facto de anteciparem as dificuldades em lidarem com estas situações. Na linha do que refere Shuttleworth e colaboradores (2010), os resultados indicam que os profissionais não estão preparados para lidar com situações desta natureza. Esta maior tendência para se comentar o sucedido com a supervisão ou direção no caso de se tratar de casais homossexuais do que heterossexuais, poderá estar associada a atitudes de homofobia e,

ainda, à heteronormatividade que tende a existir nos lares. Bell e colaboradores (2010), no seu estudo acerca das atitudes de diretores e *staff*, com mais de mil participantes, demonstraram que a maior parte dos profissionais estavam mais familiarizados com a palavra homofobia do que com a palavra heterossexismo. Ainda, Fairchild e colaboradores (1996), revelaram que existiam valores elevados de homofobia e heterossexismo entre os profissionais dos lares.

As atitudes de “passagem” da responsabilidade, como é o caso do nosso estudo, “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, podem estar, também, associadas à ideia de que a sexualidade apenas se reporta à juventude e idade adulta, tornando esta problemática invisível à sua exploração. Estes resultados corroboram estudos como Butler (2004) e Hinrichs & Vacha-Haase (2010), que referem que a sexualidade é um assunto temido nas ERPI’s e que o evitamento destes assuntos, poderá ter subjacente atitudes de *ageism*.

Estes resultados podem, também, estar relacionados com as características dos participantes deste estudo. O facto de terem diferentes idades, crenças religiosas, origem cultural e qualificações, que não foram analisadas no âmbito deste estudo, podem ter influenciado as respostas dos participantes. Mahieu e colaboradores (2016), num estudo desenvolvido na Bélgica, observaram que atitudes mais conservadoras estão associadas a uma baixa posição no trabalho, baixos níveis de escolaridade, altos níveis de religiosidade, poucos anos de experiência e idade cronológica mais baixa.

Comparando as reações dos profissionais em relação às três situações analisadas, a opção de resposta “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” é, igualmente, a mais selecionada na primeira questão (“o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”) quando se tratam de relações sexuais lésbicas e na segunda questão (“o que considera que se deveria fazer?”) quando se tratam de relações sexuais *gays*. Estes resultados, além do supramencionado, podem estar relacionados com aspetos culturais e religiosos que, de uma forma global possam ter os profissionais que participaram neste estudo. Neste sentido, Ali e colaboradores (2015), averiguaram que as atitudes negativas dos participantes estão ligadas a altos níveis de religiosidade e conservadorismo político. Atitudes mais negativas em relação à sexualidade das pessoas idosas podem refletir medos enraizados na sociedade (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006).

Na mesma linha, no Reino Unido, Ellis e colaboradores (2002), apuraram que sujeitos de outras etnias, à exceção da caucasiana, e com alguma afiliação religiosa apresentam atitudes mais negativas perante lésbicas e *gays* quando comparados com indivíduos caucasianos sem afiliação religiosa. Refutando os dados dos estudos mencionados, Bouman, Arcelus e Benbow (2007), no seu estudo, constataram que a religião, não é um preditor de atitudes positivas ou negativas em relação à sexualidade na velhice. Ainda, Hinrichs & Vacha-Haase (2010), verificaram que casais de lésbicas e *gays* são encarados equivalentemente e os contactos sexuais, geralmente,

não são ignorados, sendo a atitude mais recorrente reportar o incidente sexual aos supervisores. Outra explicação, é a falta de formação e preparação por parte dos profissionais em lidarem com situações de índole sexual e homossexual. Corroborando esta informação, o estudo de Cannon e colaboradores (2017), revela que os profissionais têm falta de formação e de conhecimento acerca da comunidade LGBT. Também, Bell e colaboradores (2010) constataram que os diretores das ERPI's, tinham menos formação em homofobia do que em preconceito religioso, racismo, sexismo e *ageism*. Observando-se, ainda, que diretores com menos de quatro anos de estudos universitários e com menos experiência em serviço social são mais propensos a terem formação. Bouman, Arcelus e Benbow (2007), ao realizarem um estudo a profissionais que trabalham em ERPI's, verificaram que profissionais com menos de cinco anos de experiência apresentam atitudes mais negativas face à sexualidade na velhice. Este estudo, revelou, ainda, que quanto maior for a idade do profissional mais permissivas e positivas são as atitudes em relação à sexualidade na velhice, o que refuta a ideia de as pessoas mais velhas apresentarem mais estereótipos.

Outro resultado, deste estudo que se destaca, é facto de se considerar que os profissionais ignoraram situações de cariz sexual (“Fazer como se não tivesse visto nada”). Este comportamento poderá estar relacionado com o facto de diversos médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as (ou aspirantes a estas profissões, entre outras), sentirem constrangimento e desconforto quando necessitam de explorar assuntos relacionados com sexualidade e homossexualidade com pessoas idosas. Estudos, como o de Bauer e colaboradores (2015) e Bouman, Arcelus & Benbow (2006), referem que existe desconforto e pudor, tanto por parte dos profissionais como dos pacientes, em abordarem temas sobre saúde e diversidade sexual. Refutando, o mencionado noutros estudos (e.g., Ali et al., 2015; Ellis et al., 2002; Cannon et al., 2017; Sharek et al., 2014), observaram que profissionais, com formação universitária, apresentam atitudes positivas e de suporte perante os direitos de pessoas homossexuais e tendem a prestar cuidados mais igualitários e livres de preconceitos.

Confrontando ambas as questões, as diferenças, seguidamente, apresentadas coincidem. Assim, na primeira questão (“o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”) e na segunda questão (“o que considera que se deveria fazer?”), quando se comparam as reações dos profissionais em relação a situações de relações sexuais heterossexuais, lésbicas e *gays*, os resultados, revelam que os participantes apresentam atitudes mais permissivas e de aceitação quando se tratam de relações sexuais heterossexuais (“Pedir desculpa aos utentes”), do que quando se deparam com relações sexuais homossexuais (“Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”), apresentando atitudes mais hostis e restritivas.

Estas diferenças, poderão dever-se ao facto de os profissionais das ERPI's assumirem que os residentes são todos heterossexuais (Donaldson & Vacha-Haase, 2016). Pensamentos desta natureza, revelam a invisibilidade (Fairchild, Carrino & Ramírez, 1996) inerente à comunidade

e aos idosos LGBT, demonstrando, também, a falta de sensibilidade perante situações de cariz homossexual (Sharek, et al., 2014; Villar, et al., 2013). Esta invisibilidade é proliferada, porque muitos idosos homossexuais esconderem a sua orientação sexual e vivem segundo preceitos heterossexuais (Butler, 2004; Willis, et al., 2016).

