



Inter-Generational
Gender & Sexuality
Education

Manual AgeWise

*Capacitação de Educadores de Adultos e
Profissionais de Saúde sobre Género, Sexualidade
e Diversidade na Terceira Idade*



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Data de publicação: abril de 2026

Editado por: Societatea Română Alzheimer

Título do projeto: Never Gets Old – Intergenerational Gender and Sexuality Education

Número do projeto: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Sítio Web: www.nevergetsold.eu

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Este guia é partilhado ao abrigo de uma licença Creative Commons Atribuição – Não Comercial – Partilha Igual (CC BY-NC-SA).

Parceiros do Projeto



Verein Niedersächsischer
BILDUNGSINITIATIVEN e.V.
| Geschäftsstelle Göttingen |



SOCIETATEA ROMÂNĂ
ALZHEIMER



Proportional
Message



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Índice

Introdução ao Manual AgeWise	8
MÓDULO 1	11
<i>Envelhecimento da População e Abordagens Positivas ao Envelhecimento</i>	11
Visão Geral	12
Conceitos-Chave e Definições	13
Compreender o Tema	13
Orientações para Educadores e Profissionais	25
Resumo e Mensagens-Chave.....	26
Ferramentas Práticas	27
Referências	28
MÓDULO 2	30
<i>Idadismo e Preconceitos sobre as Pessoas da Terceira Idade</i>	30
Visão Geral	31
Conceitos-Chave e Definições	32
Compreender o Tema	33
Orientações para Educadores e Profissionais	42
Resumo e Mensagens-Chave.....	43
Ferramentas Práticas	44
Referências	46
MÓDULO 3	47
<i>Sexualidade, Género e Diversidade.....</i>	47
Visão Geral	48
Conceitos-Chave e Definições	49

Compreender o Tema	50
Orientações para Educadores e Profissionais	65
Resumo e Mensagens-Chave.....	66
Ferramentas e Recursos Práticos	66
Referências	67
MÓDULO 4	69
<i>A História das Normas Sociais de Género e Sexualidade na Europa</i>	<i>69</i>
Visão Geral	70
Compreender o Tema	72
Orientações para Educadores e Profissionais	79
Resumo e Mensagens-Chave.....	82
Ferramentas Práticas	82
Referências	85
MÓDULO 5	86
<i>A Sexualidade na Terceira Idade e os Indicadores de Saúde</i>	<i>86</i>
Visão Geral	87
Conceitos-Chave e Definições	88
Compreender o Tema	89
Orientações para Educadores e Profissionais	96
Resumo e Mensagens-Chave.....	100
Ferramentas Práticas	102
Referências	103
MÓDULO 6	105
<i>“Alterização” no Trabalho com Pessoas Mais Velhas e Idosas.....</i>	<i>105</i>
Visão Geral	106

Conceitos-Chave e Definições	108
Compreender o Tema	110
Orientações para Educadores e Profissionais	116
Resumo e Mensagens-Chave.....	123
Ferramentas Práticas	125
Referências	129
MÓDULO 7	131
<i>Metodologias Inclusivas para Abordar a Sexualidade, o Género e a Diversidade na Terceira Idade.....</i>	<i>131</i>
Visão Geral	132
Conceitos-Chave e Definições	133
Compreender o Tema	134
Orientações para Educadores e Profissionais	147
Resumo e Mensagens-Chave.....	148
Ferramentas Práticas	148
Referências	150
MÓDULO 8	151
<i>Demência e Sexualidade: Aspetos Fundamentais</i>	<i>151</i>
Visão Geral	152
Conceitos-Chave e Definições	152
Compreender o Tema	154
Orientações para Educadores e Profissionais	162
Orientações para Familiares e Cuidadores (Psicoeducação em Casa)	165
Resumo e Mensagens-Chave.....	167
Ferramentas Práticas	168
Referências	169
Ferramentas Práticas.....	170
Módulo 1.....	170

Plano de Aula.....	171
Exercício 1.....	175
Exercício 2.....	177
Exercício 3.....	186
Módulo 2.....	191
Plano de Aula.....	192
Exercício 1.....	196
Exercício 2.....	201
Exercício 3.....	204
Módulo 3.....	205
Plano de Aula.....	206
Exercício 1.....	210
Exercício 2.....	218
Exercício 3.....	240
Módulo 4.....	245
Plano de Aula.....	246
Exercício 1.....	248
Exercício 2.....	249
Exercício 3.....	251
Módulo 5.....	254
Plano de Aula.....	255
Exercício 1.....	258
Exercício 2.....	261
Exercício 3.....	265
Módulo 6.....	267
Plano de Aula.....	268
Exercício 1.....	270
Exercício 2.....	273

Exercício 3.....	276
Módulo 7.....	278
Plano de Aula.....	279
Exercício 1.....	282
Exercício 2.....	285
Exercício 3.....	288
Módulo 8.....	291
Plano de Aula.....	292
Exercício 1.....	294
Exercício 2.....	296
Exercício 3.....	301



Introdução ao Manual AgeWise

Sobre o Projeto «Never Gets Old»

«Never Gets Old – Inter-Generational Gender and Sexuality Education (Educação Intergeracional sobre Género e Sexualidade) é uma parceria de cooperação Erasmus+ de dois anos no domínio da educação de adultos, que reúne organizações da Alemanha, Roménia, França, Portugal e Chipre. O projeto responde a uma questão significativa, mas frequentemente ignorada, na educação de adultos, nos cuidados de saúde e na assistência social: a persistência do preconceito contra a idade, do estigma e da exclusão em torno da sexualidade, do género e da intimidade na terceira idade.

Em toda a Europa, os idosos continuam a ser vítimas de estereótipos que retratam o envelhecimento como incompatível com a sexualidade, a intimidade, a ligação emocional ou a diversidade de género. Estas suposições podem influenciar negativamente as práticas de cuidados de saúde, as abordagens educativas, os ambientes institucionais e a autoperceção dos próprios idosos. Muitos profissionais que trabalham com idosos referem formação limitada e incerteza ao abordar questões relacionadas com a sexualidade, a intimidade, as relações ou a comunidade LGBTQ+ na terceira idade. Ao mesmo tempo, os próprios idosos podem interiorizar o estigma relacionado com a idade, o que leva ao silêncio, à vergonha ou a um acesso reduzido a apoio e informação adequados.

O projeto «Never Gets Old» foi desenvolvido para colmatar estas lacunas, promovendo abordagens inclusivas, respeitosas e centradas na pessoa em relação à sexualidade e à diversidade de género na terceira idade. Através de atividades de investigação, diálogo intergeracional e desenvolvimento educativo, a parceria visa reforçar as competências profissionais, contribuindo simultaneamente para uma maior dignidade, visibilidade e bem-estar dos idosos em diversos contextos sociais e culturais.

O Manual AgeWise representa um dos principais resultados educativos do projeto.

Objetivo do Manual

O Manual AgeWise foi desenvolvido como um recurso prático e educativo, concebido para apoiar profissionais e organizações que trabalham com idosos na abordagem da sexualidade, intimidade, género e relações na terceira idade, de forma respeitosa, informada e inclusiva.

O manual combina conhecimentos teóricos, abordagens reflexivas e ferramentas educativas práticas. Tem como objetivo apoiar os profissionais em:

- Compreender a natureza multidimensional da sexualidade na terceira idade;
- Reconhecer o impacto da discriminação com base na idade, do estigma e das normas sociais;
- Abordar a sexualidade e a intimidade como componentes da saúde, do bem-estar e da dignidade humana;
- Desenvolver competências de comunicação centradas na pessoa;
- Criar ambientes educativos, de cuidados de saúde e comunitários mais seguros e inclusivos.

Em vez de abordar a sexualidade exclusivamente de uma perspetiva médica, o manual adota uma compreensão holística do bem-estar sexual que inclui as dimensões biológica, emocional, relacional, psicológica, social e cultural. É também dada especial atenção à diversidade nas experiências de



envelhecimento, incluindo as perspetivas LGBTQ+, a diversidade nas relações, a autonomia, o consentimento e as considerações éticas na terceira idade.

O manual procura não só aumentar o conhecimento, mas também apoiar a reflexão, o diálogo e a confiança profissional ao abordar temas que são frequentemente considerados sensíveis ou insuficientemente abordados nos contextos da educação e dos cuidados a adultos.

Estrutura do Manual

O Manual AgeWise está organizado em duas secções complementares:

- **Secção teórica** — fornece a base conceptual e informativa dos oito módulos do manual, abordando temas-chave relacionados com a sexualidade, o género, a intimidade e o envelhecimento.
- **Secção de Ferramentas Práticas** — inclui planos de aula, estudos de caso, atividades de dramatização, exercícios de reflexão e orientações de facilitação associadas a cada módulo.



Além disso, **as apresentações em PowerPoint** que acompanham cada módulo estão disponíveis no [site](#) do projeto e podem ser utilizadas para apoiar workshops, sessões de formação de pessoal e atividades educativas.

Destinatários

O Manual AgeWise foi desenvolvido principalmente para:

- Educadores e formadores de adultos;
- Profissionais de saúde;
- Psicólogos;
- Assistentes sociais e pessoal de cuidados;
- Organizações que trabalham com idosos;

- Educadores e facilitadores comunitários;
- Profissionais envolvidos em iniciativas de inclusão, diversidade e bem-estar.

Os materiais podem ser utilizados em diversos contextos, incluindo:

- Programas de educação de adultos;
- Desenvolvimento profissional e formação de pessoal;
- Instituições de saúde e de cuidados;
- Oficinas comunitárias;
- Atividades de aprendizagem intergeracional;
- Iniciativas de sensibilização e inclusão.

O manual foi deliberadamente concebido para se adaptar a diferentes percursos profissionais, contextos nacionais e níveis de experiência prévia com os temas abordados.

Como as Atividades do Projeto Contribuíram para o Manual

O conteúdo do Manual AgeWise foi desenvolvido através de atividades colaborativas realizadas durante o projeto Never Gets Old nos países parceiros. O manual reflete os conhecimentos adquiridos através de:

- Atividades de consulta e intercâmbio com idosos, formadores de adultos, profissionais de saúde e pessoal de cuidados;
- Atividades de diálogo intergeracional;
- Atividades-piloto e de recolha de feedback.

Neste sentido, o Manual AgeWise representa um recurso educativo europeu colaborativo, desenvolvido através do diálogo, da partilha de experiências e do envolvimento prático com profissionais e comunidades que trabalham com idosos.

MÓDULO 1

Envelhecimento da População e Abordagens Positivas ao Envelhecimento

Desenvolvido por:

Elisa Klein-Peters

Proportional Message



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Visão Geral

A Europa enfrenta atualmente uma profunda transformação demográfica, caracterizada por um aumento significativo da esperança de vida nas últimas décadas (Comissão Europeia, 2024). Esta evolução levou a uma proporção crescente de idosos na população, o que apresenta tanto desafios como oportunidades para repensar a forma como o envelhecimento é compreendido, vivido e apoiado (Rudnicka et al., 2020). Prevê-se que, até 2050, haja 43 pessoas com 65 anos ou mais por cada 100 pessoas em idade ativa na região (De Gobbi et al., 2025).

Este módulo apresenta as tendências demográficas na Europa e expõe alguns enquadramentos positivos, tais como *o envelhecimento saudável*, *o envelhecimento ativo* e *a qualidade de vida*. Desafia, assim, as narrativas discriminatórias em relação à idade que enquadram a velhice como um período de declínio inevitável, dependência ou assexualidade. Em vez disso, o módulo enfatiza o envelhecimento como uma fase dinâmica da vida, moldada pela identidade, pelas relações, pelo desejo e pela intimidade.

As conclusões dos grupos de discussão do projeto «Never Gets Old» (WP2) revelaram que a sexualidade e a identidade na velhice são frequentemente ignoradas ou descartadas como irrelevantes, tanto por profissionais como pelos próprios idosos. Os participantes destacaram a persistência de estereótipos prejudiciais, o silêncio em torno da intimidade e um desconforto profissional significativo ao abordar estes temas. O Módulo 1 responde a estas constatações, situando a identidade e a sexualidade como componentes integrais do bem-estar ao longo de toda a vida e como parte de modelos de envelhecimento positivo. Ao participar neste módulo, os profissionais irão adquirir uma compreensão mais matizada do envelhecimento demográfico, refletir sobre os seus próprios pressupostos implícitos, aprender sobre três diferentes quadros de envelhecimento positivo e, desta forma, reforçar a sua capacidade de apoiar os idosos de uma forma mais holística.

Resultados de Aprendizagem do Módulo 1

Resultados Pretendidos: O que é que os formandos irão saber ou ser capazes de fazer?	Evidência: Como saberemos se atingiram os objetivos?
Consciência estrutural: Explicar o impacto das mudanças demográficas na Europa.	Os formandos conseguem explicar o « <i>impacto demográfico</i> » em linguagem simples e as suas implicações para a sua carga de trabalho.
Integração do quadro conceptual: Distinguir entre os modelos de envelhecimento saudável, envelhecimento ativo e qualidade de vida.	Os formandos conseguem classificar corretamente um conjunto de cenários de cuidados no quadro teórico adequado.
Avaliação subjetiva: Utilizar ferramentas validadas (CASP-19/WHOQOL) para medir o bem-estar para além da saúde clínica.	Demonstração prática de uma entrevista sobre qualidade de vida utilizando os links dos questionários fornecidos.
Aplicação holística: Aplicar uma <i>perspetiva de género e cultura</i> para identificar as barreiras enfrentadas pelos idosos.	Análise de um estudo de caso em que os formandos identificam como o género e a cultura influenciam as atitudes e o comportamento dos idosos ou dos profissionais.
Ética profissional: Equilibrar a <i>dignidade do risco</i> (autonomia) com a <i>segurança institucional</i> (beneficência).	Revisão das «regras a seguir e a evitar» e debates em grupo sobre dilemas éticos e profissionais específicos (por exemplo, intimidade nos cuidados).



Conceitos-Chave e Definições

Idadismo: Refere-se aos estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) em relação aos outros ou a nós próprios com base na idade (OMS, 2025).

Rácio de dependência dos idosos: Um indicador demográfico que mede a relação entre os idosos dependentes, normalmente com 65 anos ou mais, e a população em idade ativa, geralmente entre os 15 e os 64 anos (Eurostat, 2024).

Envelhecimento saudável: O processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar na terceira idade (ser e fazer aquilo que as pessoas têm motivos para valorizar) (OMS, 2020).

Envelhecimento ativo: O processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

Qualidade de vida: A percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1998).

Perspetiva de género: Uma perspetiva que considera a forma como os estatutos sociais, os papéis tradicionais e as diferenças biológicas afetam o bem-estar e as oportunidades dos homens, das mulheres e dos indivíduos de género diverso (OMS, 2002).

Enquadramento holístico em gerontologia: Uma abordagem que encara o envelhecimento não apenas como uma série de sintomas médicos ou declínios biológicos, mas que reconhece a interligação entre vários aspetos da vida de uma pessoa, incluindo os seus estados mentais e emocionais, relações, contexto cultural e preferências pessoais (Hello Leaders, 2024).



Compreender o Tema

Envelhecimento: Dados Demográficos

De acordo com o relatório sobre o envelhecimento de 2024 da Comissão Europeia, prevê-se que a população da UE comece a diminuir nos próximos anos, enquanto o número de pessoas idosas aumenta, especialmente em relação ao número de pessoas em idade ativa. Isto significa que a dimensão dos grupos etários mais idosos continua a crescer continuamente, enquanto as faixas etárias mais jovens irão diminuir.

Esta transição demográfica para uma sociedade mais envelhecida não é apenas uma alteração estatística; representa uma mudança fundamental no tecido social e económico da Europa. À medida que a proporção de idosos aumenta e a população em idade ativa diminui, prevê-se que a procura por cuidados de alta qualidade, serviços de apoio inclusivos e intervenções de saúde especializadas cresça significativamente. Esta mudança exerce uma pressão crescente sobre recursos profissionais já limitados, tornando essencial que os sistemas de saúde e de assistência social se adaptem a uma população mais diversificada e envelhecida. Os dados apresentados abaixo fornecem evidências empíricas que sustentam esta tendência demográfica e destacam a dimensão do desafio e a urgência de formar profissionais capazes de prestar cuidados holísticos e respeitosos.

O rácio de dependência dos idosos é a relação entre a população idosa na UE e a população em idade ativa e dá uma ideia da mudança entre potenciais reformados e potenciais trabalhadores e, consequentemente, de como o envelhecimento da população altera o equilíbrio entre beneficiários e contribuintes. O rácio de dependência dos idosos na UE situava-se em 33,9 % a 1 de janeiro de 2024 (ver quadro abaixo), com pouco mais de 3 pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais. O rácio de dependência dos idosos nos países da UE variou entre mínimos de 21,7 % no Luxemburgo e 23,6 % na Irlanda — com quase 5 pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais — e máximos de 38,4 % em Itália, 38,2% na Bulgária e 38,2% em Portugal, onde havia menos de 3 pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais (Eurostat, 2024).

De acordo com os dados recolhidos, o rácio de dependência dos idosos aumentaria ainda mais para 59,0 em 2070, prevendo-se que a maior parte desse aumento ocorra já até 2045. Isto significa que a UE passaria de ter quase trinta pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos por cada dez pessoas com mais de 65 anos em 2022, para ter menos de vinte pessoas até 2045 (Comissão Europeia, 2024).

País	População 1 de janeiro de 2024	Rácio de dependência dos idosos*	Idade mediana em anos em 2024	Aumento do número de pessoas com 65 anos ou mais entre 2014 e 2024
Alemanha	83,4 milhões 19 % do total da UE	35,2	45,5	20,9 % a 22,4 %
França	68,4 milhões 15 % do total da UE	34,8	42,6	18,0% a 21,4%
Roménia	19,07 milhões	31,2	43,8	13,9% a 17,7%
Chipre	934 000 0,2 % do total da UE	26,5	40,6	16,5 % a 20,0 %
Portugal	10,64 milhões do total da UE	38,2	47,1	20,0% – 24,1%
Europa	449,31 milhões	33,9	44,7	18,7% a 21,6%

Fonte: Eurostat (2024) *O rácio de dependência etária é dado pelo número de jovens e idosos numa idade em que ambos os grupos são geralmente economicamente inativos (ou seja, com menos de 15 anos e com 65 anos ou mais), em comparação com o número de pessoas em idade ativa (ou seja, entre os 15 e os 64 anos).

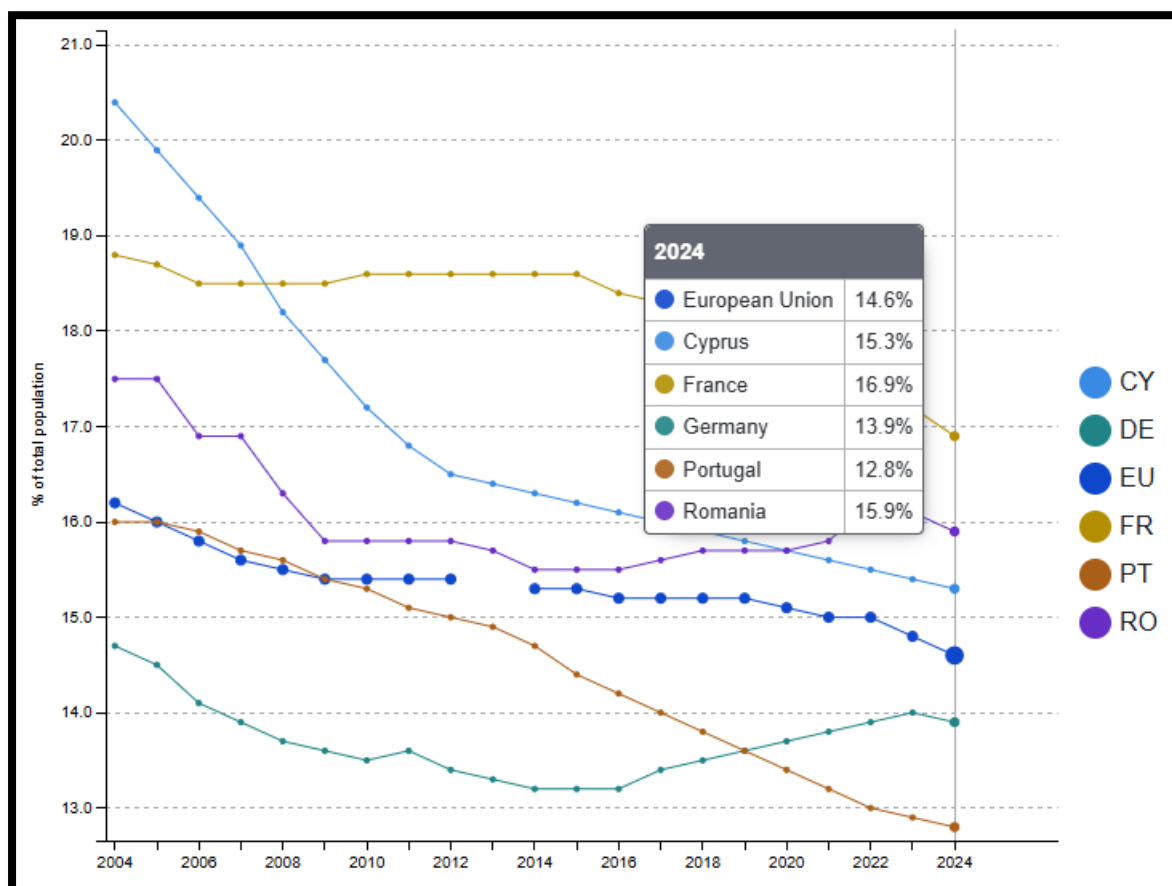


Figura 1 - População com menos de 15 anos em % da população total (Eurostat, 2024). Legenda: União Europeia (EU), Chipre (CY), França (FR), Alemanha (DE), Portugal (PT) e Roménia (RO).

No âmbito do consórcio Never Gets Old, os países parceiros representam um espectro diversificado da evolução demográfica europeia. Portugal, a par da Itália e da Grécia, regista atualmente um dos índices de dependência dos idosos mais elevados da UE (estimado em mais de 38 %), com a sua idade mediana a aumentar a um dos ritmos mais rápidos da região (Eurostat, 2024). Em contrapartida, a Alemanha tem vindo a registar recentemente uma ligeira estabilização ou diminuição da idade mediana, um fenómeno atribuído principalmente ao afluxo de uma força de trabalho migrante mais jovem. A França continua a manter uma das populações mais numerosas e resilientes; no entanto, não está imune à tendência de «envelhecimento» prevalecente em toda a Europa Ocidental, o que deslocou o foco das políticas nacionais para a sustentabilidade a longo prazo dos sistemas de assistência social.

Os parceiros do Leste e do Mediterrâneo enfrentam diferentes pressões estruturais: a Roménia registou uma das mais significativas diminuições populacionais relativas da UE (aproximadamente -11 % desde 2004), impulsionada em grande parte pela emigração da população em idade ativa, o que acelerou um processo de envelhecimento «desequilibrado». Em contrapartida, Chipre registou o maior crescimento populacional relativo do bloco (29 % desde 2004), mas, paradoxalmente, enfrenta uma proporção cada vez menor de crianças, o que indica que a sua saúde demográfica futura continua frágil.

Os dados fornecidos pelo Relatório sobre o Envelhecimento de 2024 sublinham uma transição de um período de *bónus* demográfico (em que um país tem uma população ativa numerosa e jovem) para um período de *lastro* demográfico. O lastro demográfico ocorre quando uma força de trabalho em

declínio e uma população idosa em crescimento abrandam o crescimento económico de um país. Isto acontece porque há menos trabalhadores a pagar impostos para suportar os custos crescentes de, por exemplo, pensões, cuidados de saúde e serviços sociais para os cidadãos mais idosos. Por outras palavras: já não podemos contar com um enorme grupo de jovens trabalhadores para impulsionar a economia; em vez disso, temos de encontrar novas formas de apoiar uma sociedade muito mais envelhecida. Para o projeto «Never Gets Old», estes números confirmam que os setores dos cuidados e dos serviços sociais irão enfrentar uma dupla pressão: uma oferta cada vez menor de profissionais de cuidados e uma procura crescente de apoio centrado na pessoa. O aumento previsto do rácio de dependência até 2045 sugere que a janela de oportunidade para implementar quadros de «Envelhecimento Positivo» está a estreitar-se. Consequentemente, ir além dos cuidados clínicos para abordar o bem-estar holístico, incluindo os aspetos frequentemente negligenciados da identidade e da intimidade, já não é apenas uma escolha ética, mas uma necessidade estrutural para garantir a sustentabilidade e a dignidade das sociedades europeias em envelhecimento.

Mitos versus Realidades na Sexualidade na Terceira Idade

As perceções sociais sobre o envelhecimento são frequentemente obscurecidas pelo *preconceito sexual em relação à idade*, um preconceito sistémico que menospreza ou patologiza a vida sexual dos idosos e reflete as expectativas sociais de que as pessoas mais velhas não têm, nem devem ter, relações sexuais. Embora as tendências demográficas mostrem um aumento da esperança de vida e uma população crescente de idosos, o discurso público e profissional fica frequentemente aquém desta realidade, continuando a refletir pressupostos discriminatórios em relação à idade sobre a velhice e a sexualidade (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Quando se pensa em estereótipos, um mito generalizado é que os idosos são inerentemente assexuados, «além» do desejo, ou que o interesse sexual desaparece naturalmente com a idade. No entanto, a realidade é que a sexualidade é uma fase dinâmica da vida que se prolonga ao longo de todo o ciclo de vida. Embora o funcionamento físico possa alterar-se, a investigação indica que muitos idosos encaram o sexo como uma componente vital da qualidade de vida, deslocando frequentemente o seu foco de atos puramente físicos para uma intimidade emocional mais profunda e uma ligação «completa» (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Outro mito comum apresenta a sexualidade na terceira idade como ridícula ou inadequada; no entanto, estudos demonstram que é a internalização desses mesmos estereótipos, e não a idade em si, que mais frequentemente dificulta a expressão sexual (Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Estes equívocos têm implicações profundas nos serviços e no bem-estar. Quando os profissionais atuam sob o mito da assexualidade, podem negligenciar as necessidades de saúde sexual, não garantir a privacidade em contextos de cuidados ou ignorar as preocupações específicas de grupos vulneráveis, tais como adultos LGBTQI+ que enfrentam uma «dupla invisibilidade» (Gewirtz-Meydan et al., 2018). Os quadros eficazes de envelhecimento devem, por isso, afastar-se de um modelo de declínio estritamente biomédico e adotar uma perspetiva holística e mais inclusiva. Isto inclui reconhecer que a sexualidade é um direito humano fundamental e um indicador de envelhecimento bem-sucedido. Ao desmontar estes mitos, os profissionais podem criar um ambiente de apoio onde os idosos se sintam capacitados para expressar a sua identidade e desejo com dignidade.

Para aprofundar as raízes dos estereótipos de discriminação com base na idade e dos preconceitos sociais que afetam a intimidade na terceira idade, encorajamo-lo a consultar o Módulo 2 do Manual AgeWise: [*Idadismo e Preconceitos sobre as Pessoas da Terceira Idade.*](#)

Enquadramentos do Envelhecimento Positivo

À medida que a população europeia e mundial passa por uma mudança demográfica significativa, o foco da gerontologia e da política social passou de um modelo baseado no défice, que encara o envelhecimento principalmente como um período de declínio ou doença inevitáveis, para quadros de envelhecimento positivo, que encaram o envelhecimento como um período contínuo de crescimento, desenvolvimento e potencial. Um quadro conceptual proporciona uma forma de compreensão e pode ser uma ferramenta para organizar programas ou serviços destinados a idosos. Por exemplo, se diferentes organizações de educação de adultos utilizarem todas o mesmo quadro para ajudar a refletir e a comunicar o seu trabalho, é possível identificar lacunas nos serviços e facilitar o acesso dos idosos aos serviços de que necessitam, onde e quando precisarem. Os quadros seguintes fornecem diferentes roteiros teóricos para apoiar os idosos, não apenas para que vivam mais tempo, mas para que prosperem.

Envelhecimento Saudável: Uma Abordagem Funcional

O envelhecimento saudável vai além da simples manutenção da nossa saúde física ao longo do tempo. Diz também respeito à nossa saúde mental e emocional; à nossa independência e qualidade de vida; e à nossa segurança habitacional e financeira. Tem a ver com a nossa capacidade de estabelecer ligações com as pessoas, de nos mantermos envolvidos nas nossas comunidades e de nos sentirmos participantes valorizados na sociedade. O envelhecimento saudável diz respeito à nossa capacidade de sermos resilientes face ao aumento da fragilidade, à diminuição da autonomia e às circunstâncias em mudança que constituem as realidades com que muitas pessoas se deparam à medida que envelhecem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar na terceira idade. Ao contrário dos modelos médicos mais antigos, que se centravam exclusivamente na ausência de doença, o envelhecimento saudável enfatiza a interação entre a capacidade intrínseca de um indivíduo (física e mental) e os ambientes em que este vive (OMS, 2020). Desvia o objetivo da *cura* para a *funcionalidade*. Mesmo as pessoas com doenças crónicas podem envelhecer de forma saudável se o seu ambiente (social, político e físico) apoiar a sua capacidade de fazer aquilo a que dão valor.

A capacidade funcional consiste em possuir as competências que permitem às pessoas serem e fazerem aquilo a que dão valor (Beard et al., 2016). É definida como a capacidade:

- de satisfazer as suas necessidades básicas,
- de aprender, crescer e tomar decisões,
- ter mobilidade,
- de construir e manter relações, e
- contribuir para a sociedade.

Uma revisão sistemática realizada por Abud et al. (2022), relativa a um quadro claro do envelhecimento saudável, identificou diferentes determinantes do envelhecimento saudável em diferentes dimensões:

- **Bem-estar físico:** atividade física, exercício, alimentação/nutrição saudável, escolhas proativas de estilo de vida, gestão da medicação, terapias alternativas para apoiar as funções do corpo;

- **Bem-estar mental/cognitivo:** autoconsciência, perspetiva/atitude positiva (mentalidade orientada para o futuro), sentido de propósito, aprendizagem ao longo da vida, passatempos, fé/religião e espiritualidade;
- **Bem-estar social:** apoio social e relações com a família, amigos e até mesmo profissionais de saúde, segurança financeira, envolvimento comunitário/voluntariado;
- **Independência** em todas as três dimensões.

A *independência* parece ser o fio condutor que liga os domínios físico, mental e social. Refere-se à capacidade de viver sem apoio constante, de se manter autossuficiente e de preservar a autonomia financeira. A perceção da independência é altamente individual; para quem sofre de doenças crónicas, pode centrar-se na capacidade física; para outros, define-se pela liberdade de fazer as suas próprias escolhas.

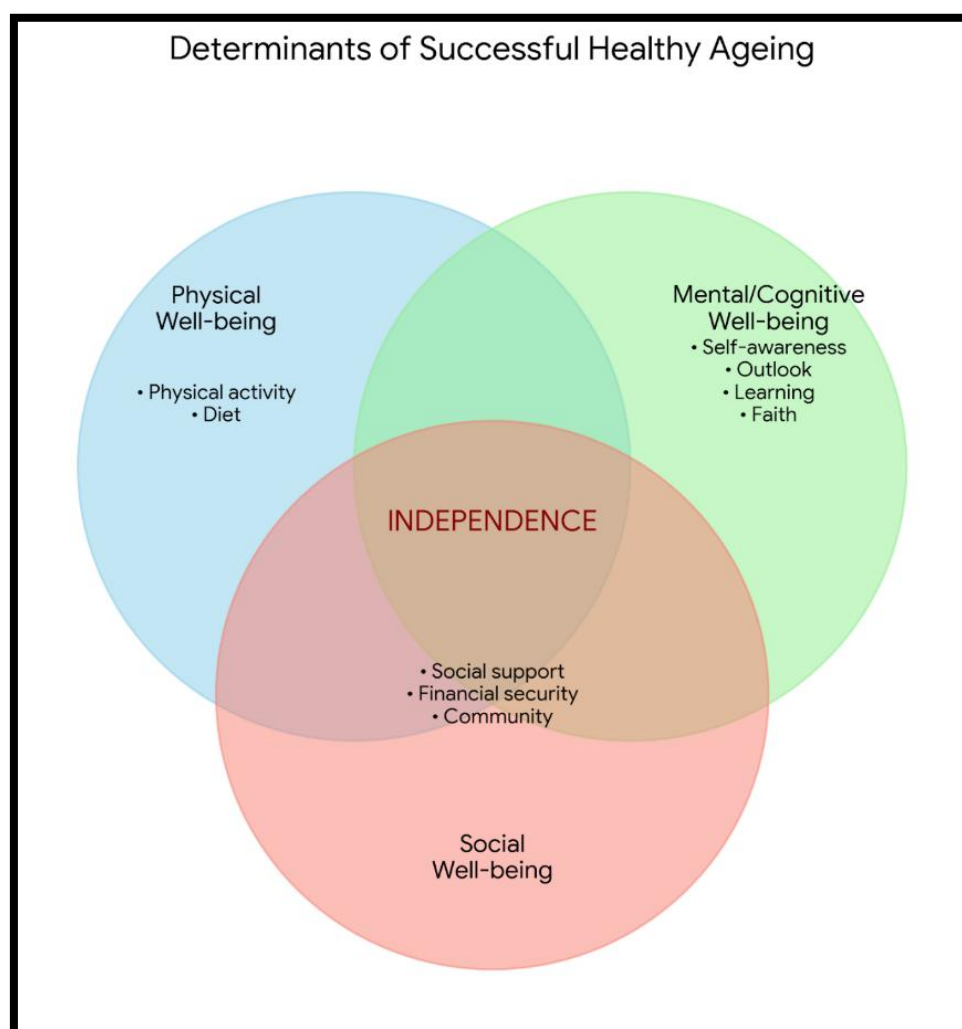


Figura 2 - Dados baseados em Abud et al., 2022.

Exemplos de Envelhecimento Saudável



**Infraestruturas
urbana
adaptada aos
idosos**

**Segurança
nutricional e
saúde
preventiva**

**Autogestão e
promoção de
saúde**

*Imagens criadas/obtidas através do Canva (2026)

- **Infraestruturas urbanas adaptadas aos idosos:** Numa cidade que dá prioridade a este quadro, um residente com mobilidade reduzida ainda consegue fazer as suas próprias compras de supermercado porque o município instalou sinalética, alargou os passeios e prolongou o tempo de funcionamento dos semáforos para peões. Ao eliminar as barreiras físicas, o ambiente compensa a diminuição da capacidade física intrínseca do indivíduo, permitindo-lhe manter-se mais independente.
- **Segurança nutricional e saúde preventiva:** Considere um idoso que participa num programa de agricultura apoiado pela comunidade que fornece produtos frescos e locais. Ao manter uma dieta rica em nutrientes, proteínas e vitaminas, reforça o seu sistema imunitário e a massa muscular (prevenindo a sarcopenia). Esta abordagem proativa à nutrição reduz o risco de quedas e hospitalizações, contribuindo diretamente para a estabilidade funcional a longo prazo.
- **Autogestão e promoção da saúde:** Um indivíduo que trabalha em colaboração com o seu médico de família para gerir uma condição como a hipertensão. Ao monitorizar a sua própria pressão arterial e compreender a sua medicação, demonstra elevada «autoconsciência» e autonomia, passando de paciente passivo a defensor ativo da sua saúde.

Envelhecimento Ativo: Otimizar oportunidades

O quadro do *Envelhecimento Ativo* foi adotado pela OMS no início da década de 2000 para transmitir uma mensagem mais inclusiva do que a do *Envelhecimento Saudável*. Durante a cimeira mundial sobre população, realizada em Madrid em abril de 2002, a OMS aprovou o envelhecimento ativo como o principal objetivo das políticas de saúde e sociais para os idosos (Paúl et al., 2012). A palavra «ativo» refere-se à participação contínua em assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos, e não apenas à capacidade de ser fisicamente ativo ou de participar na força de trabalho. Assenta em três pilares: Saúde, Participação e Segurança (OMS, 2002).

Espera-se que o perfil do envelhecimento ativo varie consoante os contextos e as culturas, podendo ser utilizado para orientar intervenções específicas, tanto a nível comunitário como individual, em ambientes locais. A investigação demonstra que existem variáveis subjetivas que contribuem para o envelhecimento ativo (Paúl et al., 2012). De acordo com a OMS, o quadro do envelhecimento ativo abrange seis grupos de determinantes, cada um dos quais propicia condições sociais e ambientais para o envelhecimento ativo:

1. **Serviços de saúde e sociais:** promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados de longa duração e serviços de saúde mental.
2. **Determinantes comportamentais:** cessação tabágica, atividade física, alimentação saudável, saúde oral, consumo de álcool e adesão à medicação.
3. **Determinantes pessoais:** Biologia, genética e fatores psicológicos.
4. **Ambiente físico:** Garantia de ambientes adaptados às pessoas idosas, habitação segura, prevenção de quedas e ausência de poluição (água potável, ar puro e alimentos seguros).
5. **Determinantes sociais:** Apoio social, prevenção da violência e dos abusos e promoção da educação e da alfabetização.
6. **Determinantes económicos:** Acompanhamento do rendimento, proteção social e segurança financeira.

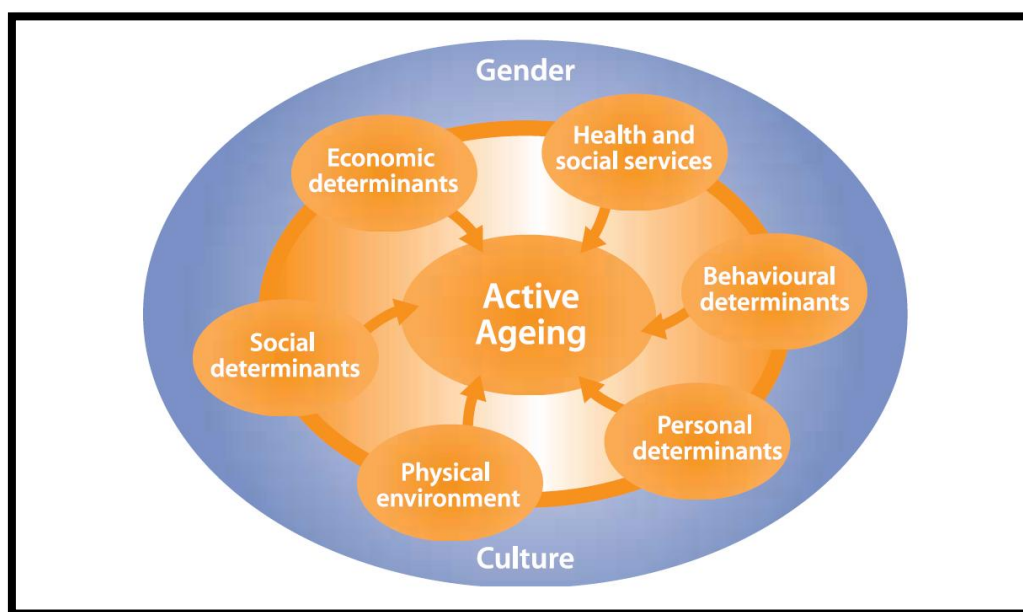


Figura 3 - Os determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2002)

A cultura e o género são classificados como determinantes transversais porque não existem isoladamente; pelo contrário, atuam como fatores fundamentais que moldam e influenciam todos os outros fatores do quadro do envelhecimento ativo.

A cultura funciona como o ambiente abrangente para os indivíduos, ditando as perspetivas sociais sobre o processo de envelhecimento, os comportamentos de promoção da saúde e os arranjos de vida, tais como a preferência por agregados familiares multigeracionais.

O género, por sua vez, funciona como uma lente crítica para a adequação das políticas, destacando como os estatutos sociais díspares e os papéis tradicionais conduzem a riscos únicos: as mulheres enfrentam frequentemente um aumento da pobreza devido aos cuidados não remunerados prestados ao longo da vida, enquanto os homens são estatisticamente mais suscetíveis a riscos profissionais e a comportamentos de assunção de riscos e es. Em conjunto, estes determinantes garantem que o

envelhecimento seja entendido não apenas como um processo biológico, mas como uma experiência social e pessoal complexa (OMS, 2002).

Alguns aspetos-chave do Envelhecimento Ativo são:

- **Autonomia:** a capacidade percebida de controlar, lidar com e tomar decisões pessoais sobre a forma como se vive no dia-a-dia;
- **Independência:** a capacidade de desempenhar funções relacionadas com a vida quotidiana — a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem e/ou com pouca ajuda de terceiros;
- **Qualidade de vida:** «a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações» (THE WHOQOL GROUP, 1998).
- **Esperança de vida saudável:** é frequentemente utilizada como sinónimo de «esperança de vida sem incapacidades».

Exemplos de Envelhecimento Ativo



**Mentoria
intergeracional**

**Participação
cívica ao longo
da vida**

**Universidade
Sénior**

*Imagens criadas/obtidas através do Canva (2026)

- **Mentoria intergeracional:** Um profissional mais velho, embora reformado do trabalho a tempo inteiro, participa num programa de «transferência de conhecimentos» numa empresa local. Ao orientar os colaboradores mais jovens, mantém-se «ativo» no sentido cívico e económico, garantindo que as suas competências continuam a ser valorizadas pela sociedade.
- **Participação cívica ao longo da vida:** Participação em reuniões do conselho local em prol dos direitos dos idosos. Isto garante que o pilar da «segurança» seja cumprido, permitindo que os idosos tenham uma palavra a dizer nas políticas que afetam as suas vidas e o ambiente em que vivem.
- **Universidade Sénior:** Matricular-se numa “Universidade Sénior” para aprender uma nova língua ou história. Isto representa o compromisso com a “aprendizagem ao longo da vida”, mantendo a mente ativa e expandindo os círculos sociais.

Qualidade de Vida: A Experiência Subjetiva

Embora os quadros de referência para o envelhecimento saudável e ativo se centrem frequentemente na capacidade funcional e na participação social, o quadro de referência da Qualidade de Vida centra-se na experiência subjetiva que o indivíduo tem da sua própria existência. A Organização Mundial de Saúde define a Qualidade de Vida como a percepção que um indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações (The WHOQOL Group, 1998). Este quadro é multidimensional, indo além dos indicadores médicos tradicionais para incorporar a saúde psicológica, as relações sociais e as crenças pessoais.

No contexto de uma população em envelhecimento, a Qualidade de Vida serve como um indicador vital de bem-estar que persiste mesmo quando a saúde física declina. A investigação sugere que, para os idosos, a Qualidade de Vida está intimamente ligada aos conceitos de autonomia (a capacidade de fazer as próprias escolhas) e de controlo sobre as rotinas diárias (Wiggins et al., 2004). Ao contrário de certos padrões de vida, que se centram no rendimento e nos bens materiais, a Qualidade de Vida mede o grau de satisfação de uma pessoa com as suas ligações sociais, o seu sentido de dignidade e a sua capacidade de procurar a autorrealização na velhice. Por conseguinte, para muitos idosos, a Qualidade de Vida está mais intimamente ligada à autonomia (a capacidade de tomar decisões) e à relação com os outros (ligação aos outros) do que à ausência de dor física.

Para os profissionais, o quadro da Qualidade de Vida exige uma mudança de perspetiva: passar de perguntar “Qual é o diagnóstico?” para perguntar “O que faz com que a vida valha a pena para esta pessoa?”. Ao dar prioridade aos valores pessoais de um indivíduo, incluindo a sua necessidade de intimidade, privacidade e identidade, os prestadores de cuidados podem apoiar uma fase de vida digna, definida pela pessoa que a vive, em vez de pelas suas limitações clínicas.

Exemplos de Qualidade de Vida

		
Manter o estilo pessoal e a identidade	Privacidade e intimidade	Autonomia nas pequenas decisões

*Imagens criadas/obtidas através do Canva (2026)

- **Manter o estilo pessoal e a identidade:** Um idoso numa residência assistida continua a vestir-se ao seu estilo preferido e a usar o seu perfume ou loção pós-barba favorito. Este sentido subjetivo de «autoexpressão» é uma componente fundamental da Qualidade de Vida psicológica.
- **Privacidade e intimidade:** Ter autonomia para passar tempo a sós com um parceiro ou amigo próximo, sem interrupções. Para muitos, a qualidade de vida define-se pela liberdade de manter relações íntimas.
- **Autonomia nas pequenas decisões:** A capacidade de escolher os próprios horários das refeições, o que ver na televisão ou quando dar um passeio. Na gerontologia, a perceção de «controlo» sobre a vida quotidiana é um dos indicadores mais fortes de uma elevada qualidade de vida.

Avaliação da Qualidade de Vida

Para medir a experiência subjetiva do envelhecimento, os investigadores e profissionais recorrem normalmente a ferramentas validadas e baseadas em evidências que captam a natureza multidimensional do bem-estar. Dois dos quadros mais reconhecidos a nível mundial para avaliar a qualidade de vida são o **WHOQOL-BREF** e o **CASP-19** (ver também as atividades do kit de ferramentas no anexo).

O WHOQOL-BREF, desenvolvido pela OMS, é um questionário de 26 itens e está disponível para download em mais de 40 idiomas aqui: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

O CASP-19 foi concebido para populações idosas, afastando-se dos indicadores relacionados com a saúde para se centrar no *bem-estar* na terceira idade. Está disponível em várias línguas para apoiar a investigação e a prática a nível internacional: <https://casp19.com/casp-translations/>

Para obter mais informações práticas e saber como utilizar estas ferramentas, consulte o [plano de aula](#) estruturado para o Módulo 1 e [o exercício 2](#).

A utilização destas ferramentas permite aos profissionais ir além das observações clínicas e obter uma compreensão direta e centrada na pessoa do bem-estar de um indivíduo ao longo da vida.

Situar a Sexualidade e a Identidade no Âmbito do Bem-Estar Holístico

Uma abordagem verdadeiramente holística a estes modelos deve reconhecer que a sexualidade e a identidade são parte integrante do bem-estar e não se esgotam a uma determinada idade cronológica. No âmbito dos modelos de Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida, a sexualidade não é meramente uma função biológica, mas sim uma expressão fundamental da identidade, das relações e da autonomia. As realidades da terceira idade envolvem a continuidade do desejo, a necessidade de contacto físico e a manutenção de um autoconceito sexual, fatores que contribuem significativamente para a resiliência psicológica.

Quando os profissionais ignoram a sexualidade ou a tratam como irrelevante, minam os pilares da autonomia e da autorrealização da Qualidade de Vida. O apoio holístico requer uma mudança de perspetiva: reconhecer que, para muitos, uma vida digna envolve a liberdade de expressar a sua identidade de género e orientação sexual, e de procurar intimidade e ligação ao longo de toda a vida. Integrar a sexualidade nos quadros de envelhecimento positivo garante que estamos a apoiar a pessoa na sua totalidade, em vez de uma versão clínica da «velhice».

Sinergias com os Grupos de Discussão «Never Gets Old»

Os quadros teóricos explorados no Módulo 1 fornecem ideias para interpretar as experiências vividas partilhadas pelos participantes nos nossos grupos de discussão nacionais. Ao longo das discussões, os quadros apresentados foram refletidos e os participantes definiram as suas necessidades diárias; muitas vezes foram além das preocupações com a saúde clínica para enfatizar a importância da autonomia e os sentimentos subjetivos de envelhecer.

“Ninguém quer envelhecer. Eu não quero. [...] Acho que ninguém gosta disso. Este é um processo muito interno, e é preciso saber como envelhecer. E saber como envelhecer não é fácil para toda a gente [...]” – Participante de Portugal.

A natureza do género e da cultura também se refletiu na dinâmica do grupo, uma vez que as expectativas culturais relativas aos cuidados familiares ou às normas de género moldam a forma como os indivíduos discutem as suas identidades.

“Acho que as pessoas ainda se retraem muito. Por exemplo, a minha avó ficou viúva ainda jovem. No entanto, era impensável para ela encontrar outra vida. Nunca na vida dela. Na sua cabeça, isso não fazia sentido [...]” – Participante de Portugal

“Como reformada lésbica, estou “de fora” duas vezes.” – Participante da Alemanha

Além disso, os fatores determinantes do Envelhecimento Ativo, nomeadamente o apoio social, revelaram-se barreiras ou facilitadores práticos nas suas vidas.

“Depois de o seu segundo marido ter falecido, ela organizou uma espécie de clube em sua casa... e socializa todos os dias.” – Participante da Roménia

“Acho que esta questão do trabalho transgeracional é espetacular, porque acho que tenho muito a aprender. Não é que eu não tenha sido jovem antes, mas fui jovem numa época diferente [...]” – Participante de Portugal

Ao situar estas reflexões dos grupos de discussão dentro destes quadros estabelecidos, podemos ver que a mudança demográfica não é apenas um desafio estatístico, mas também uma experiência pessoal em que a manutenção da independência e da sexualidade ao longo da vida continua a ser central para um modelo de cuidados centrado na pessoa.

Desafios Profissionais

A transposição dos quadros de envelhecimento positivo para a prática diária pode apresentar desafios para os profissionais de saúde e de serviços sociais. Muitas vezes, os profissionais encontram-se divididos entre o modelo biomédico, que dá prioridade à segurança e à gestão de riscos, e o quadro da Qualidade de Vida, que enfatiza a autonomia e o direito a assumir riscos dignos.

Por exemplo, apoiar a identidade sexual ou a necessidade de intimidade de um idoso num contexto residencial pode entrar em conflito com protocolos institucionais rígidos ou limites profissionais desatualizados. Além disso, é um desafio para os profissionais prestarem sempre cuidados centrados na pessoa no âmbito dos sistemas, ao mesmo tempo que se encontram cada vez mais pressionados pela escassez de pessoal e pelos recursos limitados. Colmatar esta lacuna requer uma mudança de

mentalidade profissional, passando de protetores dos idosos a facilitadores da sua autonomia e autoexpressão contínuas.

Para obter dicas sobre como apoiar melhor os idosos e adotar uma abordagem mais centrada na pessoa, consulte a secção seguinte: [Orientações para Educadores e Profissionais](#) ou consulte o [plano de aula](#) do Módulo 1 e [o exercício 3](#).

Grupos Vulneráveis e Interseccionalidade

Embora modelos como o Envelhecimento Ativo proporcionem um ideal universal, estes não são vividos de forma igual por todas as pessoas. É necessária uma abordagem interseccional para compreender como várias identidades, tais como etnia, deficiência, estatuto socioeconómico, orientação sexual e identidade de género, se sobrepõem para criar barreiras únicas ao bem-estar.

Por exemplo, os idosos LGBTQI+ podem enfrentar uma dupla invisibilidade, temendo que a sua identidade sexual não seja respeitada em ambientes de cuidados tradicionais, o que os leva a esconder partes significativas das suas vidas. Da mesma forma, os migrantes idosos podem enfrentar um desfazamento cultural, em que os serviços de saúde convencionais não têm em conta as suas tradições específicas no que diz respeito à família e aos cuidados.

O reconhecimento destas vulnerabilidades sobrepostas garante que o envelhecimento positivo não é um conceito «único para todos», mas sim um sistema de apoio flexível que protege os direitos e a dignidade de cada indivíduo, independentemente da sua origem.

Orientações para Educadores e Profissionais

A transição da teoria para a prática requer uma mudança na forma como interagimos com os idosos. As orientações que se seguem destinam-se a ajudar os profissionais a implementar modelos de envelhecimento positivo, mantendo simultaneamente os padrões éticos e a sensibilidade.

Recomendações de Comunicação

Valide, não infantilize: Evite a «linguagem para idosos» (utilizar tons agudos ou linguagem excessivamente simplificada). Trate os idosos como os pares autónomos que são.

Escuta ativa da identidade: Esteja atento a indícios relativos à identidade de uma pessoa, aos seus papéis no passado e aos seus desejos atuais. A sexualidade e a intimidade são frequentemente abordadas em «tons de cinzento», com sugestões subtis que exigem uma resposta sensível e sem julgamentos.

O que fazer e o que não fazer

O que fazer	Não
Utilize uma linguagem que coloque a pessoa em primeiro lugar e fale com o indivíduo como um igual, independentemente do seu estado físico ou cognitivo.	Não utilize a «linguagem infantilizada» (falar como se fosse com um bebé, tons agudos ou termos coletivos como «nós»), que diminui a dignidade da pessoa.

Incentive a tomada de decisões conjunta, permitindo que a pessoa conduza a conversa sobre os seus cuidados e rotinas diárias.	Não faça suposições sobre o que uma pessoa pode ou não fazer apenas com base na sua idade ou diagnóstico médico.
Proporcione espaços privados para a expressão da intimidade e da identidade de género (por exemplo, bata à porta e aguarde uma resposta antes de entrar no quarto).	Não patologize nem ignore a saúde ou identidade sexual de um idoso, nem a trate como algo inadequado ou como um sintoma.
Olhe para a «pessoa como um todo», tendo em conta o seu contexto cultural, as suas necessidades espirituais e a sua história de vida, a par da saúde clínica.	Não trate a pessoa como um «caso» ou uma lista de sintomas médicos; evite concentrar-se exclusivamente no declínio biológico.
Apoie a «dignidade do risco», permitindo que os indivíduos façam escolhas que aumentem a sua alegria, mesmo que acarretem riscos menores.	Não dê tanta prioridade à segurança institucional que isso resulte na «morte social» ou na restrição total do indivíduo.
Faça perguntas abertas: «O que significa para si “independência” hoje?»	Não presuma a assexualidade: nunca descarte como inadequado o pedido de privacidade de um residente ou a sua expressão de identidade de género.

Considerações éticas

A principal tensão ética nos cuidados a idosos é o equilíbrio entre a Beneficência (agir no melhor interesse da pessoa) e a Autonomia (respeitar o seu direito de escolha). Os profissionais devem adotar o princípio da *Dignidade do Risco* sempre que possível, reconhecendo que uma vida sem risco é uma vida sem liberdade. Garantir que um idoso possa expressar a sua sexualidade e identidade é uma questão fundamental de direitos humanos, não um luxo clínico.



Resumo e Mensagens-Chave

O Módulo 1 estabelece que o envelhecimento é um processo dinâmico e multidimensional, em vez de uma narrativa de declínio inevitável. A principal conclusão é que o Envelhecimento Positivo é alcançado através da sinergia entre o Envelhecimento Saudável (capacidade funcional), o Envelhecimento Ativo (participação e segurança) e a Qualidade de Vida (satisfação subjetiva). Vimos que, embora as mudanças demográficas em toda a Europa apresentem desafios económicos, o foco principal dos profissionais deve continuar a ser a independência e a autonomia do indivíduo.

As mensagens-chave incluem o reconhecimento da Cultura e do Género como perspetivas transversais que determinam a forma como os indivíduos vivem o envelhecimento e acedem aos cuidados. Além disso, devemos reconhecer que a identidade e a sexualidade perduram ao longo de toda a vida; são componentes vitais do bem-estar que exigem reconhecimento e apoio profissionais. Ao avançarmos para uma abordagem holística e centrada na pessoa, podemos garantir que a filosofia *Never Gets Old* se reflita em todas as interações, honrando a dignidade de cada idoso, independentemente da sua origem ou condição física.

Ferramentas Práticas

Plano de Aula do Módulo 1

O plano de aula é um guia estruturado que fornece instruções aos formadores ou profissionais sobre como implementar o Módulo 1 num contexto de grupo. Apresenta uma estrutura para uma sessão de formação com a duração de 2,5 horas, acompanhada de uma apresentação em PowerPoint, enumera os resultados de aprendizagem e inclui uma lista de verificação para a preparação, além de descrever três exercícios (ver abaixo).

- **Plano de aula do Módulo 1** — Mudanças demográficas e quadros de envelhecimento positivo, incluindo instruções para os exercícios.
- **Apresentação do Módulo 1** – Envelhecimento da População e Abordagens Positivas ao Envelhecimento.

Exercício 1 – World Café

Objetivo: Estabelecer uma ligação entre os dados da UE e a realidade regional e profissional específica dos formandos, utilizando a metodologia do World Café (ver instruções no plano de aula).

- **Nomes das estações do World Café**

Exercício 2 – Medição da Qualidade de Vida

Objetivo: Adquirir prática na utilização das ferramentas WHOQOL-BREF e CASP-19 através de cenários de dramatização (ver instruções no plano de aula).

- **Cartões de Personagens para a Simulação de Papéis** – para *Profissionais* e *Idosos*.
- **Questionário WHOQOL-BREF**.

Exercício 3 – Análise de Estudos de Caso e Elaboração de um Plano de Ação em 3 Passos

Objetivo: Aplicar *as perspetivas de género e cultura* e resolver dilemas éticos através do trabalho com estudos de caso e da criação de planos de ação em três etapas (ver instruções no plano de aula).

- **Cartões de Estudos de Caso**.
- **Ficha de trabalho do plano de ação em três etapas**.

Referências

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215-1223.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 387(10033), 2145-2154.
- De Gobbi, M. S., Kühn, S., Heins, G., & Malikova, Z. (2025). Demographic change in Europe and Central Asia: Addressing the issue of a shrinking and ageing labour force (No. 139). ILO Working Paper. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/324229/1/1929162480.pdf>
- European Commission. (2024). The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070) (Institutional Paper 279). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/049223>
- European Commission. (2021). Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/green_paper_ageing_2021_en.pdf
- Eurostat. (2024, September). Population structure and ageing. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Eurostat. (2025). Demography of Europe – 2025 edition. Interactive publication. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2025>
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). “Shades of grey”: Exploring public opinion about later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. and Ayalon, L. (2018) 'Ageism and Sexuality', in Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (eds.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>
- Hello Leaders. (2024, March 13). Holistic care: A comprehensive approach to well-being in the aged care sector. <https://helloleaders.com.au/article/holistic-care-a-comprehensive-approach-to-well-being-in-the-aged-care-sector>
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Ribeiro, M. G. (2025, June 26). Active ageing: European frameworks and progress. European Association for the Education of Adults. <https://eaea.org/2025/06/26/active-ageing-european-frameworks-and-progress/>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. doi:10.1017/S0033291798006667

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2004). The Casp-19 scale of quality of life in old age: its measurement properties, reliability and validity. *Ageing & Society*, 24(5), 693–706.

World Health Organization. (2025, April 28). Ageing: Ageism. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.

Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). A abordagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao envelhecimento saudável. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

O GRUPO WHOQOL. (1998). Desenvolvimento da Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-BREF da Organização Mundial da Saúde. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. doi:10.1017/S0033291798006667

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2004). A escala Casp-19 de qualidade de vida na terceira idade: as suas propriedades de medição, fiabilidade e validade. *Ageing & Society*, 24(5), 693–706.

Organização Mundial de Saúde. (28 de abril de 2025). Envelhecimento: Idadismo. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Organização Mundial da Saúde. (2020). Década do envelhecimento saudável: Relatório de referência. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Organização Mundial da Saúde. (2002). Envelhecimento ativo: Um quadro de políticas (N.º WHO/NMH/NPH/02.8). Organização Mundial da Saúde.

MÓDULO 2

Idadismo e Preconceitos sobre as Pessoas da Terceira Idade

Desenvolvido por:

Elisa Klein-Peters

Proportional Message



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Visão Geral

Este módulo analisa como os estereótipos, os preconceitos e a discriminação com base na idade criam barreiras sistémicas para os idosos. Vamos além do preconceito contra a idade em geral para nos debruçarmos especificamente sobre o *preconceito sexual contra a idade*, a suposição de que os idosos são assexuados e a consequente desconsideração das suas necessidades relacionais e relacionadas com a identidade.

No contexto da sexualidade e da diversidade, a discriminação com base na idade atua como um agente *silencioso*. Quando os profissionais têm preconceitos relacionados com a idade, ignoram a saúde sexual, a identidade de género e as necessidades íntimas dos idosos. Isto pode levar a uma menor qualidade de vida, a um maior isolamento social e a erros médicos, em que as questões de saúde sexual são diagnosticadas erroneamente como meras consequências do envelhecimento.

As conclusões dos grupos de discussão do Never Gets Old (WP2) destacaram uma lacuna significativa em termos de conhecimento e conforto. Embora os profissionais valorizem a ideia de cuidados holísticos, muitos referiram que discutir a sexualidade com os idosos parece inadequado e, muitas vezes, não constitui uma prioridade. Os dados do WP2 mostram que as práticas institucionais dão frequentemente prioridade à segurança e à higiene em detrimento da intimidade, «dessexualizando» efetivamente os idosos para se adequarem ao conforto da instituição.

Ao concluir este módulo, os profissionais irão desenvolver a *literacia em preconceitos*, ou seja, a capacidade de reconhecer fatores que desencadeiam a discriminação com base na idade, tanto em si próprios como nas suas instituições. Adquirirão o vocabulário necessário para defender os direitos sexuais dos idosos e as ferramentas para desmontar os mitos que impedem cuidados inclusivos.

Resultados de Aprendizagem do Módulo 2

Resultados Pretendidos: O que é que os formandos irão saber ou ser capazes de fazer?	Evidências: Como saberemos se atingiram os objetivos?
Identificar e definir os três níveis de discriminação com base na idade (institucional, interpessoal e interiorizada) e o seu impacto sistémico.	Os formandos associam com sucesso cenários do mundo real aos mitos corretos e identificam corretamente o nível específico de discriminação com base na idade envolvido em cada um (exercício 1).
Reconhecer a discrepância entre a aprovação profissional explícita dos direitos sexuais e os preconceitos ou desconforto pessoais implícitos.	Os formandos podem identificar os 5 principais temas de investigação identificados por Gewirtz-Meydan e Ayalon (2020) nas reações do pessoal e propor respostas alternativas inclusivas (exercício 2).
Compreender como o género, a cultura e o estado cognitivo se sobrepõem para criar barreiras únicas à intimidade.	Através das discussões sobre «Tons de Cinza», os formandos podem explicar por que razão um plano de cuidados « <i>tamanho único</i> » falha com os idosos LGBTQI+ ou com as mulheres que enfrentam padrões de beleza baseados no género.
Desafiar o <i>estereótipo da assexualidade</i> e a priorização da segurança em detrimento do direito dos adultos à privacidade.	Criação bem-sucedida de uma campanha contra a discriminação com base na idade que inclua linguagem respeitosa e um <i>apelo à ação</i> concreto (exercício 3).



Conceitos-Chave e Definições

Idadismo: Refere-se aos **estereótipos** (como pensamos), **preconceitos** (como nos sentimos) e **discriminação** (como agimos) em relação aos outros ou a nós próprios com base na idade (OMS, 2025).

Estereótipos: Estruturas cognitivas que armazenam os nossos pensamentos, crenças e expectativas sobre as características dos membros de grupos sociais. No caso do idadismo, os estereótipos de idade são utilizados para fazer inferências sobre pessoas de um determinado grupo etário e para orientar o comportamento em relação a elas (OMS, 2021).

Preconceito: Uma reação afetiva ou sentimento dirigido a um indivíduo que pertence a um grupo social específico. No caso da discriminação com base na idade, o preconceito é dirigido a indivíduos que se percebe pertencerem a uma faixa etária específica, independentemente de pertencerem efetivamente a esse grupo (OMS, 2021).