Os factos mencionados, podem conduzir a outro tipo de discriminação, nomeadamente, à proibição da visita da família do residente porque a sua “família de escolha” é constituída por indivíduos LGB (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Pereira, et al., 2019; Willis, et al., 2016). Na linha do que refere Pereira e colaboradores (2019), a maioria dos participantes relataram ter uma família de “escolha” e o estudo conduzido por Butler (2004), revela que os profissionais evitam situações relacionadas com homossexualidade e, conseqüentemente, proibem a visita dos companheiros do residente. Desta forma, os cônjuges anunciam-se como “amigos” ou “colegas” do residente como um mecanismo de *coping* para evitar atitudes negativas (Brotman, et al., 2007). Contrariamente ao descrito, no estudo de Donaldson e Vacha-Haase (2016), alguns participantes afirmaram que trabalhariam de forma igual com as famílias de utentes heterossexuais e homossexuais.

Os resultados deste estudo sugerem, na linha de alguns estudos sobre a temática, que muitos idosos LGBT, sentem-se obrigados a negar as suas relações íntimas (i. e., a perderem contacto com os companheiros), por medo de represálias nos lares, mantendo em segredo a sua orientação sexual (Brotman, et al., 2003, 2007; Sharek, et al., 2014; Willis, et al., 2016). Na literatura são, inclusivamente, mencionados casos de casais homossexuais que foram separados com a ajuda de profissionais e familiares (Brotman, Ryan & Cormier, 2003). Também, Frankowski e Clark (2009), constataram que as relações sexuais eram encorajadas ou ignoradas pela família e pelos diretores dos lares, independentemente, da escolha do residente. Deste modo, a invisibilidade dos residentes LGBT contribui para a marginalização e para o desenvolvimento de barreiras ao nível social (Villar, et. al., 2013, 2017).

Concretamente, em relação às relações sexuais *gays*, os profissionais apresentam atitudes mais hostis e restritivas (“Chamá-los a atenção/ralhar-lhes” e “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer”) quando se comparam com relações sexuais lésbicas. Estes resultados corroboram os estudos de Ellis e colaboradores (2002) e de Villar e colaboradores (2013), onde se pode constatar que as atitudes dos profissionais são mais restritivas e mais negativas perante relações sexuais *gays* do que relações sexuais lésbicas. É fundamental intervir-se para se alterarem este tipo de atitudes que têm um elevado impacto na autoestima e na qualidade de vida dos utentes LGBT (Villar, et al., 2013; Willis, et al., 2016). Nesta linha, os resultados deste estudo alertam para existência de atitudes restritivas em relação à sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas, que são mais acentuadas em relação a pessoas idosas homossexuais. Assim, é necessário promover a mudança de atitudes para que as pessoas possam ter mais qualidade de vida e, inclusive, terem direito de expressar a sua sexualidade.

## 5.2. Comparação das reações dos profissionais em relação às relações sexuais heterossexuais e homossexuais (Questão A vs. Questão B)

Quando as duas questões (“o que considera que a maior parte dos seus colegas faria?” e “o que considera que se deveria fazer?”) das três vinhetas/situações são comparadas isoladamente, os resultados indicam que os profissionais têm consciência do que consideram que deveria ser feito, adotando mais atitudes de suporte (“Pedir desculpa aos utentes” e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”). No entanto, os participantes revelam que as mesmas não são realizadas pelos colegas e que estes têm atitudes mais restritivas e repressoras (“Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”). Ainda, estas atitudes intensificam-se, se se tratarem de relações homossexuais *gays* (“Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer”).

O mesmo pode ser constatado no estudo realizado por Villar e colaboradores (2013) em que 21.3% dos profissionais revelaram que se sentiriam incomodados com relações sexuais homossexuais e que as mesmas são desagradáveis e inaceitáveis. Alguns profissionais quando se deparam com situações de índole sexual, poderão sentir-se incomodados considerando que situações desta natureza dificultam a realização do seu trabalho (Brotman, et al., 2003; Bouman, et al., 2006; Hinrichs & Vacha-Haase, 2010). Além disso, indivíduos homossexuais *gays* são mais discriminados socialmente, através de atitudes homofóbicas, quando comparados com lésbicas, pois estas têm uma maior rede de suporte e são mais protegidas por movimentos feministas (Schope, 2005).

Outra possível explicação das atitudes mais tolerantes quando os profissionais se deparam com utentes heterossexuais ou lésbicas (“Pedir desculpa aos utentes” e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”), é o facto de, maioritariamente, os profissionais que trabalham nas ERPI’s serem mulheres. No estudo de Moskowitz (2010), constatou-se que as mulheres heterossexuais são mais tolerantes do que homens heterossexuais, que apresentam atitudes mais extremas em relação a pessoas homossexuais, principalmente, se se tratarem de *gays*. Igualmente, ao descrito, nos estudos de Ali e colaboradores e Ellis e colaboradores (2003) (2015), constataram mais atitudes negativas por parte de homens do que mulheres.

### 5.3. Frequência com que os profissionais referem confrontar-se com situações de relações sexuais entre idosos institucionalizados

Os resultados desta investigação, indicam que os profissionais se depararam mais com situações de relações sexuais heterossexuais do que com relações sexuais homossexuais ou uma situação de revelação sexual. Além de existirem mais pessoas com orientação sexual heterossexual, estes resultados, podem dever-se às limitações das ERPI's para a expressão da diversidade sexual (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007; Shuttleworth, et al., 2010). Assim, alguns estudos (e.g., Sharek, et al., 2014; Villar, et al., 2018; Willis, et al., 2016), sugerem que se criem centros residenciais *gay-friendly* ou residências específicas que sejam sensíveis e permitam a livre expressão das necessidades e interesses sexuais e tratamentos de saúde dignos.

No entanto, segundo Villar e colaboradores (2013), a criação de residências direcionadas a pessoas LGBT poderá ser em si mesma uma forma de segregação. As residências de longa permanência necessitam de ser mais inclusivas, sem discrepâncias entre heterossexuais e homossexuais ou outras minorias (Butler, 2004; Gardner, et al., 2014; Villar, et al., 2018). Os profissionais deveriam ter formação específica e intensiva para responderem adequadamente às necessidades de todos os residentes (Brotman, Ryan & Cormier, 2003; Butler, 2004; Johnson, Jackson, Arnette & Koffman, 2005; Shuttleworth, et al., 2010), pois segundo a literatura, os idosos LGBT confrontam-se com maiores riscos de incapacidade, pior saúde mental e diversos comportamentos de risco (i. e., elevados consumos de álcool e drogas, ideação suicida, entre outros) quando comparados com idosos heterossexuais (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Sharek, et al., 2014; Villar, et al., 2017). Seria, igualmente importante, os profissionais terem apoio e orientações específicas para lidarem com estas situações, podendo, se necessário, remeter ou recorrer à intervenção e apoio de um psicólogo.

Dado o exposto, estes resultados corroboram alguns factos encontrados na literatura. Brotman e colaboradores (2003), verificaram que os participantes, idosos *gays* e lésbicas, evitam ingressar em instituições de longa permanência por não se sentirem seguros. Além disso, esse medo poderá, também, estar conectado à antecipação de discriminação, marginalização e opressão e não verem os seus direitos reconhecidos (Willis, et al., 2016). Nesta linha, Pereira e colaboradores (2019), constataram que quase metade dos participantes (idosos LGB) do seu estudo já experienciaram discriminação nos serviços sociais e de saúde, segundo a orientação sexual e vivenciaram discriminação em lares.

Estes resultados podem, ainda, estimular a permanência ou ao retorno “ao armário”, por parte de idosos homossexuais, por medo de represálias e por negarem o seu verdadeiro *self* pelo qual tanto lutaram. Segundo a literatura (e.g., Pereira, et al., 2019; Willis, et al., 2016; Wilson,

Kortes-Miller & Stinchcombe, 2018), muitos idosos homossexuais defendem que “voltariam ao armário” ou não revelariam a sua orientação sexual se entrassem numa residência porque não acreditam que existam políticas que defendam os seus direitos. Alguns homossexuais não consideram sequer ingressar numa ERPI ou utilizar quaisquer serviços de saúde (Pereira, et al., 2019). No entanto, perante o estudo de Johnson e colaboradores (2005), quase a totalidade da amostra afirma que ERPI’s específicas ou *gay-friendly* seria um desenvolvimento positivo para idosos LGBT e, mais de noventa por cento, acredita que programas sensíveis à diversidade sexual permitiriam a existência de tolerância por parte dos profissionais e residentes.

#### **5.4. Reação dos profissionais em relação à revelação de uma orientação sexual homossexual**

No que se refere à revelação da orientação sexual por parte das pessoas idosas residentes em ERPI’s, os resultados indicam que profissionais tendem a prestar cuidados de forma igualitária (“Tratar o utente com normalidade, tal como os demais utentes”). Contudo, como nas restantes situações, os profissionais referem a necessidade de comunicar a situação à direção. Esta tendência foi, igualmente, constatada no estudo de Villar e colaboradores (2013, 2017), em que a opção mais selecionada é tratar o residente com normalidade.

Os resultados apoiam, igualmente, o estudo de Donaldson e Vacha-Haase (2016), nos Estados Unidos, que constatou que os profissionais deveriam lutar por políticas que defendam a igual prestação de cuidados, tanto em residentes heterossexuais como homossexuais. Além disso, os participantes mostraram surpresa ao saber que residentes homossexuais são mal tratados e discriminados em alguns lares, “I hope that’s not true!”, confessando que nunca assistiram aos mesmos. Em Wales, Willis e colaboradores (2006), num estudo com pessoas LGB, constataram que os participantes dão ênfase ao tratamento igualitário. Refutando o mencionado, no estudo de Johnson e colaboradores (2005), 60% dos inquiridos não acredita que tivesse de forma igualitária acesso a serviços sociais e de saúde.

As práticas e atitudes de suporte (“Dar apoio para que o utente possa expressar a sua orientação sexual”, “Conversar com eles para saber mais sobre a situação” e “Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto”) são empregues pelos profissionais do presente estudo, aquando da iniciativa de um utente revelar a sua orientação sexual. Este resultado foi, igualmente, observado, por exemplo, no estudo de Villar e colaboradores (2017) em que se averigua que as práticas de apoio são comuns entre profissionais.

As reações igualitárias adotadas pelos profissionais do presente estudo, podem estar associadas à abertura da sociedade perante a homossexualidade (Johnson, Jackson, Arnette & Koffman, 2005). Nesta linha, estes resultados poderão estar relacionados com o que referem Brotman,

Ryan & Cormier (2003) e Donaldson & Vacha-Haase (2016), relativo ao facto de os participantes reconhecerem que se sentiriam confortáveis a trabalhar com pessoas idosas homossexuais e, reconhecem que ao longo dos anos, a sociedade mudou a sua perspetiva em relação as estas problemáticas. Assim, as pessoas pertencentes a estas minorias, sentem-se, cada vez mais, confiantes a assumirem a sua identidade e, conseqüentemente, assiste-se ao crescimento da comunidade LGBT (Araújo & Carlos, 2018).

Globalmente, os resultados deste estudo alertam para a importância e frequência das relações sexuais e outras expressões de intimidade nas ERPI's (Frankowski & Clark, 2009; Lindau, et al., 2007). A diversidade de atitudes e reações dos profissionais perante a sexualidade de pessoas institucionalizadas é um dos motivos que justifica o quão fundamental é a formação para capacitar os profissionais de respostas coerentes, homogêneas e consistentes no tempo. A resposta deve ser eficaz e igualitária a todos os residentes, tendo em conta a sua idiosincrasia (Frankowski & Clark, 2009; Willis, et al., 2016).

## 6. Conclusões do Estudo

Esta investigação revela que os profissionais que trabalham nas ERPI's em Portugal, apresentam atitudes mais benevolentes e de aceitação perante relações sexuais heterossexuais do que relações sexuais homossexuais. Quando se trata de relações sexuais homossexuais, as atitudes dos profissionais são mais restritivas e extremas, constatando-se estes factos, também, em estudos desenvolvidos noutros países (e.g. Johnson, et al., 2005; Villar, et al., 2013). Assim, observa-se que as relações sexuais homossexuais são mais discriminadas, principalmente, se se tratar de casais *gays*.

A velhice, atualmente, tende a não ser vista de forma positiva e esta visão do processo do envelhecimento poderá reforçar as atitudes discriminatórias existentes nas ERPI's e na sociedade (Faller, et al., 2018; Guerra & Caldas, 2010). Neste sentido, a pessoa idosa necessita de preservar as suas relações familiares, de amizade e íntimas, tendo uma rede de relações saudáveis com outros residentes e profissionais.

A qualidade e existência deste tipo de interações combate o isolamento social, a solidão (Carvalho & Dias, 2011) e atitudes discriminatórias (Hillman, 2017). Neste sentido, os resultados deste estudo, enfatizam que atitudes discriminatórias podem prejudicar a qualidade das relações interpessoais e íntimas, comprometendo o bem-estar geral de utentes em ERPI's.