Discriminação: Quaisquer ações, práticas, leis ou políticas que sejam aplicadas a pessoas com base na sua pertença, percebida ou real, a um grupo socialmente relevante e que lhes imponham alguma forma de desvantagem direta ou indireta (discriminação negativa) ou de vantagem (discriminação positiva). No caso da discriminação com base na idade, estas ações, práticas e políticas são dirigidas a pessoas que se considera pertencerem a uma faixa etária específica (OMS, 2010).

Idadismo institucional: Leis, regras, normas, políticas e práticas das instituições — e as ideologias que são promovidas para as justificar — que restringem injustamente as oportunidades e colocam sistematicamente os indivíduos em desvantagem com base na sua idade (OMS, 2021).

Idadismo interpessoal: Idadismo que ocorre durante interações entre dois ou mais indivíduos. No idadismo interpessoal, distingue-se o autor da discriminação do alvo do idadismo (OMS, 2021).

Idadismo internalizado / Idadismo autodirigido: Idadismo voltado contra si próprio. As pessoas internalizam preconceitos baseados na idade provenientes da cultura que as rodeia após serem repetidamente expostas a eles, aplicando-os depois a si próprias (OMS, 2021).

Idadismo explícito: Idadismo praticado de forma consciente e intencional por uma pessoa. É frequentemente contrastada com a discriminação por idade implícita, que opera em grande parte fora da consciência (OMS, 2021).

Idadismo implícita: Idadismo praticado por uma pessoa sem consciência nem intenção (OMS, 2021).

Idadismo sexual: A crença específica de que as pessoas mais velhas são, ou deveriam ser, assexuais, de que o interesse sexual na velhice é anormal e de que não são capazes de ter relações sexuais ou desfrutar de uma vida sexual como faziam quando eram jovens (Surles, 2023).

Linguagem Infantilizada (“elderspeak”): Ajustes nos padrões de discurso que, por vezes, são feitos por pessoas mais jovens ao comunicarem com idosos, tais como falar mais devagar ou mais alto, encurtar frases ou utilizar um vocabulário limitado ou menos complexo. Estes padrões de discurso simplificados baseiam-se implicitamente no pressuposto de que os idosos apresentam deficiências cognitivas ou são incapazes de compreender a linguagem normal (OMS, 2021).

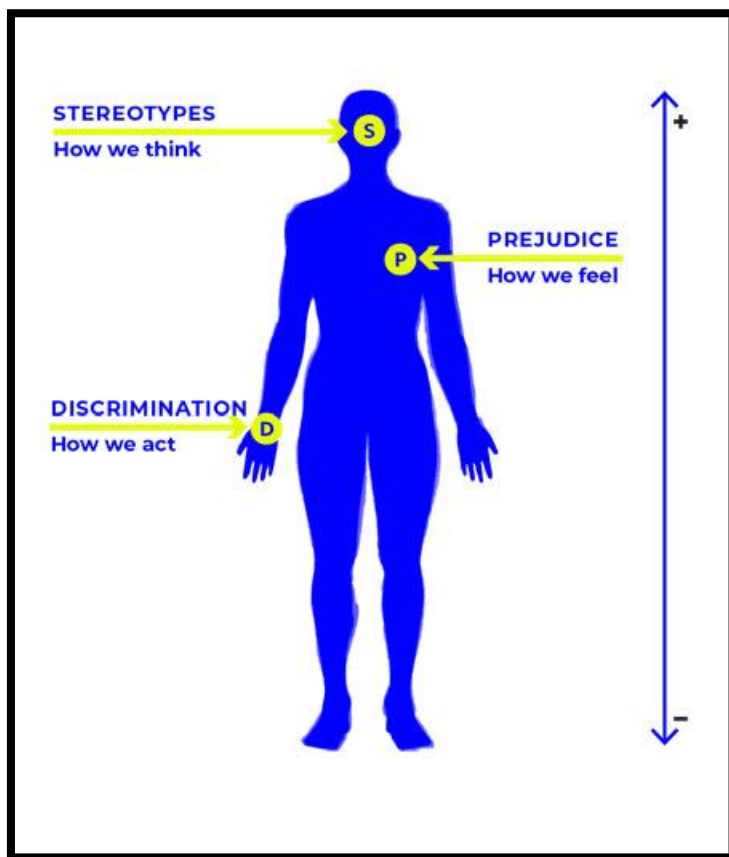


Figura4— As três dimensões do idadismo, incluindo estereótipos, preconceito e discriminação (OMS, 2021).

Compreender o Tema

Efeitos do Idadismo

Desde a pressão para pintar todos os cabelos grisalhos até aos produtos antienvelhecimento, a mensagem é clara: a juventude parece ser o padrão de valor e envelhecer é algo a evitar. Não importa que estes estereótipos criem um mundo que será menos acolhedor para todos quando lá chegarem.

A saúde sexual, as identidades e a intimidade são essenciais para a qualidade de vida dos idosos, mas existem muitas crenças e equívocos nas sociedades relativamente à sexualidade na terceira idade. O preconceito contra a idade é frequentemente descrito como o *último preconceito socialmente aceitável* (Abrams, 2023). Por outras palavras, embora a nossa sociedade tenha trabalhado arduamente para acabar com a discriminação com base em aspetos como a raça ou o género, o preconceito contra os idosos continua frequentemente a ser ignorado ou mesmo considerado «normal».

O idadismo refere-se aos estereótipos, à forma como pensamos, aos preconceitos, à forma como nos sentimos, e à discriminação, à forma como agimos, em relação aos outros ou a nós próprios, com base na idade (OMS, 2025). Enquanto o idadismo explícito é consciente e intencional, o idadismo implícito opera, em grande parte, fora da consciência e da intenção conscientes.

É importante reconhecer que o preconceito baseado na idade é um fenómeno universal que pode afetar os indivíduos em qualquer fase da vida. O preconceito etário ocorre sempre que estereótipos, preconceitos ou discriminação são dirigidos a pessoas com base na sua idade. Uma nota sobre o foco: Embora o preconceito em relação à idade afete todas as gerações, o Módulo 2 centra-se especificamente no preconceito em relação à idade dirigido aos idosos. Este alinhamento garante que a nossa formação apoia diretamente a missão do projeto «*Never Gets Old*», abordando as barreiras sistémicas e os tabus únicos que impedem os direitos sexuais e o bem-estar holístico da população idosa.

Sabe-se que a discriminação com base na idade afeta a vida das pessoas idosas em termos de saúde e bem-estar. Está associado a uma saúde física e mental mais precária (Lyons et al., 2018; Robb et al., 2002), conduz a uma pior qualidade de vida (Bodner & Cohen-Fridel, 2019) e a taxas mais elevadas de solidão e isolamento social (Donizzetti & Lagacé, 2022). Por conseguinte, representa um grande obstáculo ao envelhecimento saudável. De um modo geral, a investigação revelou que as experiências de discriminação com base na idade são mais frequentes entre as pessoas sem parceiro, os desempregados, as pessoas com rendimentos mais baixos e aquelas que autoavaliam a sua saúde como mais precária (Heywood et al., 2019).

Na parte seguinte, exploraremos diferentes perspetivas sobre o idadismo.

Três Níveis de Idadismo

Para compreender verdadeiramente o idadismo, temos de olhar para além dos comentários individuais. O idadismo é um fenómeno multifacetado que ocorre a diferentes níveis; está presente nas leis dos nossos países, nas interações nos nossos corredores e até nos pensamentos silenciosos nas nossas próprias mentes. O idadismo não é apenas um sentimento pessoal; está incorporado nos nossos sistemas e pode ser categorizado em três níveis distintos: institucional, interpessoal e internalizado.

1. Idadismo Institucional (O nível sistémico)

O idadismo institucional refere-se às leis, regras, normas sociais e práticas das organizações que limitam as oportunidades ou colocam os indivíduos em desvantagem com base na sua idade (OMS, 2021). Esta é frequentemente a forma mais invisível, porque está enraizada no próprio funcionamento da sociedade.

Um exemplo principal é o limite de idade para determinados exames no sistema de saúde. Em muitas regiões, os exames de rotina de saúde sexual ou de saúde reprodutiva são automaticamente interrompidos assim que um doente atinge os 65 anos, com base no pressuposto discriminatório de que já não é sexualmente ativo nem está em risco de contrair IST. Isto cria um ponto cego sistémico em que os adultos mais velhos recebem cuidados preventivos de menor qualidade do que os adultos mais jovens, simplesmente por causa de um número num gráfico.

No que diz respeito ao setor laboral, outro exemplo seria a discriminação com base na idade manifestada através de barreiras sistémicas, tais como práticas de contratação discriminatórias que favorecem candidatos mais jovens ou idades de reforma obrigatória que forcem profissionais qualificados a abandonar as suas funções, independentemente da sua competência real.

2. Idadismo Interpessoal (o nível social)

Este nível ocorre nas interações diárias entre as pessoas. Envolve os estereótipos e preconceitos que surgem quando uma pessoa interage com outra (OMS, 2021).

Nos cuidados profissionais, por exemplo, isto manifesta-se frequentemente como microagressões ou comportamentos desdenhosos. Por exemplo, quando os membros do pessoal fazem piadas sobre dois residentes que iniciam uma nova relação romântica, estão a praticar discriminação por idade interpessoal. Mesmo que a intenção seja uma brincadeira inofensiva, estes comentários transmitem ao idoso a ideia de que o seu desejo de intimidade é motivo de diversão, em vez de uma necessidade humana válida. Isto cria uma cultura de vergonha e desencoraja os residentes de procurarem as ligações sociais de que necessitam para o seu bem-estar.

Outro exemplo seria quando adotamos um tom excessivamente complacente ou um vocabulário simplificado com os idosos, uma prática conhecida como «linguagem infantilizada», o que os infantiliza, reforçando uma perceção social de incompetência que muitas vezes conduz a um tratamento desrespeitoso ou desdenhoso.

3. Idadismo internalizado (o nível pessoal)

O idadismo internalizado (também conhecido como idadismo autodirigido) ocorre quando os idosos tomam os estereótipos negativos que ouviram ao longo das suas vidas e os voltam contra si próprios. Assim, o idadismo autodirigido é dirigido contra si próprio e manifesta-se através da internalização de estereótipos e preconceitos externos (Kerssies et al., 2025). Os idosos começam a acreditar que os mitos sobre o envelhecimento são, de facto, verdadeiros no seu caso.

Por exemplo, considere uma mulher idosa que sente desconforto físico, como secura vaginal, ou que sente o desejo de ter um novo parceiro. Se ela tiver interiorizado a mensagem de que é «demasiado velha» para ser atraente, poderá nunca procurar tratamento médico nem tentar estabelecer uma relação. Este é talvez o nível mais prejudicial, pois conduz à *autoexclusão*. O indivíduo impede-se a si próprio de aceder à alegria ou à saúde porque sente que já não está qualificado para essas experiências devido à sua idade.

O idadismo autodirigido também afeta os jovens; por exemplo, pessoas na casa dos vinte anos podem interiorizar a crença de que lhes falta experiência de vida suficiente para uma função ou cargo profissional, levando-as a desqualificarem-se prematuramente de oportunidades de carreira.

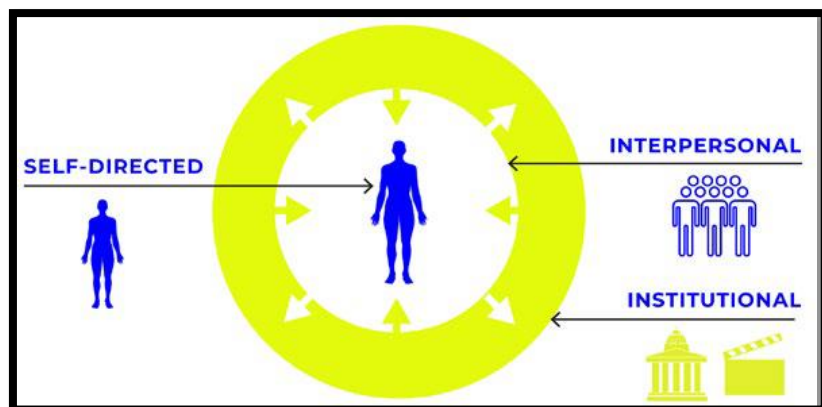


Figura5— Os três níveis de discriminação com base na idade (OMS, 2021).

Estes três níveis não existem isoladamente; alimentam-se uns aos outros. A falta de atenção **institucional** à saúde sexual reforça a ideia **interpessoal** de que os idosos não têm vida sexual, o que acaba por levar à crença **internalizada** de que nem sequer se deve pedir ajuda. Para quebrar este ciclo, é necessário que os profissionais intervenham nos três níveis simultaneamente.

Para saber mais sobre como identificar os níveis de discriminação com base na idade com a ajuda de 12 mini-estudos de caso e mitos relacionados com o envelhecimento, consulte [o Exercício 1](#), baseado em «*Desmistificar os Mitos do Envelhecimento*» (OMS, 2013).

Crenças Sociais Negativas e Tabus em torno da Sexualidade na Terceira Idade

Em muitas culturas, a interseção entre *a velhice* e *a sexualidade* gera um profundo desconforto social. Este desconforto tem origem em várias crenças sociais que os profissionais devem aprender a identificar e a questionar. O idadismo sexual é a crença de que as pessoas idosas são, ou devem ser, assexuais, e de que o interesse sexual na velhice é anormal. Ocorre quando as pessoas idosas são estereotipadas como sendo assexuais, incapazes de ter relações sexuais ou de desfrutar de uma vida sexual como faziam quando eram jovens (Surles, 2023).

A suposição da «assexualidade»

A crença mais generalizada é a de que o desejo sexual cessa naturalmente a partir de uma determinada idade. Este tabu sugere que, assim que um indivíduo ultrapassa a idade reprodutiva ou enfrenta um declínio da saúde física, torna-se assexual. Quando os idosos manifestam interesse sexual, a sociedade reage frequentemente com choque ou ridicularização (as imagens *do «velho pervertido»* ou *da «avó predadora»*), patologizando efetivamente o desejo humano normal. Este tabu impede os idosos de discutirem a saúde sexual com os médicos, por receio de serem julgados como inadequados.

A sacralidade do corpo delicado

Existe uma tendência social para ver o corpo envelhecido através de uma lente de fragilidade que é incompatível com o sexo. Muitas vezes vemos os idosos exclusivamente como avós ou doentes. Estes papéis são culturalmente *dessexualizados*. Em contextos institucionais, este tabu manifesta-se numa certa atitude: os profissionais podem sentir que estão a proteger a dignidade de um residente ao ignorar a sua identidade sexual, quando na realidade estão a privá-lo da sua autonomia.

O duplo padrão do envelhecimento e do género

Os tabus sociais em torno da sexualidade estão fortemente ligados ao género. Aos homens é frequentemente concedido um período sexual mais prolongado aos olhos do público, enquanto as mulheres enfrentam um *duplo padrão* em que o envelhecimento é equiparado a uma perda de valor sexual. Isto é reforçado por uma indústria antienvelhecimento multimilionária que rotula os sinais naturais de uma vida vivida — rugas, cabelos grisalhos, mudanças na forma do corpo — como *problemas a resolver*, consolidando ainda mais a crença de que apenas os corpos jovens são sexualmente válidos.

O silêncio do armário

Para os idosos LGBTQI+, estes tabus são redobrados. Muitos viveram épocas em que as suas identidades eram criminalizadas ou patologizadas. Foram criados tabus sociais que obrigam muitos adultos LGBTQIA+ mais velhos a voltar para o armário ao entrarem em lares de idosos. Este silêncio

não é uma falta de identidade; é um mecanismo de sobrevivência contra uma sociedade que se recusa a ver a diversidade na velhice.

Muitos idosos LGBTQIA+ que vivem com VIH sentem-se compelidos a «voltar para o armário» ao entrarem em lares de idosos. Esta auto-ocultação é frequentemente motivada pela falta de conhecimentos especializados entre o pessoal médico e os outros residentes no que diz respeito aos tratamentos modernos para o VIH e à sua transmissibilidade. O estigma social e o medo em torno da doença, resquícios do início da epidemia, agravam este isolamento. Após uma vida inteira a lidar com violência e discriminação sistémicas, muitas pessoas optam por ocultar a sua identidade mais uma vez para evitar mais preconceitos no ambiente desconhecido e, muitas vezes, heteronormativo de um lar de idosos.

Estes tabus criam um círculo de silêncio:

- O idoso mantém-se em silêncio para evitar ser visto como *repugnante* ou *difícil*.
- O profissional mantém-se em silêncio para evitar situações embaraçosas ou desrespeitosas.
- A família mantém-se em silêncio para preservar uma imagem específica dos seus pais.

Para quebrar estes tabus, os profissionais devem passar de um *modelo que privilegia a segurança* para um *modelo baseado nos direitos*. Reconhecer que a sexualidade não é uma fase da juventude, mas sim um direito ao longo da vida, é o primeiro passo para dismantelar as crenças sociais negativas que isolam os idosos.

Alguns Mitos e Realidades

Mito	Realidade
«As pessoas mais velhas não têm relações sexuais.»	Inquéritos nacionais revelam que uma percentagem significativa de adultos com mais de 70 anos continua sexualmente ativa e valoriza a intimidade. Ao mesmo tempo, a satisfação sexual aumenta frequentemente ou mantém-se estável com a idade. Embora os <i>aspetos físicos</i> possam mudar, a intimidade emocional e a confiança tendem a aprofundar-se.
«Os corpos mais velhos são pouco atraentes e não têm qualquer apelo sexual.»	A beleza é uma construção social. A atratividade na terceira idade está frequentemente ligada à vitalidade e à ligação, em vez de a uma pele «impecável».
«Se não conseguirem ter relações sexuais, a sua vida sexual acabou.»	Esta é a « <i>Hegemonia da Penetração</i> ». A sexualidade inclui o toque, os beijos, a masturbação e a proximidade emocional. Estes aspetos continuam a ser vitais, mesmo que surjam incapacidades físicas.
«O sexo é perigoso para o coração.»	A atividade sexual não é mais extenuante do que subir dois lances de escadas; para a maioria das pessoas, é um exercício seguro e saudável.
«A demência torna-nos assexuais.»	A necessidade de contacto físico e de ligação é uma das últimas coisas a desaparecer. A sexualidade continua a ser uma parte essencial da identidade, mesmo com o declínio cognitivo.

«As IST não são uma preocupação para pessoas com mais de 65 anos.»	Devido ao <i>mito da assexualidade</i> , os idosos são menos propensos a usar proteção ou a fazer exames. As taxas de IST na população idosa aumentaram significativamente porque os médicos não abordam o tema do sexo seguro com eles.
«Os idosos LGBTQI+ voltam para o armário.»	Embora muitos o façam por medo, trata-se de uma falha da cultura institucional, não de uma escolha individual.

Um estudo de Gewirtz-Meydan e Ayalon (2020) é um trabalho de investigação qualitativa marcante que vai além de simples perguntas de sim/não sobre o idadismo. Explora especificamente os *tons de cinza* — as formas complexas e muitas vezes contraditórias como o público encara a sexualidade na terceira idade.

A maioria dos estudos sobre o preconceito contra a idade utiliza escalas quantitativas (classificando a concordância de 1 a 5), que muitas vezes sofrem de um viés de desejabilidade, o que significa que as pessoas respondem o que consideram ser a resposta mais educada. Gewirtz-Meydan e Ayalon, em vez disso, utilizaram uma abordagem qualitativa aberta. Pediram a 135 participantes que descrevessem livremente como acreditam que *a sexualidade muda na velhice*, permitindo que surgissem opiniões mais honestas, complexas e, por vezes, cruas.

O estudo identificou cinco temas principais que ilustram o espectro da opinião pública, variando entre o negativo e o esperançoso e transformador. Os investigadores descobriram que, embora o preconceito etário explícito esteja a diminuir, o preconceito etário sexual continua profundamente enraizado na imaginação do público.

1. **A narrativa do declínio — «O mundo pertence aos jovens»:** Uma parte significativa dos inquiridos via a sexualidade na velhice exclusivamente através de uma perspetiva de perda e declínio. Eles partiam do princípio de que o desejo desaparece naturalmente e que os corpos mais velhos são menos atraentes ou menos capazes.
2. **O estereótipo assexual:** Alguns participantes tinham dificuldade até em imaginar os adultos mais velhos como seres sexuais. Descreveram o sexo na terceira idade como raro, inexistente ou aborrecido, associando-o frequentemente apenas a funções biológicas (como as hormonas) em vez de a uma ligação emocional.
3. **Da Quantidade à Qualidade:** Numa nota mais positiva, muitos inquiridos acreditavam que, embora a frequência do sexo pudesse diminuir, a profundidade emocional aumentava. Encaravam a sexualidade na terceira idade como mais completa, madura e significativa, em comparação com o sexo mais físico da juventude.
4. **A hegemonia da penetração:** O estudo revelou que o público ainda define o sexo de forma restrita como relação sexual com penetração. Como o envelhecimento pode trazer alterações físicas (como disfunção erétil ou secura vaginal) que dificultam a penetração, o público assume frequentemente que, se a penetração cessar, a vida sexual chega ao fim.
5. **Ambivalência e contradição:** O título «*Tons de Cinza*» refere-se ao facto de muitas pessoas terem opiniões contraditórias. Podem dizer que apoiam o direito dos idosos a ter relações sexuais (explicitamente), mas ainda assim consideram a ideia desagradável ou «estranha» quando confrontados com ela na realidade (implicitamente).

Para aprofundar os diferentes temas principais, consulte [o Exercício 2](#). Este exercício ajudará os profissionais a reconhecer as discrepâncias entre as suas crenças explícitas (conscientes/educadas) e as suas reações implícitas (inconscientes/instintivas).

Impacto do Preconceito nos Cuidados de Saúde, na Educação e em Contextos Institucionais

O idadismo não é apenas uma atitude; é uma força sistémica que molda a qualidade dos cuidados e da educação. Na área da saúde, o idadismo conduz frequentemente ao niilismo terapêutico, a crença de que tratar a condição de uma pessoa idosa é um desperdício de recursos porque «de qualquer forma, vão morrer em breve». Isto resulta no subdiagnóstico de condições tratáveis, tais como a depressão ou a disfunção sexual, que são descartadas como envelhecimento «normal».

Em contextos educativos e institucionais, os idosos são frequentemente excluídos dos programas curriculares modernos ou da formação tecnológica devido ao *mito do «idadismo digital»* — a suposição de que não conseguem ou não querem aprender novas competências. Isto cria um ciclo de exclusão: as instituições não disponibilizam as ferramentas necessárias para a participação, e a consequente falta de participação é utilizada como prova de que os idosos são incompetentes. Quando as instituições dão prioridade à segurança e à gestão em detrimento da autonomia e da identidade, privam efetivamente os idosos da sua condição de adultos, tratando-os como destinatários passivos de cuidados, em vez de participantes ativos na vida.

Sinergias com os Grupos de Discussão do «Never Gets Old»

As conclusões dos grupos de discussão «Never Gets Old» do WP2 funcionam como uma ponte entre a teoria e a realidade vivida pelos idosos. As vozes dos participantes dos países parceiros refletem os temas centrais do Módulo 2, nomeadamente a presença do preconceito sexual em relação à idade, o duplo padrão de género e a necessidade premente de privacidade institucional.

“Penso que a nossa cultura e sociedade precisam de investir mais neste tema; para mostrar às pessoas que isto não é mau. Não é um pecado. Que isto é algo natural.” – Participante de Portugal

Um tema recorrente nos grupos de discussão foi a perceção da sexualidade como pecaminosa quando associada à idade avançada. Esta citação corrobora a nossa discussão sobre as crenças sociais negativas e destaca que a discriminação com base na idade não é apenas uma falta de informação, mas um julgamento moral que enquadra as necessidades humanas naturais como tabu.

Os grupos de discussão também abordaram o *duplo padrão do envelhecimento*. Os participantes referiram que, para as mulheres, a transição biológica da menopausa é frequentemente tratada como uma data de validade social para a sua sexualidade.

“Especialmente após a menopausa, as pessoas pensam que a vida acabou, [...] até parece feio falar sobre isso.” – Participante de Portugal

Isto reforça a secção do módulo sobre «Perspetivas Interseccionais», mostrando como as mulheres têm de lutar tanto contra o idadismo como contra o sexismo para manter o seu direito a serem vistas como seres sexuais.

Os participantes na Alemanha destacaram como o preconceito contra a idade *internalizado* empurra a sexualidade para as sombras. Quando a cultura circundante considera o sexo na terceira idade algo feio, o indivíduo esconde a sua identidade. Quando as pessoas se sentem julgadas, isolam-se, o que pode levar ao isolamento social e à solidão discutidos anteriormente neste módulo.

“[...] muitas vezes refletido na nossa autoimagem e em relação à sexualidade, que tende a ser vivida de forma menos transparente [...] é muito mais escondida, ou seja, em segredo.” – Participante da Alemanha

Refletindo as conclusões do estudo «*Tons de Cinza*» (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020), os participantes descreveram uma realidade que contradiz a «*Narrativa do Declínio*». Isto confirma a realidade de que o envelhecimento pode melhorar a qualidade emocional do sexo, afastando-se do desempenho e aproximando-se da confiança e de «entrar em sintonia um com o outro».

“[...] pela minha própria experiência de sexualidade, é simplesmente muito mais descontraído, é muito mais calmo e, na verdade, também mais confiante.” – Participante da Alemanha

Por fim, os grupos de discussão forneceram evidências concretas para a secção «Orientações para Profissionais» no que diz respeito aos limites institucionais e à «*Dignidade do Risco*».

“Bater à porta num lar antes de entrar [...] E se uma pessoa estiver a masturbar-se... talvez seja melhor sair da sala silenciosamente e sem chamar a atenção.” – Participante da Alemanha

Esta citação constitui um argumento contra o preconceito etário *institucional*. Salienta que a atitude mais impactante que um profissional pode ter é simples: respeitar o residente como um adulto com direito à privacidade e a uma expressão sexual perfeitamente aceitável

Desafios Profissionais: Lidar com o Paradoxo do Protetor

Os profissionais de cuidados a idosos e de serviços sociais enfrentam frequentemente um conjunto único de obstáculos éticos e práticos quando confrontados com o preconceito sexual contra os idosos. O mais significativo é o *paradoxo do protetor*: um profissional pode sentir que, ao ignorar ou desencorajar a expressão sexual de um residente, está a protegê-lo de quedas, IST ou da desaprovação da família. Na realidade, esta proteção viola frequentemente o direito do indivíduo à autodeterminação.

Outros desafios comuns incluem:

- **O Conflito Familiar:** Lidar com filhos adultos que possam sentir-se desconfortáveis com o novo interesse romântico ou a transição de género dos pais.
- **A Falta de Confiança:** A sensação de não estar preparado para discutir saúde sexual ou identidades LGBTQI+, uma vez que estes temas nunca foram abordados na sua formação profissional.
- **As Expectativas Institucionais:** Horários rígidos para as refeições, higiene e medicação que não deixam espaço para momentos de privacidade ou para a realidade «desordenada» das relações humanas.

Grupos Vulneráveis e Interseccionalidade

Para compreender o impacto do idadismo, temos de reconhecer que *os idosos* não constituem um grupo monolítico. A interseccionalidade é o quadro conceptual que nos ajuda a perceber como diferentes formas de discriminação (como o racismo, a homofobia e o idadismo) se sobrepõem para criar experiências únicas de marginalização.

Idosos LGBTQI+: Muitos passaram décadas a sobreviver num mundo que patologizava as suas identidades. Quando entram em instituições de cuidados a idosos, enfrentam frequentemente uma dupla invisibilidade. São invisíveis enquanto seres sexuais por serem idosos e invisíveis enquanto seres queer por se encontrarem num ambiente que pressupõe que todos são heterossexuais.

Pessoas com demência: Este grupo é particularmente vulnerável à infantilização sexual. Os profissionais podem encarar qualquer expressão de intimidade como um sintoma comportamental a ser suprimido, em vez de uma necessidade humana de conexão. Cuidados éticos, neste contexto, exigem um equilíbrio delicado entre avaliar a capacidade sem recorrer automaticamente a uma proibição total do contacto físico.

Uma perspetiva mais interseccional revela também que a experiência do envelhecimento pode ser profundamente moldada pela posição social de cada um:

O Padrão de Beleza Feminina: As mulheres mais velhas enfrentam frequentemente um panorama social que equipara a feminilidade à juventude. Elas enfrentam um padrão mais severo de envelhecimento estético e podem interiorizar a crença de que já não são sexualmente válidas assim que deixam de corresponder aos ideais de beleza juvenil. Isto pode levar ao autossilenciamento e a uma hesitação em procurar tratamento para problemas de intimidade física.

Masculinidade e doença: Para muitos homens mais velhos, a identidade está tradicionalmente ligada à força, à autonomia e ao desempenho sexual. As doenças crónicas ou as alterações físicas (tais como a disfunção erétil ou problemas de próstata) podem ser vividas não apenas como problemas de saúde, mas como uma profunda perda de masculinidade. Isto pode levar ao isolamento, à depressão ou à recusa em discutir a saúde sexual devido a um sentimento de vergonha.

Classe social e economia: As pessoas com menos recursos financeiros (muitas vezes mulheres, devido à disparidade salarial entre géneros) têm menos acesso a espaços privados e a recursos de saúde sexual de alta qualidade, o que torna as suas vidas íntimas mais sujeitas à vigilância institucional.

Cultura: Em algumas culturas, falar sobre sexualidade é um tabu profundo, considerado um assunto estritamente privado ou que pertence ao seio da família, em vez de ser parte de uma questão de saúde individual. Para os profissionais, isto torna a intervenção uma tarefa delicada. Uma abordagem excessivamente direta pode ser percebida como intrusiva ou desrespeitosa, levando o idoso a fechar-se. Os profissionais devem agir com humildade cultural, reconhecendo que, embora os direitos sexuais sejam universais, a linguagem e os limites utilizados para os discutir devem ser adaptados à zona de conforto cultural do indivíduo. O objetivo é criar um espaço seguro onde a pessoa sinta que a sua privacidade é respeitada, ao mesmo tempo que os seus direitos são defendidos.

Para capacitar os formandos a criarem contra narrativas que desafiem os conteúdos mediáticos discriminatórios em relação à idade e promovam os direitos sexuais e a diversidade dos idosos, consulte [o Exercício 3](#).



Orientações para Educadores e Profissionais

O idadismo implícito é mais perigoso porque é inconsciente. É aquela sensação instintiva de constrangimento que se pode sentir ao ver um casal de idosos a beijar-se. Para combater isto, devemos praticar a literacia em preconceitos, o que significa questionar constantemente por que razão nos sentimos desconfortáveis nestes momentos.

A literacia em preconceitos é a capacidade de reconhecer gatilhos de idadismo em tempo real. Antes de agir, pergunte a si mesmo: «*Reagiria da mesma forma se esta pessoa tivesse 30 anos?*» Se a resposta for não, é provável que a sua reação seja moldada pelo preconceito etário.

O conflito familiar: Um dos desafios mais difíceis surge quando a família de um residente se opõe à sua vida amorosa.

- Lembre às famílias que o seu pai ou mãe continua a ser um adulto com direito à privacidade e à autodeterminação.
- Se uma filha disser: «*É embaraçoso que o pai ande a namorar aos 85 anos*», um profissional deve responder: «*Compreendemos que isto é uma mudança para a família, mas o bem-estar emocional do seu pai e o seu direito a estabelecer relações são a nossa prioridade aqui.*»

O que fazer e o que não fazer

O que fazer	O que não fazer
Use o nome preferido da pessoa, por exemplo, «João». «Sr.» e «Sra.» podem ser problemáticos para algumas pessoas transgénero, uma vez que podem presumir o género de uma pessoa com base apenas na aparência.	Não use linguagem condescendente ou termos diminutivos (por exemplo, «queridinho», «querida», «jovem»).
Mantenha sempre a neutralidade profissional. Registe uma nova relação como uma « <i>ligação social positiva</i> ».	Não reaja com espanto, repulsa ou risos nervosos se testemunhar um casal mais velho a demonstrar afeto físico.
Utilize perguntas abertas: « <i>Quem são as pessoas importantes na sua vida neste momento?</i> »	Nunca presuma que alguém é heterossexual ou que já não tem necessidades sexuais.
Se um residente vier de uma cultura em que a sexualidade é um tabu profundo, concentre-se no conforto e na privacidade.	Se um residente vier de uma cultura em que a sexualidade é um tabu profundo, não force uma conversa clínica ao estilo ocidental.
Normalize a conversa e inclua perguntas sobre saúde sexual nas avaliações de rotina. Se o profissional tratar o assunto como normal, o residente sentir-se-á seguro.	Não ignore perguntas sobre saúde sexual ou ISTs só porque o paciente é «demasiado velho» para que isso seja relevante.
Utilize linguagem neutra em termos de género: « <i>Tinha um parceiro ou alguém importante na sua vida?</i> »	Não presuma que um residente viúvo é heterossexual. Evite perguntar « <i>Como se chamava o seu marido?</i> »

Distinga entre comportamento inadequado e uma necessidade não satisfeita de conexão. Procure formas de proporcionar contacto físico seguro e consensual ou conforto sensorial.

Não presuma que uma pessoa com demência tenha perdido a necessidade de contacto físico.

Como Evitar Estereótipos:

Desafie o rótulo de «avô/avó»: Embora alguém possa ser avô ou avó, essa não é a sua única identidade. Trate-o como um indivíduo com uma história, um género e uma identidade sexual.

Analise as suas piadas: Se ouvir um colega a fazer uma piada sobre a nova namorada do avô, intervenha com delicadeza: «*Na verdade, é ótimo vê-lo tão feliz; a ligação é importante em qualquer idade.*»

A frase que dá permissão: Ao realizar exames de saúde, diga: «*Muitas pessoas sentem que as suas necessidades sexuais mudam à medida que envelhecem. Há alguma coisa nessa área sobre a qual gostaria de falar?*» Isto reduz a barreira para que o idoso se expresse.

O seu papel não é ser um guardião da moral, mas sim um facilitador da dignidade. Ao controlar os seus preconceitos, respeitar a privacidade e utilizar uma linguagem adulta, cria um ambiente onde os idosos se sentem suficientemente seguros para serem eles próprios.



Resumo e Mensagens-Chave

O Módulo 2 explorou a natureza generalizada do idadismo, identificando-o como uma barreira multidimensional que dessexualiza sistematicamente os idosos. Fomos além do simples preconceito para examinar os três níveis estruturais do idadismo: *institucional* (políticas que excluem), *interpessoal* (interações diárias e «linguagem dirigida aos idosos») e *internalizado* (as crenças prejudiciais que os idosos direcionam para si próprios).

Ao analisar os «*tons de cinza*» na opinião pública e o «*idadismo sexual*» específico, que pressupõe que a velhice é um período de assexualidade, este módulo destacou como os mitos relativos à atratividade e à capacidade conduzem a piores resultados de saúde e ao isolamento social. Por fim, aplicámos uma perspetiva interseccional, reconhecendo que a experiência do preconceito relacionado com a idade é agravada pelo género, pela cultura e pelas identidades LGBTQI+, exigindo que os profissionais ultrapassem uma abordagem única para todos no que diz respeito aos idosos.

Mensagens-Chave para Profissionais

- **O idadismo é um risco clínico e social:** O idadismo não é apenas cruel, pode levar a erros médicos, diagnósticos errados e à violação dos direitos humanos. Reconhecer o preconceito é uma competência profissional fundamental.
- **O mito da assexualidade é uma escolha, não um facto:** A investigação demonstra consistentemente que a intimidade e o interesse sexual continuam a ser componentes vitais da qualidade de vida até bem depois dos 80 e 90 anos. O fim da vida sexual é frequentemente resultado do estigma social e não de uma necessidade biológica.

- A privacidade é um direito, não um privilégio: Em contextos institucionais, a privacidade é o pré-requisito para a dignidade. Os profissionais devem passar de *guardiões* que monitorizam o comportamento a *facilitadores* que protegem o espaço privado de um residente.
- A interseccionalidade define a experiência: Não podemos apoiar eficazmente os idosos sem reconhecer as suas origens diversas. A história de uma pessoa — quer se trate de um idoso LGBTQI+, de uma pessoa com demência ou de alguém proveniente de um contexto cultural tradicional — determina a forma como percebe e expressa as suas necessidades íntimas.
- A literacia em preconceitos requer prática constante: Combater a discriminação com base na idade é um processo contínuo de autorreflexão. Ao analisar a nossa linguagem (eliminando a «linguagem de idosos») e as nossas reações, criamos uma cultura onde os idosos podem envelhecer com as suas identidades intactas.

Reflexão final: Se tivermos a sorte de viver uma vida longa, os estereótipos de discriminação por idade que contestamos hoje são precisamente aqueles que nos teriam prejudicado amanhã. Os cuidados inclusivos são um investimento no nosso futuro coletivo.

Ferramentas Práticas

Plano de Aula – Módulo 2

O plano de aula é um guia estruturado que fornece instruções aos formadores ou profissionais sobre como implementar o Módulo 2 num contexto de grupo. Apresenta uma estrutura para uma sessão de formação com a duração de 2,5 horas, acompanhada de uma apresentação em PowerPoint, enumera os resultados de aprendizagem e inclui uma lista de verificação para a preparação, além de descrever três exercícios (ver abaixo).

- Plano de Aula do Módulo 2 – Efeitos e Níveis do Preconceito contra a Idade, incluindo instruções para os exercícios.
- Apresentação do Módulo 2 – Discriminação com base na idade e equívocos sobre os idosos.

Exercício 1 – O Puzzle do Idadismo

Objetivo: Os formandos irão identificar como os 12 Mitos sobre o Envelhecimento (OMS, 2013) se manifestam nos níveis *institucional*, *interpessoal* e *internalizado* do idadismo, através de cenários do mundo real (ver instruções no plano de aula).

Recursos:

- 12 cartões de situações.
- 12 cartões de mitos.
- Ficha de trabalho: Uma chave-mestra para os facilitadores verificarem os emparelhamentos.

Exercício 2 – Tons de Cinza

Objetivo: Ajudar os profissionais a reconhecer as discrepâncias entre as suas crenças explícitas (conscientes/educadas) e as suas reações implícitas (inconscientes/instintivas), utilizando 5 temas de investigação principais (ver instruções no plano de aula).

Recursos:

- 5 cartões de temas principais.

Exercício 3 – Reimaginar a Narrativa: Um Workshop sobre Campanhas Mediáticas

Objetivo: Capacitar os formandos para criarem contra narrativas que desafiem os conteúdos mediáticos discriminatórios em relação à idade e promovam os direitos sexuais e a diversidade dos idosos. (ver instruções no plano de aula).

Recursos:

- Fichas de trabalho da campanha.

Referências

- Abrams, Z. (2023, March 1). A new concept of aging. *Monitor on Psychology*, 54(2). <https://www.apa.org/monitor/2023/03/cover-new-concept-of-aging>
- Bodner, E.; Cohen-Fridel, S. Relations between Attachment Styles, Ageism and Quality of Life in Late Life. *Int. Psychogeriatr.* 2010, 22, 1353–1361.
- Donizzetti, A.R.; Lagacé, M. COVID-19 and the Elderly's Mental Illness: The Role of Risk Perception, Social Isolation, Loneliness and Ageism. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4513.
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). "Shades of grey": Exploring public opinion about later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. and Ayalon, L. (2018) 'Ageism and Sexuality', in Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (eds.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>
- Heywood, w., Minichiello, v., Lyons, a., Fileborn, b., Hussain, r., Hinchliff, s., ... Dow, b. (2019). The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing and Society*, 39(4), 795–814. doi:10.1017/S0144686X17001222
- Kerssies, J., Huijg, J. M., Messelis, E., Abma, T. A., & Bendien, E. (2025). Transforming sexual (self-) ageism: A tailored participatory action research approach for collaborative learning among older adults. *Educational Gerontology*, 51(12), 1340-1352.
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- Moore, A., & Reynolds, P. (2016). Against the ugliness of age: Towards an erotics of the aging sexual body. *InterAlia: Pismo poświęcone studiom queer*, (11a). <https://doi.org/10.51897/interalia/lrjz7417>
- Robb, C., Chen, H. & Haley, W.E. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 1–12 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1013013322947>
- Surles, T. (2023, February 1). Fight sexual ageism and boost your sexual self-confidence. Next Avenue. <https://www.nextavenue.org/fight-sexual-ageism-boost-your-self-confidence/>
- World Health Organization. (2025, April 28). Ageing: Ageism. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>
- World Health Organization. (2013). *Demystifying the myths of ageing*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Desmistificar os mitos do envelhecimento*. Gabinete Regional da OMS para a Europa. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>

MÓDULO 3

Sexualidade, Género e Diversidade

Desenvolvido por:

Curt Morgane

Le Girofard



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Visão Geral

Por que razão este módulo existe

Apesar dos avanços significativos nos direitos LGBTQIAP+ em toda a Europa, há uma população que continua em grande parte invisível, tanto no discurso público como na prática profissional: os idosos LGBTQIAP+. Quando foi a última vez que viu um casal de idosos assumidamente lésbico ou gay num vídeo de formação? Quando foi a última vez que discutiu as necessidades específicas de uma pessoa trans que está a envelhecer num contexto de cuidados? Para a maioria de nós, a resposta é «nunca».

Este silêncio não é um acaso. É o resultado de uma profunda interseção de invisibilidades: o idadismo, que dessexualiza e infantiliza as pessoas idosas; a heteronormatividade, que pressupõe que todas as pessoas são heterossexuais; a cisnormatividade, que apaga as experiências trans e não binárias; e o legado duradouro de décadas de criminalização, patologização e estigma social.

O peso da história

Os idosos LGBTQIAP+ vivos hoje passaram por mudanças históricas extraordinárias. Em França, a homossexualidade foi parcialmente descriminalizada em 1791, mas a idade de consentimento permaneceu desigual até 1982. Na Alemanha, os homens gays mais velhos podem carregar o trauma do Parágrafo 175 da era nazi, que só foi totalmente revogado em 1994. Na Roménia, a homossexualidade foi considerada crime até 2001. As identidades trans foram classificadas como doenças mentais até bem entrado o século XXI. A epidemia de SIDA das décadas de 1980 e 1990 dizimou redes de amigos e famílias escolhidas, deixando profundas cicatrizes de luto e culpa do sobrevivente.

Isto não é história antiga. É a experiência vivida por pessoas que hoje têm 70, 80 e 90 anos. Aprenderam a esconder quem eram, a desconfiar das instituições, a esperar a rejeição. Estes mecanismos de sobrevivência não desaparecem com os avanços legais. Ressurgem quando uma pessoa enfrenta novas vulnerabilidades: perda de autonomia, entrada numa instituição de cuidados, dependência de outros.

O «Regresso ao Armário»

Um dos fenómenos mais comoventes documentados pelo «Grey Pride» e pelos próprios grupos de discussão de Le Girofard é o «regresso ao armário». Um idoso que viveu abertamente durante décadas pode, ao entrar numa instituição de cuidados, sentir-se compelido a esconder novamente a sua identidade. Retira as fotografias do seu parceiro. Fica em silêncio sobre décadas inteiras da sua vida. Porquê? Porque as instituições não são vistas como seguras. Porque o pessoal não tem formação adequada. Porque o preço da visibilidade, quando se está vulnerável, parece demasiado elevado.

O que este módulo oferece

Este módulo convida os profissionais a:

- Compreender o contexto histórico que moldou as vidas dos idosos LGBTQIAP+.
- Reconhecer as barreiras específicas que enfrentam no acesso a cuidados dignos.
- Identificar o preconceito contra a idade nas comunidades LGBTQIAP+, uma realidade dolorosa que emerge dos nossos diálogos intergeracionais.



- Aprender com alternativas inspiradoras: a Maison de la Diversité, a Lebensort Vielfalt e o selo «*Bienvenue*» da Grey Pride.
- Desenvolver competências práticas para criar ambientes onde cada idoso se sinta visto, seguro e respeitado.

Em última análise, este módulo afirma que a dignidade no envelhecimento significa o direito de ser plenamente quem se é, sem dissimulação nem medo. Trata-se de construir um futuro em que nenhum idoso tenha de escolher entre segurança e identidade.

Resultados de Aprendizagem do Módulo 3

No final deste módulo, os participantes serão capazes de:

- Distinguir entre os conceitos de orientação sexual, identidade de género, expressão de género e sexo biológico, e explicar por que razão estas distinções são importantes no apoio aos idosos.
- Descrever as experiências de vida específicas dos idosos LGBTQIAP+: socialização num contexto de criminalização, impacto do VIH/SIDA, «voltar ao armário» em instituições.
- Analisar de que forma a idade, a orientação sexual e a identidade de género se cruzam para criar situações únicas de vulnerabilidade.
- Identificar manifestações de discriminação com base na idade no seio das próprias comunidades LGBTQIAP+ e as suas consequências no isolamento das pessoas mais velhas.
- Citar iniciativas inspiradoras (Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, o selo «*Bienvenue*» da Grey Pride) e inspirar-se nelas na sua prática profissional.
- Utilizar uma linguagem e adotar uma postura que não pressuponha a heterossexualidade ou a cisidentidade das pessoas que apoiam.



Conceitos-Chave e Definições

Orientação sexual: Termo genérico que descreve o(s) género(s) pelo(s) qual(is) uma pessoa pode sentir atração emocional, romântica e/ou sexual (lésbica, gay, bissexual, pansexual, assexual, heterossexual).

Identidade de género: O sentido interno profundo de uma pessoa de ser homem, mulher, ambos, nenhum dos dois ou algo diferente nesse espectro. Pode diferir do sexo atribuído à nascença.

Cisgénero: Uma pessoa cuja identidade de género se alinha com o sexo que lhe foi atribuído à nascença.

Transgénero/Trans: Uma pessoa cuja identidade de género difere do sexo que lhe foi atribuído à nascença.

Não binário: Termo que descreve identidades de género que não se enquadram exclusivamente na dicotomia homem/mulher.

Queer: Termo genérico para pessoas cuja orientação sexual ou identidade de género difere das normas dominantes. Outrora pejorativo, foi recuperado, mas alguns adultos mais velhos podem ainda percebê-lo de forma negativa.

Heteronormatividade: A suposição sistémica de que a heterossexualidade é a norma. Exemplo concreto: um formulário de admissão que oferece apenas as opções «Casado» ou «Viúvo».

Cisnormatividade: A suposição de que a identidade de género de todas as pessoas corresponde necessariamente ao sexo que lhes foi atribuído à nascença.

«Voltar para o armário»: Fenómeno em que os idosos LGBTQIAP+ escondem a sua identidade ao entrar numa instituição, por medo de julgamento ou discriminação.

Estresse de minoria: Conceito de Ilan H. Meyer (1995) que descreve os problemas de saúde física e mental associados à discriminação sofrida pelas minorias.



Compreender o Tema

1. Porquê um módulo específico sobre idosos LGBTQIAP+?

Este módulo não é um «complemento de diversidade». É fundamentalmente necessário porque os idosos LGBTQIAP+ viveram o século XX de uma forma radicalmente diferente da dos seus pares heterossexuais e cisgéneros. Compreender esta história não é opcional — é essencial para prestar cuidados competentes e dignos.

1.1. Um legado jurídico e cultural contrastante na Europa

Os direitos das pessoas LGBTQIAP+ evoluíram a ritmos muito diferentes nos vários países europeus. Este passado não é história antiga — moldou diretamente os percursos de vida dos idosos de hoje. A tabela abaixo ilustra estas diferenças:

País	Despenalização	Casamento	Impacto nos idosos
França	1982	2013	Idosos que foram criminalizados e, posteriormente, viram a sua situação ser reconhecida tardiamente.
Alemanha	1969 (RFA) / 1988 (RDA)	2017	Gerações marcadas pelo artigo 175.º (criminalização nazi).
Roménia	2001	Proibido	Estigmatização persistente, falta de reconhecimento legal.
Chipre	1998	Proibido / União de facto desde 2015	Falta de segurança social, pensões, direitos sucessórios e proteção médica
Portugal	1982	2010	Anos de espera pelo reconhecimento social e estatal

Em França e na Alemanha, apesar dos avanços legislativos, muitos idosos cresceram em contextos em que as suas identidades eram patologizadas, criminalizadas ou ocultadas. Isto criou padrões profundamente enraizados de ocultação, vergonha e desconfiança nas instituições — padrões que não desaparecem com a idade nem com as mudanças legais.

“Vivi com o meu “amigo” durante décadas. Toda a gente sabia, mas nunca nos demos as mãos. Agora as pessoas fazem-no abertamente, e isso deixa-me desconfortável.”

(Participante num grupo de discussão, com mais de 70 anos)

Esta citação ilustra o dilema das gerações mais velhas: aprenderam a esconder-se para sobreviver, e este hábito não desaparece com a evolução das leis. Permanece enraizado e pode ressurgir em ambientes de cuidados onde a vulnerabilidade é elevada.

1.2. O peso das instituições: Uma vida passada a temê-las

Para muitos idosos LGBTQIAP+, as instituições nunca foram locais seguros. Brett, um homem trans de 72 anos de Lyon, carrega esta história no seu corpo:

“Passei a maior parte da minha vida em instituições. Isso nunca me assustou. Mas não vou poder ficar num lar de idosos, como a minha mãe esteve.”

Brett passou a adolescência em lares de acolhimento e residências coletivas, afastado da sua família. Ao contrário da sua mãe, que podia entrar num lar de idosos à espera de dignidade e reconhecimento básicos, Brett sabe que a sua experiência será diferente. Tem barba por fazer, voz grave e já se submeteu a uma mastectomia. Mas nunca fez uma cirurgia de afirmação de género, o que significa que a sua identidade transgénero se tornaria imediatamente óbvia para qualquer cuidador encarregado de lhe dar banho ou vesti-lo.

Este medo não é abstrato. Está enraizado numa vida inteira a lidar com instituições que não foram concebidas para pessoas como ele. Para Brett, e para inúmeros outros idosos LGBTQIAP+, entrar numa instituição de cuidados não é uma transição neutra — é um potencial regresso a uma vida inteira de vulnerabilidade, exposição e à necessidade constante de justificar a própria existência.

1.3. O impacto do VIH/SIDA numa geração

A epidemia de SIDA das décadas de 1980 e 1990 foi um cataclismo para as comunidades gay e bissexual. Dizimou redes inteiras de amigos, parceiros e família escolhida, criando um profundo trauma geracional que continua a afetar os sobreviventes até hoje.

Dados-chave:

- 30 % dos diagnósticos de VIH em França dizem agora respeito a pessoas com mais de 50 anos
- Mais de 50 000 pessoas que vivem com VIH em França têm mais de 50 anos

- Muitos sobreviventes sofrem do chamado «síndrome de Lázaro» — sintomas semelhantes aos do TEPT, resultantes de terem sobrevivido à epidemia enquanto viam os amigos morrerem

Esta história influencia diretamente a forma como as pessoas LGBTQIAP+ mais velhas se relacionam com o envelhecimento e com as instituições:

- Desconfiança em relação às instituições médicas que outrora as patologizaram ou as abandonaram durante a crise da SIDA
- Redes de apoio frágeis — as famílias escolhidas foram frequentemente dizimadas, deixando os sobreviventes isolados
- Medo da dependência — ansiedade em relação à perda de autonomia e ao risco de ficar à mercê de cuidadores potencialmente críticos

Como alerta a Grey Pride: «O pessoal de cuidados e de enfermagem não recebeu qualquer formação sobre o VIH. Corremos o risco de enfrentar o mesmo medo e rejeição que vivemos nos hospitais na década de 1980.»

1.4. O peso do silêncio: A invisibilidade nos meios de comunicação e na sociedade

Os idosos LGBTQIAP+ estão quase totalmente ausentes das representações nos meios de comunicação social, dos materiais de formação e do discurso público. Como observa Francis Carrier, presidente da Grey Pride:

«Atualmente, é quase impossível encontrar na iconografia LGBT francesa imagens positivas de casais LGBT mais velhos, como se a orientação sexual e a identidade de género fossem reservadas aos jovens.»

Esta invisibilidade é uma forma de violência. Transmite a mensagem de que pessoas como o Brett não existem, não importam e não merecem ser vistas. Contribui diretamente para o isolamento e a autocensura.

2. Os desafios específicos dos idosos LGBTQIAP+

2.1. O corpo como local de vulnerabilidade: idosos trans em contextos de cuidados

Para os idosos trans, o próprio corpo torna-se um local de potencial exposição e vulnerabilidade. A situação de Brett ilustra isto com dolorosa clareza. Para o mundo exterior, ele é um homem. A sua barba, a sua voz, a sua roupa, tudo se alinha com a sua identidade de género. Mas o seu corpo conta uma história mais complexa — uma história que um auxiliar de lar de idosos poderá descobrir inesperadamente enquanto o ajuda a tomar banho.

Este momento de descoberta está repleto de riscos. Será que o auxiliar reagirá com calma profissional, tendo recebido formação para compreender a diversidade dos corpos trans? Ou haverá choque, constrangimento e conversas sussurradas no corredor? O medo de Brett não é hipotético — baseia-

se numa vida inteira a navegar por espaços onde o seu corpo era visto como «errado», «confuso» ou «desviado».

Principais desafios para os idosos trans em contextos de cuidados:

- Divulgação involuntária da identidade trans durante cuidados íntimos
- Falta de formação do pessoal sobre a diversidade dos corpos trans e das transições
- Ausência de protocolos para cuidados íntimos respeitosos
- Medo de assédio por parte de outros residentes
- Possível uso incorreto do pronome de género depois de a equipa tomar conhecimento da história trans

2.2. O fenómeno do «regresso ao armário»

Uma das constatações mais comoventes da investigação e da prática é o «regresso ao armário». Um idoso que tenha vivido abertamente durante décadas pode, ao entrar numa instituição de cuidados, sentir-se compelido a esconder novamente a sua identidade.

Porque é que isto acontece?

- Medo de discriminação por parte do pessoal ou de outros residentes
- Falta de sinais visíveis de segurança (autocolantes com as cores do arco-íris, cartazes inclusivos)
- Experiências negativas anteriores com profissionais de saúde
- A suposição de que «pessoas como eu» não são bem-vindas aqui

Dados-chave:

- 90% dos idosos LGBTQIAP+ não têm filhos (INSEE)
- Apenas 12% dos lares de idosos em França dão formação ao seu pessoal sobre questões LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024)
- Em instituições com o selo «Bienvenue», 30% mais residentes revelam a sua identidade LGBTQIAP+

2.3. Discriminação com base na idade nas comunidades LGBTQIAP+

Uma das conclusões mais marcantes das sessões de diálogo intergeracional de Le Girofard é a realidade do preconceito contra a idade no seio das próprias comunidades queer.

Manifestações de discriminação com base na idade no seio da comunidade:

- Na vida noturna e nos espaços culturais: um «culto à juventude» generalizado nos bares gay, discotecas e ambientes drag
- Nas aplicações de encontros: rejeição explícita com base na idade («demasiado velho», «não me interessa»)

- No ativismo: as gerações mais jovens são por vezes vistas como «demasiado teóricas» ou desligadas das lutas históricas; as gerações mais velhas são por vezes levadas a sentir que as suas contribuições já não são relevantes
- Pressão social para manter uma aparência e energia jovens, especialmente em contextos sociais e de namoro

Esta realidade é particularmente dolorosa porque afeta pessoas já marginalizadas pela sociedade dominante. Sublinha a necessidade de espaços intergeracionais criados intencionalmente, onde a diversidade etária seja vista como uma força, e não como uma barreira.

2.4. O tabu persistente da sexualidade dos idosos

Para além das comunidades LGBTQIAP+, a sociedade mantém um profundo desconforto em relação à sexualidade dos idosos.

As manifestações deste tabu:

- O mito da assexualidade: a crença de que o desejo sexual cessa naturalmente a partir de uma determinada idade
- O corpo idoso como um corpo «não sexual»: os idosos são vistos apenas como avós ou doentes — papéis culturalmente dessexualizados
- O silêncio das instituições: em contextos de cuidados, os profissionais podem pensar que estão a «proteger» os residentes ao ignorar as suas vidas íntimas, quando, na realidade, estão a privá-los da sua autonomia

“Não falar sobre o desejo é retirar uma parte essencial do indivíduo.”

(Campanha Grey Pride)

“A sexualidade existe na ternura... mas não necessariamente na relação sexual.”

(Participante do grupo de discussão)

Para os idosos trans, este tabu é ainda mais acentuado. O seu corpo, já marcado como «diferente» pelas normas sociais, é ainda mais dessexualizado pela idade. A possibilidade de intimidade, de contacto físico, de ser visto como um ser desejante e desejável, torna-se quase inimaginável sob o olhar institucional.

Este tabu cria um círculo vicioso de silêncio:

- O idoso mantém-se em silêncio para evitar ser visto como inadequado
- O profissional mantém-se em silêncio devido à falta de formação ou ao receio de situações embaraçosas

- A família mantém-se em silêncio para preservar uma certa imagem do seu progenitor idoso

2.5. Isolamento: uma questão estrutural

O isolamento afeta muitos idosos, mas, no caso dos idosos LGBTQIAP+, é frequentemente agravado por fatores específicos.

Fatores Específicos de Isolamento	Dados-Chave
Ausência de filhos	90% dos idosos LGBTQIAP+ não têm filhos (INSEE). As «famílias escolhidas» são cruciais, mas podem ser frágeis.
Falta de instalações inclusivas	Apenas 12% dos lares de idosos ministram formação ao pessoal sobre questões LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024).
Insegurança económica	40% dos idosos queer têm pensões inferiores a 1000 € por mês, devido a carreiras profissionais interrompidas pela discriminação.
Rejeição familiar	Muitos sofreram rejeição por parte das suas famílias de origem, ficando assim sem as redes de apoio tradicionais.
Isolamento geográfico	Nas zonas rurais, as oportunidades de contacto com outras pessoas LGBTQIAP+ são extremamente limitadas.

“Os idosos LGBT sofrem ainda mais com o isolamento e a pobreza do que outros idosos.”

2.6. Acesso aos cuidados de saúde: Um campo minado

O acesso a cuidados de saúde respeitosos e competentes continua a ser um grande desafio para os idosos LGBTQIAP+.

Dados-chave:

- 72% dos médicos nunca perguntam aos doentes idosos sobre a sua orientação sexual
- Mais de metade das pessoas LGBT não fala sobre a sua orientação sexual durante as consultas médicas
- 67% das pessoas LGBT com mais de 50 anos consideram que têm um acesso mais limitado aos cuidados de saúde
- 65% receiam ser vítimas de violência em contextos de cuidados de saúde

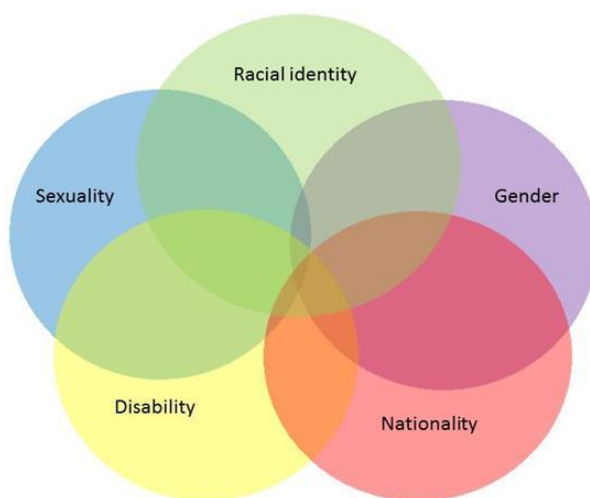
Barreiras específicas:

- Invisibilidade nos consultórios médicos: o silêncio assenta no pressuposto errado de que a orientação sexual é óbvia (presume-se a heterossexualidade) ou irrelevante
- Falta de conhecimento sobre necessidades específicas: o pessoal raramente recebe formação sobre as necessidades dos idosos transgéneros (continuidade da terapia hormonal) ou dos homens homossexuais mais velhos (saúde sexual, VIH)
- Medo da discriminação: muitas pessoas adiam a procura de cuidados de saúde ou evitam revelar informações importantes

“A impossibilidade de falar sobre a própria identidade conduz a um maior isolamento e precariedade.”

3. Interseccionalidade na Prática: Compreender situações complexas

A interseccionalidade não é um conceito abstrato — é uma ferramenta prática para analisar situações e adaptar os cuidados. Apresentamos aqui estudos de caso extraídos de investigações e grupos de discussão.



Estudo de caso 1: Barry, 72 anos, homem trans (inspirado num artigo da revista The Atlantic)

Barry é um homem trans de 72 anos que vive em Lyon. Tem barba espessa, voz grave e submeteu-se a uma mastectomia. No entanto, nunca fez cirurgia de afirmação de género. O seu corpo, portanto, ostenta as marcas de um percurso de transição único, diferente dos caminhos padronizados frequentemente imaginados pelos prestadores de cuidados.

Após uma carreira na educação e uma vida marcada por relações familiares complexas (passou a adolescência em lares de acolhimento), Barry vive sozinho. Recentemente, uma queda e o aparecimento de problemas cardíacos levaram-no a considerar, com relutância, a possibilidade de entrar num lar de idosos.

Durante uma visita pré-admissão, o diretor dirige-se a ele como «Senhor» e ele sente-se reconhecido. Mas quando a enfermeira coordenadora levanta a questão dos cuidados pessoais e da assistência diária, ele sente algum desconforto. Sabe que um dia, talvez em breve, um profissional de saúde irá descobrir o seu corpo nu e, com ele, uma história que a sua aparência exterior não revela. Ele teme as perguntas, os olhares, os cochichos. Teme ter de justificar quem é, mais uma vez.

Principais desafios:

- Divulgação involuntária da identidade trans durante cuidados íntimos
- Falta de formação do pessoal sobre a diversidade de corpos trans e transições
- Ausência de protocolos institucionais para cuidados íntimos respeitosos
- Medo do isolamento e da discriminação por parte dos outros residentes
- O peso de uma vida inteira de desconfiança institucional

Questões para reflexão:

- Que pressupostos poderão influenciar as reações do pessoal quando descobrirem o corpo de Brett?
- Quais são os riscos se a instituição ignorar a situação e não tomar medidas preventivas?
- Como seria uma resposta respeitosa e centrada na pessoa?

Estudo de caso 2: Simone, 78 anos, lésbica

Simone viveu com a sua companheira durante 40 anos antes de falecer. Agora vai entrar num lar de idosos. À primeira vista: uma senhora idosa e viúva. Mas por trás desta aparente simplicidade esconde-se uma realidade muito mais complexa:

- Idadismo: já ninguém fala com ela sobre a sua vida emocional. Presume-se que, à sua idade, «estas questões» já não se colocam.
- Sexismo: como mulher idosa, enfrenta o «duplo padrão do envelhecimento» — o seu valor social e a sua atratividade diminuem com a idade, ao contrário do que acontece com os homens.
- Lesbofobia/invisibilidade: nunca ninguém pergunta se a pessoa importante na sua vida era uma mulher. A fotografia de casamento na cómoda? Ela não tem nenhuma. O seu luto é completamente ignorado.