As atitudes e preconceitos podem, também, ser fomentados pelos residentes (Brotman, Ryan & Cormier, 2003; Villar, et al., 2017). Neste sentido, atitudes discriminatórias e opressivas, devem ser eliminadas, tornando as ERPI's mais seguras, promovendo a aceitação, desencorajando (Brotman, Ryan & Cormier, 2003) e prevenindo comportamentos e comentários homofóbicos por parte de residentes e profissionais (Bell, et al., 2010; Hayward, Robertson & Knight, 2012; Willis, et al., 2016). Torna-se, fundamental, considerar e respeitar a orientação sexual dos residentes (Bell, et al., 2010; Shuttleworth, et al., 2010). Bauer e colaboradores (2009), destacam que as residências devem ser lugares seguros que apoiem as necessidades sexuais dos residentes. Identicamente, Bouman e colaboradores (2006, 2007), constataram que as políticas de saúde do país não contêm informações sobre saúde sexual na velhice nem sobre a sexualidade em idosos residentes de lares.

Outro aspeto, indispensável, é a comunicação e as verbalizações inclusivas (Donaldson & Vacha-Haase, 2016; Sharek, et al., 2014), promovendo a confiança nas ERPI's e nos profissionais que trabalham nas mesmas (Brotman, Ryan & Cormier, 2003). As instituições devem possuir profissionais com consciência clínica que promovam mudanças sociais positivas (Ellis, Kitzinger & Wilkinson, 2002; Donaldson & Vacha-Haase, 2016) e que estejam preparados para receber

todo e qualquer residente (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Donaldson & Vacha-Haase, 2016), independentemente das suas particularidades. Os debates entre as ERPI's e as comunidades LGBT são essenciais para a redução de comportamentos prejudiciais às minorias (Brotman, et al., 2007; Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Ellis, Kitzinger & Wilkinson, 2002). Além disso, a contratação de profissionais LGBT, também, seria uma mais valia para a diminuição dos estigmas e preconceitos, facilitando a integração dos utentes (Brotman, et al., 2007; Sharek, et al., 2014).

As atitudes em relação aos idosos homossexuais estão relacionadas, entre outros factores, com uma cultura conservadora e católica que persiste na sociedade (Ali, Fleisher & Erickson, 2015; Pereira, et al., 2019; Villar, et al., 2013), falta de formação (Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017), constrangimento e desconforto vivenciado nestas situações (Bouman, Arcelus & Benbow, 2006) e, ainda, o facto dos profissionais assumirem que todos os residentes são heterossexuais (Donaldson & Vacha-Haase, 2016).

A deterioração física e cognitiva, frequente na velhice, e a maior incidência de comorbilidades, conduz, frequentemente, a um comprometimento da independência do idoso (Medeiros, 2012; Peres, 2008), levando à institucionalização (Carvalho & Dias, 2011; Oliveira & Rozendo, 2014). A necessidade de institucionalização tende a ser superior nas pessoas LGBT, por apresentarem uma saúde frágil, assim, as ERPI's devem proporcionar ambientes seguros e acolhedores (Shuttleworth, et al., 2010). É fundamental aumentar o conhecimento sobre as necessidades dos idosos LGBT (Mahieu, Van Elssen, & Gastmans, 2011; Taylor & Gosney, 2011; Watson, Bell, & Stelle, 2010) e melhorar a sensibilidade e políticas que permitam a expressão sexual (Bouman, Arcelus & Benbow, 2007; Sharek, et al., 2014; Shuttleworth, et al., 2010; Willis, et al., 2016). No entanto, no estudo de Donaldson e Vacha-Haase (2016), verificou-se que os participantes temem que a sensibilidade direccionada aos utentes LGBT possa ser observada pelos outros residentes como favoritismo ou tratamento especial. Estes receios podem contribuir para a fomentação da invisibilidade das pessoas LGBT (Donaldson & Vacha-Haase, 2016). Em contrapartida, observa-se uma mudança de paradigma e uma maior abertura perante a comunidade LGBT e outras minorias (Johnson, et al., 2005). Deste modo, os profissionais devem respeitar as diferenças individuais e reconhecer o valor da autonomia dos residentes perante as suas expressões sexuais (Villar, et al., 2017).

Nesta linha pensamento, podemos afirmar que a presente investigação, representa um contributo para o desenvolvimento do conhecimento acerca das atitudes dos profissionais que trabalhem em contextos institucionais. Este estudo permitiu, também, a obtenção de informações sobre as reações que os participantes consideram que os colegas teriam em comparação ao que consideram que se deveriam ter, quando confrontados com situações em que os utentes estão a ter relações sexuais heterossexuais e homossexuais. Este estudo, no geral, indica que a formação que a maioria dos profissionais inquiridos têm, não é

suficientemente específica em envelhecimento e/ou em envelhecimento de pessoas LGBT. Desta forma, sugere-se uma linha de intervenção *in loco* que promova formação nas ERPI's, para que possam refletir e construir práticas que respeitem os direitos dos residentes. Algumas possíveis técnicas de intervenção para o desenvolvimento de conhecimentos e atitudes mais tolerantes, sensíveis e inclusivas, poderão ser, por exemplo, a técnica de role play, partilha de conhecimento pela comunidade LGBT, envolver pessoas e profissionais LGBT na tomada de decisão nas situações relatadas, entre outras. Estas estratégias permitirão que os profissionais se coloquem hipoteticamente perante as situações relatadas (ou outras), treinando os comportamentos mais adequadas a adotar de forma a se prestarem cuidados igualitários e idiossincráticos.

Todavia, este estudo não está isento de importantes limitações, nomeadamente, o facto de se tratar de uma amostra por conveniência e, conseqüentemente, não permitir generalizar os resultados a todos os profissionais que trabalhem com idosos. Além disso, dentro das ERPI's, nem todos os profissionais responderam ao questionário ou responderam somente a uma parte dos mesmos. Dada a natureza das medidas usadas, questionários de auto-resposta, poderão originar resultados influenciados pela desabilidade social. Também, a escassa literatura dificultou o desenvolvimento deste trabalho, não permitindo obter dados mais concretos em relação às temáticas abordadas. Outra limitação a apontar, poderá estar relacionada com a forma de operacionalização e avaliação a partir da qual se inferiu a avaliação das atitudes. Ou seja, o trabalho centra-se na avaliação de atitudes, porém, o questionário solicita que o participante indique o comportamento que considera que os colegas teriam ou que se deveria ter, o que gera algumas questões do ponto de vista teórico, nomeadamente, a distinção e relação entre os conceitos: atitudes, comportamentos e reações.

Em futuras investigações sobre a temática, seria interessante comparar as atitudes dos profissionais tendo em consideração a sua orientação sexual, a forma como vivenciam a sua sexualidade e/ou o facto de terem pessoas significativas com orientação sexual homossexual. Este estudo apresenta as mais valias de um estudo quantitativo, porém, para uma mais aprofundada compreensão dos resultados, seria importante terem-se recolhidos alguns dados de natureza qualitativa para se perceberem quais as dificuldades e elementos facilitadores de atitudes adequadas em relação à vivência da sexualidade e da homossexualidade por parte de idosos homossexuais. Será, igualmente, pertinente avaliar, no futuro, as atitudes em relação a outras minorias sexuais no contexto da prestação de cuidados a pessoas idosas. Outro elemento a explorar, poderá ser a questão da religião nas atitudes dos profissionais. Segundo a literatura, homens e mulheres, ateístas e agnósticos apresentam menos atitudes conservadoras em relação à sexualidade quando comparados com outros grupos religiosos (e.g. Ahrold, Farmer, Trapnell & Meston, 2011).

Esta investigação foi delineada com base num estudo realizado em Espanha por Villar e colaboradores (2017) e, portanto, será pertinente, futuramente, realizar um estudo transcultural para uma melhor compreensão desta problemática nos dois países e para, fruto dessa reflexão, se construírem estratégias que promovam atitudes que permitam que as pessoas idosas homossexuais se sintam seguras e respeitadas nos seus direitos em contextos institucionais.

Neste sentido, a presente investigação permitiu, também, o desenvolvimento de conhecimentos sobre como as atitudes têm influência na forma como a pessoa encara a sexualidade e homossexualidade durante o processo de envelhecimento, num contexto específico. Este tipo de estudos, podem ser um contributo essencial para se delinearem intervenções e implementarem políticas mais inclusivas e sensíveis para os profissionais estarem completamente capacitados para lidarem com situações de natureza sexual. Deste modo, é fundamental, que o contributo deste estudo permita desenvolver formas que ajudem os profissionais a lidarem com estas situações para que as pessoas desfrutem do seu direito à sexualidade e intimidade em contextos residenciais.

Os profissionais das ERPI's necessitam tomar iniciativa, promover e defender políticas que protejam os residentes LGBT (Ali, Fleisher & Ericksom, 2015; Bell, et al., 2010; Brotman, Ryan & Cormier, 2003; Johnson, et al., 2005; Sharek, et al., 2014). As mesmas devem garantir a privacidade e intimidade inerentes à expressão da sexualidade de todos os residentes (Butler, 2004). Fornecer formação aos profissionais que trabalhem em ERPI's, deve ser uma prioridade imediata, garantindo uma cultura organizacional inclusiva e sensível, cuidados centrados na pessoa e direcionados às mais diversas formas de expressão sexual (e.g., Cannon, Shukla & Vanderbilt, 2017; Donaldson & Vacha-Haase, 2016; Hinrichs & Vacha-Haase, 2010; Johnson, et al., 2005; Villar, et al., 2017; Willis, et al., 2016).

Em suma, todo e qualquer profissional, deveria desenvolver fortemente capacidades emocionais de empatia, pois, com esta característica, chegasse a muito longe no que concerne ao respeito à humanidade e bondade com que devemos tratar o outro. Se maior parte, dos profissionais um dia, só um dia que fosse, vivessem o sofrimento das pessoas e idosos LGBT, dariam mais valor ao que é ser-se humano e um cidadão do mundo, porque não há melhores nem piores, à iguais. O problema é que, como diria, Taiane Mello, **“VEJO HUMANOS, MAS ONDE ESTÁ HUMANIDADE?”**.

FICA A QUESTÃO!

## Referências Bibliográficas

- Adams, J., Braun, V., & McCreanor, T. (2010). A critical analysis of gay men's health policy documents. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, 6(1), 42-59.
- American Psychological Association (APA). (2009). *Report of the APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
- Alencar, D., Marques, A., Leal, M., & Vieira, J. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3533-3542. doi: 10.1590/1413-81232014198.12092013
- Ali, N., Fleisher, W., & Erickson, J. (2015). Psychiatrists' and Psychiatry Residents' Attitudes Toward Transgender People. *Academic Psychiatry*, 1-6. doi: 10.1007/s40596-015-0308-y
- Almeida, T., & Lourenço, M. (2008). Amor e sexualidade na velhice direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(1), 130-140.
- Andrade, J., & Monteiro, M. (2014). *A sexualidade e Orientação sexual nas escolas*. O Portal dos Psicólogos: Psicologia, Universidade do Pará, Brasil, 1-11.
- Antunes, P. (2017). Homens homossexuais, envelhecimento e homofobia internalizada. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20(1), 311-335. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p311-335>
- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis*, 3(6), 59-62.
- Araújo, L., & Carlos, K. (2018). Sexualidade na Velhice: um estudo sobre o envelhecimento LGBT. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(1), 218-237.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In: P. Baltes & M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioural sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge: Cambridge University Press.

- Bastos, G., Garcia, D., & Sousa, L. (2017). A homofobia em discurso: direitos humanos em circulação. *Linguagem em (Dis)curso*, 17(1), 11-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-170101-0416>
- Bauer, M., Nay, R., & McAuliffe, L. (2009). Catering to Love, Sex and Intimacy in Residential Aged Care: What Information is Provided to Consumers? *Sexuality and Disability*, 27, 3-9. doi:10.1007/s11195-008-9106-8
- Bauer, M., Dip, E., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2015). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *John Wiley & Sons Limited*, 1-14. doi: 10.1111/hex.12418
- Baumgartner, T. (2007). *Aging and Sexual Minorities: Exploring the Health and Psychosocial Issues of Older Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Individuals*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Becker, H. (2008) *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Bell, S., Bern-Klug, L., Kramer, K., & Saunders, J. (2010). Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working with Lesbian, Gay, and Bisexual Residents. *Social Work in Health Care*, 49, 814-831. doi: 10.1080/00981389.2010.494561
- Benjamin D., & Ora, N. (2018). Suicide Risk for Sexual Minorities in Middle and Older Age: Evidence from the National Study of Drug Use and Health, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.023>
- Bretschneider, J., & McCoy, N. (1988). Sexual Interest and Behavior in Healthy 80- to 102-Year-Olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17(2), 109-129. doi: 0004-0002/88/0400-0109\$06.00/0
- Birman, J. (2015). Terceira idade, subjetivação e biopolítica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, 22(4), 1267-1282.
- Bouman, W., Arcelus, J., & Benbow, S. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationships Therapy*, 21(2), 149-161. doi: 10.1080/14681990600618879
- Bouman, W., Arcelus, J., & Benbow, S. (2007). Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and

nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45-61. doi: 10.1080/14681990600637630

Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. *The Gerontologist*, 43(2), 192-202.

Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., & Richard, B. (2007). Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490-503.

Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.

Butler, S. (2004). Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender (GLBT) Elders. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 9(4), 25-44, doi: 10.1300/J137v09n04\_02

Cannon, S., Shukla, V., & Vanderbilt, A. (2017). Addressing the healthcare needs of older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients in medical school curricula: a call to action. *Medical Education Online*, 22(1), 1-4. doi: 10.1080/10872981.2017.1320933

Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Casey, R., Dunn, G., Brendan, D., Beck, G., Stefan, O., Ville, L., Britta, S., Ayuso-Mateos, J., & Dowrick, C. (2006), *British Journal of Psychiatry*, 189, 410-415. doi: 10.1192/bjp.bp.105.017368

Chonody, J., Webb, S., Ranzijn, R., & Bryan, J. (2014). Working with Older Adults: Predictors of Attitudes Towards Ageing in Psychology and Social Work Students, Faculty, and Practitioners. *Australian Psychologist*, 49, 374-383.

Cochran, S., & Mays, V. (2009). Burden of Psychiatric Morbidity among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 647-658. doi: 10.1037/a0016501

Cruz, C., Fernandes, D., Pimenta, M., & Oliveira, L. (2013). Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 11(1), 30-39. doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.3039>

- Cunha, L., Ianiski, V., Pinheiro, J., & Goldim, J. (2018). O processo de envelhecimento de idosos homossexuais. *Revista da Sociedade Rio-Grandense de Bioética*, 6(1), 36-56. doi: 10.18308/2318.9983.2018.1.61
- Dawalibi, N., Anacleto, G., Witter, C., Goulart, R., & Aquino, R. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia de Campinas*, 30(3), 393-403.
- Deutsch, S. (1999). Atitude de trabalhadores quanto à prática da atividade física no tempo livre. *Motriz*, 5(2), 160-167.
- Donaldson, W., & Vacha-Haase, T. (2016). Exploring Staff Clinical Knowledge and Practice with LGBT Residents in Long-Term Care: A Grounded Theory of Cultural Competency and Training Needs. *Clinical Gerontologist*, 1-21. doi: 10.1080/07317115.2016.1182956
- Donizzetti, A. (2019). Ageism in an Aging Society: the role of knowledge, anxiety about aging and stereotypes in young people and adults. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 16(1329), 1-11. doi:10.3390/ijerph16081329
- Eagly, A., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25(5), 582-602.
- Ellis, S., Kitzinger, C., & Wilkinson, S. (2002). Attitudes Towards Lesbians and Gay Men and Support for Lesbian and Gay Human Rights Among Psychology Students. *Journal of Homosexuality*, 44(1), 121-138. doi: 10.1300/J082v44n01\_07
- Engel, G. (1977). The need for a New Medical Model: a challenge for biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.
- Erens, B., Mitchell, K., Gibson, L., Datta, J., Lewis, R., Field, N., & Wellings, K. (2019). Health status, sexual activity and satisfaction among older people in Britain: A mixed methods study. *Public Library of Science ONE* 14(3), 1-20. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213835>
- Fairchild, S., Gerard, E., & Ramirez, M. (1996). Social Workers' Perceptions of Staff Attitudes Toward Resident Sexuality in a Random Sample of New York State Nursing Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 26(1-2), 153-169, doi: 10.1300/J083V26N01\_10

- Faller, J., Teston, E., & Marcon, S. (2018). Estrutura conceptual do envelhecimento em diferentes etnias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.66144>
- Farmer, M., Trapnell, P., & Meston, C. (2011). The Relationship Among Sexual Attitudes, Sexual Fantasy, and Religiosity. *Archives of Sexuality and Behavior*, 40(3), 619-630. doi:10.1007/s10508-010-9621-4.
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20(1), 106-132. doi: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Feliciano, A., & Galinha, S. (2017). Percepções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas - estudo exploratório. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(3), 160-169.
- Fernandes, H., Oliveira, E., Ventura, R., Horta, A., & Daspett, C. (2017). Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 390-396. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700058>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, c., Casado, J., & Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: are they alternative types of formal care? *Frontiers in Psychology*, 10(1460), 1-4. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01460
- Fiedler, M., & Peres, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 409-415.
- Frankowski, A., & Clark, L. (2009). Sexuality and Intimacy in Assisted Living: Residents' Perspectives and Experiences. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of National Sexuality Resource Center*, 6(4), 25-37.
- Fredriksen-Golsen, K, Emler, C., Kim, H., Muraco, A., Erosheva, E., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. (2012). The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual (LGB) Older Adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675. doi: 10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Golsen, K., Kim, H., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. (2014). Successful Aging among LGBT Older Adults: Physical and Mental Health-Related Quality of Life by Age Group. *The Gerontologist*, 00(00), 1-15. doi: 10.1093/geront/gnu081

- Freire, S., Resende, M., & Rabelo, D. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspetivas em Psicologia*, 16(1), 190-211.
- Frugoli, A., & Júnior, C. (2011). A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. *Arquivos de Ciências da Saúde, Umuarama*, 15(1), 85-93.
- Gardner, A., de Vries, B., & Mockus, D. (2014). Aging out in the desert: Disclosure, acceptance, and service use among midlife and older lesbian and gay men in Riverside County. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 129-144.
- Gawronski, B. (2007). Editorial: Attitudes can be measured! But what is an attitude? *Social Cognition*, 25(5), 573-581. *Editorial Online da Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(40), 939-955.
- Gonçalves, J., Costa, P., & Leal, I. (2019). Minority Stress in Older Portuguese Gay and Bisexual Men and Its Impact on Sexual and Relationship Satisfaction. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00385-1>
- Gorjão, S., & Marques, S. (2012) Idadismo e participação social das pessoas idosas. *Rediteia*, 45, 129-138.
- Guerra, A., & Caldas, C. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940.
- Guimarães, A. (2009). O desafio histórico de “tornar-se um homem homossexual”: um exercício de construção de identidades. *Temas em Psicologia*, 17(2), 553-567.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, 22(2), 201-210.
- Hammerschmidt, K., Zagonel, I., & Lenardt, M. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362-367.
- Hayward, L., Robertson, N., & Knight, C. (2012). Inappropriate sexual behaviour and dementia: An exploration of staff experiences. *Dementia*, 12(4) 463-480. doi: 10.1177/1471301211434673