A interseccionalidade significa compreender que estas três dimensões se combinam para criar uma situação única de vulnerabilidade e invisibilidade. Uma abordagem inclusiva deve abordar todas elas.

Estudo de caso 3: Fátima, 68 anos, lésbica e vítima de discriminação racial

Fátima é uma mulher lésbica de origem norte-africana que vive numa pequena cidade e está a pensar mudar-se para uma residência assistida.

- Racismo e lesbofobia: ela enfrenta uma potencial discriminação relacionada tanto com as suas origens como com a sua orientação sexual, agravada pelo preconceito contra a idade.
- Dupla invisibilidade na representação: os meios de comunicação e a cultura quase nunca mostram mulheres lésbicas mais velhas e racializadas. Ela não está representada em lado nenhum.
- Estereótipos específicos: pode enfrentar estereótipos como o da «lésbica masculina» ou a hipersexualização das mulheres de minorias étnicas.
- Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde: as desigualdades estruturais no acesso aos cuidados de saúde para pessoas de minorias étnicas agravam-se com a relutância em discutir temas LGBTQIAP+.

Estes exemplos mostram que é impossível apoiar adequadamente uma pessoa sem considerar a totalidade da sua identidade. A inclusão não consiste em tratar toda a gente «da mesma forma» — consiste em adaptar a abordagem à singularidade de cada percurso de vida.

4. Compreender a Investigação: O que os estudos nos dizem

Estudos recentes fornecem informações valiosas sobre as experiências e necessidades dos idosos LGBTQIAP+.

4.1. O Estudo LEAP (2025-2027)

O estudo LEAP (Prestação de Cuidados Domiciliários Inclusivos para Pessoas LGBTQ+ Idosas), um importante projeto de investigação com sede no Reino Unido que terá início em junho de 2025, visa compreender em que medida os profissionais de cuidados domiciliários estão preparados para apoiar pessoas LGBTQ+ idosas.

Principais conclusões de investigações anteriores que servem de base a este estudo:

- Os profissionais de cuidados carecem de competências, conhecimentos e confiança para apoiar pessoas idosas LGBTQ+
- Os estudos têm-se centrado em lares de idosos, mas os cuidados domiciliários continuam a ser pouco investigados
- Muitos adultos LGBTQ+ receiam ser alvo de tratamento hostil ou discriminatório nos serviços sociais
- Alguns relatam receios de ter de «des-gayificar» as suas próprias casas para se protegerem da homofobia ou transfobia antecipadas

A história de Brett ilustra isto na perfeição. O receio não diz respeito à casa que ele possa vir a deixar, mas sim à instituição em que possa vir a entrar — um local onde poderá perder o controlo sobre a sua própria narrativa.

4.2. O estatuto de «de dentro e de fora»

A investigação sobre residentes LGBT em programas de habitação convencionais revela um «estatuto de «dentro» e «fora»» — estes indivíduos experimentam uma visibilidade parcial, ao mesmo tempo que enfrentam pressões de exclusão que os posicionam como «os outros».

Principais conclusões de um estudo realizado no Reino Unido (2019-22) com 15 residentes LGBT com idades compreendidas entre os 55 e os 79 anos:

- Os residentes LGBT enfrentam uma posição social complexa — visíveis, mas marginalizados
- As práticas de exclusão por parte de outros residentes reforçam os limites da «normalidade» sexual e de género
- Manter ligações sociais externas ao complexo habitacional torna-se de importância crucial

Esta investigação desafia o pressuposto de que os complexos habitacionais proporcionam automaticamente «espaços seguros e protegidos para envelhecer». Para os idosos LGBTQIAP+, a segurança não pode ser dada como garantida — tem de ser ativamente criada.

4.3. O conceito de «família escolhida» e os seus limites

A importância das «famílias escolhidas», a par das famílias de origem, está bem documentada. No entanto, a investigação revela também a fragilidade destas redes:

- A proximidade é importante: os amigos podem não viver nas proximidades ou podem enfrentar os seus próprios problemas de mobilidade relacionados com a idade
- Os amigos podem ter a mesma idade e estar a passar por declínios de saúde semelhantes
- As redes dizimadas pela crise da SIDA deixaram lacunas duradouras no apoio

É por isso que a construção intencional de comunidades e o apoio institucional inclusivo são essenciais — as famílias escolhidas nem sempre conseguem proporcionar os cuidados que as instituições deveriam oferecer.

5. Iniciativas inspiradoras para a ação

Não basta identificar os problemas. Existem soluções concretas por toda a Europa, provando que é possível seguir outro caminho.

5.1. A Maison de la Diversité (Lyon, França)

Liderado por Les Audacieuses & Les Audacieux, este projeto habitacional inclusivo e participativo responde ao isolamento social dos idosos LGBTI+ e das pessoas que vivem com VIH.

O conceito: unidades habitacionais individuais + espaços coletivos partilhados + convivência intergeracional (incluindo alojamento para estudantes), com base num projeto de ajuda mútua e solidariedade em torno do «envelhecer bem».

Valores fundamentais:

- A ligação social como chave para envelhecer bem e manter a autonomia
- Habitação inclusiva como um modo de vida solidário e anti-especulativo

- Solidariedade intergeracional como fonte de inspiração e riqueza
- Abertura para com o bairro envolvente

Este projeto inspira-se diretamente no Lebensort Vielfalt, em Berlim, um pioneiro europeu desde 2013.

5.2. Grey Pride e o selo «*Bienvenue*» (França)

O Grey Pride combina a defesa de direitos com ferramentas concretas para profissionais. As relações, a sexualidade ou a identidade são alguns dos temas que podem ser afetados no caso de pessoas idosas LGBTQI+ que chegam a lares de idosos. Este selo foi criado para dar destaque a estes temas nos gestos de cuidado.

Ações-chave:

- Linha de apoio nacional para idosos isolados (01 44 93 74 03, terças e quintas-feiras, das 16h00 às 18h00)
- Formação com certificação Qualiopi em lares de idosos para todo o pessoal (cuidadores, administração, gestão)

Selo «*Bienvenue*»: critérios rigorosos para instalações inclusivas:

- Pessoal com formação
- Carta contra a discriminação
- Espaços não diferenciados por género
- Auditorias regulares com associações LGBTQIAP+
- Parcerias com médicos especialistas em VIH

Dados-chave: Nas instalações com o selo «*Bienvenue*», 30% mais residentes revelam a sua identidade LGBTQIAP+.

“Para além do selo, através da formação e da sensibilização, tanto no setor privado como no público: temos de trabalhar no sentido do reconhecimento das identidades de género nas instituições para idosos.”

Para Brett, uma instituição com o selo «*Bienvenue*» enviaria um sinal imediato: aqui, o pessoal recebeu formação. Aqui, o meu corpo não será motivo de escândalo. Aqui, talvez consiga envelhecer em paz.

5.3. Lebensort Vielfalt (Berlim, Alemanha)

Uma residência pioneira inaugurada em 2013 pela Schwulen Beratung Berlin, com 24 unidades habitacionais para idosos LGBT autónomos. Com uma lista de espera de 400 pessoas, foram entretanto abertas duas instalações adicionais, especializadas em doenças neurodegenerativas e perturbações psicológicas.

Pontos fortes:

- Diversidade selecionada: 60% de homens homossexuais / 20% de jovens (com menos de 55 anos) / 20% de mulheres
- Pequena unidade de cuidados especializados para quem está a perder autonomia
- Abertura à vizinhança e à vida cultural

5.4. Tonic @Bankhouse (Londres, Reino Unido)

A primeira comunidade de reformados que acolhe a comunidade LGBT+ do Reino Unido, inaugurada em 2021 e com ocupação total prevista para o final de 2024.

Características principais:

- 26 residentes, distribuídos por apartamentos em regime de propriedade partilhada e arrendados
- Um «Acordo Comunitário» assinado por todo o pessoal e pelos residentes, no qual se comprometem com a inclusão
- Os residentes organizam os seus próprios passeios, refeições comunitárias e encontros — promovendo uma «família escolhida»
- Apoio durante as experiências de fim de vida, o luto partilhado e a reflexão sobre o legado

“No Tonic, as pessoas encontram uma família escolhida, uma rede de apoio onde podem ser elas próprias.”

“Porque é que teríamos de nos limitar a ser aceites? Ser aceite é quase como ser tolerado. Mas a aceitação afirmativa significa: não tens de explicar nada, fazes parte de nós.”

(Residente da Tonic)

Esta distinção — entre «aceite» e «afirmado» — é crucial.

5.5. Principais lições destas iniciativas

Lição	Implicações
A inclusão não é tolerância	«Aceitável é quase como tolerado. Afirmativo significa que não é preciso explicar nada.»
As famílias escolhidas precisam de apoio	As instituições devem reconhecer e apoiar estas redes, em vez de as ignorar.
A formação deve ser abrangente	Todo o pessoal — e não apenas os cuidadores — precisa de formação.
Os sinais visíveis de segurança são importantes	Autocolantes com as cores do arco-íris, cartazes inclusivos e espaços sem distinção de género transmitem mensagens poderosas.
A cocriação é essencial	Os idosos devem estar envolvidos na conceção dos espaços e serviços que lhes são destinados.

Estes exemplos mostram que a inclusão não é um conceito abstrato — é um conjunto de escolhas concretas: escolhas sobre habitação, formação, construção de comunidades e reconhecimento de práticas virtuosas

6. As Sessões de Diálogo Intergeracional: Principais Conclusões

A sessão de diálogo intergeracional de Le Girofard, em Bordéus (22 de outubro de 2025), reuniu 23 participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 82 anos e revelou perspetivas cruciais.

Temas-chave que surgiram:

1. Discriminação com base na idade e exclusão nas comunidades LGBTQIAP+

- Vários participantes descreveram um «culto da juventude» nos espaços queer
- Homens gays mais velhos relataram sentir-se invisíveis em bares e discotecas
- A alguns foi dito que eram «demasiado velhos» para determinados eventos ou espaços

2. Redefinir a sexualidade na terceira idade

- Os participantes definiram a sexualidade de forma abrangente: ternura, afeto, sensualidade, ligação emocional
- Menor ênfase no sexo com penetração à medida que envelhecem
- Reconhecida a importância do prazer solitário e da sexualidade individual

3. Profunda desconfiança em relação aos cuidados institucionais (EHPADs)

- Medo generalizado de ter de «voltar para o armário»
- Preocupações com ambientes heteronormativos e cisnormativos
- Falta de formação do pessoal sobre questões LGBTQIAP+

“O meu desafio seria evitar a todo o custo os lares de idosos. O que lá se passa é verdadeiramente chocante.”

4. Forte desejo de alternativas baseadas na comunidade

- Projetos de coabitação intergeracional
- Residências para idosos específicas para a comunidade LGBTQIAP+
- Redes de cuidados baseadas na comunidade
- «Envelhecer no próprio lar» com apoio da comunidade

“Gostaria de viver numa casa partilhada... Acho que estão a começar a surgir projetos de habitação partilhada para pessoas idosas.”

5. A aprendizagem intergeracional é valorizada — e necessária

- Os participantes mais jovens a aprender sobre lutas históricas (crise da SIDA, batalhas jurídicas)
- Participantes mais velhos a familiarizarem-se com a evolução da terminologia e dos conceitos de identidade
- Forte desejo de intercâmbios intergeracionais mais regulares

7. Implicações para a Prática Profissional

O que significam todas estas conclusões para os educadores, cuidadores e instituições?

No que diz respeito à formação e educação:

- Incluir módulos que abordem especificamente o preconceito contra a idade no seio da comunidade
- Desenvolver estudos de caso baseados em experiências reais
- Abordar questões práticas relacionadas com as estruturas de acolhimento e o acesso aos cuidados de saúde

- Utilizar o diálogo intergeracional como metodologia central
- Formar o pessoal especificamente sobre o envelhecimento das pessoas trans e a diversidade dos corpos trans

Para a prática institucional:

- Desenvolver protocolos claros para cuidados íntimos que respeitem a autonomia e a dignidade dos residentes
- Sinais visíveis de segurança (autocolantes com as cores do arco-íris, cartazes inclusivos) são essenciais, não opcionais
- A formação do pessoal deve ser abrangente e contínua
- As políticas antidiscriminação devem ser ativamente aplicadas, e não apenas afixadas
- As parcerias com organizações LGBTQIAP+ proporcionam conhecimentos especializados e credibilidade essenciais

No que diz respeito a políticas e defesa de direitos:

- Apoiar o desenvolvimento de opções de habitação que valorizem a comunidade LGBTQIAP+
- Financiar a investigação sobre as necessidades específicas dos idosos LGBTQIAP+
- Exigir formação em competência cultural em todos os serviços de cuidados a idosos financiados com fundos públicos
- Reconhecer e apoiar iniciativas lideradas pela comunidade

Para todos os profissionais que possam vir a lidar com um idoso LGBT+:

- Lembre-se de que pode ser a primeira pessoa a fazer-lhe a pergunta certa
- Lembre-se de que a sua reação ao corpo dele terá repercussões em toda a sua experiência de cuidados
- Lembre-se de que a dignidade não é um presente que concede — é um direito que deve proteger
- Lembre-se de que estas pessoas têm enfrentado violência institucional ao longo de toda a sua vida. A sua função é fazer com que esta experiência seja diferente.



Orientações para Educadores e Profissionais

Reflexos essenciais a desenvolver

A linguagem, a principal ferramenta para a inclusão:

- ✓ Substitua «Tem marido/mulher?» por «Há alguma pessoa importante na sua vida?»
- ✓ Pergunte: «Que pronomes gostaria que eu usasse?»
- ✓ Utilize termos neutros, como «parceiro».
- ✓ Nos formulários, substitua «Sr./Sra.» por «Nome próprio», «Apelido» e adicione uma opção «Outro».

O que evitar:

- ✗ «Linguagem para idosos» ou diminutivos infantilizantes («jovem senhora», «jovem senhor», «querida», «queridinho»).
- ✗ Presumir a heterossexualidade («Que idade tinha o seu marido quando faleceu?»).
- ✗ Rir ou fazer comentários «discretos» sobre uma relação entre duas pessoas idosas.

Criar um ambiente acolhedor

- Sinais visíveis: um pequeno autocolante com um arco-íris e um cartaz com a mensagem «Todos são bem-vindos aqui» são sinais fortes.
- Documentação: afixar informações de contacto de associações como a Grey Pride.
- Espaços não diferenciados por género: casas de banho acessíveis a todos os géneros.
- Atividades: ofereça eventos diversificados, não apenas atividades tradicionalmente associadas a um género específico.

Adaptar a sua prática

- Com uma pessoa trans: respeite o nome e os pronomes que a pessoa escolheu, garanta a continuidade da terapia hormonal, não faça perguntas intrusivas.
- Com uma pessoa que vive com VIH: não estigmatize, mantenha o acompanhamento médico, esteja a par dos recursos especializados.
- Com uma pessoa de origem cultural diferente: pratique a humildade cultural, pergunte quais são as suas próprias palavras e pontos de referência.



Resumo e Mensagens-Chave

- A inclusão dos idosos LGBTQIAP+ não é uma opção, é uma obrigação ética e profissional garantir a igualdade de acesso aos cuidados e à dignidade.
- A história é importante. A experiência de estigmatização entre os idosos LGBTQIAP+ influencia a sua relação com as instituições. Ignorar esta história significa reproduzir a violência.
- O preconceito contra a idade também existe dentro das comunidades. Temos de estar cientes disso e criar espaços verdadeiramente intergeracionais.
- Existem modelos alternativos que funcionam (habitação inclusiva, certificações, formação). Estes comprovam que é possível uma sociedade inclusiva para todas as idades.
- A ação começa com a linguagem e a postura. Como profissional, tem o poder de criar espaços seguros simplesmente através da sua forma de estar e de falar.



Ferramentas e Recursos Práticos

Plano de Aula do Módulo 3

O [plano de aula](#) é um guia estruturado que fornece instruções a formadores ou profissionais sobre como implementar o Módulo 3 num contexto de grupo. Apresenta uma estrutura para uma sessão de formação com a duração de 2,5 horas, acompanhada de uma apresentação em PowerPoint, enumera os resultados de aprendizagem e inclui uma lista de verificação para a preparação, além de descrever três exercícios (ver abaixo).

Exercício 1 – O Vocabulário da Inclusão

Objetivo: Compreender e apropriar-se da terminologia-chave LGBTQIAP+ e da sua importância na prática profissional com idosos (ver instruções no plano de aula).

[Cartas de Cenário](#) – O Vocabulário da Inclusão.

Exercício 2 – Análise de Estudo de Caso

Objetivo: Analisar situações concretas de idosos LGBTI+ e construir coletivamente uma resposta adequada e centrada na pessoa (ver instruções no plano de aula).

[Cartão de Estudo de Caso](#).

[Questões para discussão do estudo de caso](#).

Exercício 3 – Reimaginar a instituição

Objetivo: Conceber ações concretas para tornar uma instituição mais inclusiva para idosos LGBTQIAP+, em três domínios: formação, ambiente físico e políticas/protocolos (ver instruções no plano de aula).

[Cartões de instituições](#) – EHPAD / Serviço de Cuidados Domiciliários / Hospital / Residência Assistida.

[Ficha de trabalho](#) do plano de ação para os 3 domínios.

Referências

Grey Pride e Iniciativas Francesas

Association Grey Pride. (2023-2024). Guide "Accueillir les seniors LGBTQIAP+", Label "Bienvenue" – Critères et données d'impact, Ligne d'écoute nationale.

<https://greypride.fr/>

<https://greypride.fr/label-bienvenue/>

France Inter / Radio France. (2023, June 15). Deux Ehpad parisiens récompensés du label "Grey Pride" pour leur accueil des seniors LGBT.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/deux-ehpad-parisiens-recompenses-du-label-grey-pride-pour-leur-accueil-des-seniors-lgbt-1402454>

20 Minutes. (2023, June 19). Paris : Des Ehpad labellisés LGBT pour accueillir toutes les sexualités.

<https://www.20minutes.fr/paris/4041985-20230620-paris-ehpad-labellises-lgbt-accueillir-toutes-sexualites>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité.

<https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Iniciativas internacionais

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender.

<https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – UK's first LGBT+ affirming retirement community. Precarious Lives: Research on LGBT+ elders in housing.

<https://tonichousing.org.uk/>

<https://tonichousing.org.uk/our-impact/>

Envelhecimento Trans

The Atlantic. (2015, August 12). The Challenge of Being Transgender in a Nursing Home.

<https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/08/transgender-nursing-home-aging/400580/>

Siverskog, A. (2021). Ageing bodies that matter: Age, gender and embodiment in older transgender people's life stories. *Journal of Aging Studies*, 58, 100951.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Witten, T. M. (2017). Transgender and gender non-conforming aging: A review of the literature. *Journal of Aging Studies*, 43, 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Bockting, W., Coleman, E., & De Cuypere, G. (2011). Care of transsexual persons. *New England Journal of Medicine*, 364(26), 2559-2560.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714669/>

Principais estudos e dados

Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. *International Journal of*

Nursing Studies, 107, 103566.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380261/>

Flesia, L., Monaro, M., Jannini, E. A., & Limoncin, E. (2023). "I'm Too Old for That": The Role of Ageism and Sexual Dysfunctional Beliefs in Sexual Health in a Sample of Heterosexual and LGB Older Adults. *Healthcare*, 11(4), 459.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36832993/>

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2011). The Aging and Health Report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Institute for Multigenerational Health.

<https://stagebeta.scispace.com/papers/resilience-and-disparities-among-lesbian-gay-bisexual-and-46a7zc9ai4>

Institute of Medicine (US). (2011). The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. National Academies Press.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>

Simpson, P., Horne, M., Brown, L. J. E., Wilson, C. B., Dickinson, T., & Torkington, K. (2018). The experiences of older lesbian, gay, bisexual and transgender people in care homes: A systematic review. *Ageing & Society*, 38(11), 2217-2240.

<https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society>

de Vries, B., & Croghan, C. F. (2014). LGBT Aging: The Contributions of Community-Based Research. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 1-20.

<https://www.semanticscholar.org/paper/LGBT-Aging%3A-The-Contributions-of-Community-Based-Vries-Croghan/19ea7944dd8f48449926c0e147d9ebe23512ba83>

Dados e relatórios franceses

INSEE. (2023). Enquête Famille et logements – Données sur la composition des ménages.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques>

Les Petits Frères des Pauvres. (2022). Rapport sur l'isolement social des personnes âgées.

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-publications/rapports>

Glossaries & Terminology

Chase, B., & Ressler, P. (2009). An LBGT/Queer Glossary. *The English Journal*, 98(4), 23–24.

<https://eric.ed.gov/?id=EJ832256>

Zeyen, T. L., Brunnnett, R., Lottmann, R., & Kiegelmann, M. (2020). *LSBTIQ und Alter(n): ein Lehrbuch für Pflege und soziale Arbeit*.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Organização Mundial de Saúde

World Health Organization. (2021). Global report on ageism.

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

World Health Organization. (2019). Sexual health and rights.

<https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

MÓDULO 4

A História das Normas Sociais de Género e Sexualidade na Europa

Desenvolvido por:

Karina Hoßfeld e Thomas Wilde

Association of Lower Saxony

Educational Initiatives e.V. (VNB e.V.)



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Visão Geral

A idade e a sexualidade continuam intimamente ligadas a ideias estereotipadas, atribuições normativas, invisibilidade e tabus. Isto é também demonstrado pelos resultados obtidos até ao momento pelo projeto «Never Gets Old» (2024-2026), no âmbito do qual estão a ser realizados inquéritos sobre as atitudes em relação à sexualidade e à idade em cinco países europeus. As pessoas mais velhas são frequentemente consideradas assexuadas, ou seja, sem qualquer necessidade de sexualidade ou com uma função essencialmente ligada às estruturas e papéis familiares (avós). Isto acontece tanto nos discursos do quotidiano como nos meios de comunicação social e nas estruturas institucionais, tais como os centros de cuidados geriátricos, que incluímos no nosso projeto.

No entanto, as normas sociais relativas ao «género e à sexualidade» não constituem uma estrutura estática, mas sim o resultado de processos históricos de negociação. Na Europa, foram moldadas ao longo de milhares de anos pela religião, pelo direito, pela medicina, pela economia e pelo poder político — e têm sido repetidamente questionadas. As nossas conceções de género, idade e sexualidade evoluíram, assim, ao longo da história e moldam a autoimagem de pessoas mais velhas e mais jovens, as expectativas familiares e as ações dos profissionais de enfermagem, aconselhamento e educação de adultos.

As entrevistas e as discussões em grupo do WP2 do projeto revelam que o tema da sexualidade na terceira idade é um tabu forte numa grande variedade de contextos: nas famílias, nas instituições e, especialmente, nos lares de idosos e entre gerações. Nas discussões, a experiência mais frequentemente partilhada foi a de que a sexualidade na terceira idade surpreende as pessoas mais jovens. É assim que uma formadora de profissões de enfermagem descreve a sua realidade quotidiana:

“Percebo limites na medida em que o corpo discente, por vezes, me demonstra com tanta frequência que, quando se trata de sexo na velhice, [...] a partir dos 40 anos já acabou. Refletindo sobre isto repetidamente, sinto um grande espanto.”

As reações às imagens que ela mostra nas aulas também ilustram ideias estereotipadas internalizadas:

“E as reações às imagens que mostro com abraços de pessoas com mais de 60 anos são: Uau, nem consigo olhar, tem de ser assim? Ou de mãos dadas (...) oh, que giro”.

Há muito que se investiga e se descreve que a sexualidade não é um privilégio da juventude e que a sexualidade na velhice não é um fenómeno marginal, mas sim parte da formação da identidade ao longo da vida. A nossa perceção da sexualidade é influenciada por normas, narrativas (estruturas

narrativas culturais) e imagens dos meios de comunicação social. Estas são, por sua vez, incorporadas na implementação concreta do trabalho de cuidados, aconselhamento e educação.

O objetivo deste módulo é mostrar que as normas sociais sobre género e sexualidade têm vindo a mudar repetidamente ao longo da nossa história e que as respetivas validades moldam a nossa interação social uns com os outros e influenciam a nossa própria autoimagem. Ao questionar criticamente os mecanismos de adoção de valores, normas e papéis, abre-se a possibilidade de reconhecer estereótipos, questionar tabus e promover um modo de vida autodeterminado para as pessoas idosas.

O módulo destina-se a apoiar os profissionais na reflexão sobre os seus próprios pressupostos, na definição do seu âmbito de ação profissional e no tratamento seguro e consciente das expectativas normativas. São proporcionados aos participantes métodos e espaços para reconhecerem as normas sociais, examinarem as suas próprias atitudes e reagirem de forma reflexiva a questões específicas relacionadas com a idade e a sexualidade.

O objetivo desta tese é, portanto, mostrar os mecanismos históricos, culturais e mediáticos que moldam as normas sociais relativas à idade e à sexualidade, e derivar abordagens metodológicas para um trabalho educativo orientado para a prática.

Resultados de Aprendizagem no Módulo 4

Público-alvo	Aquisição de conhecimentos
Os participantes aprendem:	Os padrões evoluíram ao longo da história - O que hoje é considerado «normal» costumava ser diferente – e continuará a mudar. As convicções pessoais são moldadas pela sociedade - As irritações e o desconforto têm causas culturais e não são deficiências individuais. A sexualidade na terceira idade não é um caso especial - mas parte do desenvolvimento da identidade ao longo da vida.
Benefícios para os formadores de adultos	Os formadores de adultos beneficiam porque: - são capazes de moderar com maior sensibilidade, - reconhecem as suas próprias normas implícitas, - criam espaços de aprendizagem sem constrangimento, - compreendem melhor os conflitos entre gerações.
Benefícios para os trabalhadores qualificados	Os profissionais (enfermagem, serviço social, aconselhamento) beneficiam porque: - lidam de forma mais profissional com a proximidade, a intimidade e os limites, - levam a sério as necessidades das pessoas idosas, - refletem criticamente sobre as regras institucionais, - agem de forma mais ética.



Compreender o Tema

1. Enquadramento teórico: normas sociais, identidade e idade

As normas sociais são regras e acordos básicos que estruturam o comportamento dos indivíduos numa sociedade. Definem o que é considerado apropriado, esperado ou desviante e têm um efeito tanto regulador como orientador (cf. Dimbath, 2025). As normas relacionadas com o género, a sexualidade e a idade revestem-se de particular importância, uma vez que estas áreas estão intimamente ligadas a questões de moralidade e tabus. Influenciam, assim, fortemente a compreensão e aceitação individuais de orientações e identidades sexuais que se desviam da norma. Nas ciências sociais, os termos género e sexualidade não são entendidos exclusivamente como dados biológicos, mas como construções sociais que surgem em contextos históricos, culturais e institucionais (Feldmann et al., 2025). Por exemplo, o termo *género* refere-se aos papéis, expectativas e atribuições socialmente produzidos que estão ligados aos corpos e às identidades. No sentido das ciências sociais, a *velhice* também é entendida não apenas como um processo biológico, mas também como uma fase da vida socialmente estruturada, associada a determinados modelos de comportamento, direitos e deveres no respetivo contexto social. A consideração da sexualidade também está *sujeita* a processos de mudança social e é moldada por normas, linguagem, conhecimento e instituições. Existem formas de sexualidade que são legitimadas, enquanto outras são marginalizadas ou consideradas tabu. As normas sociais não são apenas repressivas, mas também produtivas (cf. Dimbath 2025), na medida em que criam, em primeiro lugar, determinadas identidades e modos de vida. Por exemplo, uma «identidade gay» está intimamente ligada à perseguição histórica dos homens homossexuais e ao «movimento gay» que daí surgiu.

Um breve enquadramento teórico é útil para compreender a sexualidade na terceira idade. Nos debates sociais, a sexualidade das pessoas idosas é frequentemente pouco considerada ou completamente ignorada. Em vez disso, parte-se frequentemente do pressuposto de que as necessidades sexuais também desaparecerão com o avanço da idade. No entanto, esta ideia não é natural, mas sim o resultado de normas sociais que se desenvolveram ao longo da história. A análise desta perspetiva constitui a base para a análise histórica que se segue.

2. Evolução histórica das normas sociais relativas à idade e à sexualidade

As concepções sociais atuais sobre a sexualidade na velhice só podem ser compreendidas no contexto dos desenvolvimentos históricos. Segue-se uma visão geral histórica com algumas mudanças normativas centrais em relação à sexualidade, ao género e à idade.

2.1 Sociedades pré-modernas: moralidade, religião e ordem social

Nas sociedades pré-modernas, a sexualidade estava fortemente enraizada nos sistemas religiosos e morais. Era considerada, acima de tudo, funcional para a reprodução. Embora o género nesta época fosse concebido em termos binários — masculino e feminino —, a sexualidade era definida menos pela identidade do que pelo papel social. Não era o género do parceiro que era decisivo, mas a posição na estrutura de poder: ativo versus passivo, livre versus não livre ou escravizado. As relações entre homens adultos e rapazes adolescentes (pederastia) eram socialmente aceites, desde que seguissem certas normas.

Quanto à velhice, era frequentemente associada ao isolamento, à sabedoria ou à devoção espiritual. A atividade sexual para além de fins reprodutivos, especialmente na velhice, era considerada bastante inadequada ou moralmente questionável. Estas ideias normativas tinham um efeito não só a nível individual, mas também estrutural: os desvios podiam resultar em sanções sociais. A sexualidade na velhice não era tanto invisível, mas sim moralmente desqualificada. No entanto, é importante referir

que havia muito poucas pessoas idosas ou muito idosas. A maioria das pessoas morria numa idade que corresponde aos atuais «Bestagers».

Com a difusão do cristianismo na Idade Média (aproximadamente do século IX ao XV), a visão sobre o género e a sexualidade na Europa mudou fundamentalmente. A sexualidade foi cada vez mais moralizada e associada ao pecado. O sexo legítimo limitava-se ao casamento e destinava-se à procriação. A luxúria era considerada um crime perigoso ou entendida como um pecado. No pensamento patriarcal, a mulher era vista como a «sedutora» do homem, a menos que fosse considerada uma «virgem» imaculada de todo o pecado — ou seja, da sexualidade. Esta dicotomia ainda hoje pode ser encontrada na ideia cristã da «Virgem Maria», que ao mesmo tempo se torna mãe — mas sem o sexo associado ao pecado.

2.2 Período Moderno Inicial: Disciplina e Ciência

Entre os séculos XVI e XVIII, o controlo do Estado e da Igreja sobre o corpo e a sexualidade intensificou-se, e a vida conjugal ficou sujeita a regulamentações mais rigorosas. Na Igreja Católica, foi introduzido o celibato para os padres. Ao mesmo tempo, a medicina começou a investigar sistematicamente o género. Durante este período (por volta de 1800), o chamado «modelo de dois géneros» tornou-se cada vez mais prevalente na Europa, substituindo assim a ideia de que as mulheres eram «homens incompletos». Passou-se a postular que mulheres e homens eram opostos fundamentais, com base biológica. Deste pressuposto derivaram então os papéis sociais (por exemplo, dona de casa, provedor da família), que passaram a ser considerados «naturais».

A sexualidade passou a ser cada vez mais vista como um ato individual que tinha de ser monitorizado, classificado e padronizado. Os desvios já não eram considerados apenas um pecado, mas eram cada vez mais classificados como uma doença ou mesmo um crime. Estas ideias chegaram ao ponto de até a masturbação ser considerada perigosa para a saúde. Este mito sobreviveu até ao século XX e ainda pode ser encontrado em algumas sociedades e meios sociais.

2.3 Modernidade: Normalização Médica e Científica

A partir do século XVIII, com a modernidade e o surgimento de formas de pensamento científicas, a visão da sexualidade acima descrita consolidou-se. A classificação biológica levou à consolidação da ideia de dois sexos claramente separados com características «naturais». A sexualidade passou a ser cada vez mais encarada de um ponto de vista médico e biológico. A par disso, a ideia de *fases da vida* claramente distinguíveis com funções específicas também se consolidou na consideração dos papéis biológicos. A idade passou a ser frequentemente avaliada como uma fase de défice, caracterizada pelo declínio físico e pela perda de funções. A sexualidade na velhice já não era principalmente condenada do ponto de vista moral, mas sim patologizada por já não ser «adequada à idade» ou considerada um problema médico, uma vez que era vista como inadequada para pessoas idosas. Uma sexualidade «saudável» e adequada era cada vez mais atribuída apenas aos jovens, em ligação com a possibilidade de reprodução.

Esta perspetiva contribuiu para a consolidação do pressuposto de que a sexualidade está ligada à juventude, à saúde e à produtividade. Paralelamente a este desenvolvimento, surgiram os primeiros movimentos sociais, como o movimento feminista inicial, que questionavam estas atribuições.

2.4 Século XIX: Burguesia, patologização e identidade

O século XIX trouxe mudanças profundas. A sociedade burguesa elevou a família nuclear a um ideal moral, e a fidelidade sexual no casamento tornou-se ainda mais firmemente estabelecida como norma. Os papéis de género estavam nitidamente separados: o homem pertencia à esfera pública e ao emprego remunerado, a mulher ao lar, onde a sua tarefa central era a maternidade (cf. Beck-

Gernsheim 1980). No entanto, este modelo só era viável para as mulheres da classe média. As trabalhadoras tinham de cuidar do lar e dos filhos, além de exercerem uma atividade remunerada.

Ao mesmo tempo, surgiu a sexologia moderna. Foram cunhados termos como «homossexualidade» — inicialmente como um diagnóstico médico. Esta foi a primeira vez que o desejo pelo mesmo sexo foi entendido como uma identidade estável, mas sobretudo como um desvio ou uma degeneração.

Esta nova categorização teve consequências ambivalentes: permitiu e promoveu a visibilidade e a autodescrição, mas também conduziu à estigmatização, uma vez que estava associada a uma «doença».

As pessoas afetadas, por sua vez, tentaram evitar esta última através de tentativas de tratamento infrutíferas, que lhes foram prescritas por alguns psiquiatras. No entanto, se a homossexualidade fosse reconhecida como uma característica imutável e de uma pessoa, havia também a oportunidade de empreender ação política contra a criminalização dos atos entre pessoas do mesmo sexo. Mesmo de acordo com o parecer jurídico da época, apenas aqueles que fossem responsáveis pelas suas ações podiam ser punidos. Karl-Heinrich Ulrichs foi o primeiro a tentar exigir a abolição da responsabilidade criminal com esta justificação no Congresso de Juristas Alemães de 1867. No entanto, não teve sucesso. Isto é surpreendente, uma vez que os atos homossexuais já estavam isentos de punição em alguns estados alemães antes da fundação do Império Alemão, em 1871. No novo código penal do Reich alemão, contudo, o § 143 do Código Penal da Prússia foi adotado como § 175, o que tornava a «fornicação contra a natureza» entre homens um crime punível.

2.5 Século XX: rupturas, violência e libertação

O século XX foi marcado por contrastes extremos. Na Alemanha, a industrialização, a urbanização e a Primeira Guerra Mundial levaram à desintegração dos modelos tradicionais de papéis. A guerra, em particular, fez com que as mulheres tivessem de assumir as tarefas dos homens que estavam no campo de batalha. Após o fim da guerra, muitas mulheres não quiseram regressar ao seu «antigo papel». Foram ajudadas pelo facto de, com o fim do Império Alemão, as mulheres terem também obtido o direito de voto. Em Berlim, em particular, desenvolveu-se uma subcultura gay/lésbica pronunciada numa sociedade mais liberal, o que era único no mundo. O regime nacional-socialista pôs fim a esta evolução na forma de lidar com a homossexualidade e voltou a consolidar normas de género e modelos de comportamento rígidos. A fim de facilitar a perseguição de homens homossexuais, o § 175 foi endurecido em 1935, de tal forma que até mesmo olhares sugestivos podiam desencadear uma ação penal. Foi feita uma distinção entre homens que tinham sido apenas seduzidos e homossexuais manifestos. Os atos entre pessoas do mesmo sexo deixaram de ser interpretados como parte da personalidade, passando a ser novamente considerados conduta culposa. No entanto, já não se tratava de questões morais, mas sim da acusação de que os homens homossexuais se recusariam a reproduzir-se. As mulheres, por outro lado, eram vistas como seres puramente «passivos», tal como no Império Alemão. Consequentemente, o § 175 não lhes foi aplicado em 1935. No entanto, as mulheres lésbicas eram perseguidas quando se manifestavam abertamente. Passou então a ser possível uma acusação por violação da moralidade.



Figura 1. Imagem criada no Canva (2026)

Se olharmos para os países da UE incluídos no nosso projeto, o **movimento pelos direitos dos homossexuais cipriota (AKOK)** surgiu um pouco mais tarde do que na Alemanha. Por iniciativa do conhecido ativista Alecos Modinos, junt , com 16 homens homossexuais e uma mulher lésbica, foi oficialmente fundado em dezembro de 1987. A fundação ocorreu numa altura em que as relações entre homens do mesmo sexo também eram puníveis em Chipre e a homossexualidade raramente era discutida em público. Como primeiro grupo organizado de defesa das pessoas LGBT na ilha, o AKOK dedicou-se principalmente à descriminalização da homossexualidade masculina.

Portugal juntou-se a um número crescente de países europeus na década de 1980, intensificando os seus esforços para reconhecer e proteger os direitos sexuais. Embora a descriminalização não tenha eliminado imediatamente a estigmatização e a discriminação existentes, representou um passo estrutural fundamental para o reconhecimento dos direitos e da dignidade das pessoas LGBTIQ+. A reforma alinhou o país com outros Estados europeus que já tinham descriminalizado a homossexualidade e lançou as bases para novas medidas na área da igualdade jurídica.

Em França, a plena igualdade jurídica foi concretizada em agosto de 1982, no sentido da descriminalização dos atos homossexuais. A alteração da lei significou que as relações entre adultos do mesmo sexo, por consentimento mútuo, deixaram de ser tratadas de forma diferente das relações heterossexuais ao abrigo do direito penal. Isto reforçou um importante princípio jurídico de igualdade. Ao mesmo tempo, a aceitação social continuava a ser limitada e muitas pessoas LGBTIQ+ continuavam a enfrentar preconceitos e discriminação na vida quotidiana. No entanto, a reforma representou um passo fundamental rumo à normalização jurídica e constituiu um importante ponto de referência para os desenvolvimentos subsequentes em matéria de igualdade de género na Europa.

Na Roménia, em 2001, no âmbito do processo de adesão à UE, o governo pôs fim à perseguição penal e à discriminação legal das pessoas LGBTQ através de um decreto de emergência. A reforma estava intimamente ligada aos requisitos da integração europeia, mas foi além de uma adaptação puramente formal. A abolição do artigo representou um importante ponto de viragem simbólico, uma vez que, pela primeira vez, deu maior ênfase ao direito à privacidade e à dignidade dos cidadãos homossexuais. Embora a medida se inscrevesse inicialmente, sobretudo, no contexto dos critérios de adesão à UE, marcou um passo fundamental rumo à igualdade jurídica.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, a perseguição a homens homossexuais na República Federal da Alemanha continuou, inicialmente, inalterada, e os homens condenados ao abrigo do § 175 do nacional-socialismo permaneceram na prisão. Consequentemente, a maioria das condenações ao abrigo do § 175 ocorreu na década de 1950. Tal foi possível, entre outras coisas, graças a um acórdão do BVG de 1957, que não classificou o § 175 como lei nacional-socialista. Além disso, o tribunal considerou que o tratamento diferenciado entre homens e mulheres previsto no § 175 não violava o princípio da igualdade consagrado na Lei Fundamental, uma vez que a sexualidade de homens e mulheres seria fundamentalmente diferente.

A revolução sexual das décadas de 1960 e 1970 questionou então o casamento, a heteronormatividade e as ordens de género patriarcais. Os movimentos feministas lutaram pelos direitos reprodutivos, pela autodeterminação sexual e pela igualdade.

Os movimentos lésbicos, gays e, mais tarde, trans* e inter* exigiram reconhecimento social. O género e a sexualidade passaram a ser cada vez mais entendidos como construções sociais, e não apenas como factos biológicos. Nos últimos anos, «queer» tornou-se o termo genérico para pessoas não «heteronormativas», o que inclui também pessoas cujo desejo sexual não se fixa num único género ou que não se sentem nem homens nem mulheres.

2.6 Presente: Pluralização e Conflito

Uma maior igualdade e uma diversidade de estilos de vida caracterizam a Europa atual. Por exemplo, **em 2016, o direito à adoção por casais do mesmo sexo casados** foi consagrado na lei em Portugal. Anteriormente, a situação jurídica era muito mais restritiva: embora os casais do mesmo sexo — independentemente de serem casados ou viverem numa união de facto registada — pudessem adotar em certos casos, normalmente apenas um dos parceiros podia assumir a parentalidade legal. Isto criava frequentemente desigualdade jurídica no seio da família, uma vez que um dos progenitores não era plenamente reconhecido e as crianças tinham uma proteção jurídica limitada por parte de ambos os cuidadores. A reforma de 2016 eliminou estas diferenças e permitiu tanto a adoção conjunta como a chamada adoção de enteados. A alteração harmonizou o direito da família português com as normas internacionais de direitos humanos e, ao mesmo tempo, teve em conta a realidade vivida por muitas famílias LGBTIQ+.

O direito à adoção conjunta para casais do mesmo sexo na **Alemanha foi introduzido com a entrada em vigor do «casamento para todos» a 1 de outubro de 2017.** Desde essa data, os casais do mesmo sexo podem casar-se e adotar crianças em conjunto, colocando-os em pé de igualdade com os casais heterossexuais casados.

Em 2018, o então Presidente de Portugal, Marcelo Rebelo de Sousa, anunciou a Lei sobre a Autodeterminação de Género. Esta lei introduz o direito de alterar o nome oficial e o género aos 16 anos de idade e com o apoio adequado, reduzindo assim os obstáculos burocráticos e discriminatórios.

Em maio de 2020, Chipre introduziu uma proibição abrangente das chamadas «terapias de conversão». Esta proibição abrange todas as práticas psicológicas, médicas, religiosas ou outras que visem alterar ou suprimir a orientação sexual ou a identidade de género de uma pessoa. As violações podem ser punidas com pena de prisão até cinco anos, bem como com multas.

A iniciativa legislativa contou com um apoio significativo da organização Accept–LGBT Chipre e está em conformidade com as recomendações da União Europeia.

A regulamentação surge na sequência de desenvolvimentos anteriores, tais como a descriminalização dos atos homossexuais e a introdução das uniões civis registadas. Ao classificar estas práticas como uma forma de violência doméstica, a lei cria também oportunidades legais para que as pessoas afetadas exijam proteção e justiça através de sistemas de denúncia e de processos judiciais. Apesar

de algumas reservas sociais ainda existentes, Chipre é, assim, considerado um pioneiro na região no domínio da proteção jurídica das pessoas LGBTQ+.

Na Alemanha, a Lei sobre a Proteção contra Tratamentos de Conversão entrou em vigor a **24 de junho** de 2020, e a **França proíbe as terapias de conversão** e práticas destinadas a alterar a orientação sexual ou a identidade de gênero de uma pessoa a partir de janeiro de **2022**.

Os casamentos entre pessoas do mesmo sexo, o reconhecimento legal das pessoas trans* na Alemanha desde 2024 e os debates sobre géneros não binários representam uma mudança profunda nas normas sociais.

Ao mesmo tempo, estes desenvolvimentos não são universalmente desejados e aceites, e os conceitos pluralistas de gênero e sexualidade estão a ser questionados por movimentos religiosos, conservadores e nacionalistas. Torna-se claro que as normas nunca são definitivas, mas sim uma expressão de lutas contínuas pelo poder e pela interpretação.

3. Fatores que influenciam as imagens da velhice

3.1 Narrativas culturais sobre o envelhecimento e a «adequação»

As narrativas culturais têm várias funções: servem para transmitir informação, comunicar, construir comunidade, transmitir conhecimento ou simplesmente entreter (cf. Matuszkiewicz 2017). Estas narrativas culturais são também designadas por narrativas e estruturam as ideias sociais. Transmitem expectativas implícitas e definem o que é considerado «normal» ou «desviado».

No que diz respeito à velhice, existem na nossa sociedade ocidental narrativas que associam o envelhecimento ao afastamento, ao repouso e à redução das necessidades. A necessidade de participação ativa em eventos, especialmente eventos destinados às gerações mais jovens, pode então causar espanto. Por exemplo, uma participante no grupo de discussão na Alemanha descreve como percebe uma barreira social em termos de idade e oportunidades de participação, apesar do abrandamento das imagens estereotipadas da idade:

“O que sinto é que os 60 anos são uma verdadeira barreira. Tenho a impressão de que, para se poder participar em algo, não se deve ter mais de 60 anos. Ouço isso com cada vez mais frequência.”

Nestas narrativas, a sexualidade está frequentemente em contradição com as expectativas de um envelhecimento «adequado». As pessoas mais velhas são retratadas principalmente em papéis como avós, pessoas que necessitam de cuidados ou conselheiros sábios, enquanto a sua fisicalidade e sexualidade são postas de lado. Isto cria a imagem de uma fase assexual da vida.

Estas narrativas têm um efeito a vários níveis: influenciam a autoimagem das pessoas idosas, moldam as expectativas familiares e estruturam as condições-quadro institucionais. A sexualidade na velhice não é rejeitada abertamente, mas é frequentemente excluída tacitamente. Este silêncio aumenta a insegurança e a autocensura.

A construção do que é considerado apropriado funciona, assim, como um regulador social. Não determina tanto o que é proibido, mas sim o que não é abordado. Neste sentido, as narrativas culturais constituem um elo central entre as normas que evoluíram ao longo da história e as práticas

atuais — e, por isso, são a chave para compreender o tabu persistente em torno da sexualidade na velhice.

3.2 Representações mediáticas da idade e da sexualidade: visibilidade, estereótipos e invisibilidade

Os meios de comunicação desempenham um papel central na comunicação e na estabilização das normas sociais. Funcionam como espaços de ressonância cultural nos quais as ideias sociais sobre o corpo, o género, a sexualidade e a idade são reproduzidas, condensadas ou mesmo questionadas. No que diz respeito à sexualidade na velhice, existe uma discrepância marcante entre a prática na vida real e a representação nos meios de comunicação.

As pessoas idosas aparecem comparativamente poucas vezes como sujeitos sexuais, tanto nos meios de comunicação tradicionais como nos digitais. Quando se discute a sexualidade na terceira idade, isso acontece frequentemente através de formas específicas de representação: como um desvio humorístico, como um problema médico ou psicológico, ou como um acontecimento moralmente perturbador. Estas representações contribuem para a reprodução de imagens estereotipadas, nas quais os desejos sexuais das pessoas idosas são ridicularizados, problematizados ou completamente negados.

Uma característica central das representações mediáticas é a **invisibilidade**, que também é descrita e criticada por um participante do grupo de discussão da Alemanha:

“Isto aplica-se em particular à sexualidade — é praticamente invisível. Embora vivamos numa sociedade repleta de imagens e estímulos sexualizados, estes quase nunca afetam as pessoas idosas. É sempre sobre os jovens — porque as pessoas idosas partem do princípio de que já não se passa nada.”

A falta generalizada de representações realistas e diversificadas da sexualidade na velhice cria a impressão de que se trata de um fenómeno marginal ou de algo socialmente irrelevante. A invisibilidade tem um efeito normativo: o que não é mostrado não parece ser intencional. Como resultado, a sexualidade está implicitamente associada à juventude, à atratividade e ao desempenho físico.

Ao mesmo tempo, porém, os meios de comunicação também contribuem para a codificação de imagens corporais normativas. Os corpos envelhecidos são frequentemente retratados como deficientes, doentes ou necessitados de cuidados, o que significa que permanecem excluídos dos discursos dominantes sobre a sexualidade. Esta lógica de representação influencia não só as atitudes sociais, mas também os contextos profissionais, por exemplo, nos cuidados de enfermagem, no aconselhamento ou na educação de adultos, nos quais as imagens dos meios de comunicação podem ser adotadas sem reflexão.

O efeito dos estereótipos mediáticos não se limita às perceções individuais. Estes moldam as expectativas familiares, as rotinas institucionais e os discursos políticos. A sexualidade na velhice não é explicitamente proibida desta forma, mas sim marginalizada estruturalmente. A comunicação social contribui, assim, de forma significativa para a manutenção de normas sociais que concebem o envelhecimento e a sexualidade como contraditórios.

Uma análise crítica das representações mediáticas é, por isso, uma componente central do trabalho educativo de reflexão sobre as normas. Permite desconstruir imagens dominantes, tornar visível o que está invisível e abrir narrativas alternativas que reconheçam a sexualidade na velhice como uma parte natural da vida humana.

3.3 Tabus, silêncio e prática institucional

A sexualidade na velhice é um **tema duplamente tabu** em muitas sociedades. Depara-se com normas sociais que, geralmente, associam a sexualidade à juventude, à atratividade e ao desempenho, e com ideias relacionadas com a idade, como o isolamento, a sabedoria ou a adequação moral. O resultado é, muitas vezes, o silêncio — tanto nas famílias como em contextos institucionais. Este silêncio não conduz à neutralidade, mas sim à incerteza, ao desconforto e à marginalização estrutural.

Nos contextos familiares, o tabu manifesta-se frequentemente através de sinais subtis: os desejos, as necessidades de intimidade ou as experiências sexuais dos idosos não são abordados ou são tacitamente desvalorizados. Os profissionais de enfermagem, aconselhamento ou serviço social enfrentam frequentemente esta espiral de silêncio como um desafio. Têm de ponderar entre a contenção profissional, a responsabilidade ética e a necessidade das pessoas afetadas de verem reconhecida a realidade das suas vidas. A falta de educação e formação sobre este tema aumenta a incerteza e as inibições.

A nível institucional, os tabus são reforçados por estruturas e regras. Instituições como lares de idosos ou centros de aconselhamento muitas vezes não dispõem de orientações claras para lidar com a sexualidade dos idosos. Há uma falta de espaços, recursos ou orientações para a integração temática na educação ou nos serviços de cuidados. Consequentemente, isto pode levar à estagnação, à autocensura normativa ou mesmo a reações inadequadas às necessidades dos idosos.

A análise destes padrões de tabu mostra que o silêncio não surge por acaso, mas é consolidado por **mecanismos sociais, históricos e institucionais**. Os módulos de educação e formação podem desempenhar um papel fundamental neste contexto: ao refletirem sobre as suas próprias atitudes, desconstruam narrativas dominantes e discutirem estudos de caso, os participantes ficam capacitados para abordar conscientemente os tabus. Aprendem a identificar incertezas, a questionar criticamente as expectativas normativas e a desenvolver estratégias orientadas para a ação que respondam às necessidades dos idosos.

Lidar com os tabus não é, portanto, apenas uma tarefa teórica, mas tem relevância prática imediata: permite que os formadores de adultos e os profissionais criem espaços de aprendizagem e de trabalho nos quais a sexualidade na velhice possa ser visível, respeitada e abordada de forma profissional.



Orientações para Educadores e Profissionais

A seguir, são apresentadas algumas orientações destinadas a apoiar profissionais e participantes na abordagem do tema da idade e da sexualidade de forma reflexiva, sensível e profissional, tanto em seminários como nas suas próprias organizações.

Recomendações de comunicação

Uma abordagem respeitosa do tema começa pela linguagem. A comunicação deve, por isso, ser valorizante e aberta, ou seja,

- A atitude caracteriza-se pelo pressuposto básico: a sexualidade na terceira idade é possível.

- As perguntas abertas, que permitem uma ampla gama de respostas, são favoráveis ao diálogo. Estas devem ser isentas de julgamentos de valor.
- Devem evitar-se perguntas sugestivas.
- As pausas, as incertezas e o silêncio podem ser permitidos e tolerados.
- A forma como uma pessoa se define deve ser respeitada e não questionada.

Princípios fundamentais:

1. Descrever em vez de avaliar

- Separar as observações das interpretações.
- Evite rótulos (por exemplo, «inadequado»); em vez disso, seja específico e o mais neutro possível → «*Reparei que...*».

2. Use mensagens em «eu»

- Torne transparentes as suas próprias perceções, sentimentos e necessidades.
- Sem generalizações nem recriminações.
«*Estou irritado porque teria interpretado a nossa abordagem de forma diferente*», em vez de «*Tu não fazes assim*».

3. Abertura a diferentes perspetivas

- Aceite que não existe um único ponto de vista correto.
- Perguntar em vez de insinuar. «*Como é que viveste a situação?*»

4. Sem normas implícitas ou «mensagens masculinas»

- Evite afirmações como:
 - «É assim que deve ser».
 - «Devias...».
- Em vez disso: expressa os teus próprios valores sem os tornar absolutos.

5. Respeite a autonomia

- Propostas em vez de instruções: «*Será que ajudaria se procurássemos outra solução?*».

6. Reconhecimento dos sentimentos – sem julgamentos

- Aceite os sentimentos, mesmo que não os partilhe.
«*Isso parece-te frustrante*» (e não: «*Não há motivo para isso*»).

7. Use uma linguagem inclusiva e precisa

- Não faça generalizações sobre grupos ou pessoas.
- Sensibilidade às relações de poder e aos papéis (por exemplo, professor – aluno, cuidador – residente, gestor – colaborador).

8. Objetivo: Compreender, não corrigir

- Entender a comunicação como um processo conjunto de esclarecimento.

- Não se trata de «corrigir», mas sim de se concentrar na relação e na compreensão.

O que fazer e o que não fazer

O que fazer	O que não se deve fazer
Refletir ativamente sobre as suas próprias suposições	Ignorar ou banalizar a sexualidade na terceira idade
Reconhecer a diversidade dos planos de vida	Usar o humor às custas dos idosos
Tentar conscientemente tornar a própria linguagem inclusiva	Fazer afirmações normativas («Nessa idade é...»)
Mencionar abertamente as incertezas («Este é um tema delicado...»)	Abordar temas íntimos sem consentimento
Recorrer à formação contínua e ao aperfeiçoamento profissional	Generalizar atribuições culturais ou religiosas

Riscos e estratégias de prevenção

Um risco central que pode impedir um trabalho educativo reflexivo e inclusivo é a reprodução inconsciente de estereótipos relacionados com a idade e a sexualidade. Sem intenção, por exemplo, no trabalho educativo, são apresentadas representações simplistas ou feitos comentários humorísticos que, em última análise, caracterizam a sexualidade na velhice como um desvio. Se a isso se juntarem atitudes e afirmações moralizantes («mas não se deve fazer isso nessa idade»), a autonomia e a autodeterminação das pessoas idosas são restringidas ou ignoradas.

A medicalização das necessidades sexuais dos idosos também é problemática, ou seja, a sexualidade na terceira idade é considerada principalmente de um ponto de vista médico e entendida como um problema funcional, enquanto os significados e necessidades subjetivos, as experiências relacionais e os contextos sociais são ignorados.

Para evitar estes riscos, a autorreflexão contínua por parte dos profissionais é fundamental. A análise consciente das próprias normas, incertezas e influências culturais contribui para o reconhecimento de atribuições irrefletidas. Formatos de intercâmbio entre colegas, discussões de casos e a utilização de materiais multiperspetivos que tornam visível a diversidade têm um efeito de apoio. A separação entre os valores pessoais e o papel profissional permite agir com sensibilidade e respeito, mesmo em situações de ambivalência normativa. Desta forma, o trabalho educativo e prático pode ajudar a evitar a consolidação de estereótipos e a promover uma abordagem aberta e digna da sexualidade na terceira idade.



Resumo e Mensagens-Chave

A história das normas sociais de género e sexualidade na Europa é uma história de controlo e libertação, de invisibilidade e visibilidade. Torna claro que aquilo que nos parece «natural» sempre se desenvolveu historicamente — e é, por isso, passível de mudança. O desenvolvimento histórico não revela, assim, uma liberalização linear, mas sim uma ambivalência entre a abertura e a persistência de exclusões normativas. Esta ambivalência molda as narrativas culturais atuais sobre o envelhecimento e a sexualidade.

Mensagens principais

- **As normas atuais não são nem evidentes por si mesmas nem imutáveis, mas sim o resultado de desenvolvimentos sociais.**
- **Os conceitos são, portanto, passíveis de mudança.**
Impulso prático: Questione criticamente as suas próprias suposições e padrões, repetidamente.
- **As narrativas culturais moldam as nossas perceções e ações:** as narrativas sobre o «envelhecimento adequado» ou a «sexualidade natural» influenciam as nossas atitudes.
Sugestão prática: no trabalho pedagógico, estas narrativas podem ser tornadas visíveis, questionadas e podem ser oferecidas perspetivas alternativas.
- **Ambivalências na perceção e na mudança:** o progresso na visibilidade da sexualidade na velhice coexiste com exclusões persistentes.
Sugestão prática: Reconheça as contradições e aborde-as de forma metodicamente refletida — por exemplo, em discussões, estudos de caso ou trabalho em grupo.
- **A reflexão profissional é fundamental:** as ambivalências e os tabus exigem que os profissionais reflitam ativamente sobre os seus próprios valores, inseguranças e pressupostos.
Impulso prático: Recorra à supervisão, ao intercâmbio entre colegas e à formação contínua para agir de forma crítica em relação às normas.



Ferramentas Práticas

Através de uma implementação metodológica inclusiva e adequada do módulo, os participantes devem ser capacitados para atingir objetivos de aprendizagem a diferentes níveis.

Objetivos de aprendizagem do módulo de formação

Após a conclusão do módulo, os participantes deverão ter alcançado os seguintes objetivos:

Objetivos de conhecimento

- Saber relacionar as normas sociais com os papéis de género, a sexualidade e a idade no contexto do desenvolvimento histórico.
- Conhecer as principais narrativas históricas e atuais sobre o envelhecimento e a sexualidade,
- Compreendem os mecanismos que estão na base das ligações entre os tabus sociais e a sexualidade.

Objetivos reflexivos

- São capazes de refletir sobre as suas próprias atitudes e inseguranças.
- Conhecem os seus próprios valores e conseguem distinguir as normas sociais dos juízos de valor pessoais.

Competência para agir

- Conhecem os critérios de uma comunicação apreciativa e isenta de preconceitos e sabem aplicá-los.
- Sabem como questionar com sensibilidade as atribuições estereotipadas e abordar as pessoas de forma valorizante, em vez de as evitar e de evitar conversas sobre sexualidade.

Plano de Aula do Módulo 4

O plano de aula é um guia estruturado para a implementação do módulo no trabalho educativo. Oferece aos formadores ou especialistas uma orientação estruturada para uma sessão de formação com duração aproximada de 2,5 horas. Inclui uma apresentação em PowerPoint, bem como uma lista de verificação para a preparação, e descreve os resultados de aprendizagem esperados e três exercícios (ver abaixo).

Plano de Aula do Módulo 4 – [*A História das Normas Sociais de Género e Sexualidade na Europa*](#)

Apresentação do Módulo 4**Exercício 1 – «Barómetro de Posições: Sexualidade na Terceira Idade»****Objetivos:**

- Sensibilização dos participantes para o tema do seminário.
- Uma avaliação inicial da situação atual e a criação de uma base para a discussão.
- Promover a abertura dos participantes às discussões em plenário.

Recursos:

Três folhas preparadas ou cartões de moderação, cada um com uma afirmação: 1. «Isso não se aplica de todo a mim», 2. «Às vezes é assim comigo», 3. «Sim, concordo plenamente com isso».

Exercício 2 – «Imagens da Idade e da Sexualidade»**Objetivos:**

Os participantes

- reconhecem que as suas ideias são moldadas por imagens sociais
- distinguem entre associações pessoais e visibilidade social
- compreendem que as normas variam ao longo da história
- refletem sobre como surgem a invisibilidade e os estereótipos
- desenvolvem abordagens iniciais para questionar as suas próprias imagens.

Recursos: Materiais de apresentação, flipchart, quadro de afixação.

Exercício 3 – Autorreflexão: Sexualidade na Terceira Idade – Normas, Valores e Tabus

Objetivos:

- Uma análise aprofundada das próprias suposições
- Compreensão de como se formam as atitudes em relação às normas sociais
- Reflexão sobre as normas sociais e troca de ideias para evitar estereótipos

Recursos:

Fichas de trabalho preparadas com as perguntas orientadoras para o trabalho individual e a discussão subsequente em pequenos grupos e em plenário.

Referências

- Ariès, P. (1988). History of private life. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Beck-Gernsheim, E. (1980): Das halbierte Leben: Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie. Frankfurt a.M.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2016). The social construction of reality. Frankfurt a. M.
- Butler, J. (1991). The discomfort of the sexes. Frankfurt a. M.
- Dimbath, O. (2025): Social Norm. In: <https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Norm>
- Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M. P., & Lyons, I. (2012). Constructing ageing and age identities: A case study of newspaper discourse. Ageing & Society, 32(1), 85–102.
- Feldmann, M., Wazinski, K., Wanka, A. (2025): Intersectional Perspectives on Age(ing) and Gender in Social Work
- Foucault, M. (1999). The will to know. Sexuality and Truth 1.
- Goffman, E. (1977). Stigma. On Techniques of Coping with Damaged Identity. Frankfurt a. M.
- Honneth, A. (2010). The I in the We. Berlin
- Matuszkiewicz, K. (2017): "Who Creates History? Media and Personal Narrations in Digital Games". In: Maren Conrad, Theresa Schmidtke and Martin Stobbe (eds.): Digital Contexts. Literature and Computer Games in Contemporary Society. Special issue # 2 of Textpraxis. Digital Journal of Philology (2.2017). URL: <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/kai-matuszkiewicz-wer-erzeugt-die-geschichte>, DOI: <http://dx.doi.org/10.17879/61269492200>.
- Plummer, K. (1995). Telling Sexual Stories. London: Routledge.
- Somers, M. R. (1994). The Narrative Constitution of Identity. Theory and Society, 23(5), 605–649.
- Woodward, K. (2006). Aging and Its Discontents. Bloomington: Indiana University Press.

MÓDULO 5

A Sexualidade na Terceira Idade e os Indicadores de Saúde

Desenvolvido por:

Ioana Teacoe

Societatea Română Alzheimer



Visão Geral

Este módulo explora a sexualidade na terceira idade como um aspeto multidimensional da saúde, do bem-estar e da dignidade humana. Ultrapassando os estereótipos que associam o envelhecimento a uma perda de intimidade ou de desejo, o módulo apresenta o bem-estar sexual como uma componente integral do envelhecimento saudável, moldado por fatores biológicos, psicológicos, relacionais e sociais. O objetivo é apoiar educadores, profissionais de saúde e outros profissionais na compreensão de como a expressão sexual e as necessidades íntimas podem evoluir na terceira idade, mantendo-se significativas e relevantes para a qualidade de vida.

O módulo começa por descrever as alterações médicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento, tanto em homens como em mulheres, enfatizando a variabilidade, em vez do declínio, como a característica definidora da sexualidade na terceira idade. Em seguida, examina como as doenças crónicas e a medicação podem influenciar o funcionamento sexual através de sintomas físicos, efeitos do tratamento e impacto geral na saúde. Partindo desta base, o módulo destaca a importância da saúde mental, da imagem corporal e do bem-estar relacional, reconhecendo que a segurança emocional, a companhia e a autopercepção moldam frequentemente a experiência sexual de forma tão forte quanto os fatores fisiológicos.

As secções seguintes abordam os riscos para a saúde sexual e as estratégias de proteção, incluindo a presença subestimada de infeções sexualmente transmissíveis nas populações mais idosas e a importância da prevenção, da educação e do diálogo clínico de rotina. O módulo conclui com um enfoque na comunicação ética e centrada na pessoa em contextos de cuidados de saúde, oferecendo orientações práticas para iniciar conversas respeitadas sobre sexualidade e responder às necessidades expressas. Em conjunto, estes componentes proporcionam um quadro holístico que integra conhecimento, consciência ética e competências práticas de comunicação para apoiar o bem-estar sexual na terceira idade.

Este módulo baseia-se também nas perspetivas que emergiram dos Grupos de Discussão e das Sessões de Diálogo Intergeracional realizadas no âmbito do projeto, onde os idosos partilharam reflexões pessoais sobre intimidade, solidão, ligação emocional e o significado da sexualidade na terceira idade. Estas discussões destacaram que a sexualidade é frequentemente entendida pelos idosos não apenas em termos fisiológicos, mas como uma experiência mais ampla de afeto, comunicação, dignidade e pertença relacional. Os participantes também enfatizaram o impacto da solidão, do isolamento social e das mudanças nas circunstâncias de vida no bem-estar, reforçando a importância de abordar a sexualidade num quadro holístico e centrado na pessoa. A integração destas experiências vividas, a par do conhecimento médico e psicossocial, reforça a relevância do módulo e garante que a orientação profissional se mantenha fundamentada nas necessidades reais e nas vozes dos idosos envolvidos no projeto.



Conceitos-Chave e Definições

Alterações médicas e fisiológicas

O envelhecimento envolve alterações endócrinas, vasculares, neurológicas e musculoesqueléticas graduais que podem influenciar o desejo sexual, a excitação, o conforto e a resposta. Estes processos variam amplamente entre indivíduos e não impedem inevitavelmente relações íntimas satisfatórias ou significativas.

Doenças crónicas e efeitos da medicação

As doenças crónicas comuns na terceira idade — tais como doenças cardiovasculares, diabetes, artrite ou cancro — e os seus tratamentos podem afetar o funcionamento sexual através de fadiga, dor, comprometimento vascular ou neurológico, alterações hormonais ou efeitos secundários da medicação. Reconhecer os fatores modificáveis, incluindo as influências farmacológicas, é essencial para cuidados centrados na pessoa.

Polifarmácia

A polifarmácia refere-se ao uso simultâneo de vários medicamentos, comum nas populações mais idosas. Pode influenciar o funcionamento sexual através de efeitos secundários que afetam a libido, a excitação, a lubrificação, a função erétil ou a energia e o humor em geral.

Saúde mental, imagem corporal e bem-estar relacional

O bem-estar emocional, a autoperceção e a qualidade das relações influenciam fortemente a expressão sexual na terceira idade. A depressão, a ansiedade, a solidão ou o luto podem reduzir o desejo e a intimidade, enquanto a companhia, a segurança emocional e uma imagem corporal positiva podem apoiar a manutenção da ligação e da satisfação.

Riscos e proteção em matéria de saúde sexual

Os idosos continuam suscetíveis a infeções sexualmente transmissíveis e a outros problemas de saúde sexual, especialmente quando a prevenção, o rastreio e a educação são limitados. As abordagens de proteção incluem o diálogo regular, práticas de sexo seguro, acesso à informação e integração da saúde sexual nos cuidados de saúde gerais.

Comunicação centrada na pessoa

A comunicação centrada na pessoa reconhece a sexualidade como um aspeto legítimo da dignidade, autonomia e identidade ao longo de toda a vida. Envolve um diálogo respeitoso e inclusivo, a tomada de decisões partilhada, a atenção às necessidades emocionais e relacionais e a adaptação aos contextos culturais e sociais individuais.

Ciclo de resposta sexual

O ciclo de resposta sexual refere-se à sequência de processos fisiológicos e psicológicos associados à excitação e satisfação sexuais, comumente descritos como desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução.



Compreender o Tema

Alterações médicas e fisiológicas na sexualidade na terceira idade

À medida que as pessoas envelhecem, sofrem alterações no seu funcionamento mental, emocional, físico, biológico e social. De uma perspetiva biológica, as alterações relacionadas com o envelhecimento ocorrem em todos os organismos multicelulares que atingem a maturidade reprodutiva, afetam todos os membros de uma espécie e partilham uma base molecular e é comum (Hayflick, 2007). No entanto, o processo de envelhecimento apresenta uma variabilidade individual considerável, particularmente entre mulheres e homens. As mulheres vivem geralmente mais tempo do que os homens, mas podem apresentar maior fragilidade na idade avançada, enquanto os homens enfrentam frequentemente um início mais precoce de fatores de risco cardiovasculares e metabólicos que podem influenciar o funcionamento sexual. Estas distinções destacam a importância de abordagens personalizadas e sensíveis às diferenças de género no que diz respeito à saúde sexual na terceira idade. No contexto da sexualidade, as alterações fisiológicas relacionadas com a idade podem influenciar a expressão sexual, mas não impedem a possibilidade de relações íntimas significativas e satisfatórias.

Compreender estes processos de envelhecimento mais amplos proporciona uma base essencial para analisar as alterações fisiológicas específicas que podem influenciar o funcionamento sexual na terceira idade.

“Após os 60–65 anos, as pessoas não perdem a alegria de viver; pelo contrário, a forma como acedem às alegrias da vida muda.”

(Participante do grupo de discussão, Roménia)

Nos homens, o processo de envelhecimento envolve alterações graduais nos sistemas endócrino, vascular e neurológico que moldam a resposta sexual. Os níveis de testosterona em circulação diminuem normalmente de forma progressiva com o avanço da idade, e esta alteração hormonal pode contribuir para a redução do desejo sexual em alguns indivíduos. É importante referir que as alterações no desejo sexual não são uniformes e que muitos homens mais velhos não apresentam diminuições previsíveis da libido, apesar das alterações hormonais relacionadas com a idade. As alterações vasculares, incluindo a diminuição da complacência arterial e da função endotelial, podem retardar o início da ereção e reduzir a rigidez, exigindo frequentemente uma maior estimulação física para a excitação. Embora a contagem de espermatozoides muitas vezes varie apenas minimamente com a idade, a proporção de espermatozoides funcionalmente viáveis e a probabilidade de conceção podem diminuir. As alterações neurológicas podem atenuar o feedback sensorial, e o período refratário pós-orgásmico prolonga-se normalmente, o que, no seu conjunto, pode alterar o padrão da resposta sexual. Além disso, a sensação de urgência normalmente associada à fase de platô pode diminuir na terceira idade (Meston, 1997; Steffens & Zdany, 2022).

Nas mulheres, a menopausa representa a alteração fisiológica mais significativa que afeta o funcionamento sexual. A diminuição dos níveis de estrogénio e de outras hormonas sexuais contribui para alterações nos tecidos genitais, incluindo o afinamento e a redução da elasticidade do epitélio vaginal, bem como a diminuição da lubrificação natural. Estas alterações podem levar à secura vaginal, ao desconforto ou à dispareunia durante a relação sexual. O envelhecimento pode também estar associado ao encurtamento e estreitamento do canal vaginal, a par de uma redução do fluxo sanguíneo na região pélvica. O envelhecimento altera igualmente o fluxo sanguíneo genital e as respostas de excitação, que podem tornar-se mais lentas ou menos intensas, podendo o número ou a intensidade das contrações musculares durante o orgasmo diminuir (Meston, 1997; Steffens & Zdanys, 2022).

A investigação sobre fisiologia sexual e bem-estar sexual em adultos mais velhos transgénero e de género diverso (TGD) continua a ser limitada, e grande parte das orientações clínicas existentes ainda se baseia em estudos realizados em coortes mais jovens. Consequentemente, a interação a longo prazo entre os processos de envelhecimento e as intervenções médicas de afirmação de género ainda não é totalmente compreendida (Institute of Medicine, 2011; Iwamoto et al., 2023). As evidências disponíveis indicam uma variabilidade individual substancial no funcionamento sexual ao longo de toda a vida. Fatores como a terapia hormonal de afirmação de género a longo prazo, o historial cirúrgico e os efeitos fisiológicos do envelhecimento podem interagir de formas complexas para influenciar o desejo sexual, a excitação, o conforto durante a intimidade e o bem-estar sexual geral (Ceolin et al., 2024).

Por exemplo, estudos indicam que aproximadamente 25–75% dos indivíduos transfemininos podem apresentar alguma forma de disfunção sexual após a vaginoplastia, enquanto cerca de 54% dos indivíduos transmasculinos relatam preocupações com o funcionamento sexual na sequência de procedimentos como a histerectomia ou a faloplastia. Também foram descritos sintomas relacionados com o pavimento pélvico, incluindo incontinência urinária (relatada em até 15% das pessoas transfemininas e em até 50% das pessoas transmasculinas em alguns estudos), bem como sintomas urinários de irritação e desconforto que podem afetar a atividade sexual (Dominoni et al., 2024). No entanto, a literatura disponível continua a ser limitada e heterogénea, com muitos estudos a basearem-se em amostras pequenas e períodos de acompanhamento relativamente curtos. Consequentemente, os resultados a longo prazo ainda não são totalmente compreendidos.

No que diz respeito à terapia hormonal de afirmação de género, o início e a intensidade dos efeitos na função sexual variam consideravelmente entre indivíduos, e a evidência disponível continua a ser limitada para muitos resultados a longo prazo. Por exemplo, o estrogénio combinado com terapia antiandrogénica em indivíduos transfemininos está frequentemente associado à diminuição do desejo sexual, à redução das ereções espontâneas e à atrofia testicular progressiva, alterações que podem ocorrer nos primeiros meses de tratamento. Em contrapartida, a terapia com testosterona em indivíduos transmasculinos conduz frequentemente a um aumento do desejo sexual, ao aumento do clitóris e à cessação da menstruação, enquanto a atrofia vaginal pode, por vezes, contribuir para o desconforto durante a atividade sexual (Hembree et al., 2017).

Para além dos processos fisiológicos e das alterações endócrinas específicas de cada sexo, o bem-estar sexual na terceira idade é também influenciado por doenças crónicas, pelo uso de medicação e por condições de saúde mais amplas, que são exploradas na secção seguinte.

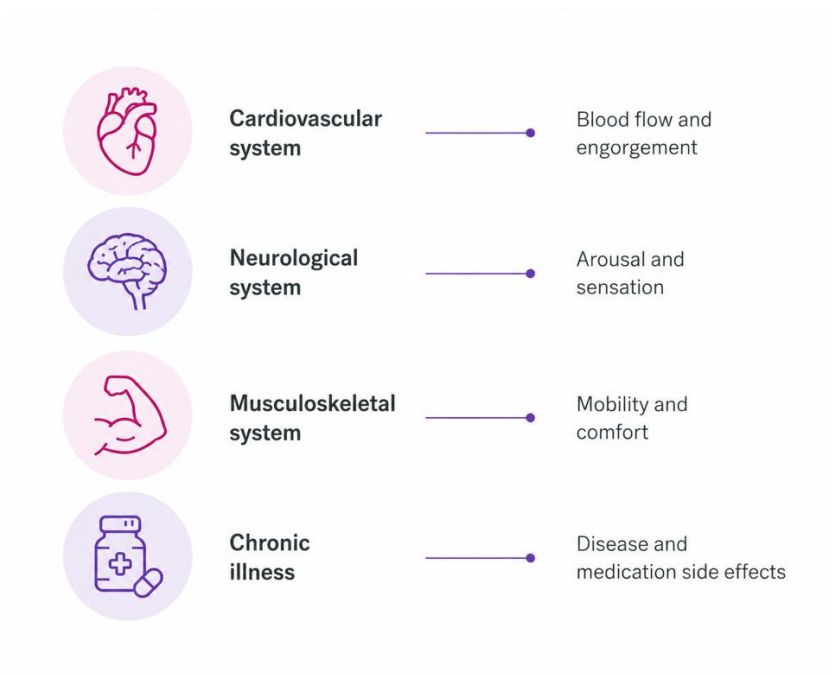


Figura 1. Infográfico gerado por IA

Doenças crónicas, medicação e funcionamento sexual

Evidências de uma revisão narrativa indicam que as doenças crónicas podem influenciar o funcionamento sexual na terceira idade através de mecanismos fisiológicos distintos e do peso dos sintomas (Merghati-Khoei et al., 2016).

- As doenças cardiovasculares podem comprometer o fluxo sanguíneo genital e reduzir a excitação ou a capacidade erétil.
- A diabetes está frequentemente associada a neuropatia, danos vasculares e alterações hormonais que podem afetar o desejo, a ereção ou a lubrificação.
- As doenças respiratórias crónicas podem limitar a resistência física e aumentar a fadiga durante a intimidade.
- As doenças musculoesqueléticas, como a artrite, podem causar dor, rigidez e mobilidade limitada, o que interfere com posições sexuais confortáveis.
- O cancro e os seus tratamentos podem alterar ainda mais a imagem corporal, o equilíbrio hormonal e os níveis de energia, contribuindo para alterações no interesse ou na capacidade de resposta sexual.

Em conjunto, estes exemplos ilustram como o impacto funcional das doenças crónicas na sexualidade reflete frequentemente a interação entre os mecanismos da doença, os efeitos do tratamento e o estado físico geral do indivíduo na terceira idade.

O uso de medicação constitui um fator adicional e frequentemente subestimado que contribui para a disfunção sexual em idosos. Muitos tratamentos farmacológicos prescritos para doenças crónicas — tais como anti-hipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos, sedativos e algumas terapias hormonais — podem influenciar a libido, a excitação, a lubrificação, a função erétil ou a resposta orgásmica.

Na prática clínica, as alterações sexuais são por vezes atribuídas exclusivamente ao envelhecimento ou à progressão da doença, quando, em vez disso, podem estar relacionadas com efeitos modificáveis da medicação. Uma revisão cuidadosa da medicação e uma discussão aberta com profissionais de saúde podem, por isso, desempenhar um papel importante na identificação de fatores reversíveis que contribuem para as dificuldades sexuais. Estas considerações destacam a importância de reconhecer sistematicamente a saúde sexual no âmbito da gestão das doenças crónicas e dos cuidados na terceira idade.

Saúde mental e bem-estar relacional

O bem-estar sexual na terceira idade está intimamente ligado à saúde mental, à experiência emocional e à qualidade das relações interpessoais. A investigação na área da saúde mental geriátrica indica que a depressão, a ansiedade, a solidão e as experiências de perda ou luto estão associadas a uma redução do desejo sexual, a uma diminuição da motivação para a intimidade e ao afastamento da proximidade relacional na terceira idade (DeLamater, 2012). Por outro lado, a segurança emocional, a companhia e o sentimento de pertença podem apoiar o interesse contínuo pelo afeto e pela ligação íntima, mesmo na presença de alterações na saúde física.

***“A sexualidade não se limita apenas ao ato sexual;
abrange muito mais — é um conceito mais amplo.”***

(Participante do grupo de discussão, Roménia)

O envelhecimento é também acompanhado por transformações na imagem corporal que podem influenciar a forma como os idosos percebem a sua atratividade, desejabilidade e direito à intimidade. Alterações corporais visíveis, limitações relacionadas com doenças e crenças internalizadas de discriminação com base na idade podem levar algumas pessoas a considerar a sexualidade inadequada ou inatingível na velhice. Os dados sugerem que estas autopercepções podem moldar a expressão sexual de forma tão forte quanto as próprias alterações fisiológicas, sublinhando a importância de abordar o bem-estar emocional e a autoimagem a par da saúde física (DeLamater & Koepsel, 2015).

Os contextos relacionais desempenham um papel central na definição da experiência sexual na terceira idade. As relações de longo prazo podem evoluir à medida que os papéis se alteram devido aos cuidados prestados, à doença ou à mudança das capacidades funcionais, enquanto os indivíduos sem parceiros podem sentir solidão ou ter oportunidades reduzidas de intimidade. A intimidade na velhice é, por isso, frequentemente redefinida para incluir afeto, contacto físico, proximidade emocional e companheirismo, em vez de apenas relações sexuais, sendo que as relações de apoio atuam como fatores de proteção tanto para a saúde mental como para o bem-estar geral na velhice (Fileborn et al., 2017).

“Numa determinada fase da vida, a solidão pode tornar-se um fator de descompensação psicológica.”

(Participante do grupo de discussão, Roménia)

Para além de fatores psicológicos e relacionais individuais, contextos sociais mais amplos também podem influenciar o bem-estar sexual na terceira idade. Determinantes psicossociais, tais como o stress das minorias, experiências de discriminação, acesso a comunidades de apoio e reconhecimento das relações, podem moldar os resultados em termos de saúde sexual entre os idosos, particularmente para aqueles que pertencem a grupos de minorias sexuais ou de género. Estas experiências podem afetar tanto as oportunidades de intimidade como a disposição para procurar apoio em relação a preocupações de saúde sexual (Iwamoto et al., 2023).

Em conjunto, a saúde mental, a imagem corporal e o bem-estar relacional representam dimensões essenciais da sexualidade na terceira idade. Apoiar o bem-estar sexual requer, portanto, atenção não só à função fisiológica, mas também à resiliência emocional, à autoperceção e aos ambientes relacionais em que os idosos vivem e se relacionam.

Riscos e proteção em matéria de saúde sexual na terceira idade

Embora a atividade e o interesse sexuais muitas vezes se mantenham até à velhice para muitos idosos, existem riscos específicos para a saúde sexual que merecem atenção nos contextos clínicos e educativos. Uma das principais preocupações é o impacto subestimado das infeções sexualmente transmissíveis (IST) entre os idosos. Os dados epidemiológicos mostram que as IST, como a clamídia, a gonorreia e a sífilis, têm aumentado nos adultos com 50 anos ou mais nos últimos anos, em parte porque este grupo etário é frequentemente excluído dos programas convencionais de educação, rastreio e prevenção em matéria de saúde sexual. Os idosos podem também subestimar o seu risco de infeção e utilizar meios de proteção de forma menos consistente, uma vez que atingiram a maioridade antes da generalização da educação sobre o VIH e da promoção do uso do preservativo (Kumar, 2025).

As alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento — incluindo tecidos mucosos mais finos, lubrificação genital reduzida e respostas imunitárias alteradas — podem aumentar a suscetibilidade à infeção e às complicações, uma vez que a exposição ocorra (Kumar, 2025). Além disso, as doenças crónicas que se tornam mais prevalentes com a idade, como a diabetes e as doenças cardiovasculares, podem prejudicar a cicatrização dos tecidos e a função imunitária, por vezes agravando o impacto de uma infeção ou lesão. Estes fatores sublinham a importância da avaliação de rotina da saúde sexual, do aconselhamento para a redução de riscos e do rastreio de IST adequado à idade nas populações mais idosas.

É importante referir que existem estratégias de proteção que podem melhorar a saúde e a segurança sexuais na terceira idade. Os quadros de promoção da saúde enfatizam a necessidade de uma educação abrangente em saúde sexual que inclua os idosos, de conversas de rotina entre profissionais de saúde e doentes sobre a atividade sexual e as respetivas preocupações, e do incentivo a práticas sexuais mais seguras, como o uso de preservativos para a prevenção de IST (Stowell et al., 2023;

Penhollow et al., 2024). Os profissionais de saúde também podem desempenhar um papel fundamental ao normalizar estas conversas, oferecendo informações personalizadas sobre a redução de riscos e facilitando o acesso a rastreios, vacinas e tratamentos, sempre que apropriado.

Em conjunto, compreender e abordar os riscos para a saúde sexual na terceira idade — incluindo a vulnerabilidade às IST, problemas de resposta e influências psicossociais — apoia uma abordagem holística e centrada na pessoa em relação ao bem-estar sexual. Integrar a promoção da saúde sexual nos cuidados de rotina ajuda a proteger a dignidade, a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

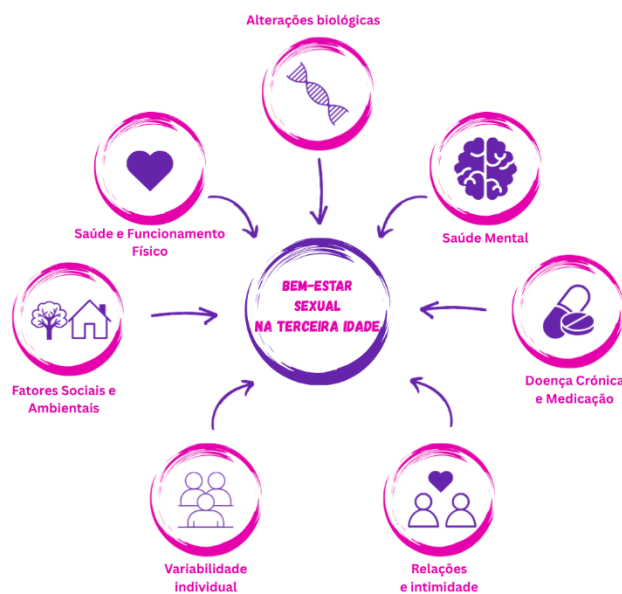


Figura 2. Imagem criada no Canva (2026)

Comunicação em contextos de cuidados de saúde e abordagem centrada na pessoa

Uma comunicação aberta, respeitosa e centrada na pessoa é essencial para apoiar o bem-estar sexual na terceira idade. Apesar da importância reconhecida da sexualidade para a qualidade de vida, as discussões sobre intimidade e preocupações sexuais estão frequentemente ausentes dos encontros de cuidados de saúde de rotina com idosos. A investigação indica que tanto os profissionais de saúde como os doentes podem evitar estas conversas devido ao desconforto, a suposições sobre a assexualidade no envelhecimento, a limitações de tempo ou à incerteza quanto aos limites profissionais, o que resulta em necessidades não satisfeitas e sofrimento subestimado (Fileborn et al., 2017; Gott & Hinchliff, 2003).

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde salienta a necessidade de os sistemas de saúde e de assistência social avançarem para abordagens centradas na pessoa, que respeitem os valores, as preferências, as capacidades funcionais e os contextos de vida dos idosos (Organização Mundial de Saúde, 2015). Embora estes princípios sejam articulados em relação à saúde e ao bem-estar gerais, e não especificamente à sexualidade, a saúde sexual constitui uma dimensão integral da qualidade de vida e, por conseguinte, insere-se no âmbito de cuidados holísticos e centrados na pessoa. Nesta perspetiva, abordar a sexualidade na terceira idade não é um aspeto opcional ou marginal da prática, mas sim parte do apoio à dignidade, à autonomia e à

participação significativa na vida quotidiana. Os cuidados centrados na pessoa, neste contexto, envolvem reconhecer a individualidade de cada idoso, participar na tomada de decisões partilhada, responder às necessidades emocionais, relacionais e físicas, e adaptar a comunicação e o apoio ao contexto cultural, às preferências e à experiência de vida da pessoa. Tal abordagem permite que os profissionais de saúde e de assistência social integrem o bem-estar sexual nos cuidados abrangentes de forma respeitosa, ética e inclusiva.

A comunicação sobre a sexualidade na terceira idade deve também reconhecer a diversidade de experiências entre os idosos, incluindo diferenças relacionadas com o género, a orientação sexual, o estado civil, a deficiência, as alterações cognitivas e o ambiente de vida. Práticas de comunicação inclusivas — tais como evitar pressupostos heteronormativos, fazer perguntas abertas e validar experiências emocionais — têm demonstrado melhorar a confiança, o envolvimento e a satisfação geral com os cuidados (Hinchliff & Gott, 2011; Fileborn et al., 2017).

Princípios para iniciar conversas sobre sexualidade nos cuidados de saúde (com base em Dukes, 2025)

Princípio	Significado prático na conversa clínica	Exemplos de perguntas ou frases
Normalizar o tema	Apresentar a saúde sexual como uma parte rotineira e legítima do bem-estar geral, ajudando a reduzir o estigma ou o constrangimento.	«Pergunto a todos os meus doentes sobre a saúde sexual, porque é uma parte importante do bem-estar geral.»
Garantir o conforto e o consentimento	Crie um espaço seguro e isento de julgamentos e dê explicitamente ao paciente a permissão para recusar ou saltar perguntas.	«Esta é uma conversa confidencial e isenta de julgamentos. Pode saltar qualquer pergunta ou interromper a conversa a qualquer momento.»
Utilize uma linguagem aberta e inclusiva	Evite suposições sobre orientação, parceiros ou identidade e incentive a partilha através de formulações neutras e abertas.	«Há alguma coisa sobre a sua sexualidade ou relações íntimas de que gostaria de falar?»
Comece com uma abordagem holística	Apresente a sexualidade no contexto mais amplo da saúde e da qualidade de vida antes de perguntar detalhes específicos.	«Por vezes, alterações na saúde ou medicamentos podem afetar a intimidade ou o bem-estar sexual. Isso tem sido relevante para si?»
Reconheça a sexualidade como parte da identidade	Reconheça que a sexualidade é uma dimensão significativa e válida da vida de uma pessoa, independentemente da idade.	«A sexualidade e a intimidade continuam a ser aspetos importantes da vida para muitas pessoas à medida que envelhecem.»
Pergunte de forma direta, mas com sensibilidade	Assim que se estabelecer um ambiente de segurança, explore preocupações específicas, tais como o desejo, o prazer, a dor ou as mudanças nas relações.	«Notou alguma mudança no desejo, no conforto ou no prazer em relação à qual gostaria de receber apoio?»

Orientações para Educadores e Profissionais

Utilizar o ciclo de resposta sexual como estrutura de conversação

Para muitos profissionais, iniciar conversas sobre sexualidade com idosos pode parecer desconfortável ou intrusivo. No entanto, evitar o tema pode fazer com que necessidades importantes não sejam reconhecidas nem abordadas. Uma forma útil de abordar o bem-estar sexual de maneira respeitosa e estruturada é utilizar o ciclo de resposta sexual como um guia conceptual para o diálogo, em vez de um modelo clínico rígido. Enquadrada com sensibilidade, esta perspetiva pode apoiar uma avaliação holística, mantendo simultaneamente a dignidade, a privacidade e a segurança emocional. Os profissionais podem ter em mente as fases do ciclo de resposta sexual como um guia prático ao discutirem o bem-estar sexual, considerando cada fase sucessivamente e os fatores que a podem influenciar, de modo a evitar ignorar informações importantes sobre a experiência da pessoa.



Na terceira idade, as fases tradicionalmente descritas no ciclo de resposta sexual — tais como o desejo, a excitação, a satisfação e a resolução emocional — podem sofrer alterações em termos de intensidade, duração ou significado, mas não desaparecem. As dificuldades sentidas em qualquer uma destas áreas podem refletir condições de saúde física subjacentes, efeitos de medicação, sofrimento psicológico, desafios relacionais ou isolamento social. Explorar estas dimensões através de perguntas delicadas e abertas permite aos profissionais compreender a experiência do indivíduo sem presumir a existência de disfunção nem impor expectativas normativas.

Os profissionais podem começar por se concentrar no interesse e na proximidade emocional, por exemplo, perguntando se a pessoa ainda sente desejo de intimidade, afeto ou companhia. As perguntas podem então orientar-se para o conforto físico e as alterações corporais, incluindo se a dor, a fadiga, a secura ou as dificuldades de ereção influenciam as experiências íntimas. Pode seguir-se uma discussão sobre a satisfação e o significado emocional, explorando se a pessoa se sente realizada, ligada ou compreendida nas suas relações. Por fim, refletir sobre o que a intimidade representa nesta fase da vida pode revelar valores importantes relacionados com a identidade, a dignidade e a qualidade de vida.

Para facilitar a compreensão prática, a tabela abaixo descreve como as diferentes fases do ciclo de resposta sexual podem ser influenciadas por fatores médicos, psicológicos e relacionais comuns na terceira idade.

Fase da resposta sexual	Principais fatores de influência nos idosos	Exemplos de perguntas
Desejo	Declínio hormonal (estrogénio, testosterona), depressão ou solidão, qualidade da relação, doença crónica ou fadiga, crenças internalizadas de discriminação com base na idade relativamente à sexualidade.	«Quão importante é a intimidade física ou o afeto na sua vida neste momento?» «Notou alguma mudança no seu interesse pela atividade sexual ou pela proximidade ao longo do tempo?» «Por vezes, o stress, a fadiga ou problemas de saúde podem afetar o desejo sexual. Alguma coisa deste tipo o(a) influenciou?» «Sente que a proximidade emocional com o seu parceiro influencia o seu interesse pela intimidade?»
Excitação	Problemas vasculares e neurológicos, secura vaginal ou dificuldades de ereção, efeitos de medicamentos, dor ou mobilidade reduzida, ansiedade ou preocupações com a imagem corporal.	«Algumas mulheres sentem secura vaginal ou desconforto durante a intimidade após a menopausa. Já reparou nisso ou gostaria de obter mais informações sobre o assunto?» «Algumas pessoas sentem que as ereções demoram mais tempo a ocorrer ou são menos firmes do que antes. Se isto lhe estiver a acontecer, podemos discutir possíveis causas e opções.» «Notou alguma alteração na lubrificação, na ereção e e ou no conforto físico durante a intimidade?» «Se a intimidade se tornou desconfortável, podemos falar sobre formas de reduzir a dor e aumentar o conforto.»

Estabilização	Redução da resistência física, limitações cardiovasculares, fadiga ou comorbidades, tensão na relação e falta de privacidade em ambientes de cuidados de saúde.	«Por vezes, tem dificuldade em manter a excitação durante a intimidade?» «Algumas pessoas notam que precisam de mais tempo ou estimulação para se manterem confortáveis durante a intimidade. Tem sido essa a sua experiência?» «A fadiga, as condições de saúde ou os fatores ambientais afetam a sua capacidade de desfrutar da intimidade?» «Existem situações em que a privacidade ou as condições de habitação tornam a intimidade mais difícil?»
Orgasmo	Diabetes, problemas neurológicos ou da próstata, alterações hormonais, efeitos secundários de medicamentos, inibição psicológica ou diminuição da ligação no relacionamento.	«Já notou alguma alteração na facilidade com que atinge o orgasmo ou na intensidade do prazer sexual?» «Algumas condições médicas ou medicamentos podem influenciar o orgasmo. Gostaria de discutir se isto se pode aplicar ao seu caso?» «Sente-se satisfeito com o nível de prazer que experimenta durante a intimidade?» «Existem dificuldades durante a atividade sexual em relação às quais gostaria de receber apoio?»
Resolução	Bem-estar emocional, companheirismo ou luto, alterações cognitivas que afetam a intimidade e oportunidades para a dignidade e o contacto afetivo na vida quotidiana.	«Após momentos de intimidade, costuma sentir-se relaxado(a) e emocionalmente satisfeito(a)?» «A perda de um parceiro ou mudanças na companhia

		afetaram a sua experiência de intimidade?» «Tem oportunidades para contacto afetuoso, como abraços ou proximidade?» «Existem formas pelas quais o seu ambiente atual apoia ou limita a intimidade?»
--	--	--

Quando considerar o encaminhamento para um médico ou especialista

Deve considerar-se o encaminhamento para um profissional de saúde ou de saúde mental quando as preocupações de natureza sexual forem persistentes, angustiantes, dolorosas ou associadas a alterações significativas na saúde física, cognitiva ou emocional. Isto pode incluir suspeitas de efeitos secundários de medicação, depressão ou ansiedade não tratadas, dor crónica, condições hormonais ou urogenitais, dificuldades de ereção ou comprometimento cognitivo emergente que afete o consentimento ou o comportamento. O encaminhamento atempado contribui para uma avaliação abrangente, um tratamento adequado e a proteção do bem-estar, da autonomia e da segurança na terceira idade.

Preocupações comuns relacionadas com a saúde sexual expressas por idosos

Preocupação típica expressa	Possível resposta profissional
«Já não sinto o desejo como antes. Isso é normal?»	Reconheça que as alterações no desejo sexual são comuns na terceira idade. Explore possíveis fatores que possam estar a contribuir para isso, tais como o estado de espírito, a fadiga, a medicação ou a dinâmica da relação. Se for angustiante ou persistente, sugira discutir o assunto com um profissional de saúde que possa avaliar causas hormonais, psicológicas ou médicas.
«O meu parceiro e eu já não temos relações sexuais.»	Normalize o facto de que a intimidade pode mudar com a idade e pode incluir outras formas de proximidade além das relações sexuais. Incentive a comunicação aberta entre os parceiros e explore se a mudança reflete preferências, conforto ou possíveis preocupações de saúde.
Medo de ser julgado por desejar intimidade numa instituição de cuidados	Tranquelize a pessoa, garantindo-lhe que a intimidade e o afeto continuam a ser aspetos legítimos do bem-estar na terceira idade. Discuta os direitos à privacidade e à dignidade em contextos de cuidados e explore possíveis

	soluções práticas que apoiem as relações pessoais.
Secura vaginal ou dor durante a relação sexual	Explique que a secura vaginal após a menopausa é comum. Incentive a pessoa a consultar um ginecologista ou médico de cuidados primários que possa avaliar possíveis causas e discutir tratamentos adequados, tais como lubrificantes, hidratantes ou terapias hormonais.
Dificuldades de ereção	Reconheça que as alterações na ereção são comuns com o envelhecimento, mas também podem estar relacionadas com a saúde cardiovascular, a diabetes ou os efeitos da medicação. Incentive a consulta com um médico ou urologista para uma avaliação e gestão adequadas.
Preocupações com a imagem corporal relacionadas com o envelhecimento	Valide as reações emocionais às mudanças corporais e discuta como a intimidade e a atração podem evoluir na terceira idade. Se essas preocupações afetarem significativamente o bem-estar ou as relações, sugira que se fale sobre o assunto com um profissional de saúde mental ou um terapeuta.
Vergonha ou constrangimento em relação à masturbação	Normalize a autoestimulação como uma forma comum e saudável de expressão sexual ao longo de toda a vida. Tranquilize a pessoa, explicando que se trata de um assunto privado e que não indica qualquer problema, a menos que cause sofrimento.
Medicação que reduz a excitação ou o orgasmo	Reconheça que alguns medicamentos podem influenciar o funcionamento sexual. Incentive a pessoa a discutir este assunto com o médico que lhe prescreveu o medicamento, uma vez que, por vezes, podem ser possíveis ajustes ou alternativas.



Resumo e Mensagens-Chave

“A velhice não é uma limitação de direitos.”

(Participante do grupo de discussão, Roménia)



A sexualidade na terceira idade não é nem inexistente nem uniforme; é uma dimensão dinâmica e profundamente pessoal da experiência humana, moldada pela saúde, pelas relações, pela identidade e pelo contexto social. Compreender esta complexidade é essencial para os profissionais que trabalham com idosos, uma vez que o bem-estar sexual contribui diretamente para a qualidade de vida, a resiliência emocional e a dignidade no envelhecimento.

O envelhecimento biológico introduz alterações fisiológicas que podem influenciar o desejo, a excitação ou o conforto, mas essas alterações não eliminam a possibilidade de uma intimidade significativa. Pelo contrário, a sexualidade na terceira idade reflete uma variabilidade individual significativa e uma grande capacidade de adaptação. As doenças crônicas, os efeitos da medicação e outras condições de saúde podem influenciar ainda mais o funcionamento sexual, destacando a importância de uma avaliação holística e da atenção a fatores potencialmente reversíveis.

Igualmente importantes são as dimensões psicológicas e relacionais da sexualidade. A saúde mental, a imagem corporal, a companhia e a segurança emocional determinam frequentemente se a intimidade continua a ser acessível e gratificante. Reconhecer as diversas expressões de proximidade — incluindo o afeto, o contacto físico e a ligação emocional — promove uma compreensão mais inclusiva do bem-estar sexual na terceira idade.

Os riscos para a saúde sexual, incluindo a vulnerabilidade a infeções sexualmente transmissíveis e as necessidades educativas não satisfeitas, demonstram que a sexualidade continua a ser uma preocupação clínica e de saúde pública relevante na terceira idade. A educação preventiva, o rastreio de rotina e o diálogo aberto são, por conseguinte, componentes essenciais de cuidados abrangentes.

No centro de uma prática eficaz está a comunicação ética e centrada na pessoa. Os profissionais desempenham um papel crucial na normalização das conversas sobre sexualidade, na criação de ambientes seguros e respeitosos e na resposta sensível às necessidades expressas. A integração do bem-estar sexual nos cuidados de saúde e sociais de rotina reafirma a autonomia, protege a dignidade e apoia um envelhecimento saudável e holístico.

Em última análise, apoiar a sexualidade na terceira idade requer ir além dos estereótipos, rumo a uma abordagem compassiva, baseada em evidências e centrada na pessoa, que reconheça a intimidade como uma capacidade humana ao longo de toda a vida.

Ferramentas Práticas

Este módulo é apoiado por recursos práticos incluídos no Kit de Ferramentas AgeWise, concebido para ajudar formadores e profissionais a traduzir o conhecimento teórico sobre a sexualidade na terceira idade em atividades de aprendizagem reflexivas e aplicadas.

Plano de Aula do Módulo 2

Apresenta a estrutura, a duração, os objetivos de aprendizagem e orientações de facilitação para a ministração do módulo em contextos de formação.

Exercício 1

Aplicação do Ciclo de Resposta Sexual — [ficha de trabalho baseada em casos](#) — apoia a análise de situações realistas na terceira idade e incentiva uma interpretação centrada na pessoa das preocupações de natureza sexual.

Exercício 2

[Ferramenta de reflexão sobre o bem-estar sexual holístico](#) — orienta a reflexão sobre as dimensões biológicas, psicológicas, relacionais e sociais da sexualidade na terceira idade.

Exercício 3

Comunicação e ciclo de resposta sexual — [Atividade de dramatização](#) — permite aos participantes praticar a resposta a preocupações sexuais sensíveis e explorar o bem-estar sexual através de um diálogo estruturado e centrado na pessoa, utilizando o ciclo de resposta sexual.

Apresentação em PowerPoint

Facilita a apresentação clara, acessível e adaptável do conteúdo do módulo.

Como as ferramentas podem ser utilizadas

- para planear e estruturar sessões de formação;
- para estimular a discussão e a reflexão crítica;
- para aplicar conhecimentos teóricos a cenários da vida real;
- para reforçar uma prática profissional ética, inclusiva e centrada na pessoa.

Em conjunto, estes recursos apoiam a implementação prática do módulo em contextos educativos, de cuidados de saúde e comunitários.

Referências

- Ceolin, C., Papa, M. V., Scala, A., Sergi, G., & Garolla, A. (2024). Getting old in the desired gender: a systematic review on aging diseases in transgender people. *Journal of Endocrinological Investigation*, 47(8), 1851–1862. <https://doi.org/10.1007/s40618-024-02353-y>
- DeLaMater J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *Journal of sex research*, 49(2-3), 125–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- DeLaMater, J., & Koepsel, E. (2014). Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sexual & Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Dominoni, M., Scatigno, A. L., Pasquali, M. F., Bergante, C., Gariboldi, F., & Gardella, B. (2024). Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(1), 184–195. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146>
- Dukes C. Talking about S-E-X in Healthcare Settings: Let's Get Clinical. *Dela J Public Health*. 2025 Jul 31;11(2):46-49. doi: 10.32481/djph.2025.07.12. PMID: 40786709; PMCID: PMC12333857.
- Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B., Malta, S., & Minichiello, V. (2017). Improving the sexual lives of older Australians: Perspectives from a qualitative study. *Australasian journal on ageing*, 36(4), E36–E42. <https://doi.org/10.1111/ajag.12405>
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social science & medicine (1982)*, 56(8), 1617–1628. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00180-6)
- Hayflick, L. (2007). Biological aging is no longer an unsolved problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1100(1), 1–13. <https://doi.org/10.1196/annals.1395.001>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: a review of the literature. *Journal of sex research*, 48(2-3), 106–117. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548610>
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 6, Later Adulthood. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Kaoutzanis, C., Davies, R. D., Moreau, K. L., & Rothman, M. S. (2023). Gender-affirming hormone therapy, mental health, and surgical considerations for aging transgender and gender diverse adults. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 14, 20420188231166494. <https://doi.org/10.1177/20420188231166494>

Kumar B, Kaushal I, Narayanan B, Narang T. Sexually transmitted infections in the elderly: A growing concern in geriatric care. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2025 Jan-Jun;46(1):16-21. doi: 10.4103/ijstd.ijstd_108_24. Epub 2025 Jun 9. PMID: 40546355; PMCID: PMC12180883.

Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>

Meston C. M. (1997). Aging and sexuality. *The Western journal of medicine*, 167(4), 285–290.

Penhollow T. M. (2024). Sexuality in Older Adults: Comprehensive Strategies for Clinicians and Patient-Centered Care. *American journal of lifestyle medicine*, 19(3), 392–402. <https://doi.org/10.1177/15598276241293100>

Steffens, D. C., & Zdanys, K. F. (2022). The American Psychiatric Association publishing Textbook of Geriatric Psychiatry. In *American Psychiatric Association Publishing eBooks*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615375196>

Stowell, M., Hall, A., Warwick, S., Richmond, C., Eastaugh, C. H., Hanratty, B., McDermott, J., Craig, D., & Spiers, G. F. (2023). Promoting sexual health in older adults: Findings from two rapid reviews. *Maturitas*, 177, 107795. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107795>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.

MÓDULO 6

“Alterização” no Trabalho com Pessoas Mais Velhas e Idosas

Desenvolvido por:

Karina Hoßfeld e Thomas Wilde

Association of Lower Saxony

Educational Initiatives e.V.



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Visão Geral

O termo «otherism», traduzindo como “alterização”, deriva dos termos ingleses «other» ou «otherness», que se traduzem por «diferente» ou «outro». A alterização descreve um processo no qual indivíduos ou grupos («nós») são distinguidos de outros indivíduos ou grupos («os outros»). Neste processo social, as pessoas ou grupos são, assim, construídos como «diferentes». Ao fazê-lo, o grupo «não-eu» é sempre categorizado como «diferente» e «estranho», porque se desvia da «norma», o que serve de justificação para a exclusão (ver [/https://diversity-arts-culture.Berlin/Dictionary/othering](https://diversity-arts-culture.Berlin/Dictionary/othering)).

É importante reconhecer que os idosos enfrentam frequentemente discriminação explicitamente devido à sua idade ou são rotulados como deficientes ou incapazes (Butler, 1969; OMS, 2021). Este módulo, «Outros-ismos», alarga o foco para além das formas de discriminação específicas da idade, a fim de examinar outras formas de discriminação («outros-ismos») que podem afetar os idosos. Isto porque estes são frequentemente alvo de múltiplas formas de estereotipagem — devido à sua idade, limitações de saúde, demência, origem ou estatuto social, ou a uma identidade ou história de vida não heteronormativa.

A sexualidade e a identidade na terceira idade são particularmente afetadas por esses processos de «alterização». Os idosos que expressam necessidades sexuais ou desejam envolver-se em relações íntimas desviam-se da norma social da «sexualidade juvenil» e, por isso, são frequentemente percebidos como inadequados ou problemáticos. Esta percepção conduz frequentemente à patologização ou moralização do seu comportamento, particularmente em contextos de cuidados institucionais.

A discriminação pode tornar-se particularmente grave na terceira idade, devido ao aumento das dependências: as pessoas dependem mais do apoio profissional, das estruturas institucionais (cuidados de enfermagem, assistência, habitação) e de regulamentos formalizados. Aqui, não é apenas o «apoio» que é organizado, mas também a normalidade: àqueles que são percebidos como «desajustados» é concedido menos espaço (literalmente e simbolicamente), menos credibilidade e menos margem de manobra. Isto é particularmente relevante em contextos em que a sexualidade e a intimidade já são socialmente tabu: as normas funcionam então não como uma proibição explícita, mas como «não sendo pretendido» (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Um exemplo da vida quotidiana

Numa instituição de internamento, os funcionários na sala do pessoal comentam que «os residentes estão novamente difíceis hoje». O que significa isso? Estão a referir-se a vários indivíduos diferentes com necessidades únicas. Este termo coletivo cria distância e obscurece as causas específicas da inquietação ou insatisfação. É aqui que começa a «alterização»: foi dado um primeiro passo, presumivelmente inconsciente, no sentido de «nós, os cuidadores» versus «estes residentes difíceis», que são vistos como um grupo homogéneo.

Questões de reflexão para o seu próprio trabalho

- *Em que situações utilizo os termos «nós» e «eles» neste contexto (por exemplo, «os utentes», «os cuidadores», «aqueles que recebem cuidados»)?*
- *De que forma esta linguagem afeta as nossas atitudes e ações?*

- *Como poderíamos descrever a mesma situação de uma forma mais personalizada e respeitosa?*

Torna-se claro que no cerne da «alterização» reside a divisão entre «nós» e «eles». Esta distinção é frequentemente feita de forma inconsciente, por exemplo, quando os profissionais se distanciam daqueles que necessitam de cuidados ou das pessoas sob os seus cuidados, ou quando as decisões são tomadas exclusivamente no seio da equipa, sem envolver as pessoas afetadas. Psicologicamente, isto serve frequentemente como um meio de autoorientação e proteção contra a sobrecarga emocional. E muitas vezes simplifica o trabalho quando todos são tratados de a a mesma forma. Infelizmente, o inverso também é verdadeiro: quanto mais as necessidades individuais são atendidas, maiores são as expectativas de quem recebe cuidados de que essas necessidades serão satisfeitas. No entanto, muitas vezes isto simplesmente não é possível dentro do horário de trabalho e das restrições orçamentais existentes.

De uma perspetiva sociológica, esta distinção generalizada entre «nós» e «eles» tem, portanto, a «vantagem» de estabilizar a distribuição de papéis e as estruturas de poder nas instituições de cuidados. Neste sistema, o «poder» dos prestadores de cuidados reside em proporcionar aos destinatários dos cuidados os serviços definidos como «padrão» e em ser-lhes «permitido» pôr de lado os desejos individuais. Isto alivia os prestadores de cuidados tanto psicologicamente como em termos da sua carga de trabalho. A instituição liberta-os da «obrigação» de responder às necessidades individuais.

No entanto, vale a pena, tanto para os indivíduos como para as instituições, refletir sobre onde podemos apoiar e evitar a «alterização». Este artigo examina aspetos teóricos fundamentais da «alterização», particularmente em instituições residenciais de cuidados prolongados para idosos. Embora a sexualidade e a identidade continuem a ser componentes centrais da vida humana ao longo de todo o ciclo de vida, estes temas são frequentemente tratados como tabu na velhice. Além disso, de uma perspetiva académica profissional, as considerações interseccionais — ou seja, as dimensões sobrepostas de discriminação — não devem ser ignoradas. O sexismo, o capacitismo, a homofobia, a transfobia e a exclusão social (por exemplo, pobreza, solidão, redes sociais limitadas, exclusão digital) continuam a ser relevantes e poderosos.

Resultados de Aprendizagem do Módulo 4

Este módulo destina-se principalmente a formadores de adultos, enfermeiros profissionais, formadores em programas de enfermagem e a unidades de cuidados hospitalares e ambulatoriais. No entanto, outros profissionais de saúde, bem como cuidadores familiares que desejem abordar processos de estigmatização e refletir criticamente sobre as suas próprias atitudes e pressupostos, também encontrarão insights valiosos:

- Pontos de partida para reconhecer os «-ismos» como práticas estruturais (e não meramente como atitudes individuais),
- uma compreensão mais profunda da interseccionalidade e da razão pela qual o envelhecimento dá origem a realidades de vida muito diferentes,
- orientações concretas para uma comunicação inclusiva, a gestão da privacidade e considerações éticas (autonomia/proteção/consentimento),
- Ideias e inspiração sobre como as equipas e as organizações podem implementar normas antidiscriminação sem expor ou humilhar as pessoas afetadas.



Conceitos-Chave e Definições

Identidade e Orientação

A identidade descreve a forma como as pessoas se percebem e compreendem a si próprias com base na sua história de vida e através da interação constante com o seu ambiente social. Entre os fatores importantes que contribuem para a formação da identidade de uma pessoa incluem-se, por exemplo, o género, a idade e o contexto social; a etnia, a nacionalidade e as afiliações a grupos; a profissão e o estatuto social; bem como as características pessoais e as competências (Enciclopédia de Psicologia de Dorsch).

- Orientação sexual: Padrões de atração romântica/sexual.
- Identidade de género: O sentido interno de género de uma pessoa.
- Cis: a identidade de género corresponde ao sexo atribuído à nascença.
- Trans: A identidade difere do sexo atribuído à nascença.

Autodeterminação

A autodeterminação significa que todas as pessoas têm o direito de decidir por si próprias como desejam viver. Esta liberdade de determinar a própria vida é um direito humano na Europa, que também é protegido pela nossa Constituição (Schneider et al. 2026).

Discriminação com base na idade - Idadismo

Discriminação ou desvantagem com base na idade; no contexto da sexualidade, isto assume frequentemente a forma de **dessexualização** («não precisa disso»), moralização («inadequado») ou está associado ao desempenho sexual ou à juventude (Butler, 1969).

Sexismo

Discriminação com base no género; nos idosos, está frequentemente associada a normas corporais, desigualdade económica e expectativas de género relativas à «decência», aos cuidados prestados e aos papéis nas relações (Calasanti & Slevin, 2001; Sontag, 1972).

Capacitismo

A normalização do desempenho e da autonomia como padrão; isto conduz à **dessexualização**, à infantilização, à superproteção ou a dúvidas generalizadas sobre a capacidade de uma pessoa para dar consentimento (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Homofobia / Transfobia

Discriminação, invisibilização ou desvantagem com base na orientação sexual e/ou identidade de género; frequentemente evidente em práticas institucionais heteronormativas (formulários, pressupostos, não reconhecimento de relações) ou na atribuição incorreta de género (Warner, 1991; Herek, 2000).

Exclusão social

Falta de recursos e exclusão da participação (pobreza, isolamento, barreiras digitais, precariedade habitacional). Os recursos (espaços, mobilidade, redes, acesso a aconselhamento) são frequentemente cruciais para a autodeterminação sexual (Levitas et al., 2007).

Estigma

Um rótulo social que pode levar à vergonha, ao silêncio, ao isolamento ou a um acesso reduzido aos cuidados de saúde (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Interseccionalidade

As desigualdades não funcionam isoladamente umas das outras; pelo contrário, estão interligadas, amplificando assim o seu impacto: idade × género × deficiência × classe social × saúde × migração × identidades queer, etc. Isto dá origem a circunstâncias de vida distintas e individuais, e não meramente a «problemas múltiplos» somados (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Consentimento

O consentimento é voluntário, informado, revogável e depende do contexto. Em relações de dependência (cuidados/apoio), os desequilíbrios de poder e as medidas de proteção devem ser ativamente considerados e continuamente refletidos. Em casos de declínio cognitivo, as avaliações individuais devem ter precedência sobre proibições generalizadas.

Capacidade mental

O consentimento informado exige que uma pessoa compreenda a informação, pondere as opções e dê o seu consentimento voluntário. Nos idosos, particularmente aqueles com deficiências cognitivas, a capacidade de tomada de decisão pode variar. Nesses casos, é necessária uma avaliação situacional e relacional (Beauchamp & Childress, 2019).

Tokenismo

O tokenismo refere-se a uma forma de inclusão simbólica em que os membros de grupos marginalizados são visivelmente incluídos, mas continuam a estar gravemente sub-representados em termos numéricos e, como resultado, enfrentam uma maior visibilidade, estereótipos, atribuição de papéis e uma pressão específica para ter um bom desempenho.

Limites profissionais

Os limites profissionais servem para proteger tanto as pessoas sob cuidados como os profissionais. Definem quais as formas de proximidade, apoio e comunicação que são eticamente aceitáveis e quais constituem violações desses limites.

Sexualidade / Intimidade / desejo sexual

A sexualidade abrange mais do que apenas práticas sexuais: envolve a fisicalidade, a proximidade, a ternura, o desejo, a identidade, a autoimagem, a dinâmica das relações e os limites. É sempre vivida e moldada individualmente. Por exemplo, a intimidade pode ser sexualizada ou não sexualizada. Em qualquer caso, a sexualidade mantém-se significativa ao longo de toda a vida. Teoricamente, isto pode ser compreendido, entre outras coisas, através da Teoria do Guião Sexual: a sexualidade é aprendida culturalmente, enquadrada socialmente e depende da situação — não é meramente biológica (Gagnon & Simon, 1973).



Compreender o Tema

1. Enquadramento teórico

1.1 Sexualidade na terceira idade

A sexualidade na terceira idade é muito mais do que a sexualidade física. Inclui intimidade, proximidade, identidade, orientação sexual, identidade de género e laços emocionais. A investigação mostra que as experiências sexuais contribuem para a qualidade de vida, mesmo na terceira idade (OMS, 2015).

No entanto, o envelhecimento é frequentemente vivido como uma desvalorização sexual contínua, acompanhada por preocupações com a própria atratividade, o declínio do desempenho sexual e várias doenças e afeções. As mulheres, em particular, são influenciadas pelo duplo padrão da sociedade em relação ao envelhecimento (ver Ingrisch 2022), o que significa que as mulheres são percebidas como pouco atraentes, velhas e assexuadas mais cedo do que os homens. As normas sociais e as imagens veiculadas pela sociedade levam, assim, as pessoas idosas a descreverem-se como assexuais, mesmo que não se sintam assim.

Além disso, a sexualidade é frequentemente reduzida ao coito convencional. As diversas necessidades e aspetos da sexualidade são ignorados. Também são ignoradas as oportunidades limitadas ou inexistentes para a troca de ternura, atenção amorosa, contacto físico e comunicação íntima; especialmente em instituições, tais como hospitais, lares de idosos e centros de cuidados. Isto leva a interpretações erradas dos comportamentos sexuais de pessoas idosas e doentes e a uma tolerância insuficiente em relação a elas. Por vezes, as pessoas idosas sentem que as suas necessidades sexuais são vergonhosas e inadequadas (ver Schultz-Zehden, B. 2013).

1.2 Os «-ismos» tornam-se mais proeminentes com a idade

A discriminação não começa na velhice — mas os seus efeitos podem acumular-se e tornar-se institucionalizados à medida que as pessoas envelhecem. Dois mecanismos revistem-se de particular importância a este respeito:

- 1. Acumulação ao longo da vida:** As desigualdades persistem ao longo dos anos e das décadas (tais como rendimentos mais baixos, acesso mais limitado aos cuidados de saúde, lacunas nos percursos profissionais e pensões mais baixas) e tornam-se mais evidentes na velhice (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).
- 2. Dependência institucional:** À medida que os sistemas de apoio se expandem, as regras, rotinas e quadros interpretativos das instituições tornam-se o «eixo» central da inclusão e da exclusão (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

1.3 Enquadramento institucional e sexualidade na terceira idade

No contexto da sexualidade e da intimidade, entra em jogo um terceiro fator: **a sexualidade na velhice** é frequentemente um tabu cultural — em consequência, as normas sociais exercem uma influência particularmente forte através do silêncio, da evitação do tema e de limites implícitos de adequação (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973).

No que diz respeito à forma como a sexualidade é abordada nas instituições, emergiu das entrevistas em grupos focais realizadas no âmbito do projeto um padrão básico de «não ser contemplada». Um participante nas entrevistas referiu:

“A sexualidade nem sequer é discutida lá [...] é um mundo à parte. São tratados como crianças pequenas que ainda não têm idade suficiente para tomar as suas próprias decisões. Até as crianças do jardim de infância têm mais liberdade.”

Entrevista em grupo de discussão em Göttingen, março de 2025

Em contextos institucionais, a sexualidade muitas vezes não é explicitamente proibida, mas é tratada como «indesejável» — como algo que é simbolicamente «renunciado» ao entrar na instituição.

“E deixa-se a sexualidade à porta. ... Portanto, quer se trate de uma creche, de um lar de idosos ou de um lar de cuidados prolongados — seja o que for —, deixa-se a sexualidade à porta. Não se tem nenhuma. Em circunstância alguma. Também não se tem sentimentos, nem emoções.”

Participante na Entrevista a Especialistas de 2025

Estas afirmações descrevem não apenas um tabu individual, mas uma ordem institucional de normalidade na qual a autonomia e a idade adulta são desvalorizadas — uma interseção típica onde o preconceito contra a idade e o preconceito contra a deficiência se entrelaçam (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Esta síntese é central para os «Outro-ismos», porque demonstra que a exclusão surge não só de preconceitos individuais, mas também através de rotinas institucionais e atribuições de estatuto (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

1.4 Outros-ismos: Mecanismos de estruturação da sexualidade e da intimidade

1.4.1 Invisibilidade

«Invisibilização» significa que as necessidades não são identificadas, documentadas ou tidas em conta. Como resultado, o que «não é abordado» rapidamente se torna «inexistente» (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Isto afeta os grupos marginalizados de forma particularmente grave, uma vez que estes já enfrentam o estigma com maior frequência e o facto de se assumirem (por exemplo, como queer ou trans) pode ser arriscado (Spade, 2015).

A invisibilidade das histórias de vida queer

Muitas pessoas homossexuais mais velhas ainda se lembram de uma época em que a homossexualidade era um crime e os homossexuais eram menosprezados por muitos dos seus contemporâneos. Da mesma forma, as pessoas transgénero costumavam encontrar pouca

compreensão. Estas experiências moldam o seu sentido de confiança, os sentimentos de vergonha e a forma como abordam a abertura em relação às suas próprias histórias de vida.

Exemplo prático

Os inquiridos biográficos perguntam habitualmente sobre um «marido» ou uma «esposa». Quem permaneceu solteiro é, assim, levado a sentir que «falta algo» nas suas vidas. Os homens homossexuais mais velhos, por exemplo, não puderam casar com os seus parceiros de vida caso estes falecessem antes de o casamento ter sido aberto a todos em 2017. Outro homem veio para cá como trabalhador convidado e não queria entrar num casamento arranjado com uma mulher do seu país natal. No entanto, o preconceito impediu-o de conhecer uma mulher aqui. Por isso, está solteiro contra a sua vontade.

Questões para reflexão

- *Até que ponto os nossos formulários e consultas refletem a diversidade de género e de relações?*
- *Mostramos ativamente que as diferentes escolhas de vida são respeitadas?*

Mas mesmo para quem não pertence a grupos marginalizados, a ligação entre saúde e sexualidade é frequentemente ignorada nas entrevistas sobre o historial médico. Como descreve um dos especialistas nas nossas entrevistas:

“Os médicos de família, quando atendem doentes na casa dos 60 ou 70 anos... nem sequer pensam em perguntar: “Como está a sua vida sexual?”... Porque parte-se do princípio de que, bem, já não há nada a esse respeito.”

Ponto-chave: O silêncio ou a ocultação não são sinónimos de neutralidade. Reforçam a norma de que «velhice é sinónimo de ausência de sexualidade» e transferem o ónus da prova para as pessoas afetadas, obrigando-as a «provar» primeiro as suas necessidades ou a manifestar-se «corajosamente» (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

1.4.2 Dessexualização e infantilização (Idadismo × Capacitismo)

A dessexualização é mais do que apenas «ausência de sexo» — é um julgamento de estatuto: a pessoa deixa de ser considerada um sujeito legítimo de desejo, intimidade e autodeterminação. O capacitismo reforça este julgamento quando a necessidade de cuidados ou assistência é confundida com uma falta de capacidade jurídica (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

As duas citações das entrevistas com especialistas acima referidas refletem isto nas afirmações «Deixa-se a sexualidade à porta» e «São tratados como crianças pequenas e incapacitadas».

Ponto-chave: Isto ilustra como os cuidados podem degenerar em incapacitação. Trata-se menos de uma questão de «conduta indevida individual» do que de um risco estrutural que surge quando a proteção é universalmente priorizada em detrimento da autonomia (Beauchamp & Childress, 2019).

1.4.3 Regulação moral («adequação») através da defesa, da humilhação e da banalização

A regulação moral manifesta-se frequentemente nas reações mais subtis (olhares, piadas, desviar o olhar, banalização) e provoca vergonha (Goffman, 1963). A sexualidade na velhice entra, assim, em

conflito com os padrões culturais nos quais a sexualidade está associada à juventude, à atratividade e ao desempenho sexual (Gagnon & Simon, 1973).

Uma das nossas especialistas descreve a reação dos alunos quando mostra fotografias de pessoas idosas a trocarem carinho durante uma aula numa escola de enfermagem geriátrica:

“Uau, que giro!”

Participante na Entrevista a Especialistas de 2025

ou

“Ugh, nem consigo olhar para aquilo — será mesmo necessário fazer isso?”

Participante na Entrevista a Especialistas de 2025

Ponto-chave: A trivialização («giro») nega a seriedade da intimidade e transfere-a para um registo infantil. A atitude defensiva («isso é mesmo necessário?») caracteriza-a como inaceitável. Em ambos os casos, a exclusão ocorre sem uma proibição explícita.

1.4.4 Patologização / Medicalização

Quando a sexualidade se torna evidente na velhice, é frequentemente vista como um «problema»: como uma disfunção, um sintoma ou um risco. Isto está em consonância com uma lógica moderna de normalização e classificação médica (Foucault, 1976; Link & Phelan, 2001). Como descreve um dos nossos especialistas:

“As infeções sexualmente transmissíveis entre idosos [...] [estão a aumentar]. Mas, em alguns casos, isto passa completamente despercebido porque, por exemplo, os médicos de clínica geral nem sequer pensam em perguntar aos seus doentes na casa dos 60 ou 70 anos sobre a sua vida sexual. [Eles partem do princípio] [...] de que já não se passa nada nessa área.”

Participante na Entrevista a Peritos de 2025

Ponto-chave: Cria-se uma lógica dupla: 1. A sexualidade é considerada «inexistente» → não há espaço para discussão; 2. quando se torna visível → é enquadrada principalmente como um risco ou um desvio. Isto impede frequentemente uma perspetiva centrada na qualidade de vida.

1.4.5 Regulamentação excessiva motivada pela incerteza « » («só por precaução»)

Quando faltam diretrizes, as instituições respondem frequentemente com regras generalizadas. Estas regras afetam de forma desproporcional os indivíduos marginalizados, porque estes têm frequentemente menos redes sociais, enfrentam maiores riscos de estigma e exposição e têm menos capacidade de se defenderem a si próprios (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

“Por isso, nos lares de idosos [...], [a atividade sexual] não acontece de todo.”

Participante na Entrevista a Peritos de 2025

Ponto-chave: Se uma questão está oficialmente «fora de discussão», não existem vias profissionais para a abordar em caso de conflito. Nesses casos, entram em jogo normas informais (moralidade, vergonha, etc.) — e é precisamente aí que os «outros-ismos» se perpetuam.

2. Mitos vs. Realidades

Mito 1: «Tratar de forma igual = justo.»

Realidade: O tratamento igualitário pode reproduzir barreiras. Justiça significa criar condições de forma a que diferentes situações de vida tenham acesso real (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Mito 2: «A sexualidade na velhice é rara, por isso não é um problema.»

Realidade: Muitas vezes, o problema não é a raridade, mas sim a invisibilidade, a vergonha e a falta de condições (Goffman, 1963).

Mito 3: «A deficiência/necessidades de cuidados e a sexualidade não são compatíveis.»