- Hendricks, M. & Testa, R.J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Research and Practice, 43*(5), 460-467.
- Henning, C. (2017). Gerontologia LGBT: Velhice, Gênero, Sexualidade e a Construção dos “Idosos LGBT”. *Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, 23*(47), 283-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100010>
- Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 37*, 13-26.
- Hinrichs, K., & Vacha-Haase, T. (2010). Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities. *Journal of Homosexuality, 57*(6), 776-789. doi: 10.1080/00918369.2010.485877
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira, 20*(2), 2-9.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). *Introduction to Research Methods in Psychology* (4<sup>a</sup> ed.). London: Pearson.
- Hoy-Ellis, C., & Fredriksen-Goldsen, K. (2016). Lesbian, gay e bisexual older adults: linking internal minority stressors, chronic health conditions and depression. *Aging & Mental Health, 1-10*. doi: 10.1080/13607863.2016.1168362
- Iversen, T., Larsen, L., & Solem, P. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology, 61*, 4-22.
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2012). Censos - Resultados definitivos: Portugal - 2011 (Censos No. XV Recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação) (pp 1-560). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)
- Jackson, S., Ruth, A., Grabovac, I., Smith, L., & Steptoe, A. (2019). Perceived discrimination, health and wellbeing among middle-aged and older lesbian, gay and bisexual people: A prospective study. *PLoS ONE, 14*(5), 1-15. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216497>

- Johnson, M. J., Jackson, N. C., Arnette, J. K., & Koffman, S. D. (2005). Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement care facilities. *Journal of Homosexuality*, 49, 83-102. doi:10.1300/J082v49n02\_05
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300-306. doi:10.4103/0019-5545.91902.
- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Wright, L., Blizard, R., & Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal Psychiatry*, 183, 552-558.
- Kimmel, D. C. (2015). Theories of aging applied to LGBT older adults and their families. In Orel, N., & Fruhauf, C. (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 73-90).
- Knechtel, M. (2014). *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada*. Curitiba: Intersaberes.
- Koehler, S. (2013). Homofobia, cultura e violências: a desinformação social. *Interacções*, 26, 129-151.
- Laroque, M., Affeldt, A., Cardoso, D., Souza, G., Santana, M., & Lange, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(4),774-80.
- Lebau, T., & Jellison's, W. (2009). Why Get Involved? Exploring Gay and Bisexual Men's Experience of the Gay Community. *Journal of Homosexuality*, 56(1), 56-76, doi: 10.1080/00918360802551522
- Lester, P., Kohen, I., Stefanacci, R., & Feuerman, M. (2016). Sex in Nursing Homes: A survey of Nursing Home Policies Governing Sexual Activity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(1), 71-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.013>
- Lichtenberg, P. (2014). Sexuality and Physical Intimacy in Long-term Care. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(1), 42-50. doi: 10.3109/07380577.2013.865858.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774. doi:10.1056/NEJMoa067423.

- Lyons, A., & Hosking, W. (2014). Health Disparities among Common Subcultural Identities of Young Gay Men: Physical, Mental, and Sexual Health. *Archives of Sexual Behavior* 43, 1621-1635.
- Maguen, S., & Shipherd, J. (2010). Suicide risk among transgender individuals. *Psychology & Sexuality*, 1(1), 34-43. doi: 10.1080/19419891003634430
- Mahieu, L., Casterlé, D., Acke, J., Vandermarliere, H., Van-Elssen, K., Fieuids, S., & Gastmans, C. (2016). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(6), 605-623. doi: 10.1177/0969733015580813
- Mahieu, L., Van-Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1140-1154.
- Mandú, E. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 665-75.
- Margaça, C., & Rodrigues, D. (2019). Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 150-157. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
- Marinho, M. (2017). Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 2(8), 60-78.
- Marques, S. (2011). Discriminação da Terceira Idade. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- McLaren, S. (2016). The relationship between living alone and depressive symptoms among older gay men: the moderating role of sense of belonging with gay friends. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1895-1901. doi: 10.1017/S104160216001241
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica*, 11(3), 439-453.
- Meneses, D., Júnior, F., Melo, H., Silva, J., Luz, V., & Figueiredo, M. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idoso sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem em Foco*, 4(1), 15-18.
- Menezes, L., Rossi, V., & Kude, V. (2005). Aspectos da sexualidade na terceira idade. *Arquivos médicos*, 1, 11-137.

- Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. doi:10.1037/sgd0000132
- Molina, L. (2011). A homossexualidade e a historiografia e trajetória do movimento homossexual. *Antíteses*, 4(8), 949-962. doi: 10.5433/1984-3356.2011v4n8p949
- Monteiro, A., 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. doi:10.5964/pch.v6i1.216
- Morris, S., McLaren, S., McLachlan, A., & Jenkins, M. (2015). Sense of Belonging to Specific Communities and Depressive Symptoms Among Australian Gay Men. *Journal of Homosexuality*, 62(6), 804-820. doi: 10.1080/00918369.2014.999491
- Moskowitz, D., Rieger, G., & Roloff, M. (2010). Heterosexual Attitudes Toward Same-Sex Marriage. *Journal of Homosexuality*, 57, 325-336. doi: 10.1080/00918360903489176
- Mota, M. (2012), A construção da homossexualidade no curso da vida a partir da lembrança de gays velhos. *Revista Bagoas*, 7, 199-222.
- Nações Unidas (UNFPA) & Help Age International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Nova York, Londres. Acedido a 24 março 2019.
- Nafaguchi, T., & Adorno, R. (2016). Suicídio, Gênero e Sexualidade na era digital. *Saúde e Transformação Social*, 7(3), 22-35.
- Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207-221.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Oh, D., Park, J., Lee, H., Kim, S., Choi, B., & Nam, J. (2015). Association between living arrangements and depressive symptoms among older women and men in South Korea. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-10. doi: 10.1007/s00127-014-0904-2

- Oliveira, F., & Vieira, K. (2018). Sexualidade na longevidade e sua significação em qualidade de vida. *Revista Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana*, 29(1), 103-109.
- Oliveira, I., & Rocha, N. (2016). Resiliência e busca de sentido de vida na velhice frente aos desafios do caminho da existência. *Revista Mosaico*, 7(1), 4-12.
- Oliveira, J., & Rozendo, C. (2014). Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 773-779.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Defining Sexual Health* (Report of a technical consultation on sexual health) (pp. 1-35). Geneva: World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). *Guia Global: cidade amiga do idoso*. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- Pereira, T., Barros, M., & Augusto, M. (2011). O cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*, 4(17), 523-536.
- Pereira, H., & Leal, I. (2002). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 1(20), 107-103.
- Pereira, H., & Costa, A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 1-13. doi: 10.1080/13511610.2016.1157683
- Pereira, H., Serrano, J., Vries, B., Esgalhado, G., Afonso, R., & Monteiro, S. (2017). Aging Perceptions in Older Gay and Bisexual Men in Portugal: a qualitative study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0), 1-28. doi: 10.1177/0091415017720889
- Pereira, H., Vries, B., Serzedelo, A., Serrano, J., Afonso, R., Esgalhado, G., & Monteiro, S. (2019). Growing Older Out of the Closet: A Descriptive Study of Older LGB Persons Living

in Lisbon, Portugal. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0) 1-18. doi: 10.1177/0091415019836107

Petri, M. (2018). Autonomia e Empoderamento dos Idosos. *Revista Portal de Divulgação*, 57(4), 63-68.