Realidade: Trata-se de um modelo de normalidade capacitista. A lógica da assistência, a privacidade, a proteção e a autodeterminação são decisivas (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Mito 4: «As questões queer são uma questão da juventude.»

Realidade: As pessoas LGBTQI+ envelhecem — muitas vezes com experiências de estigma ao longo da vida e necessidades específicas de segurança (Herek, 2000; Stryker, 2008).

Mito 5: «Não abordar o assunto protege.»

Realidade: O silêncio não é neutro; ele consolida os estigmas (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

3. Perspetiva interseccional: quando as categorias se sobrepõem

A «alterização» tem um efeito particularmente forte quando várias características convergem. As pessoas idosas não são apenas idosas — podem também ter um historial de migração, pertencer a uma minoria religiosa, ser queer, viver com uma deficiência ou estar em situação de desvantagem social. Estas sobreposições (intersecções) aumentam o risco de serem ignoradas, mal compreendidas ou tratadas de forma estereotipada.

Por exemplo, uma residente solteira, lésbica e de origem turca terá vivido a exclusão de forma diferente de uma mulher de ascendência alemã que se casou com a sua parceira. É provável que esta última se adapte melhor às rotinas da instituição, porque o facto de ser casada é, de qualquer forma, algo que se pergunta a toda a gente. No entanto, os cuidados não podem limitar-se simplesmente a adaptar-se ao que convém à maioria. Isto é ainda mais verdade numa sociedade cada vez mais diversificada, onde uma solução única que sirva para todos se tornará cada vez mais rara. Se a sociedade evoluiu agora ao ponto de, com a abertura do casamento, as pessoas com orientação homossexual também serem «vistas», então os cuidados devem responder em conformidade. Um

homem gay que tenha sofrido discriminação não deve continuar a encontrar-se numa situação em que sinta que tem de esconder a sua identidade num lar de idosos por medo de ser novamente rejeitado. Um residente com um passado de refugiado pode reagir de forma sensível a ruídos altos ou a situações de controlo — sem que isso seja imediatamente reconhecido como uma reação condicionada pela sua história pessoal.

O pensamento interseccional significa não reduzir as pessoas a uma única categoria, mas reconhecer a complexidade das suas experiências de vida e, em particular, admitir que, nos pontos em que estas categorias se sobrepõem, os fardos que enfrentam podem reforçar-se mutuamente

- **Pessoas LGBTQI+ mais velhas: Grupos de apoio vs. normas relacionadas com a idade**

Os grupos de discussão revelam um sentimento de ambivalência: a comunidade pode ser um espaço seguro – mas, ao mesmo tempo, existem «novas normas».

“... no meio queer... o que acontece é que não importa a idade que se tem.”

Participante do Grupo de Discussão 2025, Göttingen

Ao mesmo tempo, constata-se:

“Na discoteca, tocam-se sempre apenas «hits para jovens» — eu não me encaixo de todo.”

Participante do Grupo de Discussão 2025, Göttingen

E:

“Como reformada lésbica, estou «de fora» duas vezes.”

Participante do Grupo de Discussão 2025, Göttingen

Ponto-chave: A interseccionalidade não é aqui um conceito abstrato, mas descreve dinâmicas concretas de reconhecimento e participação (Crenshaw, 1989): a idade x a identidade queer alteram a forma como a visibilidade e o sentimento de pertença são negociados.

- **Marca biográfica: a história da discriminação continua a ter um efeito**

“Ainda sou as consequências do artigo 175.º [...] que continua a ter impacto até hoje”

Participantes do Grupo de Discussão 2025, Göttingen

Isto aponta para riscos e estratégias de proteção enraizadas na história de vida de cada um (Herek, 2000): a abertura ou o silêncio não são uma questão de «carácter», mas são frequentemente o resultado de uma avaliação racional do risco.

- **Sexismo na velhice: duplos padrões e a reprodução como quadro normativo**

As imagens sexistas da velhice têm efeito, entre outras coisas, através das normas corporais e do «duplo padrão do envelhecimento» (Sontag, 1972; Calasanti & Slevin, 2001).

“Por isso, imagino que os homens sejam um pouco mais autoconfiantes, enquanto as mulheres ainda interiorizam isso; este é o tema de ter filhos [...] quando isso se conclui, por assim dizer, a certa altura, então já se trata de uma certa mudança ou transição nessa fase da vida, enquanto o homem ainda poderia, teoricamente, tornar-se pai até à velhice, se assim o quisesse.”

- **Exclusão social: «Não te encaixas aqui»**

“O facto de eu não ter de estar nesta rave agora, aos 58 anos [...] Não te encaixas aqui de todo.”

Participante na discussão em grupo de foco de 2025, Göttingen

A exclusão social afeta, assim, também os espaços onde ocorrem o namoro, as relações, a visibilidade e o sentimento de pertença.



Orientações para Educadores e Profissionais

Os educadores e profissionais têm uma responsabilidade especial. Através da formação contínua e do aperfeiçoamento profissional, os profissionais qualificados podem ganhar confiança nas suas ações e reforçar a sua atitude profissional.

Os aspetos fundamentais do trabalho no contexto da «alterização» são:

- Reflexão sobre os próprios valores, normas e inseguranças ao lidar com a sexualidade na terceira idade.
- Conhecimento e transmissão de conhecimentos sobre princípios jurídicos e éticos.
- Promoção de uma cultura de equipa aberta, onde situações difíceis possam ser discutidas.
- Proteção ativa da privacidade, da intimidade e da autodeterminação.

- Inclusão do trabalho biográfico para uma melhor avaliação das necessidades individuais.

Princípios centrais para combater a «alterização»

Criação de espaços seguros e respeitosos

Um componente central é a criação de espaços onde a sexualidade e a identidade possam ser discutidas abertamente. Isto requer uma atitude apreciativa, uma linguagem sensível à discriminação e o confronto ativo com os próprios preconceitos. Um espaço deste tipo é particularmente crucial para os idosos LGBTQIA+, uma vez que estes têm, frequentemente, experiências de discriminação ao longo de toda a vida (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Práticas de comunicação inclusivas

A comunicação inclusiva significa moldar a linguagem e o comportamento de forma a que todas as pessoas se sintam incluídas e respeitadas. Isto inclui evitar pressupostos heteronormativos («A sua mulher vem visitá-lo?»), utilizar linguagem neutra em termos de género e praticar a escuta ativa nas conversas. Os profissionais não devem evitar conversas sobre sexualidade, mas sim acompanhá-las com sensibilidade e profissionalismo.

Privacidade e confidencialidade

A privacidade é um direito humano fundamental e reveste-se de particular importância em contextos de cuidados. Em instituições de cuidados prolongados, é frequentemente limitada por quartos com várias camas, processos organizacionais ou falta de pessoal. A intimidade e as oportunidades de retiro devem ser ativamente protegidas, especialmente nestes contextos, por exemplo, através de quartos com fechadura, regulamentos de visita claros e ambientes propícios a conversas confidenciais.

Consentimento informado em caso de sanidade mental instável

Um tema particularmente sensível é a questão da capacidade de consentimento em pessoas com demência ou outras deficiências cognitivas. As abordagens éticas atuais defendem que o consentimento não deve ser visto exclusivamente como um estado estático, mas sim como um processo dinâmico. Os desejos, os sinais não verbais e as declarações biográficas anteriores devem ser incluídos na avaliação (Dewing, 2007).

Relações profissionais e responsabilidade ética

Os colaboradores encontram-se frequentemente num dilema entre o apoio e o distanciamento profissional. É fundamental reconhecer que é legítimo e necessário dar resposta às necessidades de proximidade e intimidade, sem explorar relações de dependência nem ultrapassar limites. A supervisão regular e as discussões éticas de casos podem ter um efeito de apoio neste contexto.

Exemplos de desafios na prática

Necessidades religiosas, culturais e queer na vida quotidiana

A «alteridade» surge também quando os processos institucionais partem tacitamente de uma «biografia-padrão»: heterossexual, de língua alemã, socializada de forma cristã.

Exemplo prático

Uma parceira do mesmo sexo é referida como «amiga» na vida quotidiana e não é levada a sério como parceira de vida. Ela é menos naturalmente envolvida nos acordos de visita do que as esposas dos homens.

Ou ainda: rituais religiosos, hábitos alimentares ou limites de pudor na higiene pessoal são tratados como «pedidos especiais», em vez de serem considerados parte da dignidade pessoal.

Questões para reflexão

- *Que modos de vida são implicitamente considerados «normais» no nosso país?*
- *Quem tem de se adaptar aos nossos processos – e em que aspetos poderíamos ser mais flexíveis?*
- *Como distinguimos entre limites organizacionais e mero hábito?*

Entrevistas/formulários de admissão

Estas suposições heteronormativas («marido/mulher») tornam-se, assim, evidentes também nas entrevistas e formulários de admissão nas instituições e tornam as relações invisíveis (Warner, 1991; Spade, 2015).

Privacidade

Sem privacidade, a intimidade é praticamente impossível — especialmente em espaços partilhados (Goffman, 1961).

“Portanto, o quarto ou algo do género, esse é o espaço privado, a privacidade e assim por diante, de modo que é simplesmente aceite e respeitado de forma diferente no que diz respeito à vivência da sexualidade.”

Práticas culturais

A banalização, a atitude defensiva e o humor definem as normas (Goffman, 1963).

Conflitos familiares

Normas familiares versus autodeterminação da pessoa (Beauchamp & Childress, 2019).

Incerteza sem orientações

Quando a sexualidade «não ocorre», surgem frequentemente restrições ad hoc em caso de conflito (Spade, 2015).

“A [vida sexual] não acontece realmente de todo.”

Participante na entrevista individual 2025, Göttingen

Recomendações de comunicação

Descrever em vez de avaliar: «Reparei que...» em vez de «Isto é inadequado».

Perguntas abertas e sem julgamentos: «O que é importante para si em termos de proximidade/privacidade/relações?»

Não fazer suposições: não fazer suposições sobre orientação, género, estado civil, «modelo familiar» (Warner, 1991).

Atribuições linguísticas e culturais

Exemplo prático

Uma residente que usa um lenço na cabeça recusa certos alimentos. A equipa diz: «Ela não pode comer isso.» Na verdade, não se trata de uma proibição religiosa, mas sim de uma aversão pessoal. A atribuição cultural precipitada substitui o questionamento individual.

Outro exemplo: um homem idoso quase não fala sobre a sua vida privada. Os funcionários suspeitam de uma falta de interesse em contactos sociais. Na verdade, ele escondeu a sua identidade transgénero durante décadas e está habituado a ser cauteloso, porque nem sempre quer explicar a transexualidade a toda a gente.

Questões para reflexão

- *Quando é que interpretamos prematuramente um comportamento em termos culturais ou religiosos?*
- *Que perguntas poderíamos fazer em vez de fazer suposições?*
- *Com que abertura falamos sobre estilos de vida diversos, para que os residentes do mesmo sexo também se possam sentir seguros?*

Migração, língua e poder

A língua é um fator central do «outroismo». Se as pessoas idosas não falam alemão ou o falam apenas de forma limitada, são mais rapidamente classificadas como «desorientadas» ou «pouco cooperativas».

Exemplo prático

Um residente com poucos conhecimentos de alemão não responde às instruções de cuidados. Isto é registado como uma limitação cognitiva. Na realidade, ele não compreende a situação do ponto de vista linguístico. Uma conversa na sua língua materna revela que ele está perfeitamente orientado.

Ou: os familiares são automaticamente utilizados como intérpretes, mesmo para temas sensíveis. Como resultado, a autodeterminação e a privacidade são perdidas e, ao mesmo tempo, os familiares são chamados a desempenhar uma função que, na realidade, é a de intérprete.

Questões para reflexão

- *Em que situações confundimos barreiras linguísticas com deficiências cognitivas?*

- *Que opções de mediação linguística profissional conhecemos e utilizamos?*
- *Como podemos reforçar a comunicação não verbal e os cuidados culturalmente sensíveis sem reduzir as pessoas à «cultura»?*

Corrija rapidamente os erros e as referências de género incorretas, assuma a responsabilidade, não dramatize.

Moderação sensível aos tabus

Não «forçar» os espaços de discussão, mas abri-los de forma segura

Um dos especialistas afirmou numa entrevista:

“Com o tato necessário. Não basta convidar: vamos falar de sexo.”

Participante na entrevista individual de 2025, Göttingen

O que fazer e o que não fazer

O que fazer	O que não se deve fazer
Encarar a sexualidade/as relações como parte da qualidade de vida, e não apenas em caso de conflito	Interpretar o silêncio como neutralidade (Link & Phelan, 2001).
Promover ativamente a privacidade (regras de batida à porta, locais de retiro, opções de visita) (Goffman, 1961).	Proibições generalizadas por incerteza («por precaução»), em vez de uma avaliação caso a caso (Beauchamp & Childress, 2019).
Reflexão interseccional: identificar barreiras no reconhecimento/acesso/segurança (Crenshaw, 1989).	Criação de riscos de exposição (perguntas na presença de terceiros, documentação sem consentimento)
Padronização da reflexão em equipa: Regras de interrupção vs. humor vergonhoso (Goffman, 1963).	Reproduzir cuidados infantilizantes.

Fatores de risco e estratégias de evitação

Regulação moral

Reações de profissionais que não são neutros, mas que avaliam a sexualidade na terceira idade ou em pessoas queer – por exemplo, como «desagradável», «repugnante» ou, inversamente, de forma infantilmente trivializante.

Exemplos:

- Uma enfermeira diz: «Nessa idade, já não tem de ser assim...».

- Risos ou olhares depreciativos perante a intimidade entre pessoas do mesmo sexo.
- Menosprezo: «Ah, aqueles dois são tão giros como adolescentes».

Estratégia: neste caso, é aconselhável definir uma **norma de equipa**: «descrever em vez de avaliar», **recorrer** à supervisão ou estabelecer **aconselhamento colegial sobre casos específicos**.

Lógica capacitista de proteção

A sexualidade das pessoas idosas é restringida ou mesmo impedida com o argumento da «proteção»; especialmente no caso de deficiências cognitivas e, muitas vezes, sem que se realize um verdadeiro teste de autodeterminação. O problema aqui é que a autodeterminação é restringida em favor de uma ideia exagerada de proteção.

Exemplos:

- Um relacionamento é impedido porque uma pessoa tem demência («Ela não pode decidir isso»).
- Os familiares ou o pessoal proíbem as visitas de um parceiro «por motivos de proteção».
- A intimidade é geralmente considerada «perigosa».

Estratégia: Neste caso, é aconselhável implementar **uma gestão transparente do consentimento, procedimentos estruturados e diretrizes de ação para garantir a proteção** de adultos vulneráveis (crianças, adolescentes) contra qualquer forma de violência, abuso, exploração ou negligência (vias de salvaguarda), boa **documentação** e sempre a **análise individual de cada caso** (Beauchamp & Childress, 2019).

Gestos simbólicos

«Inclusão» simbólica, sem uma verdadeira mudança estrutural. O problema surge quando isto acontece sem medidas inclusivas adicionais e sem uma atitude adequada. Nesse caso, o tokenismo torna-se pseudo-inclusão e os problemas reais permanecem

Exemplos:

- Bem-intencionado: a bandeira arco-íris na área de entrada — mas o pessoal não tem formação.
- A declaração de missão menciona a «diversidade» — mas as queixas das pessoas LGBTQI+ são ignoradas.
- Existe uma «pessoa de contacto queer» — mas esta não tem poder de decisão.

Estratégia: Análise autocrítica na organização

- Linguagem (utilizamos uma formulação inclusiva?)
- Espaços (por exemplo, temos locais seguros onde nos possamos refugiar?)
- Regras (são sensíveis à discriminação?)
- Canais de reclamação (para quem se destinam e quão acessíveis e eficazes são?)

Culturalização

Um comportamento ou necessidades são atribuídos precipitadamente à «cultura», em vez de se considerar a perspetiva individual. Isto reduz as pessoas a estereótipos, o que reforça a «alterização».

Exemplos:

- «É um tabu na tua cultura, não é?»
- Suposição de que uma pessoa reprime a sua sexualidade devido à sua origem.
- Atribuições generalizadas a «famílias religiosas».

Estratégia:

- Fazer perguntas individuais em vez de fazer suposições ou assumir sem refletir.
- Orientação para abordagens interseccionais (por exemplo, Patricia Hill Collins e Sirma Bilge).

Exemplos concretos de ação inclusiva

Formulários/anamnese: Utilização de termos neutros nos formulários («parceiro», «pessoa de referência»), opcional: pronomes/formula de saudação.

Privacidade por predefinição: Respeitar a sala/sala privada, opções «Não Perturbar», acordar regras claras para chamadas em espera.

Cultura de equipa: Estabelecer uma rotina de reflexão («O que nos afeta? Que norma está aqui em jogo?»), em vez de piadas ou atitudes defensivas (Goffman, 1963).

Sistema de saúde: História sexual como empoderamento e prevenção.

“Que o médico de família, por vezes, pergunte dessa forma.”

Participante na entrevista individual 2025, Göttingen

Aspetos de implementação de abordagens culturalmente sensíveis

Perguntas centradas na pessoa

O foco está na perspetiva da pessoa, e não em normas ou pressupostos.

Exemplos:

- «Que significado tem para si a proximidade/relação neste momento?»
- «A que é que podemos ou devemos prestar atenção aqui para que se sinta à vontade?»
- «Como gostaria de ser tratado?»

Refletir sobre a dimensão da segurança

Tendo em conta que a abertura em relação à identidade pode acarretar riscos (rejeição, estigma, sanções).

Exemplos:

- Uma pessoa não quer revelar abertamente a sua orientação sexual porque os familiares são desdenhosos.
- Medo de discriminação por parte dos colegas de quarto.
- Preocupação de que a equipa de enfermagem venha a ser tratada de forma diferente.

Estratégia:

- Garantir a confidencialidade
- Oferecer opções (por exemplo, assistência discreta)
- Tratar a informação com sensibilidade
- Referência à Teoria do Estigma (por exemplo, Bruce G. Link e Jo C. Phelan)

Orientação ética

As ações quotidianas e as decisões a elas associadas não se baseiam apenas em regras institucionais ou nas normas pessoais de cada um, mas também em princípios éticos como **a autonomia, o cuidado, a justiça e o princípio de não causar dano**; em cada caso, adaptados ao mundo de vida individual da pessoa (cf. Beauchamp & Childress, 2019). A orientação ética garante, assim, que os cuidados culturalmente sensíveis não sejam apenas «educados», mas sejam **sistematicamente moralmente responsáveis, centrados na pessoa** e implementados **de forma justa**. É a ponte entre a teoria (princípios éticos) e a prática (lidar com a diversidade no dia a dia).



Resumo e Mensagens-Chave

Em resumo, este capítulo deixa claro que a sexualidade e a identidade são também aspetos essenciais da dignidade humana e da qualidade de vida na terceira idade. Ao mesmo tempo, as declarações das entrevistas com especialistas e as discussões no âmbito do projeto «Never gets old» mostram que a sexualidade na velhice é frequentemente vivida como «não atendida» em contextos institucionais. A discriminação atua frequentemente através da invisibilidade, da incapacitação, da regulação moral, da patologização e da regulamentação excessiva (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001). A «alterização» torna-se mais complexo quando a idade interage com experiências de migração, de racismo, estilos de vida queer ou barreiras linguísticas. Uma atitude profissional no trabalho com idosos significa, portanto, pensar de forma interseccional: não explicar prematuramente, mas manter a curiosidade, fazer perguntas biográficas e não dramatizar nem ignorar as diferenças. Uma prática de enfermagem sensível à diversidade e crítica em relação ao poder reforça a dignidade, a segurança e o sentimento de pertença — especialmente para pessoas que já viveram situações de exclusão ao longo das suas vidas.

No trabalho com idosos, lidar com o «outrismo» significa, assim, uma mudança de perspectiva: afastar-se de atribuições orientadas para o défice e avançar para uma prática sensível ao poder, orientada para a biografia e consciente da diversidade. A base científica ajuda a compreender as situações do quotidiano não como casos isolados, mas como parte de dinâmicas sociais mais amplas — e, assim, a agir de forma mais profissional, reflexiva e justa.

A prática inclusiva significa criar condições para que a diversidade se torne possível na terceira idade. Isto inclui um ambiente seguro e respeitoso, abrangendo a comunicação, a proteção da privacidade e o tratamento sensível do consentimento informado. Estes aspetos constituem a base da prática ética. Especialmente em contextos de cuidados, é necessário questionar criticamente as estruturas institucionais e reforçar a autonomia individual. O módulo fornece, assim, impulsos importantes para cuidados holísticos e orientados para os direitos humanos dirigidos às pessoas idosas.

Mensagens principais

1. A «alterização» é um mecanismo central de exclusão social

- As pessoas idosas, e especialmente as pessoas LGBTQI+, enfrentam frequentemente a situação de verem a sua identidade, necessidades e relações rotuladas como «desviantes».
- A «alterização» ocorre de forma subtil através da linguagem, das expectativas normativas (heteronormatividade, normas de idade, normas reprodutivas) e das práticas estruturais em organizações e instituições.

2. Os «-ismos» parecem estar interligados

- Os «outros-ismos» (sexismo, capacitismo, homofobia/transfobia, exclusão social) parecem frequentemente interligados na velhice e influenciam o reconhecimento, o acesso e a segurança individual.

3. A discriminação ao longo da vida continua a ter um impacto

- As experiências biográficas de discriminação, estigma e marginalização influenciam o comportamento, a confiança e as necessidades na velhice.
- Os idosos, que outrora foram excluídos ou patologizados, necessitam de um tratamento sensível e de espaços seguros.

4. Os pressupostos heteronormativos e capacitistas reforçam a «alterização»

- A linguagem, os rituais e as regras nas instituições de cuidados pressupõem frequentemente, de forma inconsciente, papéis heterossexuais, reprodutivos e «normais» associados à idade.
- Intenções protetoras generalizadas ou pressupostos sobre as capacidades (por exemplo, no caso de deficiências cognitivas) podem comprometer a autodeterminação.

5. O tokenismo e a inclusão simbólica não são suficientes

- Bandeiras arco-íris ou «declarações de missão favoráveis à diversidade» sem medidas estruturais reais não são suficientes por si só e parecem, muitas vezes, superficiais.
- Uma ação eficaz requer, normalmente, ajustes e revisões das regras, a implementação de canais de reclamação inclusivos, formação e serviços de apoio concretos.

6. Abordagens culturalmente sensíveis e centradas na pessoa atenuam a «alterização»

- As necessidades individuais, os contextos culturais e os significados pessoais são ativamente explorados.
- A orientação ética (autonomia, cuidado, justiça, não-prejuízo) é considerada uma diretriz básica para decisões transparentes, responsáveis e respeitadas na prestação de cuidados.
- As dimensões de segurança (estigma, sanções institucionais, normas familiares) devem ser tidas em conta.

7. A reflexão sobre os próprios padrões e os processos da equipa é fundamental

- As equipas devem partilhar regularmente os seus próprios pressupostos, avaliações morais e normas institucionais (por exemplo, supervisão, reuniões de ética).
- «Descrever em vez de avaliar» na comunicação e na documentação reduz formas subtis de «alterização».

Ferramentas Práticas

A ferramenta de formação destina-se a proporcionar aos participantes oportunidades de autorreflexão, a ampliar a sua competência para agir em situações e áreas temáticas incertas e a recolher ideias para a implementação das suas próprias ofertas educativas.

Objetivos de aprendizagem do módulo de formação

1. Sensibilização e tomada de consciência: *Tornar visíveis os mecanismos «invisíveis»*

- Os participantes reconhecem como a «alterização» surge nos cuidados do dia a dia.
- Compreendem o impacto nas pessoas idosas, especialmente nas pessoas LGBTQI+.
- Refletem sobre os seus próprios pressupostos (por exemplo, heteronormatividade, imagens da velhice).

2. Reforçar as competências de reflexão: autorreflexão profissional em vez da reprodução inconsciente de normas

- Questionar os próprios valores, atitudes e possíveis preconceitos.
- Reconhecer as ambivalências.
- Estabelecimento de uma abordagem apreciativa face à incerteza na equipa.

3. Desenvolver competências práticas para a vida quotidiana

Ser capaz de aplicar estratégias concretas, tais como:

- Linguagem sensível à discriminação,
- «Descrever em vez de avaliar»,
- Conversa centrada na pessoa.

4. Promover competências de tomada de decisão ética

- Aplicação dos princípios fundamentais: autonomia, cuidado, não-prejuízo, justiça
- Lidar com dilemas (por exemplo, capacidade de consentimento, conceitos de proteção).

5. Reforçar práticas culturalmente sensíveis e inclusivas e implementá-las na vida quotidiana

- Compreender as realidades de vida individuais, em vez de se basear em pressupostos estereotipados.
- Ter em conta a dimensão da segurança (estigma, riscos de discriminação).
- Promover a confiança e criar espaços seguros.

6. Iniciar mudanças estruturais

Analisar criticamente as instalações no que diz respeito a:

- Linguagem e Formulários
- Regras e rotinas
- Estruturas de reclamação
- Reconhecer e evitar o tokenismo

7. Questões de reflexão para as equipas

- Que experiências de vida diferentes podem estar por trás de reações aparentemente «invulgares»?
- Em que situações tendemos a reduzir as pessoas à sua origem, religião, orientação sexual ou identidade de género?
- De que forma as histórias de vida e as perguntas abertas podem ajudar a compreender melhor os contextos individuais?

Grupos-alvo da formação

Grupos-alvo principais

- Enfermeiros (internos e ambulatoriais).
- Auxiliares de enfermagem / cuidadores.
- Assistentes sociais / pedagogos sociais.
- Formadores de adultos.
- Profissionais de áreas terapêuticas (ergoterapia, fisioterapia, psicoterapia).

Grupos-alvo secundários

Dependendo do contexto, os níveis hierárquicos superiores também beneficiam da formação. No que diz respeito aos processos de desenvolvimento organizacional e às mudanças estruturais, faz sentido envolver os gestores e a gestão da qualidade.

Grupos-alvo alargados

Num sentido mais amplo, os grupos-alvo que muitas vezes desempenham indiretamente um papel central nas organizações também beneficiam, uma vez que são indispensáveis e têm, normalmente, um maior contacto quotidiano com os residentes, familiares e pessoal médico:

- Estagiários nas áreas de enfermagem e serviços sociais.
- Pessoal de limpeza e de serviços.
- Voluntários.
- Familiares (opcional, dependendo do contexto).

Plano de Aula Módulo 6

Utiliza-se um guia estruturado para planear e implementar este módulo no trabalho educativo. Deve ser entendido como uma sugestão e oferece aos formadores e especialistas uma orientação didática e metodológica para uma sessão de formação com duração aproximada de 2,5 horas. Inclui uma apresentação em PowerPoint, bem como uma lista de verificação para a preparação, e descreve os resultados de aprendizagem esperados e três exercícios (ver abaixo).

Plano de Aula do Módulo 6 – «Alterizações» no Trabalho com Pessoas Mais Velhas e Idosas

Apresentação do Módulo 6

Exercício 1 – «Reconhecer óculos comuns»

Objetivos:

- Tornar visíveis a «alterização» e os pressupostos normativos
- Introdução acessível ao tema

Duração: 35 minutos

Recursos: Fichas de trabalho preparadas, em número correspondente ao dos participantes, com afirmações «típicas» no contexto da enfermagem.

Exercício 2 – «Estudo de caso»

Objetivos do Caso 1

- Sensibilizar para a lógica protetora discriminatória em relação às pessoas com deficiência
- Equilibrar a autodeterminação e a proteção
- Aplicação de princípios éticos a situações concretas

Objetivos do Caso 2

- Reconhecer a exclusão heteronormativa
- Lidar com conflitos na esfera social
- Desenvolvimento de estratégias de ação inclusivas

Objetivos do Caso 3:

- Evitar atribuições estereotipadas

- Promoção de uma abordagem individual e culturalmente sensível
- Reforço das competências de comunicação

Objetivos do Caso 4:

- Compreender a inclusão simbólica versus a verdadeira inclusão
- Análise das estruturas institucionais
- Desenvolvimento de abordagens concretas para a mudança

Duração: 45 minutos

Recursos: fichas de trabalho preparadas, quadro de folhas soltas.

Exercício 3 – Formação de Formadores – «Aplicação à sua própria instituição»

Objetivos:

- Os participantes desenvolvem uma mini-intervenção concreta e realista com a qual possam introduzir o tema da «alterização» na sua própria instituição.
- Foco: Implementação em vez de teoria

Duração: 60 minutos

Recursos: Fichas de trabalho preparadas com as instruções exatas da tarefa e perguntas orientadoras para o exercício.

Referências

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (letzter Aufruf: 05.02.2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243 ff.

Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, Social Inequalities, and Aging*. AltaMira Press.

Campbell, F. K. (2009). *Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness*. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.

Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, S. 139–167.

Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.

Dewing, J. (2007). Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.

Dorsch Lexikon der Psychologie: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/identitaet> (letzter Aufruf: 05.02.2026).

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2017). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

- Goodley, D. (2014).** Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism. Routledge.
- Herek, G. M. (2000). The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), S. 19–22.
- Ingrisch, D. (2022): Es fängt schon an, wenn wir ganz jung sind. Aging and Aging Trouble. In: mdw- Webmagazin. <https://www.mdw.ac.at/magazin/2022/04/28/es-faengt-schon-an-wenn-wir-ganz-jung-sind/> (letzter Aufruf: 24.03.2026)
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion. University of Bristol.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, S. 27, S. 363–385.
- Schahrzad, Farrokhzad (2019): Empowerment junger Menschen mit (zugeschriebenem) Migrationshintergrund im Spannungsfeld von Othering und Selbstermächtigung. Hrsg. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V. IDA. Düsseldorf. Link zur Publikation (letzter Aufruf: 10.11.2025).
- Schneider, G.; Toyka-Seid, C. (2026): Das junge Politik-Lexikon von www.hanisauland.de, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321117/selbstbestimmung/> (letzter Aufruf: 23.03.2026).
- Schultz-Zehden, B. (2013): Sexualität im Alter. In: Bundeszentrale für politische Bildung <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/>
Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 DE
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Seal Press.
- Sontag, S. (1972, 23. September). The Double Standard of Aging. *The Saturday Review*, S. 29ff.
- Spade, D. (2015). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Duke University Press.
- Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, (29), S. 3–17.
- World Health Organization. (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content> (letzter Aufruf: 11.02.2026).
- Zusammenleben neu gestalten (2022): *Konfliktkultur!?! Anregungen zum Umgang mit Othering und Anfeindungen*. Hrsg. Zusammenleben neu gestalten. Angebote für das plurale Gemeinwesen Prozessbegleitung. Impulse. Reflexionen. Frankfurt am Main. Link zur Publikation (letzter Aufruf: 10.11.2025).

MÓDULO 7

Metodologias Inclusivas para Abordar a Sexualidade, o Género e a Diversidade na Terceira Idade

Desenvolvido por:

Curt Morgane

Le Girofard



Visão Geral

Por que razão este módulo existe

Saber o que fazer não é o mesmo que saber como fazê-lo. Muitos profissionais que trabalham com idosos compreendem, em princípio, que a sexualidade, o género e a diversidade são importantes. Leram as recomendações, assinaram as cartas de compromisso e participaram nas sessões de sensibilização. No entanto, quando confrontados com uma situação real — um residente que quer falar sobre as suas necessidades íntimas, um casal que procura privacidade, um idoso trans cujo corpo conta uma história diferente — ficam paralisados. Faltam-lhes as ferramentas práticas, as palavras certas e a confiança para agir.

Este módulo existe para colmatar essa lacuna entre a intenção e a ação. Vai além do «porquê» da inclusão para se concentrar no «como». Proporciona aos profissionais metodologias concretas e adaptáveis para criar ambientes onde cada idoso possa expressar plenamente a sua humanidade — os seus desejos, a sua identidade, a sua necessidade de conexão — sem medo nem vergonha.

Do silêncio ao diálogo

A ferramenta mais poderosa de que um profissional dispõe não é uma política nem um protocolo — é a capacidade de iniciar uma conversa. Mas como se inicia uma conversa sobre algo tão profundamente pessoal, tão culturalmente tabu? Como perguntar a uma mulher de 85 anos sobre a sua vida íntima sem ser intrusivo? Como dar a entender a um homem gay que é seguro mencionar o nome do seu parceiro falecido? Como apoiar uma pessoa com demência a expressar a sua necessidade de carinho?

Estas não são questões teóricas. São os desafios diários de quem trabalha em gerontologia, serviço social, cuidados de saúde ou educação comunitária. Este módulo fornece respostas.

O que este módulo oferece

Este módulo é um conjunto de ferramentas práticas. Convida os profissionais a:

- Compreender os princípios fundamentais: Aprender os elementos básicos de qualquer metodologia inclusiva: respeito, segurança, consentimento e sensibilidade cultural.
- Desenvolver competências de comunicação: Adquirir técnicas práticas para uma linguagem inclusiva, escuta ativa e criação de condições para um diálogo seguro.
- Utilizar estratégias participativas: ir além das abordagens de cima para baixo para cocriar a aprendizagem e os cuidados em conjunto com os próprios idosos.
- Adaptar-se a necessidades diversas: Aprender a adaptar métodos a pessoas com diferentes capacidades cognitivas, estados emocionais e contextos sociais.
- Lidar com conversas difíceis: Ganhar confiança ao abordar temas sensíveis, desde o desejo até ao luto e à identidade.

Em última análise, este módulo afirma que a metodologia não é um conjunto de técnicas rígidas — é uma abordagem flexível, adaptável e profundamente humana para apoiar as pessoas a seu cargo.

Resultados de Aprendizagem do Módulo 3

No final deste módulo, os participantes serão capazes de:

1. Explicar por que razão são necessárias metodologias específicas para abordar a sexualidade, o género e a diversidade junto de idosos, indo além das boas intenções para alcançar uma prática eficaz.
2. Aplicar os quatro princípios fundamentais da metodologia inclusiva — respeito, segurança, consentimento e sensibilidade cultural — nas suas interações profissionais.
3. Utilizar técnicas de comunicação concretas (perguntas inclusivas, escuta ativa, sinais não verbais) para criar espaços seguros para o diálogo.
4. Conceber e facilitar atividades participativas e centradas no aluno que envolvam os idosos como parceiros ativos em conversas sobre intimidade e identidade.
5. Adaptar a sua abordagem para responder às necessidades cognitivas, emocionais e sociais de diversos idosos, incluindo aqueles com demência, deficiências sensoriais ou histórias de trauma.
6. Lidar com confiança com conversas difíceis sobre temas sensíveis, tais como o desejo, a perda, a identidade e o consentimento.



Conceitos-Chave e Definições

Metodologia Inclusiva

Uma abordagem que garante ativamente que todos os participantes se sintam vistos, ouvidos e respeitados. Adapta-se a necessidades diversas, questiona pressupostos e cria condições para a plena participação.

Abordagem Centrada no Aluno

Uma metodologia que coloca as necessidades, experiências e perspetivas do aluno no centro do processo. O profissional atua como facilitador, em vez de especialista, cocriando conhecimento e significado com os participantes.

Estratégia participativa

Uma abordagem que envolve ativamente o grupo-alvo na conceção, implementação e avaliação das atividades. Baseada no princípio «nada sobre nós sem nós».

Segurança psicológica

A convicção partilhada de que um espaço é seguro para assumir riscos interpessoais — para fazer perguntas, expressar vulnerabilidade ou partilhar experiências pessoais sem receio de constrangimento ou punição.

Escuta Ativa

Uma técnica de comunicação que exige que o ouvinte se concentre plenamente, compreenda, responda e se lembre do que está a ser dito. Envolve sinais verbais e não verbais de envolvimento.

Sensibilidade cultural

A consciência e o respeito pelas diferenças culturais em termos de valores, crenças e práticas

relacionadas com a sexualidade, o género e a intimidade. Exige humildade e vontade de aprender com a perspectiva da outra pessoa.

Abordagem Informada pelo Trauma

Uma metodologia que reconhece a prevalência do trauma e evita ativamente a retraumatização. Dá prioridade à segurança, à confiança, à escolha, à colaboração e à capacitação.



Compreender o Tema

1. Por que razão as metodologias são importantes: para além das boas intenções

As boas intenções não são suficientes. Na verdade, sem uma metodologia adequada, profissionais bem-intencionados podem, inadvertidamente, causar danos. Esta secção explora por que razão uma abordagem deliberada e estruturada é essencial.

1.1. O risco de danos não intencionais

Considere estes cenários comuns:

- Um profissional de saúde bem-intencionado, com o objetivo de ser inclusivo, pergunta a uma nova residente: «Então, tem marido ou mulher?» A residente, uma lésbica que perdeu a sua parceira há anos, sente-se ignorada e invisível.
- Um assistente social, na esperança de criar um diálogo aberto, inicia uma sessão de grupo pedindo a todos que partilhem «a sua experiência com a sexualidade». A sala fica em silêncio. Os participantes sentem-se expostos e vulneráveis.
- Um coordenador de atividades organiza uma «noite de cinema romântico» para casais, isolando inadvertidamente todos os residentes solteiros, viúvos ou que não vivem em casal.

Em cada caso, o profissional tinha boas intenções. Mas sem uma metodologia — sem uma reflexão cuidadosa sobre a linguagem, a segurança e a inclusão — as suas ações causaram danos. A metodologia não tem a ver com burocracia; tem a ver com intencionalidade. É a diferença entre esperar ser inclusivo e ser efetivamente inclusivo.

1.2. O poder do «currículo oculto»

Em qualquer contexto educativo ou de cuidados, existe um «currículo oculto» — as normas, valores e pressupostos tácitos que são comunicados através de ações, e não de palavras. No que diz respeito à sexualidade e ao género, o currículo oculto é frequentemente poderoso e prejudicial:

- O silêncio ensina a irrelevância: quando os profissionais nunca mencionam a intimidade ou a identidade, ensinam aos idosos que estes temas não são importantes, nem bem-vindos.
- As suposições ensinam a invisibilidade: quando os formulários apenas oferecem as opções «Sr./Sra.», quando as perguntas partem sempre do pressuposto da heterossexualidade, quando as atividades são estritamente definidas por género, os profissionais ensinam às pessoas LGBTQIAP+ e de diversidade de género que elas não existem.

- O desconforto ensina o perigo: quando a linguagem corporal de um profissional muda, quando muda rapidamente de assunto, quando evita o contacto visual — ensina que este tema é perigoso, vergonhoso.

A metodologia dá-nos ferramentas para examinar e transformar o currículo oculto. Permite-nos ser intencionais quanto ao que ensinamos através das nossas ações.

1.3. A necessidade de adaptabilidade

Não existe uma única «maneira certa» de abordar a sexualidade, o género e a diversidade com idosos. Uma metodologia que funciona brilhantemente com um grupo de idosos cognitivamente saudáveis e socialmente ativos pode falhar completamente com indivíduos que vivem com demência. Uma abordagem que pareça segura para uma mulher cisgénero heterossexual pode parecer ameaçadora para um homem trans com um historial de violência institucional.

É por isso que este módulo se centra em princípios e estratégias adaptáveis, e não em técnicas rígidas. A verdadeira metodologia é flexível; adapta-se para ir ao encontro da pessoa onde ela se encontra, em vez de forçá-la a ajustar-se ao método.

2. Princípios Fundamentais da Metodologia Inclusiva

Todas as metodologias eficazes para abordar temas sensíveis com idosos assentam em quatro princípios interligados: Respeito, Segurança, Consentimento e Sensibilidade Cultural.

2.1. Respeito: a base de toda a interação

O respeito não é apenas uma atitude; é um conjunto de comportamentos observáveis. Na prática, respeito significa:

- Encarar a pessoa na sua totalidade: reconhecer que uma pessoa idosa não é apenas um doente ou um residente, mas um ser humano completo, com uma história, desejos e uma identidade.
- Preservar a dignidade: isto significa, por exemplo, bater sempre à porta e aguardar uma resposta antes de entrar num quarto privado. Significa discutir as necessidades de cuidados íntimos com discrição, e não em voz alta numa área comum.
- Utilizar os nomes e pronomes preferidos: este é um ato fundamental de reconhecimento. Exige perguntar, não presumir.
- Evitar a infantilização: Nunca utilizar termos como «queridinho», «querida» ou «jovem senhora» com idosos. Dirigir-se a eles como os adultos que são.
- Valorizar a experiência: Reconhecer que os idosos viveram vidas ricas e têm sabedoria para partilhar. São especialistas na sua própria experiência.

2.2. Segurança: Criar condições para a vulnerabilidade

Para que uma pessoa idosa fale sobre intimidade, identidade ou desejo, tem de se sentir segura. Criar segurança psicológica envolve várias vertentes:

Segurança física:

- Espaços privados e confidenciais para conversar.

- Sinais visíveis de inclusão (autocolantes com as cores do arco-íris, cartazes inclusivos) que indiquem «este é um local seguro».
- Protocolos claros para denunciar qualquer discriminação ou abuso.

Segurança emocional:

- Interações previsíveis e consistentes que criam confiança.
- Sem julgamentos, sem surpresas, sem perguntas inadequadas.
- O direito de optar por não responder ou participar.
- Limites claros sobre o que será partilhado e com quem (confidencialidade).

Segurança social:

- Acordos de grupo que estabelecem respeito e confidencialidade.
- Facilitação que garanta que ninguém seja alvo de discriminação ou se sinta diferente.
- Atividades que promovam a ligação e o apoio mútuo entre os participantes.

2.3. Consentimento: um processo contínuo e ativo

O consentimento não é uma opção que se marca uma única vez. No contexto da discussão de temas sensíveis, o consentimento deve ser:

- Contínuo: Verifique regularmente. «Está tudo bem se continuarmos a falar sobre isto?» «Prefere parar?»
- Ativo: Procure um envolvimento entusiástico, não apenas uma aceitação passiva. Esteja atento a sinais de desconforto — retraimento, inquietação, mudanças no tom de voz.
- Específico: O consentimento para discutir um tema não implica consentimento para discutir outro.
- Revogável: Deixe claro que a pessoa pode retirar o consentimento a qualquer momento, por qualquer motivo, sem consequências.

No caso de pessoas com deficiências cognitivas, avaliar o consentimento requer competências específicas. Procure sinais de aprovação — envolvimento positivo através da linguagem corporal, do tom de voz e da expressão emocional. Esteja atento a sinais de angústia ou retraimento, que podem indicar falta de consentimento, mesmo que a pessoa não consiga verbalizá-lo.

2.4. Sensibilidade cultural: ir ao encontro das pessoas onde elas se encontram

A sensibilidade cultural não significa saber tudo sobre todas as culturas. Significa:

- Praticar a humildade cultural: abordar cada pessoa como especialista no seu próprio contexto cultural. Perguntar: «Pode ajudar-me a compreender o que isto significa na sua cultura?»
- Evitar suposições: Não partir do princípio de que alguém com um determinado contexto cultural tem certas crenças. Existe tanta diversidade dentro das culturas como entre elas.

- Reconhecer a interseccionalidade: Compreender que a experiência de uma pessoa é moldada pela intersecção de múltiplas identidades — idade, género, sexualidade, raça, religião, deficiência.
- Adaptar a linguagem e os conceitos: Estar ciente de que palavras como «gay», «trans» ou mesmo «parceiro» podem não ter o mesmo significado em todos os contextos culturais. Utilizar a própria linguagem da pessoa, sempre que possível.

3. Abordagens de comunicação: criar um diálogo seguro

A comunicação é a principal ferramenta de qualquer metodologia inclusiva. Esta secção apresenta técnicas concretas para criar um diálogo seguro, respeitoso e produtivo.

3.1. O poder da linguagem

A linguagem molda a realidade. As palavras que escolhemos podem abrir ou fechar portas. Aqui estão algumas orientações práticas para uma comunicação inclusiva:

Em vez de...	Experimente...	Por que
«Tens marido/mulher?»	«Há alguma pessoa importante na sua vida?» / «Fale-me das suas relações.»	Não pressupõe heterossexualidade nem estado civil.
«Sr./Sra. [Nome]»	Use o primeiro nome (se preferir) ou pergunte: «Como gostaria de ser tratado?»	Respeita a identidade de género e as preferências pessoais.
«Quando era jovem...»	«Ao longo da sua vida...»	Evita dar a entender que a vida da pessoa «acabou».
«És tão corajoso/jovem de espírito!»	«Obrigado por partilhares isso comigo.»	Evita linguagem condescendente.
«Isso deve ter sido difícil para o teu marido.»	«Como é que isso afetou as pessoas próximas de ti?»	Não faz suposições sobre o género do parceiro.

3.2. Escuta ativa: para além de ouvir as palavras

A escuta ativa é uma competência que pode ser desenvolvida. Envolve:

Técnicas verbais:

- Parafrasear: «Então, o que estou a perceber é que te sentiste magoado quando...»
- Refletir sentimentos: «Parece que essa experiência foi muito dolorosa para ti.»
- Fazer perguntas abertas: «Podes falar-me mais sobre isso?», em vez de «Isso deixou-te triste?»
- Expressões de encorajamento: «Mm-hmm», «Estou a ver», «Conta-me mais»

Técnicas não verbais:

- Contacto visual: caloroso e atento, sem ficar a olhar fixamente.
- Postura aberta: braços descruzados, corpo virado para quem fala.
- Inclinar-se ligeiramente para a frente: demonstra interesse e envolvimento.
- Acenar com a cabeça: sinaliza compreensão e incentivo.
- Silêncio: Deixar espaço para a pessoa pensar e falar, sem se apressar a preencher o silêncio.

3.3. Criar condições para o diálogo

Por vezes, o trabalho mais importante acontece antes de se dizer uma única palavra. Criar condições para o diálogo significa:

Preparar o espaço:

- Escolher um local privado e confortável.
- Organize os lugares de forma a facilitar a conversa (cadeiras dispostas em ângulo, e não uma de frente para a outra, separadas por uma secretária).
- Remova as barreiras físicas.
- Certifique-se de que o espaço é acolhedor e convidativo.

Definir o tom:

- Comece por explicar claramente o objetivo e os limites.
- Estabeleça a confidencialidade: «O que discutirmos aqui é privado. A única situação em que eu precisaria de partilhar alguma coisa seria se...»
- Saliente o direito da pessoa de escolher o que partilhar.

Utilizar elementos visuais:

- Mostre imagens inclusivas (bandeiras arco-íris, casais diversos, pessoas de todas as idades).
- Forneça materiais (livros, brochuras) que transmitam uma imagem de abertura.
- Use um crachá com os pronomes ou inclua os pronomes na sua apresentação.

3.4. A arte de fazer perguntas

As perguntas podem incentivar a partilha ou impedi-la. Aqui ficam algumas orientações para fazer perguntas sobre temas sensíveis:

O que deve perguntar	Não pergunte
Perguntas abertas: «Qual foi a sua experiência com...»	Perguntas tendenciosas: «Deve ter achado isso difícil, certo?»
Perguntas que normalizam a diversidade: «Já tiveste algum parceiro de um género diferente?»	Perguntas que pressupõem uma patologia: «Quando é que percebeste que eras diferente?»
Perguntas que oferecem escolha: «Gostarias de me falar sobre as tuas relações?»	Perguntas que exigem revelação: «Fala-me da tua história sexual.»
Perguntas que seguem a iniciativa da pessoa: «Mencionaste o teu parceiro há pouco. Gostarias de falar mais sobre isso?»	Perguntas intrusivas ou indiscretas: «E depois o que aconteceu?»

4. Estratégias participativas e centradas no aluno

As abordagens tradicionais à educação e aos cuidados são frequentemente de cima para baixo: o profissional é o especialista, o idoso é o destinatário. As estratégias participativas e centradas no aluno invertem este modelo. Reconhecem que os idosos são os especialistas nas suas próprias vidas e que a aprendizagem e o apoio significativos ocorrem através da colaboração, e não da imposição.

4.1. O princípio «Nada sobre nós sem nós»

Este princípio, nascido do ativismo pelos direitos das pessoas com deficiência, é fundamental para um trabalho inclusivo com idosos. Significa:

- Envolver os idosos na conceção: Ao criar um novo programa, atividade ou política, inclua os idosos desde o início. Pergunte-lhes do que precisam, o que querem, o que funcionou ou não funcionou no passado.
- Criação conjunta de conteúdos: Desenvolva materiais e atividades com os idosos, e não apenas para eles. Deixe que sejam eles a definir a agenda.
- Partilha de poder: Reconheça que a experiência profissional é complementar à experiência de vida da pessoa idosa, e não superior a ela.

4.2. Métodos participativos práticos

Grupos focais:

- Pequenas discussões facilitadas com 6 a 8 participantes.
- Utilizados para explorar experiências, necessidades e ideias.
- Podem ser de sessão única ou contínuas.
- Particularmente úteis para recolher perspetivas diversas.

Workshops de co-concepção:

- Sessões estruturadas em que profissionais e idosos trabalham em conjunto para conceber uma solução (um programa, um espaço, um recurso).
- Utilizam técnicas criativas (brainstorming, prototipagem, dramatização).
- Enfatizam a parceria em pé de igualdade e a tomada de decisões partilhada.

Facilitação entre pares:

- Formar idosos para facilitarem discussões ou atividades com os seus pares.
- Aproveita o poder da experiência partilhada.
- Reforça as capacidades e a confiança no seio da comunidade.

Grupos consultivos comunitários:

- Criar um grupo permanente de idosos que aconselhe a organização sobre políticas, programas e práticas.
- Assegure que o grupo seja diversificado e representativo.
- Remunere os membros pelo seu tempo e conhecimentos especializados.

4.3. Técnicas de facilitação centradas no aluno

Em qualquer contexto de grupo, o papel do facilitador é criar condições para a aprendizagem, e não transmitir conteúdos.

As principais técnicas incluem:

Começar pelo ponto em que os participantes se encontram:

- Comece por perguntar o que os participantes já sabem, o que querem aprender e quais são as suas preocupações.
- Adapte a agenda com base nas respostas deles.

Utilizar a aprendizagem experiencial:

- Organize atividades em torno das próprias experiências dos participantes.
- Recorra à narrativa, a estudos de caso e a cenários retirados da vida real.
- Crie oportunidades para reflexão e partilha.

Incentivar a aprendizagem entre pares:

- Organize as atividades de forma a que os participantes aprendam uns com os outros.
- Recorra a discussões em pequenos grupos, partilhas em pares e síntese com todo o grupo.
- Valide e valorize as contribuições de todos os participantes.

Oferecer opções:

- Ofereça várias formas de participação (falar, escrever, desenhar, movimentar-se).
- Permita que os participantes escolham o seu nível de envolvimento.

- Respeite o direito de não participar.

Concluir o ciclo:

- Resuma o que foi aprendido.
- Pergunte aos participantes o que vão levar consigo.
- Explique como as suas contribuições serão utilizadas.

5. Adaptar os métodos a necessidades diversas

Não existe uma metodologia única que funcione para todos. Os profissionais eficazes adaptam a sua abordagem para responder às necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo. Esta secção fornece orientações para adaptar métodos a diferentes contextos cognitivos, emocionais e sociais.

5.1. Adaptação às necessidades cognitivas

Para pessoas com **demência ou deficiências cognitivas**:

- Simplifique a linguagem: utilize frases curtas e claras. Evite conceitos abstratos. Seja concreto.
- Utilize múltiplas modalidades: combine palavras com imagens, objetos, música ou movimento.
- Concentre-se no momento presente: em vez de perguntar sobre experiências passadas, concentre-se nos sentimentos e necessidades atuais.
- Esteja atento a sinais não verbais: a linguagem corporal, as expressões faciais e o tom de voz são, muitas vezes, mais fiáveis do que as palavras.
- Valide as emoções: mesmo que as palavras da pessoa não façam sentido, os seus sentimentos são reais. Reflete sobre eles e valida-os. Trata-se de uma abordagem centrada no reconhecimento e na aceitação dos sentimentos e da realidade subjetiva de uma pessoa com demência, em vez de corrigir imprecisões factuais ou confrontar a confusão.
- Crie rotinas: as estruturas previsíveis reduzem a ansiedade e proporcionam segurança.

Para pessoas com **deficiências sensoriais**:

- Em caso de perda auditiva: Olhe para a pessoa, fale com clareza e reduza o ruído de fundo. Recorra a material escrito como apoio. Considere a possibilidade de recorrer a intérpretes de língua gestual.
- Para a perda de visão: Descreva verbalmente os materiais visuais. Utilize objetos táteis. Assegure uma boa iluminação.
- Forneça materiais em formatos acessíveis: letras grandes, áudio, braille, leitura facilitada.

Para pessoas com **afasia ou dificuldades de comunicação**:

- Dê tempo adicional: permita que a pessoa processe a informação e responda sem pressa.
- Utilize apoios de comunicação: imagens, escrita, gestos, quadros de comunicação.

- Faça perguntas de sim/não quando for apropriado: «Gostaria de continuar?» «Está confortável?»
- Verifique se compreendeu bem: «Acho que está a dizer... Está certo?»

5.2. Adaptação às necessidades emocionais

Para pessoas com **histórias de trauma**:

- Utilize uma abordagem informada sobre o trauma: dê prioridade à segurança, à confiança, à escolha, à colaboração e à capacitação.
- Evite conteúdos desencadeantes: esteja ciente de que certos temas (violência sexual, exames médicos, certos tipos de contacto físico) podem ser profundamente desencadeantes.
- Proporcione controlo: Saliente que a pessoa pode interromper a qualquer momento e pode escolher o que partilhar.
- Esteja atento a sinais de angústia: isolamento, agitação, dissociação. Esteja preparado para fazer uma pausa ou interromper.
- Tenha recursos de apoio disponíveis: saiba como encaminhar para serviços informados sobre traumas, se necessário.

Para pessoas que estão a passar por **luto ou perda**:

- Reconheça a perda: «Compreendo que o seu parceiro faleceu. Deve ser muito difícil.»
- Siga o ritmo da pessoa: algumas pessoas querem falar; outras não. Respeite o ritmo delas.
- Crie um espaço para a recordação: ofereça oportunidades para homenagear os entes queridos, se assim for desejado.
- Esteja presente: por vezes, o apoio mais poderoso é simplesmente estar lá, sem dizer nada.

Para pessoas que estão **ansiosas ou tímidas**:

- Comece devagar: construa a confiança gradualmente. Não a pressione.
- Ofereça alternativas: algumas pessoas preferem conversas a sós em vez de em grupo. Outras preferem escrever em vez de falar.
- Normalize o desconforto: «É completamente normal sentir-se um pouco constrangido ao falar sobre isto.»
- Recorra a atividades estruturadas: jogos, questionários ou projetos artísticos podem parecer mais seguros do que uma discussão aberta.

5.3. Adaptação aos contextos sociais e culturais

Para pessoas de **diferentes origens culturais**:

- Informe-se sobre as normas culturais: mas não faça suposições — pergunte.
- Use a língua da própria pessoa, sempre que possível: recorra a intérpretes, se necessário.

- Esteja atento à dinâmica familiar: em algumas culturas, o envolvimento da família nas decisões é esperado e desejado.
- Respeite valores diferentes: mesmo que sejam diferentes dos seus.
- Evite impor conceitos ocidentais de sexualidade e identidade: utilize o quadro de referência da própria pessoa.

Para pessoas **em ambientes rurais ou isolados**:

- Utilize a tecnologia de forma criativa: videochamadas, apoio por telefone, grupos online.
- Aproveite as redes existentes: colabore com grupos comunitários locais, organizações religiosas ou clubes.
- Seja paciente: a construção da confiança pode demorar mais tempo em comunidades muito unidas, onde a privacidade é limitada.

Para pessoas com **apoio social limitado**:

- Seja uma presença constante: a fiabilidade gera confiança.
- Estabeleça ligações com os recursos da comunidade: ajude a pessoa a encontrar grupos, serviços ou atividades.
- Reconheça o papel da «família escolhida»: apoie as ligações com amigos, vizinhos e outras formas de apoio não tradicionais.

6. Lidar com temas sensíveis e conversas difíceis

Mesmo com a melhor preparação, as conversas sobre sexualidade, género e intimidade podem ser desafiantes. Esta secção apresenta estratégias para lidar com momentos difíceis.

6.1. Quando uma pessoa revela algo inesperado

- Mantenha a calma: a sua reação define o tom. Respire. Mantenha uma expressão neutra e calorosa.
- Reconheça a revelação: «Obrigado por confiar em mim o suficiente para partilhar isso.»
- Reflita sobre o que foi dito: «Então, o que me está a dizer é que...»
- Pergunte do que a pessoa precisa: «Como posso apoiar-te melhor neste momento?» «O que te seria útil?»
- Não insistas: não precisas de saber todos os detalhes. Concentra-te nas necessidades da pessoa, não na tua curiosidade.
- Conheça os seus limites: se a questão estiver fora da sua área de especialização, diga-o e ajude a encaminhar a pessoa para o apoio adequado.

6.2. Quando uma conversa se torna emocional

- Faça uma pausa: «Percebo que isto está a despertar sentimentos fortes. Gostaria de fazer uma pausa?»

- Valide as emoções: «Faz sentido que se sinta assim.»
- Ofereça opções: «Gostaria de continuar ou prefere parar por agora?»
- Recorra a técnicas de estabilização, se necessário: «Vamos respirar fundo algumas vezes juntos.» «Consegue nomear três coisas que vê nesta sala?»
- Esteja presente: Não tente «resolver» a emoção. Limite-se a acompanhar a pessoa.

6.3. Quando uma pessoa diz algo inadequado ou ofensivo

- Mantenha a calma e a profissionalidade: não humilhe nem ataque.
- Identifique o comportamento, não a pessoa: «Esse comentário sobre [grupo] é ofensivo. Neste espaço, tratamos todos com respeito.»
- Aproveite como uma oportunidade de aprendizagem: «Podes explicar-me melhor por que razão disseste isso?» «Como achas que isso pode fazer sentir alguém que pertença ao [grupo]?»
- Reforce os acordos do grupo: «Lembre-se de que concordámos em ouvir com a mente aberta.»
- Se o comportamento persistir, aborde o assunto em privado: «Gostaria de falar contigo sobre algo que aconteceu no grupo há pouco...»

6.4. Quando não sabes a resposta

- Seja honesto: «Essa é uma pergunta muito boa. Não sei a resposta, mas posso descobrir para si.»
- Proposta para pesquisar em conjunto: «Gostaria de investigarmos isso juntos?»
- Indique recursos: «Conheço uma organização especializada nesse assunto. Queres os contactos deles?»
- Acompanhamento: Se prometer encontrar informações, cumpra a promessa.

7. Estudos de caso: metodologias em ação

Estes estudos de caso ilustram como os princípios e técnicas deste módulo podem ser aplicados em situações reais.

Estudo de Caso 1: O Workshop de Educação Comunitária

Contexto: Um centro comunitário numa pequena cidade pretende organizar um workshop sobre «Intimidade e Envelhecimento» para idosos locais. Nunca fizeram isto antes e não sabem bem como proceder.

Metodologia em ação:

1. Conceção participativa: Antes de conceberem a oficina, os organizadores realizam dois grupos de discussão com idosos locais para compreender os seus interesses, preocupações e necessidades. Descubrem que os participantes querem falar sobre como manter a ligação após

uma perda, como lidar com novas relações e como enfrentar as reações da família. Eles afirmam explicitamente que NÃO querem uma apresentação ao estilo da «educação sexual».

2. **Cocriação:** É formado um comité de planeamento composto por quatro idosos e dois membros da equipa. Juntos, concebem uma série de quatro sessões de workshop. Os idosos sugerem títulos com os quais se sintam à vontade («Amor e Conexão em Qualquer Idade») e atividades que lhes transmitam segurança (começando com discussões gerais antes de passarem à partilha pessoal).
3. **Criação de um ambiente seguro:** A primeira sessão centra-se inteiramente na construção de confiança e no estabelecimento de acordos de grupo. Os participantes criam em conjunto as regras: confidencialidade, o direito de optar por não participar, ausência de julgamento e escuta respeitosa. Os facilitadores dão o exemplo destes princípios ao longo de toda a sessão.
4. **Facilitação centrada no aluno:** Cada sessão começa com um momento de contacto e uma pergunta: «Sobre o que querem falar hoje?» A agenda adapta-se às necessidades dos participantes. Quando alguém partilha uma experiência pessoal, o facilitador convida os outros a refletir: «Mais alguém teve uma experiência semelhante?»
5. **Adaptação às necessidades:** Uma participante encontra-se numa fase inicial de demência. O facilitador mantém contacto regular com ela, utiliza uma linguagem simples e valoriza as suas contribuições. Quando ela fica confusa, o facilitador redireciona-a gentilmente ou sugere uma pausa.
6. **Fechar o ciclo:** Na sessão final, os participantes refletem sobre o que aprenderam e o que vão levar consigo. Vários manifestam interesse em continuar a reunir-se. O centro concorda em apoiar um grupo de discussão contínuo liderado pelos próprios participantes.

Estudo de caso 2: A conversa individual

Contexto: Uma prestadora de cuidados domiciliários, Marie, visita regularmente o Sr. Ahmed, de 82 anos. Ele ficou viúvo recentemente e parece cada vez mais retraído. Marie suspeita que ele possa estar a sentir-se solitário e isolado.

Metodologia em ação:

1. **Criar condições:** Marie assegura-se de que têm tempo para uma conversa privada. Senta-se numa cadeira confortável ao lado dele, e não do outro lado da mesa. Começa com perguntas gerais sobre como ele se sente.
2. **Escuta ativa:** Quando o Sr. Ahmed menciona que «sente falta de companhia», Marie não se apressa a apresentar soluções. Ela reflete: «Parece que se sente solitário desde que a sua esposa faleceu.» Ela permite um momento de silêncio para que ele responda.
3. **Fazer perguntas abertas:** «Como era o seu casamento?», pergunta ela. O Sr. Ahmed começa a falar sobre a sua esposa, a vida que partilhavam. Marie ouve sem interromper.
4. **Seguir a linha de pensamento:** Quando o Sr. Ahmed menciona que, por vezes, pensa no «que vem a seguir», Marie pergunta gentilmente: «O que quer dizer com isso?» Isto dá início a uma conversa sobre se ele poderá querer companhia novamente — algo em que ele tem tido medo até de pensar.

5. Respeitar os limites: Quando o Sr. Ahmed fica com lágrimas nos olhos, Marie faz uma pausa. «Isto está a despertar muitas emoções. Gostaria de continuar ou prefere parar?» Ele opta por continuar, mas a sugestão de Marie reforça o seu controlo.
6. Oferecer apoio, não soluções: No final, a Marie não lhe diz o que fazer. Ela pergunta: «O que lhe seria útil neste momento?» O Sr. Ahmed diz que talvez gostasse de visitar um centro comunitário local. A Marie oferece-se para o ajudar a encontrar informações.
7. Manter a continuidade: Nas visitas seguintes, Marie pergunta gentilmente: «Já pensou mais sobre o centro comunitário?» Ela não o pressiona, mas mantém a porta aberta.