Pirkis, J., Pfaff, Williamson, M., Tyson, O., Stocks, N., Goldney, R., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N., & Almeida, O. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, 115, 54-61.

Quadros, M., & Patrocínio, W. (2015). O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(19), 77-97.

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora.

Santos, D. (2013). As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à Psicologia. *Revista Eletrônica Programa Pós-Graduação em Saúde*, 4(1), 1-25.

Santos, J., Araújo, L., & Negreiros, F. (2018). Atitudes e Estereótipos em relação a Velhice LGBT. *Interdisciplinar, São Cristóvão*, 29, 57-69.

Schope, R. (2005). Who's afraid of growing old?. *Journal of Gerontological Social Work*, 45, 23-39.

Sharek, D., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2014). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 230-240. doi:10.1111/opn.12078

Shippy, R., Cantor, M., & Brennan, M. (2004). Social Networks of Aging Gay Men. *The Journal of Men's Studies*, 13(1), 107-120.

Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. *Sexuality and Disability*, 28, 187-194. doi: 10.1007/s11195-010-9164-6

Silva, D., Lopes, E., & Junior, S. (2014). Pesquisa Quantitativa: Elementos, Paradigmas e Definições. *Revista de Gestão e Secretariado*, 5(1), 1-8.

- Silva, G. (2010). O método científico na Psicologia: abordagem qualitativa e quantitativa. *O Portal dos Psicólogos: Psicologia*, Universidade Federal do Amazonas, Brasil, 1-10.
- Silva, L. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 15(1), 155-168.
- Silva, L., & Barbosa, B. (2016). Sobrevivência no armário: dores do silêncio LGYB em uma sociedade de religiosidade heteronormativa. *Estudos de Religião*, 30(3), 129-154.
- Silva, O., & Menandro, M. (2019). “Como se produz um homossexual?”: a origem da homossexualidade na percepção de indivíduos que alegaram ter mudado de identidade sexual. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 12(1), 62-78.
- Stein, G., Beckerman, N., & Sherman, P. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 421-435. doi:10.1080/01634372.2010.496478
- Taylor, A., & Gosney, M. (2011). Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 40(5), 538-543.
- Teixeira, M., Rosa, R., Silva, S., & Bacaicoa, M. (2012). O Enfermeiro frente à sexualidade na terceira idade. *Revista da Universidade da Ibirapuera*, 3, 50-53.
- Tinney, J., Dow, B., Maude, P., Purchase, R., Whyte, C., & Barret, C. (2015). Mental health issues and discrimination among older LGBTI people. *International Psychogeriatrics*, 27(9), 1411-1416. doi: 10.1017/S1041610214002671
- Valente, R. (2008). *Mundos Sociais: Saberes e Práticas. “Sinto logo existo!...” - Estudo Sociológico sobre Sexualidade na Terceira Idade. VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa*, 72, 1-17.
- Vasconcelos, D., Novo, R., Castro, O., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M., & Colomby, P. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 413-419.
- Vendramim, C., Silva, M., & Dias, A. (2009). Avaliação de atitudes de estudantes de psicologia via modelo de crédito parcial da TRI. *Psicologia-Universidade de São Francisco*, 14(3), 287-298.

- Venturini, L., Beuter, M., Leite, M., Bruinsma, J., & Backes, C. (2018). The nursing team's performance towards the sexuality of institutionalized elderly women. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 52(03302), 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017017903302>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2013). As long as they keep away from me: attitudes toward non-heterosexual sexual orientation among residents living in Spanish residential aged care facilities. *The Gerontologist*, 1-10. doi: 10.1093/geront/gnt150
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *John Wiley & Sons Limited*, 2518-2527.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2017). Sexualidad en centros residenciales para personas mayores: actitudes de los profesionales y políticas institucionales. *Resumen de resultados. Informes acpgerontologia*, 5, 1-30. Disponível em: <http://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia03-guia-sexualidad-2017.pdf>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2018). Personas Mayores LGBT que Viven en Instituciones de Cuidado: Desafíos y Barreras para el Mantenimiento de Derechos Sexuales. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul*, 2(2), 7-18. doi: 10.17058/psiunisc.v2i2.12088
- Vries, B., & Megathlin, D. (2009). The Meaning of Friendship for Gay Men and Lesbians in the Second Half of Life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5(1-2), 82-98, DOI: 10.1080/15504280802595394
- Watson, W., Bell, J., & Stelle, C. (2010). Women narrate later life remarriage: Negotiating the cultural to create the personal. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 302-312.
- Wight, R., LeBlanc, A., Meyer, I., & Harig, F. (2015). Internalized gay ageism, mattering, and depressive symptoms among midlife and older gay-identified men. *Social Science & Medicine*, 147, 200-208.
- Wilkinson, J., & Ferraro, K. (2002). Thirty years of ageism research. In: Nelson, T. (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Adults* (pp. 339-358).
- Willis, P., Maegusuku-Hewett, T., Raithby, M., & Miles, P. (2016). Swimming upstream: The provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential

and nursing environments in Wales. *Ageing & Society*, 36(2), 282-306. doi: 10.1017/S0144686X14001147

Wilson, K., Kortess-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying Out of the Closet: LGBT Older Adults' Hopes and Fears in Considering End-of-Life. *Canadian Journal on Aging*, 1-10. doi:10.1017/S0714980817000514

Woolwine, D. (2000). Community in Gay Male Experience and Moral Discourse. *Journal of Homosexuality*, 38(4), 5-37, doi: 10.1300/J082v38n04\_02



# ANEXOS

---





Comissão de Ética  
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

## **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2018-080:ID1009**

Na sua reunião de 8 de janeiro 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Atitudes dos Profissionais de Estruturas Residenciais para Idosos face à Sexualidade na Velhice**", da proponente **Daniela Sofia Pereira Almeida**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-080.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 15 de janeiro de 2019

A Vice-Presidente da Comissão de Ética

Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos  
Professora Auxiliar