Estudo de Caso 3: A Resposta Institucional

Contexto: Um lar de idosos percebe que não possui um protocolo para apoiar as relações íntimas dos residentes. Depois de dois residentes, ambos com demência, terem iniciado uma relação, os funcionários ficam divididos quanto à forma de reagir.

Metodologia em ação:

1. Consulta a múltiplas partes interessadas: A instituição convoca um grupo de trabalho que inclui funcionários de todos os níveis, as famílias dos residentes e — fundamentalmente — os próprios residentes. A consulta é facilitada por um consultor externo com experiência em VIAS. («VIAS» é utilizado como um quadro de análise na gestão de projetos ou na ética dos cuidados; uma possível definição seria: V – Verificar os factos e as perceções / I – Identificar a questão central e os princípios éticos / A – Avaliar os riscos e as opções / S – Elaborar estratégias / Decidir sobre uma resposta coletiva).
2. Abordagem informada pelo trauma: A consulta começa por reconhecer que alguns residentes e funcionários podem ter histórias de trauma relacionadas com a sexualidade. São estabelecidas regras básicas para um diálogo respeitoso.
3. Avaliação das necessidades e preocupações: Através de discussões facilitadas, o grupo identifica questões-chave: falta de privacidade, desconforto dos funcionários, preocupações das famílias, ausência de uma política clara, receio de abuso.
4. Criação conjunta de soluções: O grupo debate possíveis soluções: instalar placas «Não perturbe», criar um espaço privado para visitas, desenvolver um programa de formação para o pessoal, criar um protocolo simples para avaliar a capacidade de consentimento.
5. Elaboração de um projeto de política: Um grupo mais restrito redige um projeto de política com base na consulta. Este inclui princípios claros (direito à privacidade, direito às relações, compromisso com a segurança), orientações práticas e um processo de tomada de decisão para situações complexas.
6. Fase piloto e feedback: O rascunho da política é testado durante três meses. Os funcionários e os residentes são convidados a partilhar o seu feedback. São feitos ajustes.
7. Implementação e revisão contínua: A política final é adotada. Inclui o compromisso de a rever anualmente e de continuar a envolver os residentes na sua implementação.



Orientações para Educadores e Profissionais

Reflexos essenciais a desenvolver

Linguagem:

- Substituir perguntas fechadas e presuntivas por perguntas abertas e inclusivas.
- Pergunte sobre pronomes e formas preferidas de tratamento.
- Utilize termos neutros, como «parceiro», até saber o contrário.
- Nos formulários, substitua «Sr./Sra.» por «Nome próprio, Apelido, Pronomes preferidos».

Postura:

- Coloque-se ao mesmo nível da pessoa com quem está a falar.
- Mantenha uma linguagem corporal aberta e descontraída.
- Estabeleça um contacto visual caloroso, sem ficar a olhar fixamente.
- Esteja presente — guarde telemóveis e outras distrações.

Ambiente:

- Assegure-se de que os espaços privados sejam verdadeiramente privados.
- Exiba sinais visíveis de inclusão.
- Fornecer materiais em formatos acessíveis.
- Criar oportunidades de interação (espaços sociais, atividades, eventos).

Prática:

- Peça sempre consentimento antes de abordar temas sensíveis.
- Siga a orientação da pessoa — ela é a especialista na sua própria vida.
- Em caso de dúvida, pergunte: «O que seria mais útil para si neste momento?»
- Conheça os seus limites e saiba quando deve encaminhar a pessoa para outro profissional.

Armadilhas comuns a evitar

- Presumir em vez de perguntar: presumir a heterossexualidade, presumir que a pessoa se sente à vontade, presumir o que a pessoa precisa.
- Apressar-se a encontrar soluções: por vezes, o mais eficaz é simplesmente ouvir.
- Evitar completamente o tema: O silêncio não é neutro — transmite a ideia de que o tema é tabu.
- Usar jargão ou linguagem complexa: mantém a mensagem simples e clara.

- Focar a conversa em si mesmo: «Quando eu...», «Eu acho que...». Concentre-se na pessoa.
- Pressionar demasiado: Respeite o direito de recusar, o direito à privacidade, o direito de dizer não.



Resumo e Mensagens-Chave

- A metodologia é importante. As boas intenções não bastam. Abordagens deliberadas e ponderadas são essenciais para criar ambientes verdadeiramente inclusivos.
- Comece pelos princípios. Respeito, segurança, consentimento e sensibilidade cultural são a base de todas as práticas eficazes.
- A comunicação é fundamental. As palavras que escolhemos, a forma como ouvimos, o espaço que criamos — tudo isto determina se o diálogo é possível.
- As abordagens participativas funcionam. Os idosos devem ser parceiros, e não apenas destinatários, em qualquer processo que lhes diga respeito.
- A adaptação é essencial. Não existe um método único que funcione para todos. Adapte a sua abordagem para responder às necessidades cognitivas, emocionais e sociais únicas de cada pessoa.
- As conversas difíceis fazem parte do trabalho. Com a preparação e o apoio adequados, podem ser geridas de forma eficaz.
- Não está sozinho. Recorra aos recursos, redes e ferramentas disponíveis. Colabore com colegas e parceiros da comunidade.



Ferramentas Práticas

Plano de Aula do Módulo 7

O plano de aula é um guia estruturado que fornece instruções a formadores ou profissionais sobre como implementar o Módulo 7 num contexto de grupo. Apresenta uma estrutura para uma sessão de formação com a duração de 3 horas, acompanhada de uma apresentação em PowerPoint, enumera os resultados de aprendizagem e inclui uma lista de verificação para a preparação, além de descrever três exercícios (ver abaixo).

Exercício 1 — Criar perguntas inclusivas

Objetivo: Praticar a formulação de perguntas abertas e inclusivas para diferentes situações.

Instruções: Em pares, escolham uma pergunta «fecha» ou «presuntiva» e transformem-na numa alternativa aberta e inclusiva. Discutam por que razão a nova formulação é mais eficaz.

Exercício 2 — Adaptação a Necessidades Diversas



Objetivo: Praticar a adaptação de uma metodologia padrão para responder a diferentes necessidades cognitivas, emocionais ou sociais.

Instruções: Em pequenos grupos, recebam um cenário que descreva um participante com uma necessidade específica (por exemplo, demência em fase inicial, histórico de trauma, deficiência auditiva). Discutam como adaptariam uma atividade padrão de discussão em grupo para garantir a sua participação plena e segura.

Exercício 3 — Conceção conjunta de um workshop

Objetivo: Praticar a aplicação dos princípios do design participativo.

Instruções: Em grupos, imaginem que lhes foi atribuída a tarefa de criar um workshop sobre «Intimidade e Envelhecimento» para idosos da vossa comunidade. Utilizando o princípio «Nada sobre nós sem nós», delineiem um processo de conceção participativa. Quem envolveriam? Que passos dariam? Que desafios poderiam surgir e como os enfrentariam?



Referências

Fontes francesas

Haute Autorité de Santé. (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 – Socle transversal. Saint-Denis La Plaine: HAS. Available at: www.has-sante.fr

Charte ISA. (2023). Charte internationale des droits à l'Intimité, la Sexualité et l'Autonomie en établissement. Available at: <https://charte-isa.com>

Petits Frères des Pauvres. (2022). Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Paris: Petits frères des pauvres. Available at: www.petitsfreresdespauvres.fr

Amnesty International Suisse. (2022). Guide de langage inclusif. Available at: <https://www.amnesty.ch/fr/le-lab/guides-et-outils/guide-de-langage-inclusif>

Direction générale de la cohésion sociale. (2021). *Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences.* Available at: www.legifrance.gouv.fr

Fontes internacionais

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). Global report on ageism. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

Meyer, A., Rose, D. H., & Gordon, D. (2014). Universal design for learning: Theory and practice. CAST Professional Publishing.

Recursos adicionais

Grey Pride. (2024). Guide "Accueillir les seniors LGBTQIAP+" and Label "Bienvenue". Available at: <https://greypride.fr>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité. Available at: <https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt - Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender. Available at: <https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse - UK's first LGBT+ affirming retirement community. Available at: <https://tonichousing.org.uk/>

Kit à agir. Ressources pour l'animation et l'accompagnement. Available at: <https://kit-a-agir.fr>

Intimagir. Centres ressources sur la sexualité et la parentalité. Available at: <https://www.intimagir.fr>

MÓDULO 8

Demência e Sexualidade: Aspectos Fundamentais

Desenvolvido por:

Cristina-Ioana Apostu

Societatea Română Alzheimer



Visão Geral

Este módulo explora a relação complexa entre a demência e a sexualidade, com especial atenção à forma como as alterações cognitivas podem influenciar a intimidade, a expressão sexual, o consentimento e as relações interpessoais na terceira idade. As alterações associadas à demência, tais como dificuldades de memória, de discernimento, de regulação emocional ou de consciência social, podem afetar a forma como os indivíduos vivem e expressam a sexualidade. Na prática quotidiana, estas alterações podem conduzir a situações de mal-entendidos, sofrimento emocional ou incerteza ética, tanto para as pessoas que vivem com demência como para aqueles que as apoiam.

A sexualidade na terceira idade, e especialmente no contexto da demência, é frequentemente rodeada de silêncio, desconforto e preconceitos relacionados com a idade. Os idosos que vivem com demência são frequentemente vistos como assexuados ou incapazes de uma intimidade significativa, o que pode fazer com que as suas necessidades sejam ignoradas ou ativamente restringidas. Ao mesmo tempo, o comprometimento cognitivo pode suscitar preocupações genuínas relacionadas com o consentimento, a vulnerabilidade e a proteção contra danos. Por conseguinte, os profissionais são frequentemente obrigados a lidar com tensões difíceis entre o respeito pela autonomia e a garantia da segurança, sem orientações claras ou consistentes.

Este módulo responde a estes desafios adotando uma perspetiva baseada nos direitos e centrada na pessoa. Em vez de abordar a sexualidade na demência como um problema a ser gerido, incentiva respostas mais matizadas, compassivas e eticamente fundamentadas, que reconhecem a sexualidade como um aspeto contínuo da identidade e do bem-estar ao longo da vida.

O conteúdo do módulo baseia-se nas conclusões do WP2, que destacam a forma como a demência se cruza com fatores como o género, o estado de saúde, as normas culturais e as expectativas sociais. As conclusões do WP2 apontam também para uma falta de formação e de quadros de referência claros para os profissionais, bem como para as dificuldades emocionais e éticas com que se deparam ao responder a manifestações de intimidade ou comportamentos sexuais em pessoas com declínio cognitivo.

Ao concluir este módulo, os profissionais, educadores e cuidadores familiares irão desenvolver uma compreensão mais clara das questões éticas, sociais e práticas relacionadas com a sexualidade e a demência. Adquirirão maior confiança para responder a situações delicadas, uma maior consciência das questões de consentimento e de proteção, bem como estratégias práticas de comunicação que apoiem a autonomia, mantendo simultaneamente a segurança, a dignidade e o respeito (Organização Mundial de Saúde, 2015; Alzheimer Europe, 2018).



Conceitos-Chave e Definições

Esta secção apresenta conceitos-chave que são particularmente relevantes para a compreensão da sexualidade e da intimidade no contexto da demência. A utilização de terminologia clara e comum contribui para uma prática mais consistente, ética e sensível, especialmente em situações que podem ser emocional ou moralmente complexas.

Demência

A demência é uma condição neurocognitiva progressiva caracterizada por um declínio da memória, do funcionamento executivo, da linguagem, do discernimento e da consciência social, que interfere com o funcionamento diário.

Inclui diferentes condições, tais como a doença de Alzheimer, a demência frontotemporal e a demência vascular, bem como formas mistas. Além disso, existem causas reversíveis ou secundárias de comprometimento cognitivo que podem apresentar sintomas semelhantes. Estas condições podem revelar padrões comportamentais e emocionais distintos. As alterações neurológicas e cognitivas associadas podem afetar o controlo dos impulsos, a regulação emocional e os limites interpessoais, o que, por sua vez, pode influenciar as manifestações de intimidade e sexualidade.

Compreender a demência como uma condição neurocognitiva é essencial para evitar interpretações morais do comportamento e para apoiar respostas clinicamente fundamentadas e proporcionadas.

Capacidade

A capacidade refere-se à aptidão de uma pessoa para tomar uma decisão específica num determinado momento. Não se trata de um estado global ou permanente, mas sim específico da decisão em causa e pode variar.

Considera-se geralmente que uma pessoa tem capacidade se for capaz de:

- compreender a informação relevante
- reter essa informação durante tempo suficiente para tomar uma decisão
- ponderar ou avaliar as informações
- comunicar a sua decisão

No contexto da demência, a capacidade pode variar consoante a complexidade da decisão. Uma pessoa pode não ter capacidade para tomar decisões financeiras, mas manter a capacidade para decisões relacionais ou íntimas.

Consentimento

O consentimento é um conceito ético central nas discussões sobre sexualidade e demência. Refere-se à capacidade de compreender, concordar e participar livremente em interações íntimas ou sexuais. No contexto do declínio cognitivo, o consentimento deve ser entendido como um processo dinâmico e específico da situação, em vez de uma capacidade fixa. Avaliar o consentimento implica prestar atenção às capacidades atuais, à comunicação verbal e não verbal, às respostas emocionais e ao contexto relacional. As responsabilidades de proteção devem ser cuidadosamente equilibradas com o respeito pela autonomia e pela personalidade. (Organização Mundial de Saúde, 2015; Syme & Cohn, 2016).

Intimidade

A intimidade refere-se à proximidade emocional, física e relacional entre as pessoas. Pode envolver confiança, afeto, reconhecimento mútuo e vulnerabilidade partilhada, e não implica necessariamente atividade sexual. Para as pessoas que vivem com demência, as expressões de intimidade podem mudar ao longo do tempo, mas a necessidade subjacente de proximidade, segurança e ligação significativa mantém-se frequentemente. Encarar a intimidade neste sentido mais amplo pode ajudar os profissionais a responder de forma mais adequada a comportamentos que, de outra forma, poderiam ser mal interpretados.

Hipersexualidade e desinibição sexual

A hipersexualidade refere-se a comportamentos sexuais intensificados ou desinibidos que podem ocorrer em certas formas de demência, particularmente na demência frontotemporal, devido a um comprometimento do controlo dos impulsos.

A desinibição sexual pode manifestar-se através de comentários, toques ou comportamentos socialmente inadequados. Estes comportamentos têm frequentemente uma origem neurológica e não devem ser automaticamente interpretados como conduta indevida intencional.

Apatia e redução do interesse sexual

A apatia é comum na doença de Alzheimer e pode reduzir a iniciativa, o envolvimento emocional ou o interesse sexual. A redução do desejo não deve ser automaticamente interpretada como rejeição relacional.



Compreender o Tema

Esta secção explora as questões-chave relacionadas com a demência e a sexualidade, com base em resultados de investigação, quadros éticos e prática profissional. Aborda equívocos comuns, destaca os desafios enfrentados pelos profissionais e considera as necessidades específicas de grupos vulneráveis e diversos através de uma perspetiva interseccional.

Demência, alterações cognitivas e expressão sexual

A demência (clinicamente designada por «perturbação neurocognitiva grave») é uma condição progressiva que afeta o funcionamento do cérebro. Não faz parte do processo normal de envelhecimento. Envolve um declínio da memória, do raciocínio, do discernimento e da capacidade de funcionar de forma independente na vida quotidiana.

Existem vários tipos de demência. Os tipos mais comuns incluem:

- ✓ A doença de Alzheimer, que afeta principalmente a memória, a orientação e a linguagem nas fases iniciais.
- ✓ A demência frontotemporal (DFT), que afeta frequentemente o comportamento, o controlo dos impulsos, a empatia e os limites sociais.
- ✓ A demência vascular, que pode afetar a atenção, a capacidade de planeamento, a velocidade de raciocínio e a estabilidade emocional.
- ✓ A demência com corpos de Lewy, que pode envolver flutuações na atenção, alucinações visuais e alterações nos movimentos.

A demência pode afetar diferentes áreas cognitivas, incluindo:

- Memória (esquecimento de acontecimentos ou conversas recentes)
- Funcionamento executivo (planeamento, tomada de decisões, controlo dos impulsos)
- Linguagem (dificuldade em encontrar palavras ou compreender o significado)
- Cognição social (compreensão das regras sociais, empatia, reconhecimento de limites)
- Regulação emocional (gerir as emoções de forma adequada)

Uma vez que a sexualidade e a intimidade dependem da memória, da compreensão emocional, do controlo dos impulsos e da consciência social, as alterações nestas áreas podem influenciar a forma como o comportamento sexual se manifesta.

As alterações no comportamento sexual na demência podem variar. Algumas pessoas podem apresentar um interesse reduzido na intimidade (apatia), particularmente na doença de Alzheimer. Outras, especialmente aquelas com demência frontotemporal, podem apresentar comportamentos sexuais intensificados ou desinibidos devido a um controlo reduzido dos impulsos.

As dificuldades de memória podem levar a confusão quanto aos parceiros, ao esquecimento de atividades sexuais anteriores ou à interpretação errada dos limites relacionais. Em alguns casos, os comportamentos podem parecer socialmente inadequados, como despir-se em público ou masturbar-se sem consciência do contexto.

Vários fatores podem contribuir para estas alterações. As alterações cerebrais podem reduzir o controlo dos impulsos ou a empatia. Os indivíduos podem interpretar erroneamente as necessidades de conforto, segurança ou proximidade como desejo sexual. A solidão, a ansiedade, a dor ou necessidades emocionais não satisfeitas também podem ser expressas através de comportamentos sexualizados. Além disso, os efeitos secundários da medicação, as alterações hormonais ou as comorbidades psiquiátricas podem influenciar a expressão sexual.

Alterações repentinas no comportamento sexual devem sempre levar a uma avaliação médica. Nos idosos, infeções do trato urinário, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos ou outras condições médicas agudas podem causar confusão ou desinibição comportamental. É, portanto, essencial avaliar as causas médicas subjacentes antes de se presumir um comportamento intencional.

Os profissionais e os cuidadores familiares devem responder de forma proporcionada e contextualizada. Nem todas as expressões de sexualidade requerem restrições. Distinguir entre comportamentos de baixo risco (por exemplo, dar as mãos, procurar proximidade) e comportamentos de alto risco (por exemplo, coação, sofrimento evidente ou incapacidade de demonstrar compreensão) contribui para uma proteção equilibrada que defende a dignidade e, ao mesmo tempo, previne danos.

Embora algumas formas de demência, particularmente a demência frontotemporal, possam conduzir a comportamentos sexuais impulsivos ou desinibidos devido a um comprometimento do funcionamento executivo, é importante distinguir estas manifestações neurológicas do significado relacional da própria sexualidade. Como um participante idoso expressou durante a discussão do

***“A intimidade sexual é
um laço que fortalece o
amor.”***

**(Participante idoso, grupo de discussão
do WP2)**

Esta perspetiva lembra-nos que a expressão sexual está intimamente ligada à ligação emocional. Embora a demência possa afetar o controlo dos impulsos e os limites sociais, não elimina a necessidade humana subjacente de apego e intimidade.

Mitos e realidades

Apesar da crescente sensibilização, muitos preconceitos sobre a demência e a sexualidade continuam a influenciar as respostas dos profissionais. Estes preconceitos baseiam-se frequentemente no desconforto, no medo ou na falta de formação, em vez de se basearem em evidências ou na experiência vivida. Desmistificar os mitos mais comuns é um passo importante para prevenir práticas excessivamente restritivas ou estigmatizantes.

Mito: As pessoas que vivem com demência são assexuais ou perdem o interesse pela intimidade.

Realidade: A sexualidade e a necessidade de intimidade persistem frequentemente, embora possam ser expressas de forma diferente.

A investigação com idosos em contextos de cuidados também demonstra que a intimidade e a proximidade emocional continuam a ser importantes para o seu bem-estar (Frankowski & Clark, 2021). Embora os estereótipos sobre o envelhecimento ainda sejam comuns, são os próprios idosos que nos lembram que a sexualidade e a intimidade continuam a ser importantes ao longo da terceira idade. Como partilhou um participante durante a discussão em grupo do WP2:

“A sexualidade é mais do que sexo genital. É a necessidade de afeto, comunicação e ternura, que carregamos dentro de nós desde o nascimento até ao fim da vida.”

(Participante idoso, discussão em grupo do WP2)

Esta perspetiva desafia as compreensões redutoras da sexualidade e apoia uma visão mais ampla e inclusiva, que reconhece a proximidade emocional e as necessidades relacionais como elementos centrais do bem-estar na terceira idade.

Mito: Qualquer comportamento sexual na demência é um sintoma que deve ser controlado.

Realidade: Embora alguns comportamentos possam exigir intervenção, muitas manifestações de intimidade são significativas e adequadas quando compreendidas no seu contexto.

Mito: A proteção e a salvaguarda exigem a restrição de todas as formas de expressão sexual.

Realidade: A prática ética envolve encontrar um equilíbrio entre a proteção e o respeito pela autonomia, dignidade e direitos.

Desafiar estes mitos é essencial para evitar respostas excessivamente restritivas ou paternalistas que possam prejudicar o bem-estar e a autoestima.

Consentimento, Capacidade e Complexidade Ética

O consentimento e a capacidade em casos de demência exigem um equilíbrio entre autonomia e proteção. Um diagnóstico de demência não retira automaticamente a capacidade de uma pessoa de dar o seu consentimento. As decisões devem ser avaliadas de forma situacional e proporcional.

A capacidade refere-se à aptidão para compreender, ponderar e comunicar uma decisão específica. É específica a cada decisão e pode variar. As orientações profissionais também sublinham que a capacidade deve ser avaliada em relação a cada decisão específica, particularmente no contexto do comprometimento cognitivo (British Psychological Society, 2018). O consentimento refere-se ao acordo voluntário para participar numa interação e requer uma compreensão básica e a ausência de coação.

Uma pessoa pode ter uma capacidade variável, mas ainda assim demonstrar consentimento situacional. Estas distinções são particularmente importantes em contextos médico-legais.

Os profissionais devem distinguir entre intimidade de menor risco (por exemplo, dar as mãos, abraçar, beijar) e atividade sexual de maior risco (por exemplo, contacto genital, sexo com penetração ou situações que envolvam um claro desequilíbrio de poder ou angústia). Enquanto as manifestações de intimidade de menor risco podem exigir acompanhamento e apoio à privacidade, as situações de maior risco exigem uma avaliação mais estruturada.

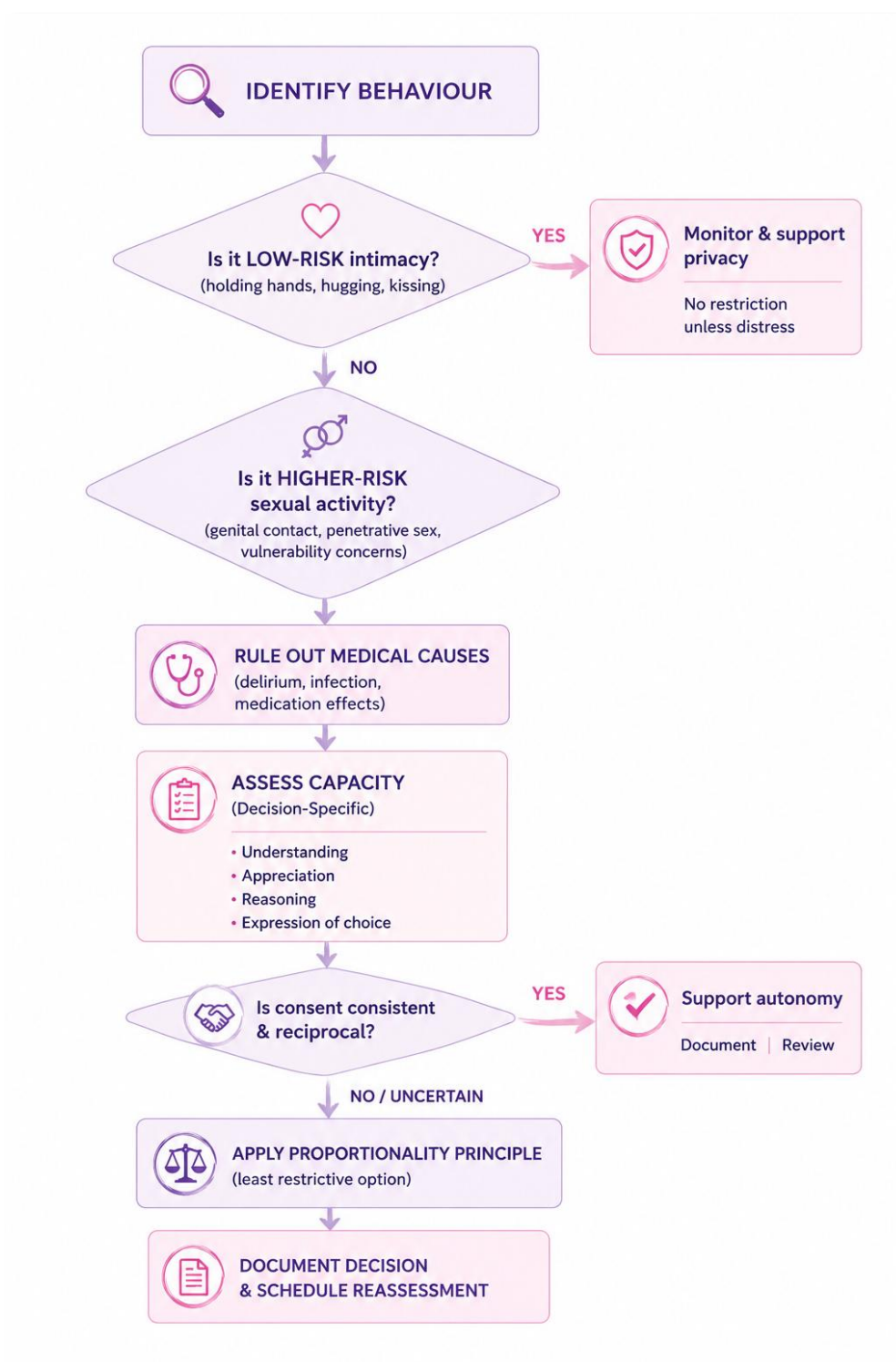


Figura 1. Imagem gerada por IA

Quando for identificado um comportamento, os profissionais devem esclarecer o nível de risco, avaliar a capacidade de tomada de decisão específica, se necessário, documentar o raciocínio e aplicar a opção menos restritiva. Na prática, isto pode envolver oferecer apoio psicológico, dar lembretes delicados sobre limites, apoiar interações seguras e privadas ou ajustar a comunicação para ajudar na compreensão. Envolver uma pessoa de confiança ou verificar possíveis causas médicas também pode

ser útil (por exemplo, delírio, infecção, efeitos de medicação). Medidas mais restritivas só devem ser utilizadas se houver um risco claro de dano e devem ser revistas regularmente.

A capacidade de consentir na atividade sexual deve ser avaliada através de quatro perguntas fundamentais:

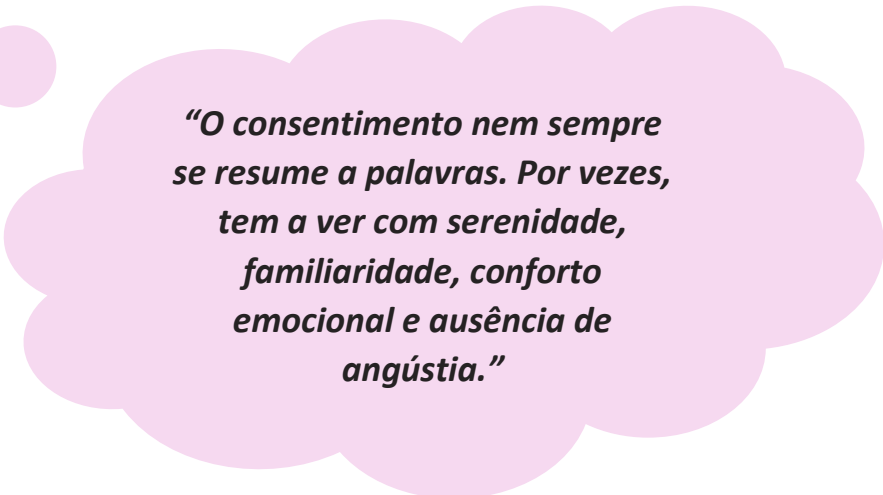
- ♥ A pessoa compreende a relação?
- ♥ Compreende as potenciais consequências?
- ♥ Consegue explicar a sua escolha?
- ♥ O consentimento é consistente e livre de angústia?

A tomada de decisões éticas neste contexto deve ser orientada por quatro princípios fundamentais:

- ♥ Autonomia – respeito pela autodeterminação e identidade relacional da pessoa, por exemplo, apoiando as suas escolhas e preferências sempre que possível.
- ♥ Beneficência – promover o bem-estar emocional e psicológico, garantindo, por exemplo, conforto, ligação e uma sensação de segurança.
- ♥ Não-maleficência – prevenir danos, exploração ou coação, por exemplo, reconhecendo sinais de angústia ou vulnerabilidade e respondendo de forma adequada.
- ♥ Justiça – evitar a discriminação, incluindo o preconceito em relação à idade, garantindo um tratamento justo e respeitoso, independentemente da idade ou da capacidade cognitiva.

A demência pode alterar a forma de expressão, mas não apaga a personalidade (Beauchamp & Childress, 2019). A tomada de decisões éticas é reforçada através da transparência, da documentação, da reflexão e da responsabilidade partilhada no seio das equipas.

Para além das avaliações formais da capacidade, o consentimento no contexto da demência não pode ser reduzido a uma mera confirmação verbal ou a critérios jurídicos. Em muitas situações, especialmente no caso de um declínio cognitivo moderado, os indicadores relacionais e emocionais tornam-se fundamentais para a avaliação ética. Tal como foi salientado durante os debates do WP2:



“O consentimento nem sempre se resume a palavras. Por vezes, tem a ver com serenidade, familiaridade, conforto emocional e ausência de angústia.”

Esta reflexão chama a atenção para a importância de reconhecer a comunicação não verbal, o conforto emocional e a ausência de angústia como sinais significativos de consentimento. Incentiva uma abordagem que tenha em conta não só a compreensão da pessoa, mas também a forma como esta se sente durante a interação. Para evitar decisões erradas ou prejudiciais, é importante dedicar

tempo, observar a pessoa ao longo do tempo e, quando necessário, pedir a opinião de colegas ou familiares. As decisões devem basear-se no comportamento habitual da pessoa, nas suas preferências e no seu bem-estar geral.

Desafios enfrentados pelos profissionais

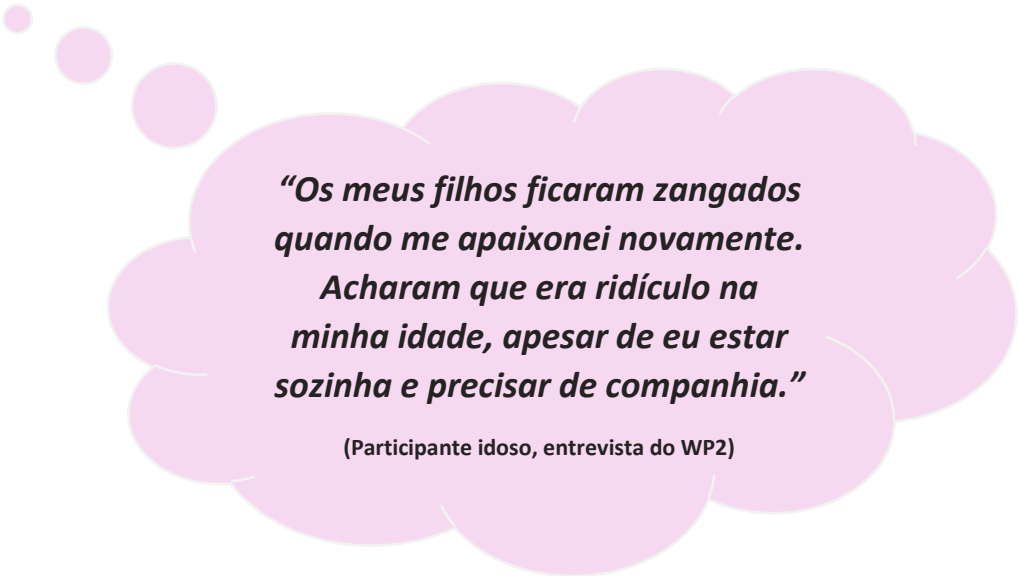
Os profissionais dos setores da saúde, da assistência social e da educação descrevem frequentemente sentir-se inseguros ou despreparados quando surgem questões relacionadas com a sexualidade no contexto da demência. Esta incerteza não se deve necessariamente à falta de preocupação, mas reflete frequentemente orientações limitadas, políticas inconsistentes e o receio de cometer erros éticos ou legais.

Os desafios comuns incluem:

- ♥ Falta de políticas ou orientações organizacionais claras
- ♥ Medo de consequências legais ou profissionais
- ♥ Expectativas contraditórias por parte das famílias, instituições e indivíduos
- ♥ Valores pessoais ou normas culturais que influenciam as respostas

Estes desafios podem levar à evasão, a práticas inconsistentes ou a respostas excessivamente restritivas. O conhecimento e as atitudes em relação à sexualidade na terceira idade também podem moldar a forma como tais situações são compreendidas e geridas (Mahieu et al., 2020).

Os profissionais também referem que as reações da família podem complicar significativamente as respostas à intimidade na terceira idade. Esta tensão reflete-se nas experiências vividas pelos próprios idosos. Como partilhou um participante:



“Os meus filhos ficaram zangados quando me apaixonei novamente. Acharam que era ridículo na minha idade, apesar de eu estar sozinha e precisar de companhia.”

(Participante idoso, entrevista do WP2)

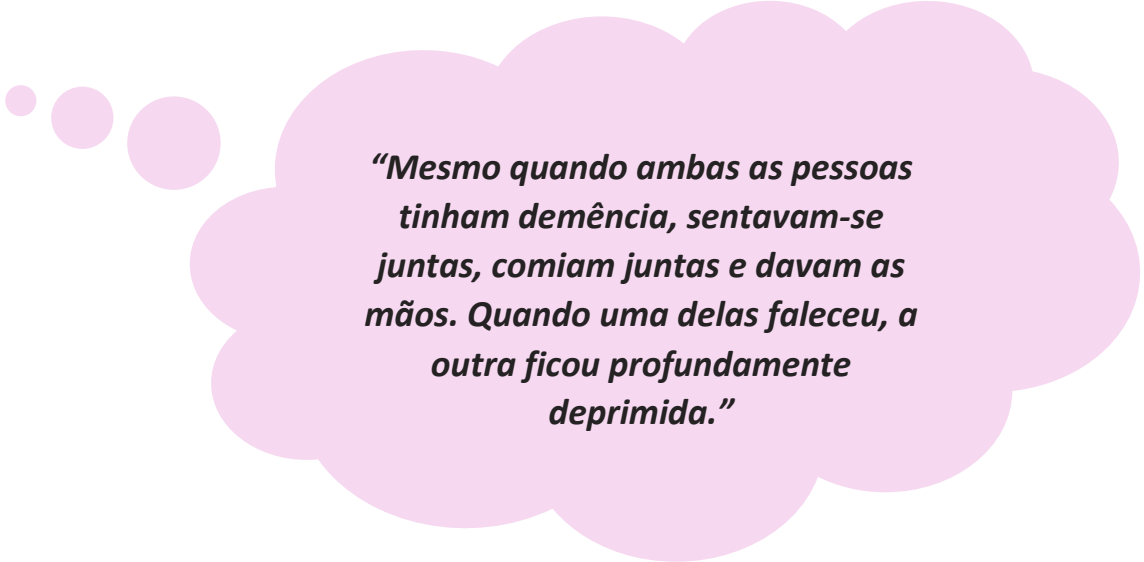
Tais reações ilustram como os preconceitos relacionados com a idade podem persistir mesmo no seio das famílias, colocando os profissionais em situações difíceis ao tentarem respeitar a autonomia e, ao mesmo tempo, gerir conflitos e sofrimento emocional.

Estes desafios podem levar à evasão, a práticas inconsistentes ou a intervenções excessivamente restritivas. A formação e a prática reflexiva são, por isso, essenciais para apoiar respostas seguras, éticas e compassivas.

Proteção sem estigmatização

A proteção é uma responsabilidade crucial, mas não deve ser implementada de formas que estigmatizem ou suprimam a sexualidade. As avaliações de risco devem ser proporcionadas, transparentes e centradas na prevenção de danos, preservando simultaneamente a dignidade e as necessidades relacionais.

As observações da prática profissional destacam o significado emocional das relações, mesmo em casos de declínio cognitivo avançado. Um profissional de saúde envolvido no WP2 refletiu:



“Mesmo quando ambas as pessoas tinham demência, sentavam-se juntas, comiam juntas e davam as mãos. Quando uma delas faleceu, a outra ficou profundamente deprimida.”

Este exemplo demonstra que os laços afetivos podem persistir para além da comunicação verbal e da capacidade cognitiva, reforçando a necessidade de abordagens de proteção que não restrinjam automaticamente a proximidade relacional.

Isto requer:

- ♥ Uma comunicação clara no seio das equipas multidisciplinares;
- ♥ Envolvimento da pessoa que vive com demência sempre que possível;
- ♥ Um envolvimento respeitoso com as famílias e os cuidadores;
- ♥ Uma revisão contínua, em vez de pressupostos fixos. (Alzheimer Europe, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2015).

Ao abordar estas questões fundamentais, esta secção fornece uma base para compreender a demência e a sexualidade como uma área da prática profissional complexa, eticamente sensível e profundamente humana.

Orientações para Educadores e Profissionais

Trabalhar com questões de sexualidade e intimidade no contexto da demência pode ser emocionalmente desafiante e eticamente complexo. Os profissionais podem sentir incerteza, desconforto ou receio de «errar», especialmente quando faltam orientações institucionais claras. Esta secção oferece orientações práticas para apoiar uma prática ponderada, respeitosa e centrada na pessoa.

Em primeiro lugar, é importante abordar a sexualidade na demência com curiosidade, em vez de suposições. Os comportamentos ou manifestações de intimidade não devem ser imediatamente classificados como problemáticos ou inadequados. Em vez disso, os profissionais são encorajados a ter em conta a história de vida da pessoa, as suas relações, o contexto cultural e o estado emocional atual. Perguntar «O que é que este comportamento poderá estar a comunicar?» pode ajudar a mudar as respostas, passando do controlo para a compreensão.

Recomendações de comunicação

A comunicação eficaz é fundamental ao abordar a sexualidade e a intimidade no contexto da demência. Os profissionais devem utilizar uma linguagem clara, simples e respeitosa, adaptada às capacidades cognitivas da pessoa. A comunicação não verbal, incluindo o tom de voz, a expressão facial e a linguagem corporal, desempenha um papel crucial e deve transmitir calma e segurança.

Tabela 1. O que fazer e o que não fazer na prática profissional

O que fazer	Não
✓ Reconhecer a sexualidade e a intimidade como parte do bem-estar humano ao longo da vida	✗ Presumir que as pessoas que vivem com demência são assexuais ou incapazes de intimidade
✓ Abordar as situações com abertura e curiosidade, em vez de julgamento	✗ Rotular automaticamente as manifestações de sexualidade como inadequadas ou problemáticas
✓ Tenha em conta a história pessoal, as relações e as necessidades emocionais	✗ Recorrer a restrições generalizadas em vez de uma avaliação individual
✓ Envolver a pessoa que vive com demência nas decisões sempre que possível	✗ Deixar que o desconforto pessoal ou as convicções morais orientem as decisões profissionais
✓ Procurar o parecer de uma equipa multidisciplinar quando surgirem dúvidas éticas	✗ Ignorar ou silenciar as manifestações de necessidade de proximidade e afeto

✓ Avaliar o consentimento utilizando uma abordagem específica para a decisão e relacional	✗ Atribuir todas as alterações comportamentais exclusivamente à demência, sem avaliação médica
✓ Excluir causas médicas reversíveis (por exemplo, delírio, infeção, efeitos da medicação) quando os comportamentos mudam	✗ Recorrer a respostas punitivas ou humilhantes perante comportamentos de carácter sexual
✓ Rever os tratamentos atuais e considerar os efeitos secundários que possam influenciar o comportamento	✗ Ignorar um possível consentimento sem uma avaliação estruturada
✓ Ter em conta as comorbidades (condições psiquiátricas, distúrbios neurológicos, dor crónica) ao avaliar o comportamento sexual	
✓ Gerir comportamentos inadequados de forma proporcionada, concentrando-se na compreensão dos fatores desencadeantes antes de aplicar restrições	

Dedicar tempo, abrandar as interações e verificar se foi compreendido pode reduzir o sofrimento e ajudar a manter a dignidade e a confiança.

Exemplos de comportamento inclusivo

As práticas inclusivas podem incluir o reconhecimento e o respeito por relações íntimas de longa duração, o apoio a manifestações adequadas de afeto e a garantia de que os ambientes de cuidados permitam a privacidade e a dignidade. A utilização de linguagem inclusiva e o reconhecimento da diversidade de identidades e orientações sexuais, incluindo as dos idosos LGBTQI+, são também componentes essenciais de cuidados respeitosos.

Apoiar a privacidade e a intimidade em ambientes de cuidados

Os ambientes de cuidados, incluindo tanto os contextos institucionais como os arranjos de cuidados privados, devem apoiar ativamente o direito à intimidade e à privacidade dos idosos que vivem com demência. A ausência de espaço privado pode, involuntariamente, restringir a expressão emocional, reforçar o estigma e afetar negativamente o bem-estar psicológico e o sentido de identidade.

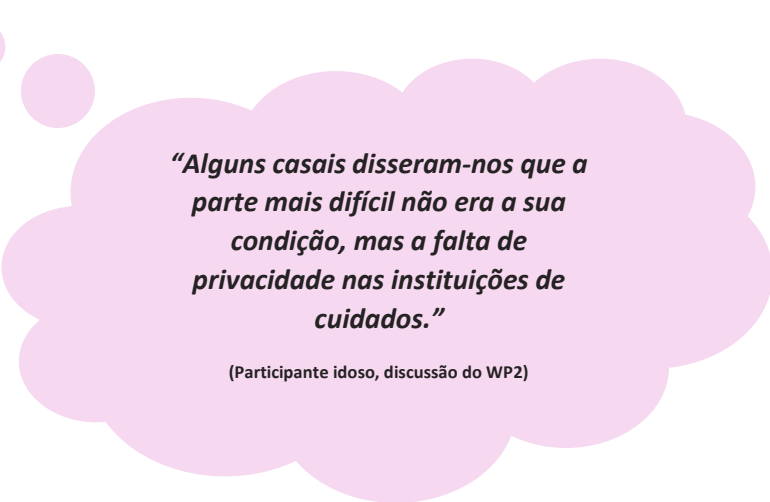
Em muitos contextos de cuidados, as rotinas organizacionais, os espaços partilhados e as práticas avessas ao risco podem limitar as oportunidades de interação privada, mesmo quando não existe um risco claro de dano. Consequentemente, as manifestações de afeto ou intimidade podem ser desencorajadas, interrompidas ou mal interpretadas, levando à frustração, angústia ou isolamento.

Para dar resposta a estes desafios, os ambientes de cuidados devem incorporar espaços dedicados ou adaptáveis que permitam a privacidade, a dignidade e a expressão segura da intimidade. Isto pode incluir o acesso a quartos privados, a possibilidade de os casais passarem tempo juntos sem interrupções e flexibilidade nos horários de visita. As práticas do pessoal também desempenham um

papel crucial, particularmente no reconhecimento de quando a privacidade é apropriada e na prevenção de intrusões desnecessárias.

É importante sublinhar que apoiar a intimidade não deve ser visto como incompatível com a proteção. Criar ambientes que permitam a privacidade não é, portanto, um aspeto opcional dos cuidados, mas sim uma componente essencial de cuidados de demência éticos, inclusivos e baseados na dignidade (Organização Mundial de Saúde, 2015; Alzheimer Europe, 2018; Mahieu & Gastmans, 2015).

Durante as discussões do WP2, os participantes idosos expressaram claramente esta barreira:



“Alguns casais disseram-nos que a parte mais difícil não era a sua condição, mas a falta de privacidade nas instituições de cuidados.”

(Participante idoso, discussão do WP2)

Os educadores e profissionais devem, por isso, refletir sobre como as estruturas organizacionais e as rotinas podem apoiar ou comprometer a dignidade, a intimidade e a qualidade de vida.

Fatores de risco e como evitá-los

Entre os fatores de risco comuns contam-se o reforço de estereótipos discriminatórios em relação à idade, o foco excessivo no risco sem uma avaliação adequada da situação e a priorização da conveniência institucional em detrimento dos direitos individuais. Estas questões podem levar a respostas excessivamente cautelosas ou restritivas, que podem afetar a dignidade e a autonomia de uma pessoa. Estão frequentemente associadas à incerteza, à falta de orientações claras ou ao receio de tomar a decisão errada. Reduzir estes riscos requer uma reflexão contínua, formação regular e políticas organizacionais claras. Significa também rever as decisões ao longo do tempo e adaptá-las à medida que as situações mudam, em vez de se basear em pressupostos fixos.

Abordagens culturalmente sensíveis

Os profissionais devem estar cientes de que as normas culturais, religiosas e sociais, bem como as experiências de vida de uma pessoa, podem influenciar a forma como a sexualidade, a intimidade e a demência são compreendidas e expressas. Por exemplo, indivíduos que cresceram numa época em que a homossexualidade era estigmatizada ou criminalizada podem sentir desconforto, medo ou confusão ao expressarem a sua identidade ou ao estabelecerem relações íntimas. Outros podem ter expectativas diferentes, moldadas por relações passadas e normas sociais. Uma prática sensível implica ouvir com atenção, evitar suposições e adaptar as respostas de forma a respeitar tanto o contexto cultural como o pessoal.

Embora estas recomendações se dirijam principalmente à prática profissional, princípios semelhantes são igualmente relevantes nos contextos familiares e domésticos, onde se realiza a maior parte dos cuidados do dia-a-dia.

Orientações para Familiares e Cuidadores (Psicoeducação em Casa)

Na vida quotidiana, o lar é frequentemente o local onde a intimidade, a ligação emocional e as alterações comportamentais são mais visíveis e precisam de ser geridas. Os cuidadores sentem-se frequentemente despreparados ou angustiados quando confrontados com alterações no comportamento sexual. A psicoeducação é, por isso, essencial para apoiar tanto a pessoa que vive com demência como a confiança, o bem-estar e a resiliência emocional do cuidador (Gitlin & Hodgson, 2015)

Compreender o comportamento: «O que é que isto está a comunicar?»

É essencial passar do julgamento para a compreensão.

Os comportamentos sexuais ou relacionados com a intimidade refletem frequentemente necessidades não satisfeitas, em vez de ações intencionais. Estas podem incluir:

- necessidade de conforto ou proximidade
- solidão ou medo
- confusão sobre a identidade ou as relações
- desconforto físico ou emocional
- redução do controlo dos impulsos

Os cuidadores são encorajados a perguntar: «O que poderá este comportamento significar?». Esta perspetiva promove respostas mais compassivas e eficazes (de Medeiros, 2013).

Estratégias práticas para situações do dia a dia

- **Proximidade ou afeto**

Ofereça alternativas seguras e adequadas (por exemplo, dar as mãos), transmita segurança e evite a rejeição ou a humilhação.

- **Comportamento inadequado (por exemplo, despir-se, comentários de carácter sexual)**

Mantenha a calma, evite o confronto e redirecione a situação de forma gentil («Vamos para o teu quarto», «Vamos tomar um chá juntos»). Considere possíveis fatores desencadeantes, tais como desconforto, falta de privacidade ou sobreestimulação.

- **Confusão sobre os parceiros**

Evite correções severas («Essa não é a tua esposa»). Recorra a palavras tranquilizadoras e concentre-se na segurança emocional, em vez de na exatidão factual. Recorra à validação e à âncora emocional: «Estás em segurança, estou aqui contigo».

- **Pedidos repetitivos**

Reconheça a perda de memória, responda de forma consistente e redirecione a atenção sem frustração.

Limites, consentimento e segurança em casa

É essencial encontrar um equilíbrio entre proteção e respeito. Nem todas as manifestações de intimidade são prejudiciais. Os cuidadores devem observar sinais de conforto ou angústia, ter em conta o nível de compreensão da pessoa e considerar o historial da relação.

Em caso de incerteza, deve procurar-se aconselhamento profissional, monitorizar os padrões de comportamento e evitar respostas restritivas sempre que possível (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Impacto emocional nos familiares

Os cuidadores podem sentir desconforto, embaraço, tristeza, ciúmes ou conflito moral. Estas reações são comuns, mas podem afetar os cuidados se não forem acompanhadas de apoio.

A psicoeducação deve incentivar a discussão aberta, o acesso a grupos de apoio e o aconselhamento profissional, quando necessário.

Comunicação no seio da família

As diferenças de crenças são comuns, especialmente entre parceiros e filhos adultos.

Concentrar-se no bem-estar da pessoa, evitar preconceitos relacionados com a idade e envolver profissionais quando necessário pode ajudar a reduzir os conflitos.

Criar um ambiente familiar de apoio

Um ambiente de apoio pode prevenir muitas dificuldades:

- garantir a privacidade e a dignidade
- reduzir a sobreestimulação
- manter rotinas previsíveis
- adaptar a roupa, se necessário
- vigiar o conforto físico

Quando procurar ajuda profissional

Deve procurar-se apoio quando o comportamento muda repentinamente, quando há angústia ou risco, quando o consentimento não é claro ou quando o cuidador se sente sobrecarregado. As causas médicas devem ser sempre consideradas em primeiro lugar (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Mensagem-chave para as famílias

- Viver com demência não elimina a necessidade de afeto, proximidade, ligação emocional e dignidade.
- Satisfazer estas necessidades requer compreensão, paciência e flexibilidade — não controlo.

Comportamento sexual no contexto familiar: considerações adicionais

No contexto familiar, as manifestações de sexualidade na demência são moldadas não só por alterações cognitivas, mas também pelos papéis relacionais existentes e pelos históricos emocionais. Comportamentos que podem ser mais facilmente contextualizados em contextos profissionais podem tornar-se significativamente mais complexos quando ocorrem no seio de relações pessoais íntimas,

como entre cônjuges, ou quando dirigidos a filhos adultos ou cuidadores informais. Esta proximidade relacional pode intensificar as respostas emocionais, incluindo desconforto, confusão ou tensão moral, particularmente quando os comportamentos desafiam limites social ou culturalmente internalizados.

Compreender estas situações significa olhar para além do próprio comportamento e tentar perceber o que poderá estar por trás dele. As alterações na intimidade ou na expressão sexual são frequentemente moldadas pelas relações, pela identidade e pela história de vida de cada pessoa. Por esta razão, apoiar as famílias não se resume apenas a gerir o comportamento. Trata-se também de ajudar os cuidadores a compreender o que estão a observar, a processar as suas próprias reações e a sentirem-se mais confiantes para responder de forma respeitosa e sem julgamentos.

Pequenas mudanças ponderadas na forma como as situações são abordadas — tais como abrandar o ritmo, prestar atenção aos sinais emocionais e concentrar-se na ligação em vez de no controlo — podem fazer uma diferença significativa nos cuidados do dia a dia. No fundo, trata-se de nos agarrarmos ao que nos torna humanos: a necessidade de nos sentirmos próximos dos outros, de sermos compreendidos e de pertencer.



Resumo e Mensagens-Chave

A sexualidade e a intimidade continuam a ser aspetos importantes da identidade e do bem-estar humanos, mesmo na presença de demência e declínio cognitivo. Embora a demência possa alterar a forma como a sexualidade é vivida e expressa, não elimina a necessidade de proximidade, afeto, reconhecimento e dignidade. Este módulo destacou a importância de ultrapassar pressupostos discriminatórios em relação à idade e estigmatizantes que negam aos idosos as suas necessidades sexuais e relacionais.

Abordar a sexualidade no contexto da demência exige que os profissionais enfrentem desafios éticos, emocionais e práticos complexos. No centro deste processo está a compreensão do consentimento como algo dinâmico e dependente do contexto, a par de um compromisso com a proteção que não se baseie em restrições generalizadas nem em respostas motivadas pelo medo. Respeitar a autonomia e, ao mesmo tempo, prevenir danos não é uma regra fixa, mas sim um processo contínuo de reflexão, avaliação e comunicação.

Este módulo também nos lembra de ver cada pessoa como um indivíduo. Fatores como o género, a orientação sexual, a cultura, a saúde e as circunstâncias de vida moldam a forma como a demência e a sexualidade são vividas. Estar ciente destas diferenças ajuda os profissionais a responder de formas mais inclusivas, respeitosas e sensíveis, especialmente para aqueles que já se possam sentir ignorados ou marginalizados.

Para os educadores e profissionais, a confiança na abordagem da sexualidade e da demência cresce através do conhecimento, da reflexão e do diálogo aberto. Orientações claras, colaboração multidisciplinar e apoio organizacional são essenciais para criar ambientes onde a intimidade seja reconhecida como parte de um cuidado holístico, em vez de ser tratada como um problema a ser gerido. Embora isto represente um objetivo importante, nem sempre é fácil de alcançar na prática, devido a limitações relacionadas com o tempo e os recursos disponíveis. No entanto, mesmo pequenos passos no sentido de abordagens mais abertas e respeitosas podem fazer uma diferença significativa.

Os familiares e os cuidadores informais também desempenham um papel crucial no apoio às necessidades emocionais e relacionais das pessoas que vivem com demência. Com orientação e apoio adequados, podem contribuir para criar oportunidades seguras, respeitosas e significativas de intimidade em casa.

Ferramentas Práticas

Este módulo é apoiado por um conjunto abrangente de ferramentas práticas incluídas no Kit de Ferramentas AgeWise. Estas ferramentas foram concebidas para traduzir o conteúdo ético e teórico do módulo numa prática profissional estruturada e aplicável.

Apresentação em PowerPoint e notas do formador

Um conjunto estruturado de diapositivos que orienta a progressão desde a sensibilização até ao raciocínio ético aplicado.

Plano de aula do Módulo 8

Um quadro de formação estruturado com a duração de duas horas e meia, que apoia os formadores na ministração do módulo através de discussões interativas, análise de casos e reflexão ética.

Exercício 1: Mito vs. Realidade

Uma atividade interativa destinada a questionar preconceitos relacionados com a idade e o estigma sobre a sexualidade e a demência.

Exercício 2: Ferramenta de reflexão sobre consentimento e capacidade

Uma estrutura que apoia os profissionais na avaliação do consentimento de forma contextualizada e proporcionada.

Exercício 3: Cartões de Estudo de Caso e Modelo de Plano de Ação em 3 Passos

Cenários baseados na prática que orientam os participantes através do raciocínio ético, das considerações de proteção e do planeamento a longo prazo.

Em conjunto, estas ferramentas ajudam a transformar a compreensão em ação ao apoiar pessoas que vivem com demência em situações da vida real.

Referências

Alzheimer Europe. (2018). Dementia and intimacy. Alzheimer Europe.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Wellman, D. (2013). Supporting residents' expression of sexuality in aged care: The initial construction of a sexuality assessment tool. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 3065–3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.12180>

Bauer, M., Nay, R., McAuliffe, L., & O'Donnell, L. (2021). Supporting sexuality for people living with dementia in residential aged care: A systematic review of policies. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 249–263. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001757>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

British Psychological Society. (2018). Guidance on consent and capacity in adults with cognitive impairment. British Psychological Society.

de Medeiros, K. (2013). Sexuality and dementia: Review and implications for practice. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(2), 122–130. <https://doi.org/10.1177/1533317512471309>

Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2021). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0733464819871607>

Gitlin, L. N., & Hodgson, C. V. (2015). Caregivers as therapeutic agents in dementia care. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 217–248. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.217>

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Sexuality in institutionalized elderly persons: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>

Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J., & Gastmans, C. (2020). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in institutionalized elderly: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1449–1463. <https://doi.org/10.1111/jan.14321>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97). NICE.

Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2016). Examining aging sexual stigma. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1119426>

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. WHO.

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. WHO.

Ferramentas Práticas

Módulo 1





Plano de Aula

Módulo 1	Envelhecimento da População e Abordagens Positivas ao envelhecimento
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de cuidados
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Os formandos serão capazes de: • Explicar o impacto das mudanças demográficas na Europa Compreensão estrutural • Distinguir entre os modelos de envelhecimento saudável, envelhecimento ativo e qualidade de vida Integração do quadro conceptual • Utilizar ferramentas validadas (CASP-19/WHOQOL) para medir o bem-estar para além da saúde clínica Avaliação subjetiva • Aplicar uma perspetiva de género e cultura para identificar as barreiras enfrentadas pelos idosos Aplicação holística • Equilibrar a dignidade do risco (autonomia) com a segurança institucional (beneficência) Ética profissional
Preparação	- Prepare a sala com cadeiras e mesas, computadores e um projetor. Reserve-a com antecedência, se necessário. - Organize o projetor, o flipchart e os marcadores. - Imprima os folhetos, fichas de trabalho e questionários necessários. ○ Exercício 1: Nomes das estações do World Café. ○ Exercício 2: Questionários WHOQOL-BREF e/ou CASP-19. ○ Exercício 2: Cartões de personagens para a dramatização. ○ Exercício 3: Cartões de estudo de caso. ○ Exercício 3: Fichas de trabalho do Plano de Ação em 3 Passos. - Depois de preparar o espaço, informe os participantes sobre o objetivo do módulo, os seus objetivos e a agenda. - Preveja intervalos sempre que necessário.
Lista de Verificação	Equipamento técnico: verificação do PPTX e do projetor Exercício 1: Três folhas de flipchart e marcadores Exercício 2: Questionários impressos, cartões de personagens e pranchetas Exercício 3: Fichas de caso e fichas de trabalho Geral: Crachás e formulários de feedback

Plano de Aula | Presencial

Tópicos e Atividades	Duração em minutos	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentação da agenda e dos resultados de aprendizagem do módulo 1.	5 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Introdução teórica sobre os dados demográficos europeus.	15 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 1 – World Café Objetivo: Estabelecer uma ligação entre os dados da UE e a realidade regional e profissional específica dos formandos. Atividade: Montar três «estações» (mesas) com uma folha grande de papel em cada uma. <i>Estação 1: Implicações para o financiamento e as infraestruturas na nossa comunidade.</i> <i>Estação 2: Implicações para o pessoal e a carga de trabalho individual.</i> <i>Estação 3: Implicações para o bem-estar dos idosos.</i> Os grupos passam 5 minutos em cada estação a anotar as suas reflexões nas folhas de papel antes de passarem para a seguinte. Após três rondas, os pontos serão apresentados e discutidos com todo o grupo. Exemplo de pergunta para o facilitador: Apesar de algumas diferenças nos números entre países, qual é um desafio ou tendência que parece ser comum a todos nós? De que forma estes números explicam o que observam diariamente na vossa instituição ou	30 min	World Café (discussões em pequenos grupos rotativos), Apresentação em grupo	Três mesas separadas ou espaços na parede identificados com os nomes das estações (folheto impresso), três folhas de papel ou folhas de flipchart, marcadores, fita adesiva, cronómetro

com os vossos residentes neste momento? Se tivessem de escolher apenas uma informação destes papéis para partilhar com um colega que não estivesse aqui hoje n , qual seria e porquê?			
Apresentação teórica sobre os quadros de referência do envelhecimento positivo.	15 min	Apresentação	computador portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – Avaliação da Qualidade de Vida Objetivo: Adquirir prática na utilização das ferramentas WHOQOL-BREF e CASP-19. Atividade: Divida os formandos em pares e distribua os cartões de personagens para a dramatização e os questionários impressos: um desempenha o papel <i>do profissional de saúde</i> , o outro o <i>de idoso</i> . O profissional de saúde realiza uma entrevista de 10 minutos utilizando um dos dois questionários. Após as entrevistas, as impressões, ideias e comentários serão discutidos com todo o grupo.	20 min	Simulação de encenação, Discussão em grupo	Materiais: cópias impressas do WHOQOL-BREF e do CASP-19, cartões de personagens para a simulação de role-play impressos (e plastificados), canetas e pranchetas para os profissionais tomarem notas.
Contribuição teórica sobre Enquadramentos Holísticos e Desafios Profissionais. Sessão de brainstorming em grupo de acompanhamento: « <i>Quais são os vossos desafios?</i> »	15 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 3 - Análise de estudos de caso e elaboração de um plano de ação em três etapas Objetivo: Aplicar <i>as perspetivas de género e cultura</i> e resolver dilemas éticos. Atividade: Dividir os participantes em pequenos grupos. Cada grupo recebe um dossiê de caso. Devem realizar uma tarefa composta por duas partes:	30 min	Trabalho de estudo de caso e planeamento de ação, Discussão em grupo	Materiais: Fichas de estudo de caso impressas, folhas de trabalho impressas do plano de ação em 3 etapas

1) Identificar de que forma o género e a cultura estão a criar barreiras nesta história específica. 2) Elaborar um plano de ação em três etapas para passar de um <i>modelo de défice</i> para uma <i>abordagem de envelhecimento positivo</i> para esta pessoa. Posteriormente, serão apresentados diferentes casos ao grupo, incluindo planos de acção es. Será facilitada uma discussão em grupo.			
Contribuição teórica sobre orientação para educadores e profissionais, considerações éticas, o que fazer e o que não fazer.	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Mensagens-chave e conclusão – discussão das últimas perguntas e comentários.	5 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint, <i>opcional</i> : quadro de folhas soltas para registar perguntas e comentários
Formulário de comentários (<i>opcional</i>)	5 min	Avaliação do módulo	Formulários de feedback impressos ou código QR para aceder ao inquérito online



Exercício 1

World Café

Implicações para o
Financiamento e as
Infraestruturas na
nossa Comunidade.

Implicações para as
Equipas e a Carga de
Trabalho Individual.

Implicações para o Bem-Estar dos Idosos.





Exercício 2

Avaliação da Qualidade de Vida

Download Versão Portuguesa: <https://www.who.int/tools/whogol/whogol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whogol-bref/portuguese-portugal-whogol-bref>

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.



Cofinanciado pela
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões. Projeto Nº: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

DADOS PESSOAIS

A1	Idade		anos	A2	Data de Nascimento	/ /
A3	Sexo		Masculino Feminino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1º-4º anos 5º-6º anos 7º-9º anos 10º-12º anos Estudos Universitários Formação pós-graduada
A5	Profissão					
A6.1	Freguesia					
A6.2	Concelho					
A6.3	Distrito					
A7	Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) União de facto Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)				

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

WHOQOL-BREF 2

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 3

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 4

CONJUNTO 1

PROFISSIONAL DE SAÚDE: O SEU OBJETIVO É UTILIZAR O QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A SAÚDE MENTAL DA PESSOA. É AMIGÁVEL, MAS SENTE-SE PRESSIONADO PELO TEMPO. TENDE IR ALÉM DAS RESPOSTAS «SIM/NÃO».

CONJUNTO 1

IDOSA (MARTA, 79): MUDOU-SE PARA UM LAR HÁ 3 MESES. FISICAMENTE, ESTÁ BEM, MAS SENTE-SE INVISÍVEL. SENTE SAUDADES DO SEU JARDIM E DO SEU ANTIGO CÃO. SE O PROFISSIONAL DE SAÚDE PERGUNTAR SOBRE A SUA SAÚDE, FALE SOBRE A SUA MEDICAÇÃO. ESPERE QUE ELE PERGUNTE ESPECIFICAMENTE SOBRE OS SEUS SENTIMENTOS OU PASSATEMPOS ANTES DE MENCIONAR O JARDIM.

CONJUNTO 2

PROFISSIONAL DE SAÚDE: É UM ENFERMEIRO SÉNIOR. DÁ MUITA IMPORTÂNCIA À SEGURANÇA E À PREVENÇÃO DE QUEDAS. O SEU OBJETIVO É AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO.

CONJUNTO 2

IDOSO (ARTUR, 82): VIVE EM CASA E UTILIZA UM ANDARILHO. SENTE-SE IRRITADO PORQUE OS SEUS FILHOS QUEREM QUE DEIXE DE COZINHAR PARA SI PRÓPRIO. VALORIZA A SUA AUTONOMIA. ADOTE UMA ATITUDE LIGEIRAMENTE DEFENSIVA. SE O PROFISSIONAL SE CONCENTRAR DEMASIADO NA SEGURANÇA, DIGA-LHE QUE PREFERE ARRISCAR E SER FELIZ DO QUE ESTAR SEGURO E ABORRECIDO.

CONJUNTO 3

PROFISSIONAL DE SAÚDE: O SEU OBJETIVO É VERIFICAR SE O AMBIENTE ATENDE ÀS NECESSIDADES DA PESSOA. UTILIZE O QUESTIONÁRIO. QUER INCENTIVÁ-LA A PARTICIPAR EM GRUPOS COMUNITÁRIOS LOCAIS.

CONJUNTO 3

IDOSO (ADNAN, 75): É UM MIGRANTE QUE TRABALHOU NA CONSTRUÇÃO CIVIL DURANTE 40 ANOS. O SEU BAIRRO MUDOU E NÃO SE SENTE EM CASA NEM SENTE QUE «SE ENCAIXA». SENTE QUE OS CENTROS PARA IDOSOS SÃO APENAS PARA PESSOAS QUE FALAM PERFEITAMENTE A LÍNGUA LOCAL. VERIFIQUE SE O PROFISSIONAL PROCURA UMA SOLUÇÃO CULTURALMENTE SENSÍVEL.

CONJUNTO 4

PROFISSIONAL DE SAÚDE: É UM JOVEM ESTUDANTE. ESTÁ UM POUCO NERVOSO EM FAZER PERGUNTAS PESSOAIS. O SEU OBJETIVO É EXPLORAR AS SECÇÕES DO QUESTIONÁRIO RELATIVAS AO PRAZER E À AUTORREALIZAÇÃO.

CONJUNTO 4

ADULTA MAIS VELHA (LÚCIA, 71): É CHEIA DE VITALIDADE E COMEÇOU RECENTEMENTE A NAMORAR COM OUTRA PESSOA DO SEU CLUBE DE CAMINHADAS. SENTES-SE OUTRA VEZ COMO UMA ADOLESCENTE, MAS TEM MEDO QUE AS PESSOAS ACHEM QUE É TOLINHA NESTA IDADE. MENCIONE QUE SENTE UMA NOVA ENERGIA. SÓ REVELE A PARTE DO NAMORO SE O TERAPEUTA CRIAR UM AMBIENTE MUITO SEGURO.

CONJUNTO 5

PROFISSIONAL DE SAÚDE: RECEBEU UMA QUEIXA DE UM FAMILIAR QUE VIU O PAI A BEIJAR OUTRO RESIDENTE. AVALIE O BEM-ESTAR DO RESIDENTE UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO. ESTÁ PREOCUPADO COM A QUESTÃO DO CONSENTIMENTO, MAS QUER DEFENDER OS DIREITOS DESTES. DETERMINE SE A RELAÇÃO ESTÁ A MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DO RESIDENTE.

CONJUNTO 5

IDOSO (HENRIQUE, 81): VIVE NA INSTITUIÇÃO HÁ DOIS ANOS. DESDE QUE CONHECEU A JOANA, SENTE-SE MAIS FELIZ DO QUE NUMA DÉCADA. ESTÁ PLENAMENTE CONSCIENTE DO QUE ESTÁ A FAZER, MAS SENTE QUE OS FUNCIONÁRIOS O OBSERVAM E O TRATAM COMO UMA CRIANÇA QUANDO ESTÃO JUNTOS. SE O PROFISSIONAL ABORDAR A QUEIXA DA FAMÍLIA, EXPRESSE A SUA FRUSTRAÇÃO.



Exercício 3

Analisar Estudos de Caso e Criar um Plano de Ação em Três Etapas

PASSO 1: A Análise das Lentes

Que «lentes» estão em jogo aqui?

Assinale todas as opções aplicáveis: ☐ Género ☐ Cultura ☐ Discriminação com base na idade ☐ Segurança institucional.

Descreva sucintamente o conflito entre o «Modelo de Déficit» (o que o sistema pretende) e o «Modelo de Envelhecimento Positivo» (o que a pessoa necessita).

PASSO 2: O Reenquadramento Holístico

Olhar para a Pessoa na Totalidade: Qual é a única coisa na história, no orgulho ou na alegria desta pessoa que está a ser ignorada?

A dignidade do risco: se dermos prioridade à autonomia desta pessoa, qual é o compromisso «suficientemente seguro»?

PASSO 3: A implementação (3 ações concretas)

O que pode dizer hoje à pessoa ou à família para as validar?

Que mudança é necessária no plano de cuidados ou no comportamento do pessoal?

Como garantimos a qualidade de vida desta pessoa?

Referências sobre a «Perspetiva de Género»: Definições rápidas

1. A «Lente» de Género

Trata-se de uma forma de analisar uma situação para perceber como as expectativas sociais associadas ao facto de ser homem ou mulher afetam a experiência de um idoso.

Na prática, questiona: «Será que esta pessoa está a ser tratada, ou está a comportar-se, desta forma devido às “regras” tradicionais sobre o seu género?» (por exemplo, partir do princípio de que uma filha prestará cuidados gratuitamente, ou que um homem idoso não precisa de apoio emocional).

2. A perspetiva cultural

Trata-se de uma forma de analisar os cuidados através dos valores, da língua e do património cultural da pessoa. Reconhece que o bem-estar tem significados diferentes em diferentes culturas.

Na prática, questiona: «Estamos a julgar o comportamento desta pessoa com base nas nossas próprias normas culturais, ou estamos a respeitar as suas tradições específicas no que diz respeito à família, à alimentação e à autoridade?»

3. A dignidade do risco

Trata-se do princípio ético de que todos os adultos têm o direito de fazer escolhas e assumir riscos razoáveis que possam conduzir ao crescimento pessoal ou à felicidade, mesmo que essas escolhas possam resultar numa queda ou num ferimento.

Na prática, questiona: «Estamos a “proteger” tanto esta pessoa que lhe estamos a retirar a liberdade e a alegria?» Desvia o objetivo da *segurança total* para a *melhor vida possível*.

Arquivos de Estudos de Caso

1: O PATRIARCA INVISÍVEL (GÉNERO E CULTURA)

PERSONAGEM: GIOVANNI (76), UM IMIGRANTE ITALIANO TRADICIONAL. SOFRE DE PARKINSON EM FASE INICIAL. A SUA MULHER, COM QUEM ESTAVA CASADO HÁ 50 ANOS, FALECEU RECENTEMENTE.

DILEMA: GIOVANNI RECUSA-SE A DEIXAR QUE ENFERMEIRAS O AJUDEM NOS CUIDADOS PESSOAIS, MAS FICA IRRITADO QUANDO NÃO HÁ PESSOAL DO SEXO MASCULINO DISPONÍVEL. ESTÁ A FICAR ISOLADO POR ACREDITAR QUE OS HOMENS NÃO VÃO A «CAFÉS COMUNITÁRIOS MATINAIS».

DESAFIO: DE QUE FORMA OS PAPÉIS DE GÉNERO E O ORGULHO CULTURAL CRIAM UMA LACUNA NOS SEUS CUIDADOS?

2: O FILHO PROTETOR (ÉTICA E AUTONOMIA)

PERSONAGEM: MARTA (82), UMA JORNALISTA REFORMADA QUE ADORA A SUA INDEPENDÊNCIA. TEM PEQUENOS PROBLEMAS DE EQUILÍBRIO.

DILEMA: MARTA QUER CONTINUAR A IR SOZINHA DE AUTOCARRO À BIBLIOTECA MUNICIPAL. O FILHO DELA LIGOU PARA A INSTITUIÇÃO EXIGINDO QUE A TRANCASSEM OU QUE LHE RETIRASSEM O PASSE DE AUTOCARRO POR MOTIVOS DE SEGURANÇA.

DESAFIO: APLICAR A DIGNIDADE DO RISCO. COMO EQUILIBRAR O MEDO DO FILHO (SEGURANÇA) COM A QUALIDADE DE VIDA DE MARTA (AUTONOMIA)?

3: A LÍNGUA SILENCIOSA (CULTURA E QUALIDADE DE VIDA)

PERSONAGEM: SUN-HI (88), UMA MULHER COREANA QUE VIVE NUM LAR DE IDOSOS OCIDENTAL. O SEU INGLÊS ERA FLUENTE, MAS À MEDIDA QUE A DEMÊNCIA AVANÇA, ELA ESTÁ A VOLTAR À SUA LÍNGUA NATIVA.

DILEMA: OS FUNCIONÁRIOS TRATAM-NA COMO SE FOSSE NÃO VERBAL OU DIFÍCIL, PORQUE ELA NÃO SEGUE AS INSTRUÇÕES. ELA ESTÁ A PERDER PESO PORQUE NÃO RECONHECE A COMIDA QUE LHE É SERVIDA.

DESAFIO: UTILIZAR A PERSPETIVA CULTURAL. DE QUE FORMA É QUE O SISTEMA NÃO CONSEGUE VER A PESSOA DE SUN-HI NA SUA TOTALIDADE, PARA ALÉM DO SEU DIAGNÓSTICO?

4: O ROMANCE «TOLINHO» (DISCRIMINAÇÃO SEXUAL COM BASE NA IDADE)

PERSONAGENS: DAVID (79) E LILIANA (81). AMBOS SÃO RESIDENTES QUE INICIARAM UMA RELAÇÃO ROMÂNTICA.

DILEMA: FORAM ENCONTRADOS NO QUARTO DA LILIANA COM A PORTA TRANCADA. OS FUNCIONÁRIOS ESTÃO A COCHICHAR E ALGUNS ESTÃO A FAZER PIADAS SOBRE O «NAMORADO DA AVÓ». UM FUNCIONÁRIO SUGERE QUE DEVEM SER SUPERVISIONADOS DURANTE OS ENCONTROS.

DESAFIO: IDENTIFIQUE O IDADISMO SEXUAL. COMO É QUE ESTAS COCHICHOS AFETAM O DIREITO À INTIMIDADE E À AUTOESTIMA DELES?

5: O FARDOS DE GÉNERO (GÉNERO E POLÍTICAS)

PERSONAGEM: SARA (60), QUE É ELA PRÓPRIA UMA ADULTA «JOVEM-IDOSA», É A PRINCIPAL CUIDADORA DA MÃE (89) E DO PAI (91).

DILEMA: SARA ESTÁ EXAUSA E A PERDER A SUA PRÓPRIA SAÚDE. QUANDO PEDE AJUDA, A ASSISTENTE SOCIAL DIZ: «É TÃO MARAVILHOSO QUE A FAMÍLIA ESTEJA A CUIDAR DELES; AS FILHAS SÃO MUITO MELHORES NISSO.»

DESAFIO: APLICAR A PERSPETIVA DE GÉNERO À CUIDADORA. DE QUE FORMA AS EXPECTATIVAS SOCIAIS RELATIVAS AOS PAPÉIS DAS MULHERES CONTRIBUEM PARA O PESO DEMOGRÁFICO QUE RECAI SOBRE OS INDIVÍDUOS?

Ferramentas Práticas

Módulo 2



Plano de Aula

Módulo 2	Idadismo e Preconceitos sobre as Pessoas da Terceira Idade
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de cuidados
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Os formandos serão capazes de: • Identificar e definir os três níveis de discriminação com base na idade e o seu impacto sistémico. • Reconhecer a discrepância entre a aprovação profissional explícita dos direitos sexuais e os preconceitos pessoais implícitos. • Compreender como o género, a cultura e o estado cognitivo se sobrepõem para criar barreiras únicas à intimidade. • Desafiar o <i>estereótipo da assexualidade</i> e a priorização da segurança em detrimento do direito dos adultos à privacidade.
Preparação	- Prepare a sala com cadeiras e mesas, computadores e um projetor. Reserve-a com antecedência, se necessário. - Organize o projetor, o flipchart e os marcadores. - Imprima os folhetos e as fichas de trabalho necessários. ○ Exercício 1: Cartões de situações hipotéticas para cada grupo. ○ Exercício 1: Cartas de «Mitos» para cada grupo. ○ Exercício 1: Ficha de trabalho principal para o facilitador verificar os emparelhamentos. ○ Exercício 2: 5 cartões de temas principais. ○ Exercício 3: Fichas de trabalho da campanha para cada grupo. - Depois de preparar o ambiente, informe os participantes sobre o objetivo do módulo, os seus temas e a ordem de trabalhos. - Preveja intervalos sempre que necessário.
Lista de Verificação	Equipamento técnico: verificação do PPTX e do projetor Exercício 1: Cartões de casos e mitos, chave mestra para o facilitador Exercício 2: 5 cartões de temas principais, flipchart e marcadores Exercício 3: Fichas de trabalho da campanha, post-its, folhas de papel grandes Geral: Crachás e formulários de feedback

Plano de Aula | Presencial

Tópicos e atividades	Duração em minutos	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentação da agenda e dos resultados de aprendizagem do módulo 2.	5 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Introdução teórica sobre definições, efeitos e níveis de discriminação com base na idade.	15 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 1 – O Quebra-cabeças do Idadismo Objetivo: Os formandos irão identificar como os 12 Mitos sobre o Envelhecimento (OMS, 2013) se manifestam nos níveis <i>institucional</i> , <i>interpessoal</i> e <i>internalizado</i> da discriminação por idade, através de cenários do mundo real. Atividade: Em pequenos grupos, leiam os seguintes mini-estudos de caso. Identifiquem qual o nível de discriminação por idade que está presente e quais dos 12 mitos da OMS estão a ser reforçados.	25 min	Análise de estudos de caso, Exercício de correspondência em grupo, Discussão comparativa	12 cartões de situações de caso, 12 cartões de mitos, Ficha de trabalho: Uma « <i>chave mestra</i> » para o facilitador verificar os emparelhamentos. <i>Dependendo do número de pequenos grupos, imprima vários conjuntos de cartões de quebra-cabeças.</i>
Contribuição teórica sobre crenças sociais negativas, mitos e tabus em torno da sexualidade na terceira idade,	15 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – Tons de cinza Objetivo: Ajudar os profissionais a reconhecer as discrepâncias entre as suas crenças <i>explícitas</i> (conscientes/educadas) e as suas reações <i>implícitas</i> (inconscientes/instintivas), utilizando 5 temas de investigação principais. Cada grupo recebe um cartão temático (1. Narrativa de Declínio, 2. Estereótipo Asexual, 3. Quantidade versus Qualidade, 4. Hegemonia da Penetração, 5. Ambivalência). Os grupos irão debater:	25 min	Discussão em grupo focado, narração reflexiva, brainstorming	5 cartões com temas principais, quadro de folhas soltas e marcadores

Onde é que já vimos isto nas nossas instalações? Vem-vos à cabeça alguma coisa ao associar este tema a algum ato de discriminação com base na idade, seja explícito ou implícito?			
Contribuição teórica sobre o impacto do preconceito nos cuidados de saúde, na educação e em contextos institucionais, grupos vulneráveis, interseccionalidade e desafios profissionais. Brainstorming de grupo de acompanhamento: «<i>Quais são os vossos desafios?</i>»	15 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 3 – Reimaginar a narrativa: um workshop sobre campanhas mediáticas Objetivo: Capacitar os formandos para criarem contra narrativas que desafiem os conteúdos mediáticos discriminatórios em relação à idade e promovam os direitos sexuais e a diversidade dos idosos. Atividade: Utilizando a ficha de trabalho como guia, os grupos percorrem um processo criativo: 1. Escolham um tema (por exemplo, um mito) 2. Escolham um slogan impactante para dar voz à sua campanha. 3. Descrevam um elemento visual – como é a imagem? 4. Os grupos esboçam uma versão preliminar do seu cartaz ou publicação nas redes sociais em papel de flipchart. Definam uma <i>chamada à ação</i> específica: qual é a única coisa concreta que querem que um profissional ou um familiar faça de forma diferente depois de ver a vossa campanha? 5. Cada grupo apresenta a sua campanha.	30 min	Design criativo, redação colaborativa, apresentação	Fichas de trabalho da campanha, post-its, Folhas de papel grandes

Contribuição teórica sobre orientações para educadores e profissionais, considerações éticas, o que fazer e o que não fazer.	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Mensagens-chave e conclusão – discussão das últimas perguntas e comentários.	5 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint, <i>opcional</i> : quadro de folhas soltas para registar perguntas e comentários
Formulário de comentários (<i>opcional</i>)	5 min	Avaliação do módulo	Formulários de feedback impressos ou código QR para aceder ao inquérito online



Exercício 1

Chave do Quebra-cabeças do Idadismo: 12 Mitos sobre o Envelhecimento

Mito	Situação descrita no cartão	Nível de discriminação por idade
1. Deterioração mental e física	Um médico ignora a queixa de dores articulares crónicas de um doente de 75 anos, afirmando: « <i>Na sua idade, é normal que as coisas deixem de funcionar; não faz sentido fazer mais exames.</i> »	Interpessoal
2. Necessidades semelhantes	Um lar de idosos oferece apenas um tipo de atividade de lazer (bingo) para todos os 200 residentes.	Institucional
3. A criatividade é para os jovens	Um centro comunitário local recusa-se a financiar uma ideia de negócio inovadora e nova: a «Incubadora de Startups para Idosos».	Institucional
4. A experiência é irrelevante	Durante uma reunião estratégica numa organização sem fins lucrativos, um coordenador mais jovem interrompe um executivo reformado, dizendo: « <i>O mundo mudou demasiado para que os seus métodos “à moda antiga” funcionem hoje em dia.</i> »	Interpessoal
5. Querem paz e sossego	Um auxiliar de cuidados dissuade dois residentes de irem a um clube de jazz à noite, dizendo-lhes: « <i>Ficariam muito mais felizes se ficassem no vosso quarto tranquilo com uma boa chávena de chá.</i> »	Interpessoal
6. O problema são os leitos hospitalares	Uma câmara municipal concentra todo o seu orçamento destinado aos idosos na construção de mais quartos ao estilo de enfermarias clínicas, em vez de parques acessíveis ou salões de dança sociais.	Institucional
7. Tirar aos jovens	Um jornal defende que os aumentos das pensões devem ser congelados porque cada euro gasto no «passado» (idosos) é roubado ao «futuro» (crianças em idade escolar).	Institucional

8. Gastar é um desperdício	Um conselho de ética de um hospital debate se deve fornecer uma válvula cardíaca dispendiosa a uma mulher de 80 anos, questionando o « <i>retorno do investimento</i> », tendo em conta os anos que lhe restam de vida.	Institucional
9. Inadequado para o trabalho moderno	O algoritmo de recrutamento de uma empresa de tecnologia exclui automaticamente qualquer candidato com mais de 30 anos de experiência, partindo do princípio de que estes não conseguem lidar com um ambiente de trabalho acelerado.	Institucional
10. Não se aprendem novos truques	Uma mulher de 80 anos abstém-se de se inscrever num curso de programação, pensando: « <i>O meu cérebro está demasiado velho para assimilar novas tecnologias; vou limitar-me ao que já sei.</i> »	Internalizado
11. Esperam dar espaço aos mais novos	Uma voluntária sénior demite-se de um conselho de que gosta muito porque se sente culpada por ocupar um lugar que, na sua opinião, pertence por direito a uma pessoa mais jovem.	Internalizado
12. As coisas resolvem-se por si mesmas	Um lar de idosos não tem qualquer política sobre consentimento sexual ou intimidade, partindo do princípio de que os idosos não têm vida sexual e, por isso, não são necessárias regras nem medidas de proteção.	Institucional

Mito	Alguns contra-argumentos para referência (OMS, 2013) Organização Mundial de Saúde. (2013). <i>Desmistificar os mitos do envelhecimento</i> . Gabinete Regional da OMS para a Europa.
1. Deterioração mental e física	Grande parte do declínio da vitalidade não é inevitável; resulta de expectativas sociais e da falta de atividade física. Mudanças simples, como o aumento da atividade física e uma alimentação mais saudável, podem resolver muitos problemas associados à idade, tais como a perda de massa muscular e a capacidade aeróbica.
2. Necessidades semelhantes	Na verdade, a diversidade aumenta com a idade. O segmento mais idoso da população é o menos homogéneo, com necessidades que variam enormemente consoante a idade cronológica, biológica e psicológica.
3. A criatividade é para os jovens	A criatividade não tem «data de validade». Muitas figuras influentes, desde Miguel Ângelo até autores contemporâneos, produziram as suas melhores obras bem depois dos 70 anos. A reforma obrigatória é uma construção social, não um limite biológico à produtividade.
4. A experiência é irrelevante	As pessoas mais velhas possuem conhecimentos acumulados e competências de gestão que não se aprendem nos livros. São transmissores essenciais da tradição e podem orientar as gerações mais jovens em competências em vias de extinção, como o artesanato ou a resolução de problemas complexos.
5. Querem paz e tranquilidade	A maioria das pessoas mais velhas não se afasta da interação social, a menos que seja forçada pela sociedade. Por exemplo, os centros comunitários em Atenas registam uma elevada procura por festas, bailes e excursões.
6. O problema são os leitos hospitalares	Embora os cuidados médicos sejam importantes, a verdadeira questão é manter a independência. As políticas devem centrar-se no rendimento, na habitação e nas redes sociais para reduzir a dependência excessiva, inadequada e dispendiosa dos leitos hospitalares.
7. Tirar aos jovens	Muitas melhorias para os idosos beneficiam todas as idades. Passagens de peões seguras, melhor iluminação pública e autocarros de piso rebaixado ajudam tanto os pais com carrinhos de bebé e as pessoas com carrinhos de compras como ajudam os idosos.
8. Gastar é um desperdício	Gastar de forma adequada, na verdade, poupa dinheiro. Pequenos investimentos em aparelhos auditivos, dispositivos de apoio à marcha ou manutenção da casa mantêm as pessoas móveis e integradas nas suas redes sociais, evitando a necessidade de cuidados de longa duração muito mais dispendiosos.
9. Inadequados para o trabalho moderno	Os trabalhadores mais velhos são frequentemente mais consistentes, fiáveis e leais do que os seus colegas mais jovens. Destacam-se no pensamento estratégico, na deliberação de questões complexas e na adoção de uma perspetiva abrangente.
10. Não se lhes podem ensinar coisas novas	Os adultos mais velhos são frequentemente mais motivados e persistentes na formação do que os alunos mais jovens. O «segredo» está no método de ensino; quando lhes é permitido avançar ao seu próprio ritmo com aplicações práticas, aprendem com a mesma eficácia que qualquer outra pessoa.
11. Esperam dar espaço aos mais novos.	Os idosos estão a tornar-se um «euro cinzento» cada vez mais influente e com voz ativa no mercado. Estão mais bem informados do que nunca sobre os seus direitos em matéria de saúde e podem dar contributos surpreendentes para a tomada de decisões na comunidade, se lhes for dado um lugar à mesa.
12. As coisas resolvem-se por si mesmas.	Confiar no acaso é perigoso devido ao ritmo acelerado das mudanças na sociedade moderna. Sem uma discussão e um planeamento ativos que envolvam todas as gerações, as necessidades específicas dos cidadãos idosos mais vulneráveis serão ignoradas.

Casos - O Puzzle do Idadismo

<i>Um médico ignora a queixa de dor articular crónica de um paciente de 75 anos, afirmando: «Na sua idade, é normal que as coisas deixem de funcionar; não há necessidade de fazer mais exames».</i>	<i>Uma residência oferece apenas um tipo de atividade de lazer (bingo) para todos os 200 residentes.</i>
<i>Um centro comunitário local recusa-se a financiar uma ideia de negócio inovadora e nova: a "Incubadora de Startups para Seniores".</i>	<i>Durante uma reunião numa organização sem fins lucrativos, um coordenador mais jovem interrompe um executivo aposentado, dizendo: «O mundo mudou demais para que os seus métodos à moda antiga funcionem agora».</i>
<i>Um enfermeiro desencoraja dois residentes de irem a um clube de jazz à noite, dizendo-lhes: «Vocês ficariam muito mais felizes se ficassem no vosso quarto tranquilo, a tomar um bom chá».</i>	<i>Uma câmara municipal concentra todo o seu orçamento sénior na construção de mais quartos clínicos em vez de parques acessíveis ou salões de dança social.</i>
<i>Um jornal defende que os aumentos das pensões devem ser congelados porque cada euro gasto no "passado" (pessoas idosas) é roubado do "futuro" (crianças em idade escolar).</i>	<i>Um conselho de ética hospitalar debate se deve fornecer uma válvula cardíaca cara a uma senhora de 80 anos, questionando o "retorno do investimento" considerando os anos que ela ainda tem de vida.</i>
<i>O algoritmo de recrutamento de uma empresa de tecnologia filtra automaticamente qualquer candidato com mais de 30 anos de experiência, partindo do princípio de que não consegue lidar com um ambiente de trabalho acelerado.</i>	<i>Uma mulher de 80 anos impede-se de se inscrever numa aula de programação, ao pensar: «O meu cérebro está demasiado velho para absorver novas tecnologias; vou continuar a fazer o que sei fazer».</i>
<i>Uma voluntária sénior desiste de um cargo que adora porque se sente culpada por ocupar uma vaga que acredita pertencer por direito a uma pessoa mais jovem.</i>	<i>Uma instituição de cuidados geriátricos não tem nenhuma política sobre consentimento sexual ou intimidade, partindo do princípio de que os seniores não têm vida sexual e, portanto, não são necessárias regras ou proteções.</i>

Mitos

MITO 1: AS PESSOAS DEVEM ESPERAR UMA DETERIORAÇÃO MENTAL E FÍSICA.	MITO 2: A MAIORIA DAS PESSOAS DA TERCEIRA IDADE TEM NECESSIDADES SEMELHANTES.
MITO 3: A CRIATIVIDADE E CONTRIBUIÇÃO SÃO CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS DOS JOVENS.	MITO 4: A EXPERIÊNCIA DAS PESSOAS IDOSAS TEM POUCA RELEVÂNCIA NA SOCIEDADE MODERNA.
MITO 5: MUITAS PESSOAS DA TERCEIRA IDADE QUEREM SER DEIXADAS EM PAZ E SOSSEGO.	MITO 6: A FALTA DE CAMAS HOSPITALARES E ENFERMEIROS SÃO OS PROBLEMAS PRINCIPAIS.
MITO 7: CUIDAR DAS PESSOAS IDOSAS RETIRA RECURSOS DOS JOVENS.	MITO 8: OS GASTOS RELACIONADOS COM AS PESSOAS SÃO UM DESPERDÍCIO DE RECURSOS.
MITO 9: AS PESSOAS MAIS VELHAS NÃO SÃO ADEQUADAS PARA AMBIENTES DE TRABALHO MODERNOS.	MITO 10: BURRO VELHO NÃO APRENDE LÍNGUAS.
MITO 11: AS PESSOAS MAIS VELHAS ESPERAM DAR ESPAÇO PARA OS MAIS NOVOS.	MITO 12: AS COISAS VÃO RESOLVER-SE POR SI MESMAS.



Exercício 2

Tons de Cinza

1. A Narrativa do Declínio - "O Mundo Pertence aos Jovens"

Uma parte significativa dos inquiridos via a sexualidade na terceira idade exclusivamente através de uma perspetiva de **perda e declínio**. Partiam do princípio de que o desejo desaparece naturalmente e que os corpos mais velhos são menos atraentes ou menos capazes.

2. Estereótipo da Assexualidade

Alguns participantes tiveram dificuldade em imaginar os adultos mais velhos como seres sexuais. Descreveram o sexo na terceira idade como **raro, inexistente, ou aborrecido** associando-o frequentemente apenas a funções biológicas (como as hormonas) e não a uma ligação emocional.

3. Da Quantidade à Qualidade

Muitos entrevistados acreditavam que, embora a frequência sexual pudesse diminuir, a **profundidade emocional** aumentava. Eles viam a sexualidade na terceira idade como mais completa, madura e significativa em comparação com o sexo mais físico da juventude.

4. A Hegemonia da Penetração

O público ainda define sexo de forma restrita como **relação sexual com penetração**. Como o envelhecimento pode trazer mudanças físicas (como disfunção erétil ou secura vaginal) que dificultam a penetração, o público muitas vezes assume que, se a penetração não é possível, a vida sexual acabou.

5. Ambivalência e Contradição

O título "*Tons de Cinza*" refere-se ao facto de muitas pessoas terem opiniões contraditórias. Podem dizer que apoiam o direito das pessoas idosas a ter relações sexuais **(explícito)**, mas ainda assim consideram a ideia desagradável ou «estranha» quando confrontadas com ela na realidade **(implícito)**.



Exercício 3

Reimaginar a Narrativa: Um Workshop sobre Campanhas Mediáticas

Passo 1: Escolher um tema

Escolha um tema para a sua campanha, por exemplo, entre os diferentes mitos sobre os quais aprendemos. *Exemplo: Estamos a combater o Mito n.º 3 (A criatividade é para os jovens) ou o Tema n.º 2 (O estereótipo da assexualidade).*

O nosso tema é:

Passo 2: Um slogan impactante

Escreve um slogan impactante. Certifica-te de que **não** utiliza linguagem infantilizante. Usa um vocabulário adulto, respeitoso e empoderador.

O nosso slogan é:

Passo 3: Esboçar os elementos visuais

Os elementos visuais na área dos cuidados a idosos centram-se frequentemente na *fragilidade* ou no *isolamento*. Descreva uma imagem para o seu cartaz que transmita **autonomia, diversidade ou intimidade**. Considere: Quem aparece na imagem? O que estão a fazer? Qual é a sua aparência (vestuário, postura, expressão)?

Descrição visual:

Passo 4: O apelo à ação

Qual é a única ação concreta que quer que um profissional ou um familiar **faça de forma diferente** depois de ver a sua campanha? *Exemplo: «Pergunte, não presuma», «Bata à porta e espere» ou «Inclua a saúde sexual no plano de cuidados».*

A nossa chamada à ação:

Ferramentas Práticas

Módulo 3



Plano de Aula

Módulo 3	Sexualidade, Género e Diversidade
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de lares de idosos
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Os formandos serão capazes de: • Distinguir entre orientação sexual, identidade de género, expressão de género e sexo biológico. • Descrever as experiências de vida específicas dos idosos LGBTQIAP+ (criminalização, VIH/SIDA, «regresso ao armário»). • Analisar como a idade, a orientação sexual e a identidade de género se cruzam para criar vulnerabilidades únicas. • Identificar manifestações de discriminação com base na idade no seio das próprias comunidades LGBTQIAP+. • Citar iniciativas inspiradoras (Maison de la Diversité, Grey Pride, Lebensort Vielfalt). • Utilizar uma linguagem e adotar uma postura que não pressuponha a heterossexualidade ou a cisidentidade.
Preparação	- Preparar a sala com cadeiras e mesas, computadores e um projetor. - Organize o projetor, o flipchart e os marcadores. - Imprima os folhetos e as fichas de trabalho necessários: - o Exercício 1: Cartas de cenário para cada grupo - o Exercício 2: Cartão de estudo de caso para cada grupo - o Exercício 2: Folheto com perguntas para discussão - o Exercício 3: Cartas de instituições para cada grupo - o Exercício 3: Ficha de trabalho do plano de ação de 3 domínios para cada grupo - Informe os participantes sobre o propósito do módulo, os seus objetivos e a agenda. - Preveja intervalos sempre que necessário.
Lista de Verificação	☐ Equipamento técnico: verificação do PPTX e do projetor ☐ Exercício 1: Cartões de cenários ☐ Exercício 2: Cartões de estudo de caso e perguntas para discussão ☐ Exercício 3: Cartões de instituição, fichas de trabalho do plano de ação, post-its, folhas de papel grandes ☐ Geral: crachás e formulários de feedback

Plano de Aula | Presencial

Tópicos e atividades	Duração	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentação da agenda e dos resultados de aprendizagem do Módulo 3	5 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Contribuição teórica – Porquê um módulo específico? História, impacto do VIH/SIDA, desafios específicos, iniciativas inspiradoras	25 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 1 – O vocabulário da inclusão Objetivo: Compreender e apropriar-se da terminologia-chave LGBTQIAP+ e da sua importância na prática profissional. Atividade: Os participantes trabalham em pequenos grupos. Cada grupo recebe um conjunto de cartões com cenários que descrevem situações envolvendo idosos LGBTQIAP+. Os participantes identificam a terminologia mais relevante, discutem por que razão é importante naquela situação e refletem sobre como a falta de conhecimento pode afetar a qualidade dos cuidados. Os grupos partilham as suas conclusões em plenário, utilizando o guia de respostas do facilitador para apoiar a discussão.	20 min	Discussão em pequenos grupos, partilha em plenário	Cartões de cenários (4 cenários)
PAUSA 1	10 min	–	–

Contribuição teórica – A interseccionalidade na prática, introdução ao estudo de caso	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – Análise de um estudo de caso Objetivo: Analisar uma situação concreta de um idoso LGBTQ+ e construir coletivamente uma resposta adequada e centrada na pessoa. Atividade: Os participantes analisam um estudo de caso. Trabalhando em pequenos grupos, debatem os desafios para o indivíduo, para o pessoal e para a instituição, identificam potenciais pressupostos e preconceitos, avaliam possíveis riscos e propõem respostas centradas na pessoa. Os grupos apresentam as suas recomendações e debatem práticas institucionais inclusivas em plenário.	25 min	Análise de estudo de caso, discussão em pequenos grupos, partilha em plenário	Ficha de estudo, folheto com perguntas para discussão
PAUSA 2	10 min	–	–
Exercício 3 – Reimaginar a instituição Objetivo: Conceber ações concretas para tornar uma instituição mais inclusiva para idosos LGBTQIAP+ em três domínios. Atividade: Cada grupo recebe um cartão de instituição que descreve um contexto diferente de cuidados ou de comunidade. Os participantes identificam potenciais barreiras relacionadas com a idade, a diversidade sexual e de género e desenvolvem soluções práticas em três domínios: formação, ambiente físico e políticas e protocolos. Os	30 min	Conceção criativa, redação colaborativa, apresentação	Cartões de Instituição, Fichas de Trabalho do Plano de Ação em 3 Domínios, Post-its, Folhas de papel grandes

grupos preenchem a Ficha de Trabalho do Plano de Ação e apresentam as suas três ações prioritárias em plenário.			
Contribuição teórica – Orientações para educadores e profissionais, o que fazer e o que não fazer	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Mensagens-chave e conclusão – discussão de questões finais e feedback	5 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Formulário de feedback	5 min	Avaliação do módulo	Formulários de feedback impressos ou código QR



Exercício 1

Cenário A

Vai admitir uma nova residente de 82 anos. No formulário de admissão, ela assinalou «Casada», mas nunca vê o marido. Ela fala frequentemente da sua «melhor amiga», com quem viveu durante 40 anos.

Questão:

- Qual é o termo do glossário mais relevante neste contexto?
- Por que razão este termo é importante nesta situação?
- De que forma a falta de conhecimento sobre este termo poderia prejudicar a qualidade dos cuidados?

Chave de respostas do facilitador

Lésbica, invisibilidade, família escolhida

O sistema ignorou a sua relação. A utilização de linguagem inclusiva («Há alguma pessoa importante na tua vida?») teria-lhe permitido partilhar a sua história.

Cenário B

Um residente de 75 anos confia-lhe que esteve casado com uma mulher durante 30 anos, mas que sempre soube que era homossexual. Nunca tinha falado nisto a ninguém antes.

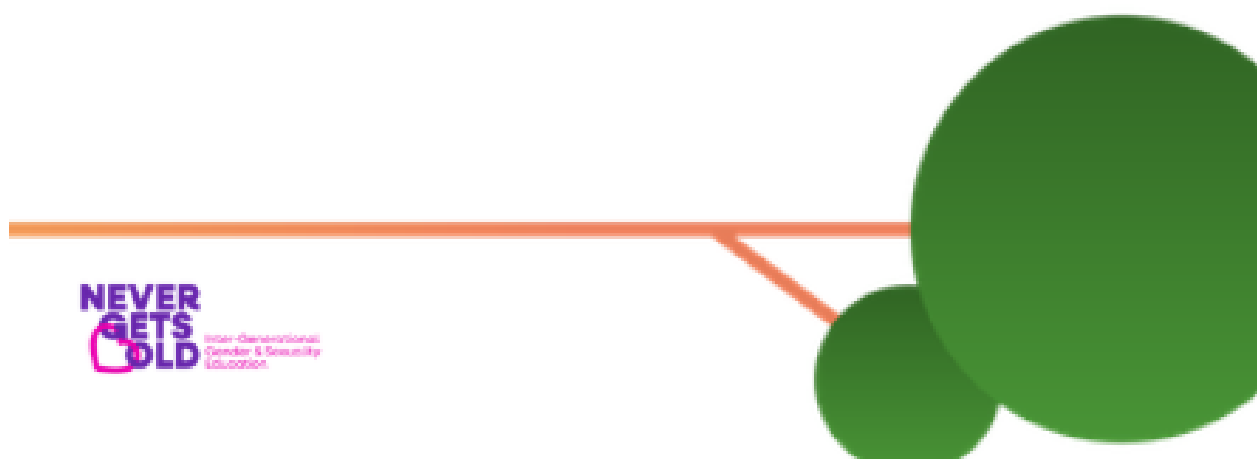
Questão:

- Que termo descreve melhor esta situação?
- Por que razão é que esta pessoa terá permanecido em silêncio durante tanto tempo?
- Como deve responder para criar confiança?

Chave de respostas do facilitador

Homossexualidade, revelação na terceira idade, stress das minorias

Ele guarda este segredo há décadas. Este é um momento de enorme confiança. Reaja com gratidão e naturalidade, não com espanto.



Cenário C

Tem de ajudar uma nova residente nos cuidados pessoais. O processo identifica-a como «Madame», mas ela tem uma maçã de Adão bem visível e uma voz grave. Não sabe bem como proceder de forma respeitosa.

Questão:

- Que termos é que precisa de conhecer para lidar bem com esta situação?
- O que deve fazer antes de prestar cuidados?
- O que deve evitar a todo o custo fazer ou dizer?

Chave de respostas do facilitador

Transgénero, pronome, cisnormatividade

Nunca dê nada por garantido. Pergunta com respeito: «Que pronomes usas? Como posso ajudar-te melhor nos cuidados pessoais?»»

Cenário D

Durante um workshop, um residente de 88 anos afirma: «Não percebo todas estas palavras novas, “queer”, “não binário”... No meu tempo, éramos apenas “queers” e mantínhamos o silêncio.»

Questão:

- O que é que esta afirmação nos ensina sobre a importância da história?
- Como é que se pode reconhecer a experiência dele e, ao mesmo tempo, introduzir conceitos mais recentes?
- Qual seria uma resposta respeitosa e educativa?

Chave de respostas do facilitador

Queer, diferenças geracionais, reapropriação

Reconheça a história dessa palavra: «Tens razão, essa palavra era usada como insulto. Hoje em dia, muitas pessoas recuperaram-na com orgulho.»



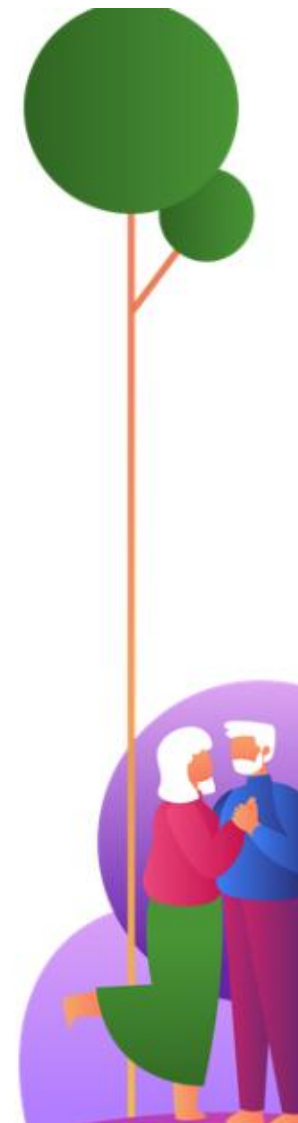
Exercício 2

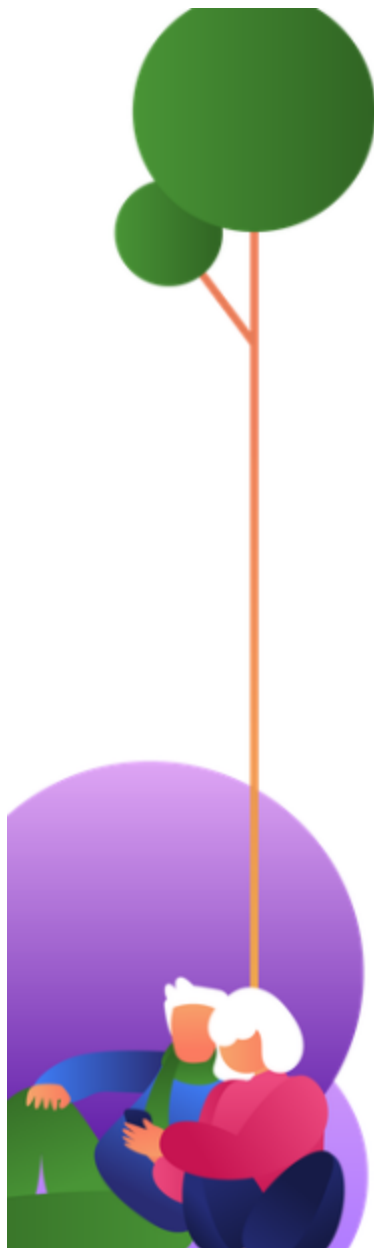


BRETT, 72 anos

- Brett, de 72 anos, é um homem transgênero que vive em Lyon. Tem uma barba espessa, uma voz grave e foi submetido a uma cirurgia ao peito (mastectomia) há vários anos. No entanto, nunca se submeteu a cirurgia de afirmação de gênero. O seu corpo, por isso, ostenta as marcas de um percurso de transição único.
- Após uma carreira na área da educação e uma vida marcada por relações familiares complexas (passou a adolescência em lares de acolhimento), Brett vive sozinho. Recentemente, uma queda e o aparecimento de problemas cardíacos levaram-no a considerar, com relutância, a possibilidade de entrar num lar de idosos.
- Durante uma visita pré-admissão, o diretor dirige-se a ele como «Monsieur». Brett sente-se reconhecido. Mas quando a enfermeira coordenadora levanta a questão dos cuidados pessoais e da assistência diária, Brett sente-se desconfortável. Ele sabe que um dia, talvez em breve, um cuidador irá descobrir o seu corpo nu e, com ele, uma história que a sua aparência exterior não revela.
- «Passei a maior parte da minha vida em instituições. Isso nunca me assustou. Mas não vou ficar numa casa de repouso como a minha mãe esteve.»

Fonte: Inspirado por The Atlantic (2015), "The Challenge of Being Transgender in a Nursing Home"

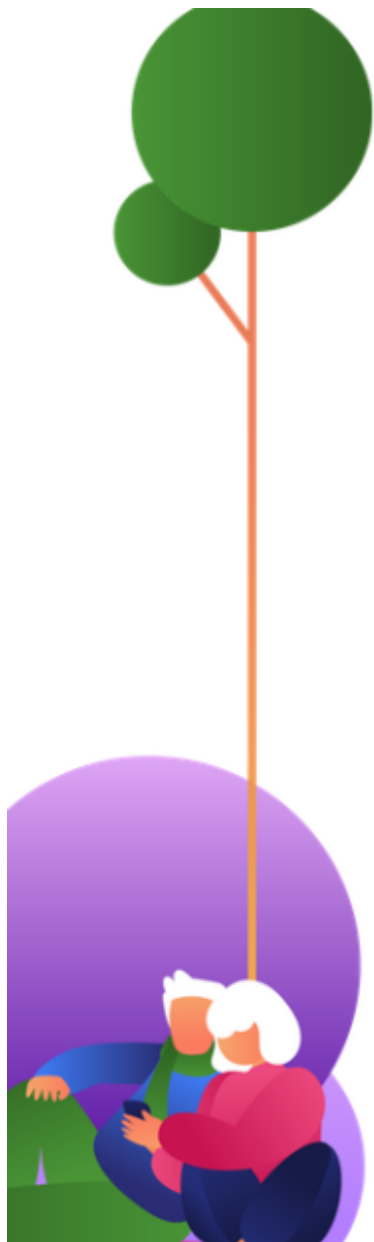




BRETT

Quais são os principais desafios nesta situação?

- E quanto ao próprio Brett?
- Para o pessoal de cuidados?
- Para a instituição?

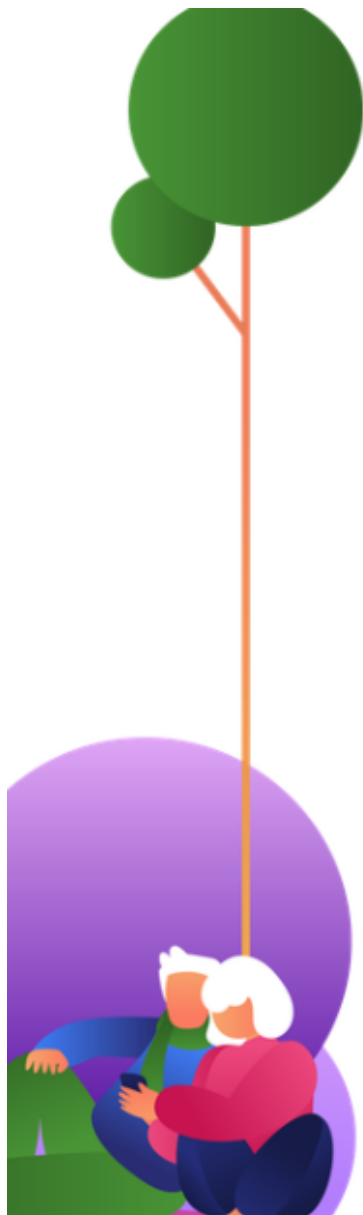


BRETT

Que pressupostos ou preconceitos poderão influenciar as reações dos funcionários quando descobrirem o corpo do Brett?



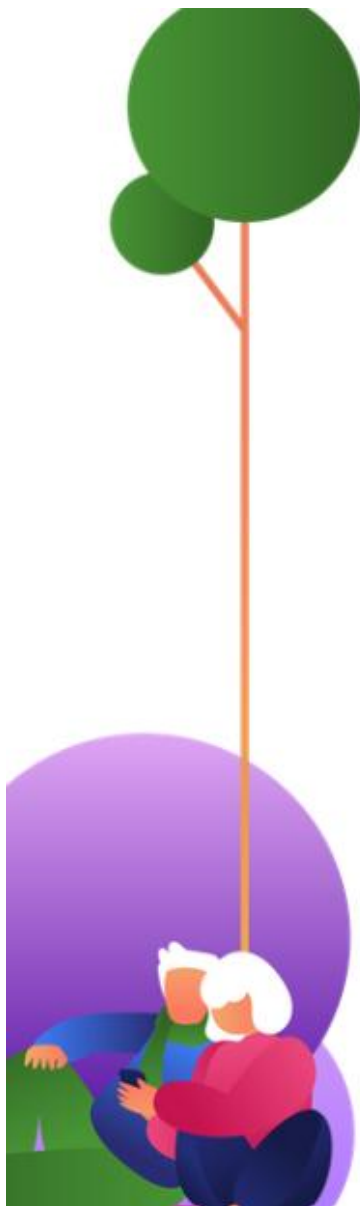
Quais são os riscos se as instituições ignorarem a situação e não tomarem medidas preventivas?



BRETT

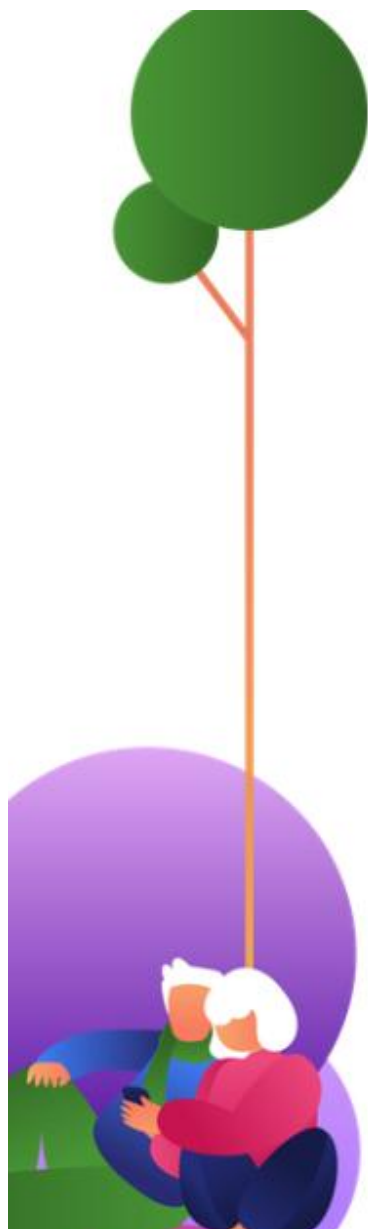
Como seria uma resposta respeitosa e centrada na pessoa?

- O que deve a direção fazer antes da chegada do Brett?
- O que deve o cuidador fazer naquele momento?
- Que políticas ou protocolos poderiam ajudar?



BRETT

O que pode a instituição fazer para que o Bratt não tenha de «explicar quem é» mais uma vez?



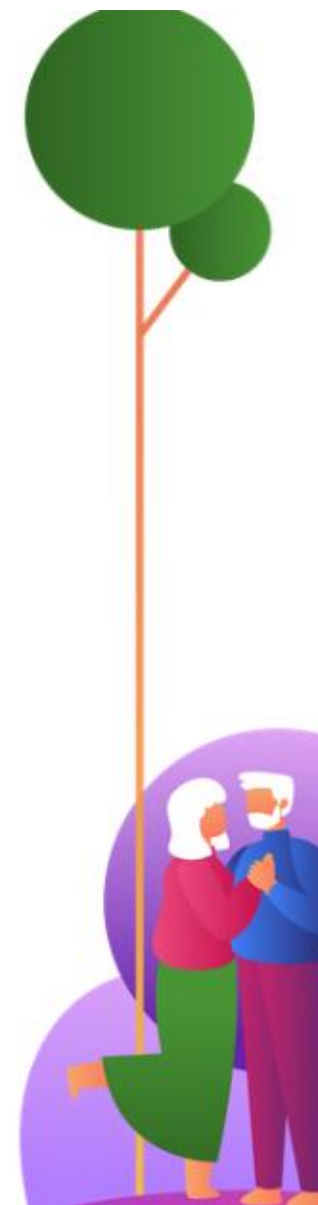
BRETT NOTAS DO FACILITADOR

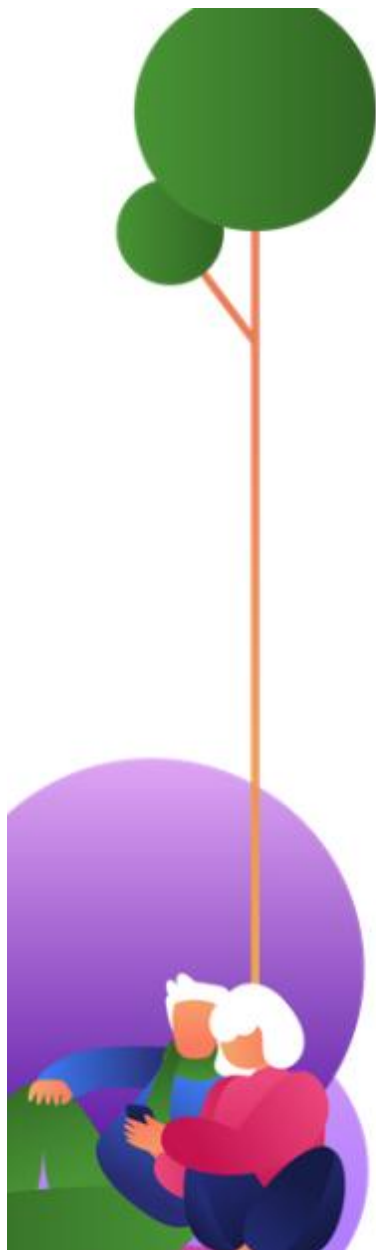
DESAFIO	RESPOSTA RECOMENDADA
• Divulgação involuntária durante cuidados íntimos	• Elaborar um protocolo: antes do primeiro atendimento íntimo, um membro da equipa de confiança pergunta: «Há alguma coisa sobre o seu corpo ou o seu historial que nos possa ajudar a acompanhá-la melhor?»
• Falta de formação do pessoal sobre os corpos das pessoas trans	• Ministrar formação obrigatória sobre o envelhecimento das pessoas trans e a diversidade dos corpos trans antes da chegada do Brett.
• Medo das reações dos outros residentes	• Estabeleça uma política antidiscriminação clara. Considere organizar uma reunião de equipa para se prepararem. Ofereça ao Brett a possibilidade de utilizar uma sala privada, se houver disponibilidade.
• A vida de Brett marcada pela desconfiança nas instituições	• Designe uma pessoa de contacto de referência para criar uma relação de confiança. Ouça as suas preocupações sem assumir uma atitude defensiva.



SIMONE, 78 anos

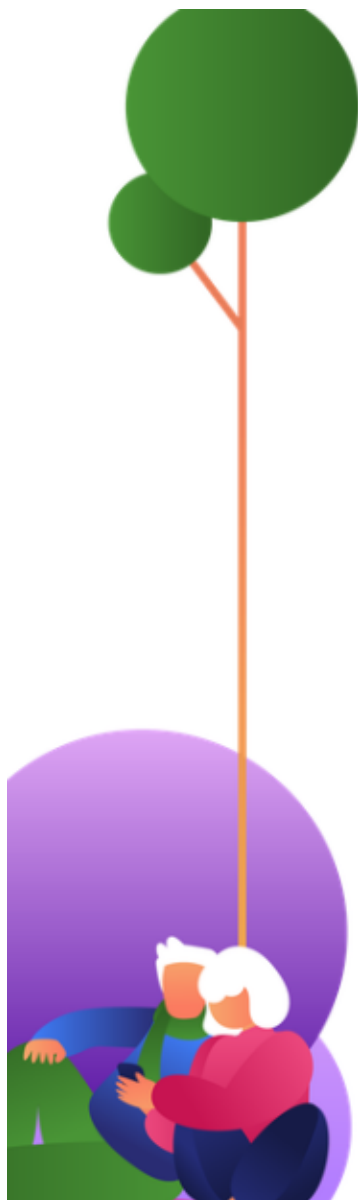
- Simone, de 78 anos, é uma mulher lésbica. Viveu com a sua companheira, Marie, durante mais de 40 anos. Conheceram-se numa altura em que a homossexualidade ainda era altamente estigmatizada e nunca se sentiram seguras para falar abertamente sobre a sua relação. Para o mundo exterior, eram «duas amigas que viviam juntas».
- Marie faleceu há cinco anos. Simone vai agora para um lar de idosos. No formulário de admissão, assinalou «Viúva» – não havia nenhuma opção para «parceira» ou «união civil». Nunca menciona a Marie ao pessoal.
- Durante uma reunião da equipa de cuidados, uma jovem auxiliar de enfermagem refere que a Simone parece muito triste e retraída. Outro membro do pessoal diz: «Provavelmente está apenas solitária desde que o marido faleceu.»
- Ninguém sabe da Marie. Ninguém perguntou.





Quais são os principais desafios nesta situação?

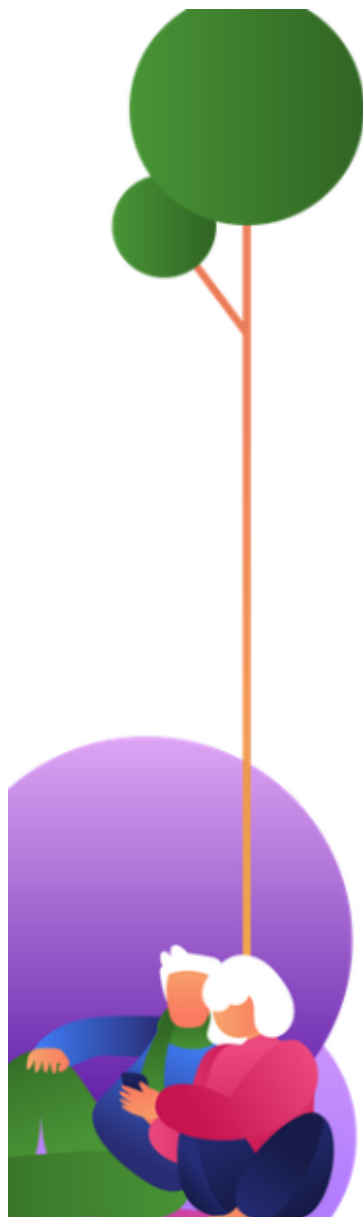
Que formas de discriminação se cruzam aqui?
(discriminação com base na idade, sexismo, lesbofobia)



SIMONE

A Simone não falou da Marie a ninguém?

Que contexto histórico poderá explicar o seu silêncio?

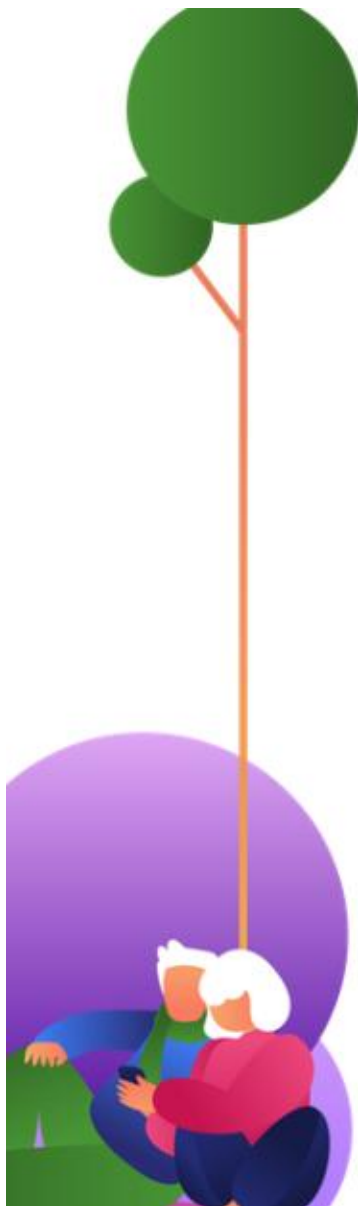


SIMONE

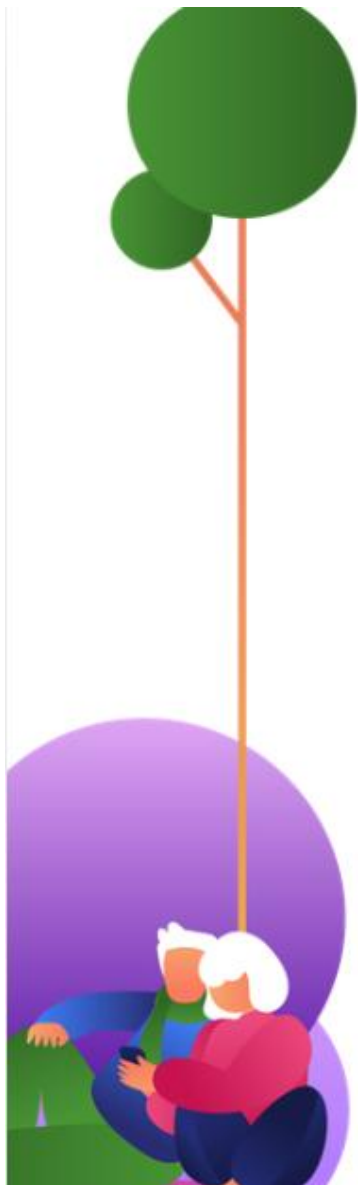
Quais são as consequências desta invisibilidade para o bem-estar da Simone?

De que forma é que isso afeta o seu luto?

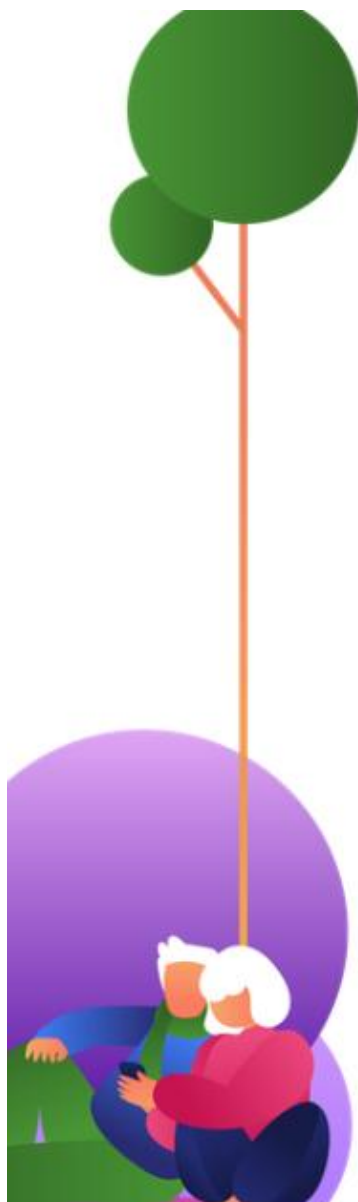
De que forma é que isso afeta o seu dia-a-dia na instituição?



- Que perguntas deveriam ter sido feitas no momento da admissão?
- Como seria um processo de admissão mais inclusivo?



O que é que os funcionários podem fazer agora para criar um espaço seguro para a Simone partilhar a sua história?



SIMONE NOTAS DO FACILITADOR

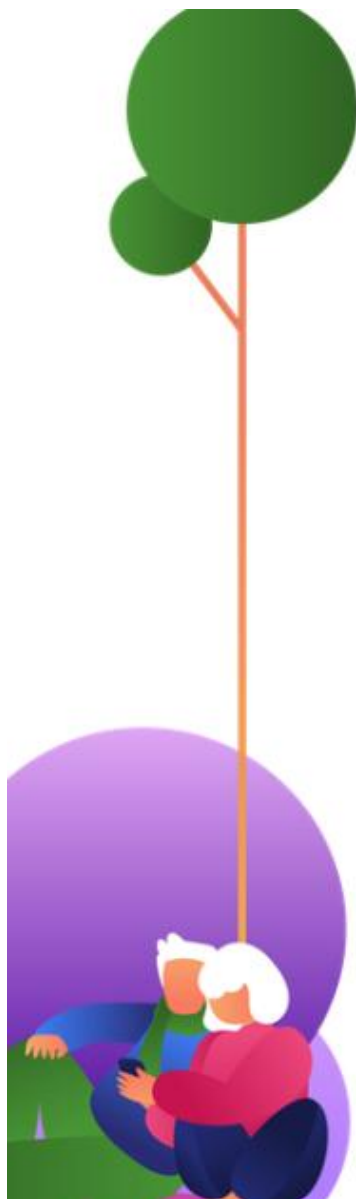
DESAFIO	RESPOSTA RECOMENDADA
• A invisibilidade das relações entre pessoas do mesmo sexo • Historical trauma and silence • Luto não reconhecido • Isolamento	• Revisar os formulários de admissão: adicionar as opções «parceiro», «união civil» e «família escolhida». Dar formação ao pessoal para que pergunte: «Há alguma pessoa importante na sua vida?» • Perceba que a Simone aprendeu a esconder-se para sobreviver. Isto não é resistência – é proteção. Construa a confiança aos poucos, sem pressão. • A sua dor pela Marie é real e não reconhecida. Uma simples frase pode ajudar: «Algumas das pessoas mais importantes nas nossas vidas nem sempre são mencionadas nos formulários. Se houver alguém de quem gostasses de falar, estamos aqui para te ouvir.» • A invisibilidade leva ao isolamento. Criar sinais visíveis de inclusão (autocolantes com as cores do arco-íris, cartazes inclusivos) transmite a ideia de que este pode ser um local seguro.



FÁTIMA 68 anos

- Fátima, de 68 anos, é uma mulher lésbica de origem norte-africana. Nasceu em França, filha de pais imigrantes, e viveu toda a sua vida numa cidade de média dimensão no sul do país. Assumiu a sua orientação sexual mais tarde na vida, após um breve casamento com um homem quando tinha vinte e poucos anos, do qual resultaram dois filhos, agora adultos, com quem mantém uma relação distante.
- Fátima está a começar a ter problemas de saúde que dificultam a vida sozinha. Está a considerar mudar-se para uma residência assistida. Visitou duas residências na sua zona, mas saiu de ambas a sentir-se ignorada e ansiosa.
- Na primeira residência, o diretor mostrou-lhe com entusiasmo as atividades: «Temos clube de tricô, bingo e os nossos residentes adoram o canto em grupo semanal!» Nada refletia os seus interesses, a sua cultura ou a sua identidade.
- Na segunda residência, ouviu dois funcionários a falarem sobre «a mulher árabe que veio visitar». Saiu sem terminar a visita guiada.
- Fátima pergunta-se: Haverá alguém como eu lá? Terei de me explicar constantemente? Serei sequer visível?

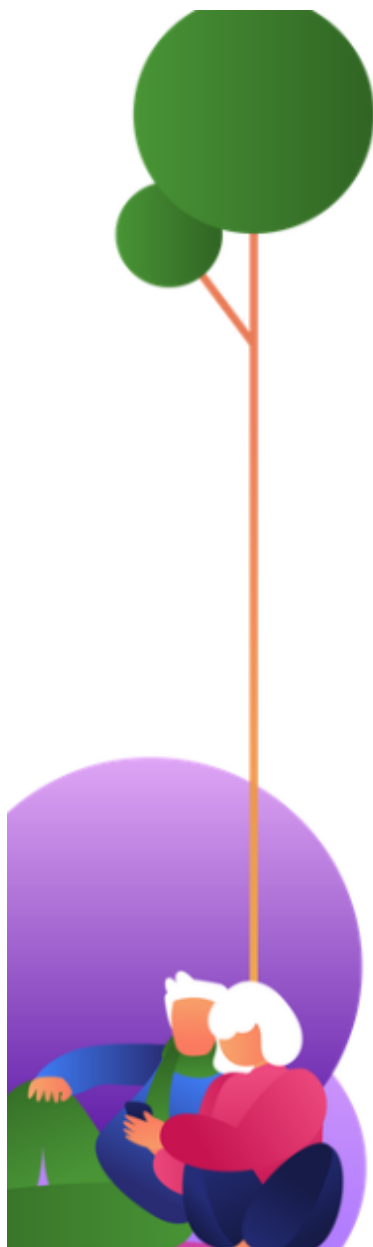




FÁTIMA

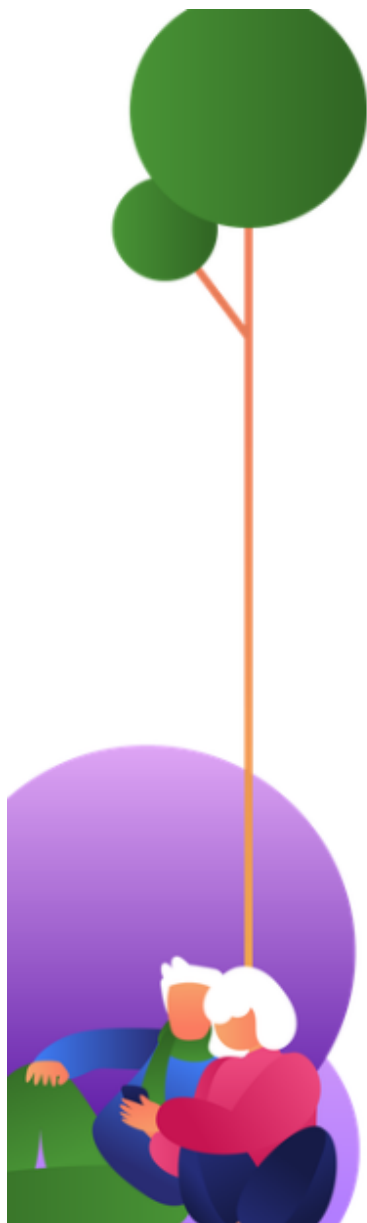
Quais são os principais desafios nesta situação?

Que formas de discriminação se cruzam aqui? (discriminação com base na idade, racismo, sexismo, lesbofobia)



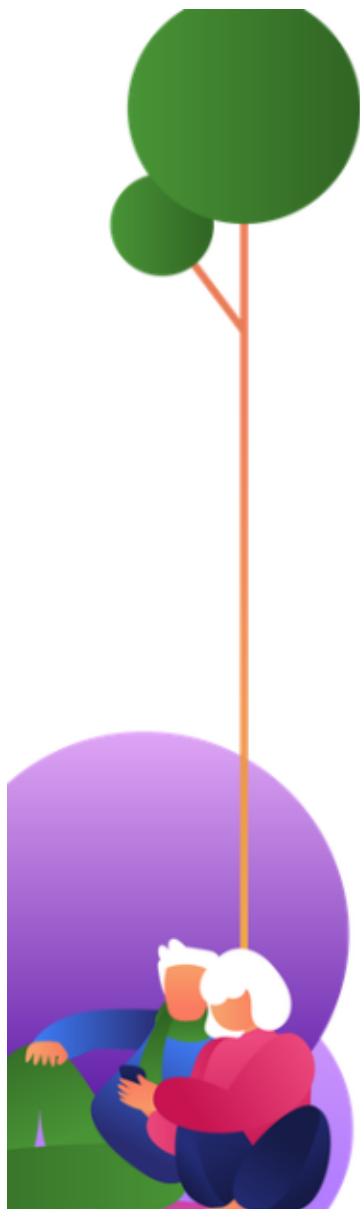
Por que é que a Fátima se sentiu «invisível e ansiosa» após a primeira visita?

O que faltou na apresentação do realizador?



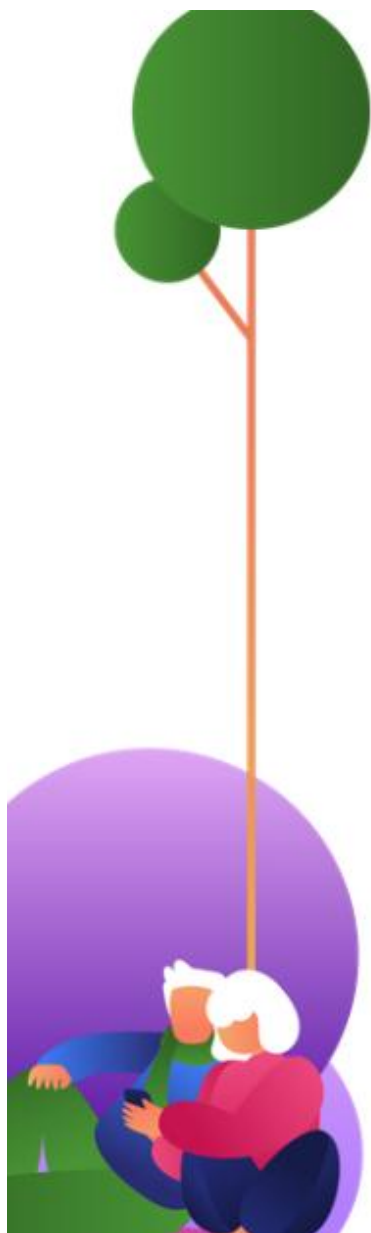
Que impacto terá provavelmente tido na Fátima o comentário do funcionário («a mulher árabe»)?

De que forma é que este tipo de comentário informal afeta a confiança?



FÁTIMA

O que é que uma residência inclusiva teria de oferecer para que a Fátima se sentisse bem-vinda? *A considerar: representatividade, formação do pessoal, ambiente físico



SIMONE NOTAS DO FACILITADOR

DESAFIO	RESPOSTA RECOMENDADA
• Tripla invisibilidade (idade + raça + orientação sexual)	• Fátima não está representada em lado nenhum. As instituições devem empenhar-se ativamente em apresentar representações diversificadas nos seus materiais, cartazes e atividades.
• Pressupostos culturais nas atividades	• O bingo e o tricô não são atividades que agradem a todos. Pergunte aos residentes o que eles querem. Ofereça atividades variadas: exhibições de filmes, grupos de debate, música de diferentes culturas.
• Racismo casual por parte do pessoal	• O comentário «a mulher árabe» constitui uma microagressão. A formação do pessoal deve abordar o racismo e o seu impacto. Todo o pessoal deve compreender que cada palavra conta.
• Medo de ter de dar explicações	• A Fátima não quer ser uma «embaixadora da diversidade». Ela quer ser uma residente. As instituições têm de fazer o trabalho de inclusão para que ela não tenha de o fazer.

COMPARATIVE ANALYSIS – Facilitator's Guide				
Tema	BRETT	SIMONE	FÁTIMA	
• Invisibilidade	• A sua história de transgénero será descoberta, não partilhada	• A sua relação de 40 anos é completamente invisível	• «Ela passa despercebida nas atividades, na representação e nas atitudes do pessoal»	
• Medo das instituições	• Uma vida marcada pelo trauma institucional	• Aprendeu a esconder-se para sobreviver	• Ouviu comentários racistas casuais por parte do pessoal	
• O que poderia ajudar?	• Protocolos para cuidados íntimos, formação do pessoal	• Perguntas de triagem inclusivas, sinais visíveis de segurança	• Atividades diversificadas, representação diversificada, formação do pessoal sobre racismo	
• O custo do silêncio	• Vulnerabilidade durante os cuidados, potencial trauma	• Luto não reconhecido, isolamento	• Ansiedade, isolamento, possibilidade de desistir da assistência residencial	



Exercício 3

Cartão da instituição

Enfermagem / Lar de idosos

- És o diretor de um lar de idosos composto por
- Chegou uma nova pessoa ao lar, que se sente perdida e desconfortável. Essa pessoa disse-te que teve más experiências no passado com profissionais de cuidados a idosos.
- Este residente parece isolado dos outros. Sai da sala de jantar mais cedo do que os outros residentes e não participa nas atividades de grupo.
- A pessoa recusa-se a falar sobre a sua situação anterior com os prestadores de cuidados.
- A família não organiza visitas.



NEVER GETS OLD
Inter-Generational Gender & Sexuality Education



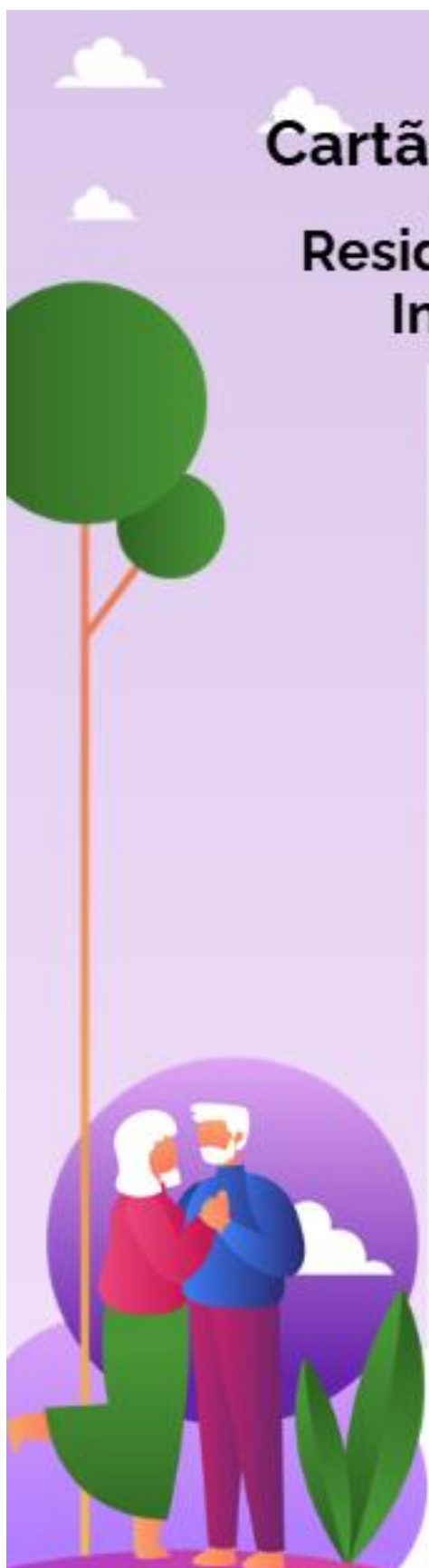
Cofinanciado pela União Europeia

Cartão da instituição

Estrutura associativa

- És animador numa estrutura associativa que organiza atividades relacionadas com a representação LGBTQIAP+
- A maioria dos participantes tem entre 19 e 35 anos
- Uma pessoa mais velha chegou ao encontro com o desejo de conhecer a vossa estrutura associativa
- Os mais jovens, sem serem hostis, ignoraram a presença dos novos participantes
- A pessoa mais velha dirigiu-se a si no final da atividade para lhe dizer que não acha que volte





Cartão da instituição

Residência para Vida Independente

- É prestador de cuidados numa residência de vida independente. Os residentes conseguem gerir as suas idas e vindas dentro e fora da estrutura
- Um deles declarou estar a seguir um tratamento pesado que não tem impacto na sua mobilidade, sem que tenha desenvolvido efeitos patológicos
- A pessoa tem um porta-comprimidos adquirido na farmácia e não quer que o prepare, evitando a discussão sobre o assunto. Diz-lhe que «você não consegue compreender»
- O residente não tem família e raramente fala sobre as suas relações sociais no passado



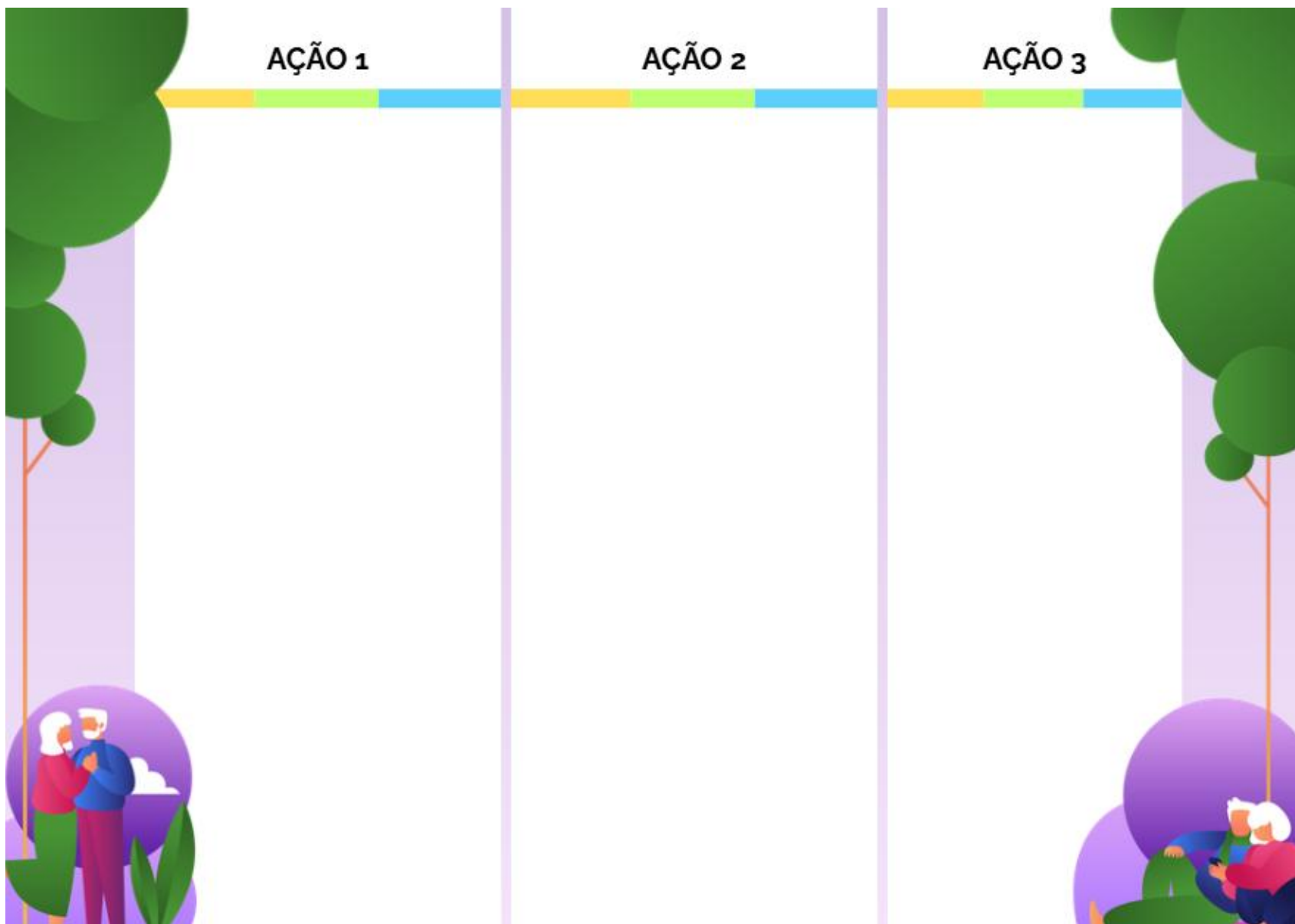
Regras do Plano de Ação para Domínios

- Na próxima atividade, terás de imaginar medidas a implementar para evitar a discriminação relacionada com a idade, a orientação sexual ou o género no contexto médico ou social. Estas medidas devem ser divididas em três categorias diferentes

FORMAÇÃO	AMBIENTE FÍSICO	POLÍTICAS E PROTOCOLOS
Quem? Que temas? Com que frequência? Por quem?	Sinais visíveis, espaços, documentos, cartazes	Formulários de admissão, protocolos de cuidados íntimos, combate à discriminação, parcerias

- Cole um pedaço de papel com a cor certa, por ordem cronológica, para ilustrar a aplicação dos seus planos de ação
- Em seguida, prepara uma apresentação de 2 minutos com as tuas 3 melhores ideias para partilhar com todo o grupo**





Ferramentas Práticas

Módulo 4





Plano de Aula

Módulo 4	A História das Normas Sociais de Género e Sexualidade na Europa
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de cuidados
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Participantes • conseguem situar as normas sociais relacionadas com os papéis de género, a sexualidade e a idade no seu contexto histórico, • compreendem os mecanismos dos tabus sociais relacionados com a sexualidade, • são capazes de refletir sobre as suas próprias atitudes e incertezas, • estão conscientes dos seus próprios valores e conseguem distinguir entre normas sociais e juízos pessoais, • estão familiarizados com os critérios para uma comunicação respeitosa e sem julgamentos e sabem aplicá-los, • sabem como questionar com sensibilidade as atribuições estereotipadas e dirigir-se às pessoas com respeito, em vez de as evitar e de evitar conversas sobre sexualidade.
Preparação	Organize • uma sala com capacidade para 12 a 18 pessoas (reserve-a com antecedência, se necessário). • um projetor, um computador portátil e um flipchart com papel, bem como um kit de ferramentas para o facilitador. • Se possível, traga um adaptador para o seu computador portátil. • Imprima as fichas de trabalho. • Prepare formulários de avaliação ou um inquérito com código QR. • Prepare crachás Elabore uma carta de convite que forneça informações sobre o evento, incluindo detalhes sobre o conteúdo e o horário. No local • Disponha as cadeiras em círculo no centro da sala e coloque as mesas à volta, encostadas à parede. • Verificação técnica e da apresentação. • Preveja intervalos sempre que necessário.

Lista de verificação	1. Carta de convite. 2. Material de moderação. 3. Fichas de trabalho preparadas e impressas. 4. Cartões de moderação preparados.
-----------------------------	---

Plano de Aula | Presencial (minutos)

Temas e atividades	Duração em minutos	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentar a ordem de trabalhos e criar um espaço de discussão respeitoso.	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 1: Exercício introdutório Brainstorming sobre várias afirmações relacionadas com a idade e a sexualidade; breve reflexão sobre cada posição.	20 min	Exercício sociométrico	Uma ficha de trabalho com as várias afirmações
Contribuição teórica: panorama histórico das normas sociais.	10 min	Palestra	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – «Imagens da idade e da sexualidade»	35 min	Consulta de mapas (Kartenabfrage) Discussão	Quadro de afixação, material de moderação
Contribuição teórica: visibilidade e invisibilidade.	15 min		Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 3 – «Autorreflexão»: Sexualidade na terceira idade – normas, valores e tabus.	25 min	Reflexão individual 10 min Intercâmbio em pequenos grupos 15 min	Ficha de trabalho do Exercício 3
Orientações para o trabalho educativo	10 min	Apresentação	PowerPoint
Perspetivas para o próprio trabalho educativo.	15 min	Discussão	
Mensagens-chave e despedida.	10 min	Discussão e resumo dos resultados	Quadro de papel



Exercício 1

«Barómetro de Posições: Sexualidade na Terceira Idade»

Ficha de trabalho – Afirmações para o Trabalho em Constelações

Convide os participantes:

«Vou ler em voz alta diferentes afirmações, uma a seguir à outra. *Por favor, posicionem-se de acordo com o vosso grau de concordância, concordância condicional ou discordância em relação às afirmações. Podem deslocar-se um pouco entre as diferentes afirmações» e leia as afirmações uma a seguir à outra. Saliente que a participação é voluntária.*

Importante: marque um ponto de referência num mapa em branco. Os participantes podem posicionar-se aqui se não quiserem comentar o assunto.

- Falar sobre sexualidade com pessoas que não conheço é algo estranho para mim (desagradável, deixa-me inquieto, envergonha-me, ...)
- A sexualidade na terceira idade é uma necessidade completamente normal.
- Nunca abordei realmente o tema da sexualidade na velhice.
- Quando vejo pessoas idosas de mãos dadas ou a beijarem-se em espaços públicos, interpreto isso de forma diferente do que faço com os jovens.
- As pessoas mais velhas também são sexualmente ativas; já reparei nisso muitas vezes, de várias formas.
- Percebo que o tema da sexualidade ainda me causa, muitas vezes, vergonha.
- Ser capaz de falar abertamente sobre sexualidade, com pessoas de todas as idades, seria um dos meus desejos.
- Quando for mais velha, quero que a sexualidade, a intimidade e a proximidade com outras pessoas façam parte do meu dia-a-dia.





Exercício 2

«Imagens da Idade e da Sexualidade»

Duração: 35 minutos

Formato: Individual e com todo o grupo

Materiais necessários: materiais de apresentação, flipchart, quadro de afixação

Objetivos de aprendizagem:

Os participantes,

- reconhecem que as suas ideias são moldadas por imagens sociais
- distinguem entre associações pessoais e visibilidade social
- compreendem que as normas variam ao longo da história
- refletir sobre como surgem a invisibilidade e os estereótipos
- desenvolvem abordagens iniciais para questionar as suas próprias imagens.

Procedimento:

1. Introdução: Ativação com associações (trabalho individual, 5 minutos)

Introdução:

«Quando pensam em *idade e sexualidade* – que imagens, cenas ou associações vos vêm à cabeça? Podem ser imagens concretas, termos ou situações. Importante: trata-se do que vos vem espontaneamente à cabeça, não do que acham que está certo.»

Tarefa:

- 2–3 bilhetes por pessoa
- Termos ou pequenos esboços (ambos permitidos)

2. Recolha e primeira observação (plenário, 5 minutos)

O moderador recolhe os cartões e afixa-os no quadro de recados de forma desordenada e visível.

Pergunta-chave:

«O que reparam quando vêem isto assim?»

Importante: nada de comentários

3. Reflexão sobre a visibilidade (plenário, 10 minutos)

Introdução:

«Onde é que, na verdade, nos deparamos com estas imagens?»

Perguntas orientadoras (preparadas antecipadamente para os mapas):

- «Quais destas imagens vemos frequentemente nos meios de comunicação social ou em público?»
- «Quais delas raramente ou nunca?»

Divisão no quadro de afixação com dois cartões de título:

- «frequentemente visíveis» (**preparar cartões de título**)
- «raramente visíveis» (**preparar cartões de título**)

4. Evolução histórica da perspetiva (plenário, 10 minutos)

Introdução:

«Imaginem se tivéssemos feito a mesma pergunta aos vossos pais, avós ou bisavós...»

Questões-chave:

- «Que fotografias teriam sido tiradas naquela altura?»
- «O que é que talvez nem sequer tivesse sido dito?»
- «O que teria sido considerado inadequado?»
- Discussão em plenário.

⇒ Opcional: em grupos de 2, seguido de um breve feedback em plenário.

5. Reflexão final (plenária, 5 minutos)

Questões-chave:

- «O que é que isso nos diz sobre as normas sociais?»
- «O que parece hoje evidente – mas será que sempre foi assim?»
- «O que é que talvez esteja completamente em falta?»

Conclusão:

- As imagens são criadas através da repetição (meios de comunicação, cultura).
- A visibilidade cria a impressão de «normalidade».
- A invisibilidade não significa inexistência.
- As normas mudam ao longo da história.
- As nossas próprias ideias são moldadas socialmente, não são individualmente «neutras».



Exercício 3

Autorreflexão: Sexualidade na terceira idade – normas, valores e tabus

Duração: 10 minutos de trabalho individual, 15 minutos de intercâmbio em pequenos grupos

Formato: Trabalho individual e posterior troca de ideias em pequenos grupos

Materiais necessários: Fichas de trabalho preparadas com as perguntas

Objetivos de aprendizagem:

1. Uma análise aprofundada das próprias suposições
2. Compreensão de como se formam as atitudes em relação às normas sociais
3. Reflexão sobre as normas sociais e brainstorming para evitar estereótipos

Procedimento:

No trabalho individual, os participantes anotam palavras-chave para si próprios sobre as seguintes questões-chave:

1. Que normas sobre a sexualidade considera que se aplicam na nossa sociedade?
2. Quais são as suas próprias suposições sobre a sexualidade na terceira idade? Em que medida é que estas diferem, eventualmente, das normas predominantes?
3. Tem contacto com pessoas idosas? Se sim, em que medida consegue também falar abertamente sobre temas como a sexualidade, a intimidade e a proximidade?
4. O tema da sexualidade continua a ser, muitas vezes, um tabu e motivo de vergonha. Sente o mesmo? De onde acha que vem essa vergonha?
5. Como é que foi socializado em termos de sexualidade? Quais são as mensagens sobre sexo, intimidade e proximidade física com as quais cresceu?
6. Quando for idoso, como gostaria de viver a sexualidade e a intimidade física? Quais são os seus desejos relativamente a esta necessidade?
7. Na sua opinião, quais seriam os pré-requisitos para poder viver de acordo com os seus desejos?
8. O que acha que é necessário para garantir que o tema da sexualidade na velhice não continue a ser um tabu na sociedade?
9. O que gostaria de contribuir mais para isso no seu trabalho educativo no futuro?

Garantia de resultados:

Por fim, todo o grupo reúne-se novamente e discute as principais conclusões sobre a questão: «Quais são as nossas conclusões mais importantes e o que significam para nós, a nível pessoal, e para o nosso trabalho educativo?»

Atenção: as perguntas podem ser muito perturbadoras. Pergunta ao grupo: o que acharam das perguntas? O que vos passa pela cabeça e pelo estômago neste momento? Como se sentem? Se necessário, proponha uma atividade dinamizadora após o exercício.

Ficha de trabalho – Autorreflexão: Sexualidade na Terceira Idade – Normas, Valores e Tabus

Reserve 10 minutos para refletir sobre as seguintes perguntas orientadoras. Esta reflexão é apenas para si, a nível pessoal. Pode anotar pontos-chave e, depois, decidir o que quer contribuir para a discussão em pequeno grupo.

- Que normas sobre a sexualidade achas que se aplicam na nossa sociedade? De que forma te foram transmitidas?

- Quais são as suas próprias suposições sobre a sexualidade na terceira idade? Em que medida é que estas diferem, eventualmente, das normas predominantes?

- Tem contacto com pessoas idosas? Se sim, até que ponto consegue também falar abertamente sobre temas como a sexualidade, a intimidade e a proximidade?

- O tema da sexualidade continua a ser, muitas vezes, um tabu e motivo de vergonha. Sente o mesmo? De onde acha que vem essa vergonha?

- Como é que tu próprio foste socializado em termos de sexualidade? Quais são as mensagens sobre sexo, intimidade e proximidade física com as quais cresceste?

-
- Quando for mais velho, como gostaria de viver a sexualidade e a intimidade física? Quais são os seus desejos relativamente a esta necessidade?

- Na sua opinião, quais seriam os pré-requisitos para poder concretizar os seus desejos?

- O que acha que é necessário para garantir que o tema da sexualidade na terceira idade deixe de ser um tabu na sociedade?

- O que gostaria de contribuir mais para isto no seu trabalho educativo no futuro?

Ferramentas Práticas

Módulo 5





Plano de Aula

Módulo 5	A sexualidade na terceira idade e os indicadores de saúde
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais, pessoal de cuidados
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Os participantes: - saberão descrever os principais aspetos médicos, fisiológicos e psicossociais da sexualidade na terceira idade, - compreendem como as doenças crónicas, a medicação e a saúde mental podem influenciar o bem-estar sexual, - saberão aplicar o modelo do ciclo de resposta sexual a cenários de casos na terceira idade, - são capazes de refletir sobre as dimensões relacionais, emocionais e éticas da intimidade no envelhecimento, - são capazes de demonstrar uma comunicação centrada na pessoa e respeitosa ao abordar questões relacionadas com a saúde sexual.
Preparação	Organizar: - uma sala com capacidade para 12 a 20 participantes (reserve-a com antecedência, se necessário), - um projetor, um computador portátil e um flipchart com papel e materiais para o facilitador, - fichas de trabalho impressas do Estudo de Caso, fichas de trabalho da Simulação de Situações e Ferramentas de Reflexão Holística, - formulários de avaliação - crachás, se for o caso. Os facilitadores devem: - revisar o conteúdo do Módulo 5, especialmente as ligações médico-fisiológicas e psicossociais, - selecionar um ou dois estudos de caso adequados à formação profissional dos participantes, - preparar uma breve declaração introdutória que normalize a sexualidade como parte da saúde e da dignidade na terceira idade,

	- garantir um ambiente de aprendizagem respeitoso, confidencial e isento de julgamentos, adequado a discussões delicadas. No local: - dispor as cadeiras de forma a facilitar as discussões em pares e em grupo, - efetuar verificações técnicas e de apresentação antes da sessão, - prever intervalos quando necessário, - garantir privacidade e um ambiente confortável para uma discussão reflexiva.
Lista de verificação	1. Apresentação em PowerPoint (Módulo 5). 2. Fichas de trabalho do estudo de caso impressas. 3. Fichas de trabalho impressas para a simulação de situações. 4. Ferramenta de reflexão sobre o bem-estar sexual holístico impressa. 5. Formulários de feedback 6. Canetas e materiais de moderação. 7. Computador portátil, projetor e cronómetro/relógio visível.

Plano de Aula

Tema e atividades	Duração	Métodos
Abertura e introdução teórica	40 minutos	✓ Boas-vindas e breve contextualização do tema no âmbito do envelhecimento saudável e da qualidade de vida; ✓ Breve ronda de expectativas: uma palavra que descreva a principal preocupação ou curiosidade dos participantes; ✓ Estabelecimento de regras básicas: confidencialidade, respeito, partilha voluntária; ✓ Apresentação do facilitador sobre: - alterações fisiológicas e variabilidade; - doenças crónicas e efeitos da medicação; - saúde mental e bem-estar relacional; - riscos para a saúde sexual; - princípios da comunicação centrada na pessoa.
Ficha de trabalho baseada em casos	30 minutos	✓ Os participantes trabalham em pequenos grupos, analisando um cenário da terceira

(aplicação do ciclo de resposta sexual)		idade utilizando o modelo do ciclo de resposta sexual; ✓ Os grupos identificam: fatores biológicos, fatores psicológicos/relacionais e possíveis respostas profissionais; ✓ Breve partilha em plenário centrada nas implicações práticas para os cuidados.
Pausa	10 minutos	
Ferramenta de reflexão sobre o bem-estar sexual holístico e conclusão	30 minutos	✓ Utilização orientada da Ferramenta de Reflexão sobre o Bem-estar Sexual Holístico (reflexão individual ou em grupo); ✓ Discussão: barreiras e facilitadores para abordar a sexualidade em contextos profissionais; ✓ Pontos-chave: uma reflexão e uma ação para a prática; ✓ Resumo do facilitador, relacionando a reflexão com os cuidados centrados na pessoa.
Comunicação e Ciclo de Resposta Sexual – Atividade de simulação de papéis	30 minutos	✓ Os participantes trabalham em pares: um participante assume o papel do idoso e o outro o papel do profissional; ✓ Os participantes praticam uma comunicação empática e respeitosa sobre questões delicadas; ✓ O profissional explora a situação utilizando perguntas relacionadas com o ciclo de resposta sexual; ✓ Os participantes identificam possíveis fatores de influência; ✓ Após cerca de 7 minutos, os participantes trocam de papéis, utilizando um cenário diferente; ✓ Breve discussão de reflexão centrada nos desafios de comunicação e nas abordagens centradas na pessoa.



Exercício 1

Aplicação do Ciclo de Resposta Sexual – Ficha de trabalho baseada em casos

1. Objetivos de aprendizagem

No final da atividade, os participantes serão capazes de:

- ✓ reconhecer como as diferentes fases da resposta sexual podem ser afetadas na terceira idade;
- ✓ distinguir entre as influências médicas, psicológicas, relacionais e sociais no bem-estar sexual;
- ✓ formular respostas profissionais respeitosas e adequadas;
- ✓ refletir sobre as suas atitudes pessoais e possíveis preconceitos relacionados com a idade.

2. Instruções

Esta atividade foi concebida como um exercício de análise de casos em pequenos grupos.

- Divida os participantes em pequenos grupos de 3 a 5 pessoas.
- Atribua um cenário a cada grupo.
- Peça aos participantes que leiam o cenário com atenção e o discutam em conjunto.

3. Os Cenários

Caso 1

A Maria tem 72 anos e mantém uma relação de longa duração há mais de 40 anos.

Nos últimos anos, começou a evitar a intimidade sexual porque as relações sexuais se tornaram dolorosas e desconfortáveis. Sente-se envergonhada por falar sobre isto com o seu parceiro e nunca mencionou o assunto ao seu médico. O seu parceiro interpreta essa evitação como uma rejeição emocional e a tensão entre ambos tem vindo a aumentar.

Caso 2

O João tem 68 anos e sofre de diabetes e hipertensão.

Ao longo do último ano, tem sentido dificuldades de ereção e um cansaço crescente. Sente-se envergonhado e tem-se afastado gradualmente da proximidade física e emocional com a sua parceira, evitando completamente o contacto afetivo. Não discutiu estas alterações com nenhum profissional de saúde.

Caso 3

A Helen tem 75 anos e ficou viúva há cinco anos.

Recentemente, estabeleceu uma relação emocional próxima com um homem que conheceu num centro comunitário. Embora sinta companheirismo e afeto, sente ansiedade em relação à forma como a sua família e os seus amigos poderão julgar uma relação romântica na sua idade. Não sabe bem como lidar com a intimidade e preocupa-se com «o que é apropriado».

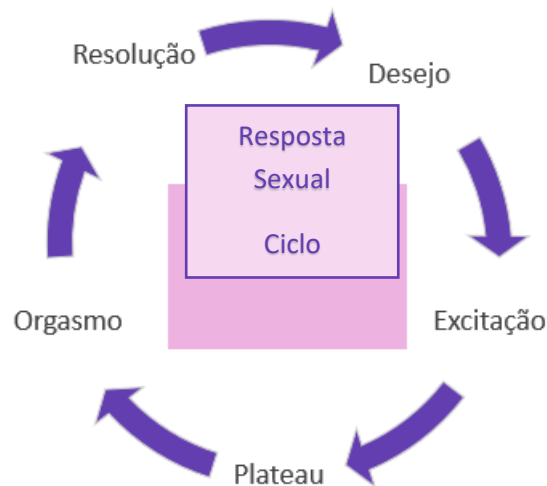
Caso 4

O George tem 80 anos e foi-lhe diagnosticado um défice cognitivo ligeiro.

Começou a demonstrar cada vez mais afeto físico por outro residente na instituição onde está

internado. Os membros da equipa não sabem bem como reagir, enquanto a sua família está preocupada com a possibilidade de ele estar confuso ou vulnerável devido a um . Ainda não houve qualquer conversa estruturada sobre as suas necessidades emocionais ou relacionais.

4. Estrutura do Ciclo de Resposta Sexual



5. Questões de análise para os participantes

Cada grupo discute o caso que lhe foi atribuído, utilizando as seguintes perguntas orientadoras:

1. Que fase ou fases da resposta sexual podem ser afetadas?
(por exemplo, desejo, excitação/conforto, satisfação, significado emocional)
2. Que fatores podem contribuir para a situação?
 - médicos ou fisiológicos
 - psicológicos ou emocionais
 - relacionais
 - sociais ou culturais
3. Qual seria uma resposta profissional adequada?
Considere a comunicação, a avaliação, o apoio moral, o encaminhamento ou o apoio ambiental.

6. Reflexão em plenário

Após as discussões em grupo, convide cada grupo a partilhar brevemente:

- a principal questão identificada;
- os fatores que influenciam o bem-estar sexual;
- uma possível ação profissional de apoio.

Os facilitadores devem salientar que podem coexistir múltiplas interpretações e que o objetivo não é chegar a uma única resposta correta, mas sim desenvolver um pensamento reflexivo e centrado na pessoa.

7. Principais mensagens de aprendizagem

- O bem-estar sexual continua a ser uma componente significativa da qualidade de vida na terceira idade.
- As dificuldades na intimidade refletem frequentemente a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, em vez de uma única causa.
- Uma comunicação aberta e respeitosa pode reduzir significativamente o sofrimento e o estigma.
- Os profissionais desempenham um papel essencial no reconhecimento das necessidades, no apoio à autonomia e na facilitação de cuidados adequados.
- Uma perspetiva holística e centrada na pessoa está em consonância com o envelhecimento saudável, a dignidade e a inclusão.



Exercício 2

Ferramenta de Reflexão sobre o Bem-estar Sexual Holístico

1. Objetivos

Esta ficha de trabalho ajuda os participantes a:

- ✓ reconhecer a natureza multidimensional do bem-estar sexual na terceira idade;
- ✓ explorar as influências biológicas, psicológicas, relacionais e sociais na intimidade;
- ✓ refletir sobre pressupostos pessoais e atitudes profissionais em relação à sexualidade no envelhecimento;
- ✓ reforçar abordagens centradas na pessoa e respeitosas na prática.

2. Instruções

Leia os pontos de reflexão abaixo indicados.

1. Escolha uma situação profissional da vida real ou um cenário hipotético envolvendo um idoso da lista abaixo.
2. Pense em como cada dimensão do bem-estar sexual pode ser relevante nessa situação.
3. Escreva notas breves individualmente ou discuta as suas ideias num pequeno grupo.
4. Concentre-se em compreender a experiência da pessoa, em vez de procurar uma única resposta «correta».

Caso 1

A Anna tem 70 anos e vive sozinha desde que o marido faleceu, há oito anos. Recentemente, iniciou uma amizade próxima com uma vizinha e passam muito tempo juntas. Ela aprecia a companhia, mas sente-se insegura quanto ao facto de a intimidade ser «apropriada» na sua idade. Também se preocupa com a possibilidade de os seus filhos adultos reagirem negativamente se soubessem que ela está a considerar voltar a ter uma relação romântica. Ao mesmo tempo, a Anna tem sentido um estado de espírito baixo e uma solidão ocasional, especialmente à noite.

Caso 2

O Peter tem 73 anos e vive com a doença de Parkinson há vários anos. A sua mobilidade tem vindo a diminuir gradualmente e sente-se frequentemente cansado. Ele e a sua companheira continuam a gostar muito um do outro, mas a intimidade física tornou-se mais difícil devido à rigidez, à fadiga e às alterações na coordenação. O Peter sente-se, por vezes, frustrado e preocupa-se com a possibilidade de se estar a tornar um fardo para a sua companheira. Já raramente falam abertamente sobre intimidade.

Caso 3

A Elena tem 67 anos e reformou-se recentemente do seu trabalho como professora. Desde a reforma que tem notado mudanças na forma como percebe o seu corpo e a sua atratividade. Ganhou algum peso e sente-se menos confiante em relação à sua aparência. Embora a sua relação com o seu parceiro

continue a ser de apoio, por vezes evita a intimidade porque se sente envergonhada com o seu corpo e receia já não ser atraente.

Caso 4

O Victor tem 79 anos e vive num lar de idosos desde o falecimento da sua esposa. Recentemente, desenvolveu uma relação amigável e afetuosa com outro residente. Passam frequentemente tempo juntos a conversar, de mãos dadas e sentados lado a lado. No entanto, o lar dispõe de espaço privado limitado e alguns membros do pessoal sentem-se desconfortáveis com as demonstrações de afeto entre os residentes. O Victor sente, por vezes, que as suas necessidades emocionais e relacionais não são plenamente reconhecidas no ambiente institucional.

3. Tarefas

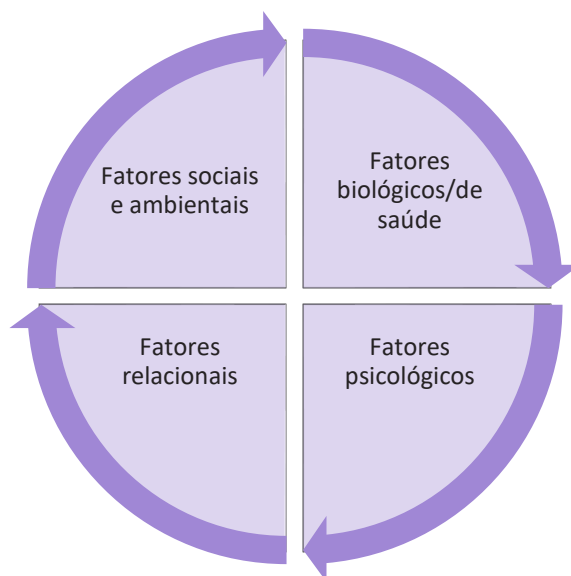
Passo 1 – Identificar o contexto

Descreva sucintamente o idoso ou a situação sobre a qual está a refletir:

- Faixa etária e contexto de vida (por exemplo, comunidade, relação com o parceiro, contexto de cuidados):
- Alterações relevantes na saúde ou na vida:
- Principal preocupação relacionada com a intimidade, a sexualidade ou a proximidade emocional:

Passo 2 – Explore as dimensões holísticas do bem-estar sexual

Reflita sobre cada dimensão e anote possíveis influências.



Fatores biológicos/de saúde (por exemplo, doença crónica, medicação, dor, alterações hormonais ou funcionais)	Notas:
Fatores psicológicos (por exemplo, humor, ansiedade, imagem corporal, autoestima, solidão, experiências passadas)	Notas:
Fatores relacionais (por exemplo, relação com o parceiro, comunicação, perda, papéis de prestação de cuidados, proximidade emocional)	Notas:
Fatores sociais e ambientais (por exemplo, privacidade, atitudes culturais, regras institucionais, dinâmicas familiares, estigma)	Notas:

Passo 3 – Resposta profissional centrada na pessoa

Com base nas reflexões acima, considere:

- Que necessidades ou desejos poderá esta pessoa ter?
- Qual seria um primeiro passo respeitoso na comunicação profissional?
- Existe algum apoio, encaminhamento ou mudança no ambiente que possa melhorar o bem-estar?

4. Questões de reflexão

1. Qual é a dimensão do bem-estar sexual que é mais frequentemente ignorada no seu contexto profissional?
2. Que pressupostos sobre o envelhecimento e a sexualidade poderão influenciar as respostas profissionais?
3. De que forma uma abordagem centrada na pessoa pode alterar a forma como esta situação é abordada?
4. Qual é uma ação que poderia aplicar na sua prática após esta reflexão?

5. Notas para o formador (Orientações de facilitação – se consideradas)

- ✓ Reserve 20 a 30 minutos, dependendo do tamanho do grupo e da profundidade da discussão.
- ✓ Saliente que os participantes podem recorrer a casos hipotéticos para evitar a divulgação de informações pessoais.
- ✓ Mantenha um ambiente de confiança e sem julgamentos.
- ✓ Durante a discussão final, concentre-se nas lições aprendidas e nas implicações profissionais, e não em histórias pessoais.
- ✓ Conclua relacionando as reflexões com a comunicação centrada na pessoa e os cuidados holísticos na terceira idade.



Exercício 3

Comunicação e ciclo de resposta sexual — Atividade de dramatização

1. Objetivos

Esta atividade ajuda os participantes a praticar como:

- ✓ responder com empatia a questões sensíveis de natureza sexual
- ✓ explorar o bem-estar sexual de forma estruturada, utilizando o ciclo de resposta sexual

2. Instruções

Os participantes trabalham em pares. Um participante desempenha o papel do idoso. O outro participante desempenha o papel do profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, cuidador).

A dramatização tem duas etapas:

Etapas 1 – Responder à questão

O idoso apresenta a sua situação.

O profissional deve:

- ✓ reconhecer a preocupação
- ✓ normalizar a discussão sobre sexualidade
- ✓ responder de forma respeitosa.

Passo 2 – Explorar o bem-estar sexual

O profissional dá continuidade à conversa, explorando a experiência da pessoa através de perguntas relacionadas com o ciclo de resposta sexual: desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução emocional.

Os participantes devem tentar identificar possíveis fatores de influência, tais como: problemas de saúde, medicação, bem-estar emocional, dinâmicas relacionais e ambiente de vida.

Após cerca de 7 minutos, os participantes trocam de papéis para um novo cenário.

Cenário 1

Tem 72 anos e está casado há mais de 40 anos. Nos últimos anos, tem notado que raramente sente interesse pela intimidade sexual. O seu parceiro, por vezes, interpreta isto como uma rejeição, o que tem criado tensão entre vocês.

Recentemente, também se tem sentido mais cansado e menos motivado em geral. Não tem a certeza se estas mudanças se devem «apenas ao envelhecimento» ou a outra coisa qualquer.

Veio a uma consulta médica de rotina e, com alguma hesitação, menciona que a intimidade se tornou difícil na sua relação.

Cenário 2



Tem 68 anos e está numa relação de longa duração. Ao longo do último ano, a atividade sexual tornou-se desconfortável devido à secura e à dor ocasional durante a relação sexual.

Por causa disso, tu e o teu parceiro começaram a evitar a intimidade, apesar de a proximidade emocional continuar a ser importante para ti.

Sente-se envergonhada por abordar o assunto, mas gostaria de saber se há algo que possa ajudar a melhorar o conforto durante a intimidade.

Cenário 3

Tem 74 anos e foi-lhe recentemente diagnosticada hipertensão e diabetes tipo 2. Ao longo do último ano, reparou que as ereções demoram mais tempo a ocorrer e, por vezes, são difíceis de manter.

Está preocupado que possa haver algo de grave e sente-se frustrado porque a intimidade costumava ser uma parte importante da sua relação.

Menciona isto durante uma consulta médica, mas não tem a certeza de até que ponto deve falar abertamente sobre o assunto.

Cenário 4

Tem 80 anos e vive numa instituição de cuidados residenciais. Nos últimos meses, desenvolveu uma relação próxima com outro residente.

Gosta de passar tempo com essa pessoa, de dar as mãos e de se sentar perto um do outro, mas receia que os funcionários ou os familiares possam julgá-lo se a relação se tornar mais íntima.

Sente-se inseguro sobre o que é considerado aceitável neste ambiente e gostaria de receber alguma garantia.

3. Orientações adicionais

Durante a simulação, o profissional deve:

1. Reconhecer a preocupação

Exemplos:

«Obrigado por partilhar isto comigo.»

«Muitas pessoas passam por mudanças semelhantes na fase mais avançada da vida.»

«É perfeitamente normal falar sobre intimidade e sexualidade.»

2. Explore utilizando o ciclo de resposta sexual

Exemplos de orientações para as perguntas:

Desejo: interesse pela intimidade, proximidade emocional, estado de espírito e motivação

Excitação: conforto físico, lubrificação ou ereção, medicação ou condições de saúde

Plateau: resistência, fadiga, barreiras ambientais

Orgasmo: satisfação ou alterações no prazer, efeitos da medicação

Resolução: ligação emocional, sentimentos após a intimidade, companheirismo e afeto.

Ferramentas Práticas

Módulo 6

Plano de Aula

Módulo 6	“Alterização” no Trabalho com Pessoas Mais Velhas e Idosas
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de cuidados, grupos-alvo alargados, tais como estagiários nas áreas da enfermagem e das profissões sociais, pessoal de limpeza e de serviços, voluntários, familiares (opcional, dependendo do contexto).
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Benefícios para os participantes 1. Sensibilização: tornar visíveis os mecanismos «invisíveis». 2. Reforço das competências de reflexão: autorreflexão profissional em vez da reprodução inconsciente de normas. 3. Desenvolvimento de competências práticas para a vida quotidiana. 4. Promoção da tomada de decisões éticas. 5. Reforço de práticas culturalmente sensíveis e inclusivas e da sua implementação na vida quotidiana. 6. Alargar as competências para iniciar mudanças estruturais.
Preparação	Organize • uma sala com capacidade para 12 a 18 pessoas (reserve-a com antecedência, se necessário). • um projetor, um computador portátil e um flipchart com papel, bem como um kit de ferramentas para o facilitador. • Se possível, traga um adaptador para o seu computador portátil. • Imprima as fichas de trabalho. • Prepare formulários de avaliação ou um inquérito com código QR. • Prepare crachás Elabore uma carta de convite que forneça informações sobre o evento, incluindo detalhes sobre o conteúdo e o horário. No local • Disponha as cadeiras em círculo no centro da sala e coloque as mesas à volta, encostadas à parede. • Verificação técnica e da apresentação. • Preveja intervalos, se necessário.
Lista de verificação	1. Carta de convite. 2. Material de moderação. 3. Fichas de trabalho preparadas e impressas. 4. Cartões de moderação preparados.

Plano de Aula Módulo 6 | Presencial (minutos)

Tópicos e atividades	Duração em minutos	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentar a ordem de trabalhos e criar um espaço de discussão respeitoso.	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint.
Exercício 1: «Reconhecer os óculos comuns» Tornar visíveis a «alterização» e os pressupostos normativos Introdução acessível ao tema	30 min	1. Trabalho individual (5 min): 2. Pequenos grupos (10 min): 3. Plenário (10 min): 4. Parte 4: Reflexão em plenário (5)	Ficha de trabalho n.º 1 preparada para o número de participantes, flipchart, quadro de afixação
Exercício 2: «Estudo de caso»	30 min	Trabalho em pequenos grupos (10 min) Discussão em plenário (20 min)	Quatro fichas de trabalho, cada uma com um estudo de caso
Contribuição teórica	10 min	Aula	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint.
Exercício 3: «Formação de formadores — Aplicação prática»	60 min	Trabalho em pequenos grupos, apresentação	Ficha de trabalho 3, quadro de recados, flipchart, material de moderação.
Mensagens-chave e despedida.	10 min	Discussão e consolidação dos resultados	Quadro de papel.



Exercício 1

«Reconhecer óculos comuns»

Duração: 35 minutos

Formato: Parte 1: Trabalho individual, Parte 2: Pequenos grupos, Parte 3: Discussão em plenário

Materiais necessários: fichas de trabalho preparadas, materiais de apresentação, quadro de papel ou quadro de afixação.

Objetivos de aprendizagem:

1. Tornar visíveis a «alterização» e os pressupostos normativos
2. Introdução acessível ao tema

Procedimento:

1. Trabalho individual (5 min):

Avaliar afirmações (por exemplo):

- «Tens marido?»
- «Nessa idade, isso já não é importante»
- «Isto é certamente apenas uma fase»

2. Pequenos grupos (10 min):

- O que há de problemático nisso?
- Qual é a norma subjacente a isto?
- Quem é que isso exclui?

3. Sessão plenária (10 min):

Recolha por categorias:

- Heteronormatividade
- Padrões alternativos
- Avaliação moral

4. Reflexão em plenário (5 min)

- Que padrões se destacam?
- Que afirmações conhecem do vosso trabalho quotidiano?
- O que é que isto significa para o relacionamento com os residentes/pacientes?

Se necessário, aprofundamento: Selecione 2–3 afirmações e reformule-as de forma sensível e inclusiva. Exemplo: Em vez de: «Tem marido?» → «Gostaria de me falar sobre as pessoas importantes na sua vida?»

Se necessário, transponha a questão: «Como é que faria este exercício com uma equipa?»

Resultado: Os participantes reconhecem que afirmações aparentemente corriqueiras não são neutras, mas sim normativas (resultado: «*Agora ouço de forma diferente.*»), conseguem identificar quais as normas subjacentes às afirmações (resultado: «*Compreendo por que razão isto pode ser problemático.*»), tornam-se mais sensíveis ao impacto nas pessoas afetadas (mudança de perspetiva), refletem sobre a sua própria atitude e desenvolvem novas competências linguísticas («*Sei como dizê-lo de forma diferente.*») e experimentam competências de liderança no exercício, que podem levar consigo para a sua organização.

Ficha de trabalho — «Reconhecer os óculos padrão»

Parte 1: Trabalho individual (5 minutos)

Leia as seguintes afirmações e assinale espontaneamente:

1. ✓ = sem problemas
2. ? = incerto
3. ! = problemático

Afirmações:

1. «Tens marido?»
2. «Na sua idade, a sexualidade já não tem importância.»
3. «Isto é certamente apenas uma fase.»
4. «Os dois ficam bem juntos.»
5. «A tua filha deve vir visitar-te muitas vezes, não é?»
6. «Já estás demasiado velha para esses assuntos.»
7. «Só queremos proteger-te.»
8. «Isso é bastante invulgar na vossa cultura, não é?»
9. «Não pareces nada uma mulher lésbica.»
10. «Este não é o local adequado para algo assim.»
11. «Eles não têm uma família própria.»
12. «Não estás a falar a sério.»
13. «No passado, não era assim tão complicado.»
14. «Aqui tratamos toda a gente de forma igual.»
15. «Não precisamos de abordar isso separadamente.»

Parte 2: Trabalho em pequenos grupos (10 minutos)

Trocem ideias no vosso grupo.

Questões-chave:

1. Que afirmações marcaram como problemáticas – e por que motivo?
2. Que normas ou pressupostos estão por trás disso? (por exemplo, heteronormatividade, normas de idade, atribuições culturais)
3. Quem poderia ser excluído ou magoado por estas afirmações?
4. Que afirmações podem parecer «inofensivas» à primeira vista, mas continuam a ser problemáticas?



Exercício 2

Estudos de caso

Caso 1: «Só queremos protegê-los»

Situação:

A Sra. M. (82) vive num lar de idosos e sofre de demência incipiente. Mantém uma relação próxima, inclusive fisicamente íntima, com uma companheira de quarto. A equipa não tem a certeza se a Sra. M. é «realmente capaz de dar o seu consentimento». Uma enfermeira sugere que as duas sejam separadas fisicamente – «para a sua proteção».

Tarefa:

Analise o caso no seu grupo.

Questões-chave para reflexão:

- Onde se manifesta a «alterização»?
- Que pressupostos sobre a idade, a sexualidade ou a deficiência cognitiva se tornam visíveis?
- Que princípios éticos são afetados (autonomia, cuidado, etc.)?
- Como se pode avaliar o consentimento de forma responsável neste contexto?
- Quais são as opções de ação?

Por favor, anote alguns pontos-chave para cada um deles.

As perguntas servem apenas como sugestão. Não é necessário responder a todas por escrito.

Escolham alguém para controlar o tempo e outra pessoa para tomar notas.

➡ Após 15 minutos, regressarão à sessão plenária.

Caso 2: «Este não é o local certo»

Situação:

O Sr. K. (76) recebe visitas regulares do seu companheiro de longa data. Alguns colegas de quarto queixam-se ao pessoal, considerando isso «desagradável» e «inadequado». Uma enfermeira pede ao Sr. K. para «tornar essas visitas mais discretas».

Tarefa:

Discuta como a equipa poderia responder de forma adequada.

Questões-chave para reflexão:

- Que formas de «outrificação» são identificáveis?
- Que papel desempenham as ideias heteronormativas?

- Quais são as necessidades que são priorizadas aqui – e porquê?
- Como poderia ser uma abordagem inclusiva?
- Que soluções estruturais seriam possíveis?

Estas perguntas são apenas sugestões. Não é necessário responder a todas por escrito.

Escolham alguém para controlar o tempo e outra pessoa para tomar notas.

➡ Após 15 minutos, regressarão à sessão plenária.

Caso 3: «É diferente na vossa cultura»

Situação

A Sra. A. (79) tem origem migrante. Um cuidador evita falar com ela sobre relacionamentos ou sexualidade, alegando que «isso é certamente um tabu na sua cultura». No entanto, a Sra. A. parece cada vez mais retraída.

Tarefa de 15 minutos

Analise a situação e desenvolva alternativas de ação. Anote as suas ideias em cartões; por favor, uma palavra-chave por cartão.

Perguntas orientadoras para a discussão:

1. Qual é o problema aqui?
2. O que significa «culturalização» neste caso?
3. Quais são os riscos para a Sra. A.?
4. Como se poderia perguntar de forma sensível e aberta?
5. Que papel desempenha a comunicação centrada na pessoa?

Estas perguntas são apenas sugestões. Não é necessário responder a todas por escrito.

Escolham alguém para controlar o tempo e outra pessoa para tomar notas.

➡ Após 15 minutos, regressarão à sessão plenária.

Caso 4: «Estamos todos aqui»

Situação:

A declaração de missão da instituição afirma: «Tratamos todos de forma igual». No entanto, não existem formas neutras em termos de género e as questões LGBTQI+ não são abordadas no dia-a-dia. Uma residente afirma que se sente «invisível».

Tarefa:

Avaliar a situação a nível estrutural.

Questões-chave para reflexão:

1. O que se entende por «tratamento igual» neste contexto – e qual é o problema?
2. Onde se manifesta o tokenismo ou a invisibilidade?
3. Que barreiras estruturais existem?
4. O que é que, concretamente, precisa de ser alterado (linguagem, regras, ofertas)?
5. Como se pode implementar uma inclusão real?

Estas perguntas são apenas sugestões. Não é necessário responder a todas por escrito.

Escolham alguém para controlar o tempo e outra pessoa para tomar notas.

➡ Após 15 minutos, regressarão à sessão plenária.



Exercício 3

«Aplicação à vossa própria instituição»

Objetivo do exercício

Os participantes desenvolvem uma **mini-intervenção concreta e realista** com a qual possam introduzir o tema da «alterização» na sua própria instituição.

Foco: **Implementação em vez de teoria**

Passo 1: Clarificar o ponto de partida (10 minutos)

Refleta sobre a sua própria situação:

Questões-chave:

- Em que situações do dia a dia se depara com situações relacionadas com a «alterização»? (por exemplo, língua, relacionamento com os residentes, regras, incertezas na equipa)
- Que situações são típicas ou recorrentes?
- Em que aspetos é necessário esclarecimento ou reflexão na equipa?

Anote uma situação específica:

Passo 2: Selecione uma mini-intervenção (10 minutos)

Escolha **um método adequado** (não precisa de reinventar nada!):

- ☐ Reflexão sobre as afirmações (tal como no exercício 1)
- ☐ Discussão de casos (como no exercício 2)
- ☐ Breve reflexão + discussão
- ☐ Exercício de mudança de perspetiva («Como se sentem as pessoas afetadas?»)

O que mais lhe ocorre?

Passo 3: Agendar uma mini-formação (20 minutos)

Planeie uma sessão curta (10-15 minutos) para a sua equipa.

Estrutura de apoio:

- **Tema/objetivo da unidade:**
→ O que é que os colegas devem ter compreendido no final?

- **Introdução (2 a 3 minutos):**
→ Como vai captar a atenção da equipa? (por exemplo, afirmação, pergunta, caso breve)
- **Parte principal (5–7 minutos):**
→ O que é que os colegas devem fazer concretamente? (discutir, refletir, avaliar)
- **Conclusão (2–3 minutos):**
→ Qual é a conclusão principal?

Passo 4: Apresentação do seu plano de trabalho (5–10 minutos)

Passo 5: Feedback (5 minutos)

Questões-chave:

- O que foi compreensível e fácil de implementar?
- O que suscitou reflexão?
- Em que pontos ficou pouco claro ou demasiado complexo?
- A atitude pareceu apreciativa e aberta?

Se houver tempo para uma atividade prática:

Em pequenos grupos:

- Uma pessoa modera a minissessão
- Os outros assumem o papel da equipa

Objetivo do exercício

Os participantes:

- aplicam o tema **de forma concreta à sua própria prática**
- desenvolvem **intervenções realistas e breves** para o trabalho quotidiano
- ganhem confiança na **liderança de grupos**
- aprender a **adaptar de forma flexível os métodos existentes**
- percebem que a mudança começa frequentemente com **pequenos impulsos na equipa**

Lembre-se

Não é necessário ministrar uma formação abrangente – um impulso bem orientado de 10 minutos já pode desencadear a mudança.

Pergunta de aplicação

Quando e em que contexto poderia implementar a sua mini-intervenção de forma concreta? (por exemplo, reunião de equipa, passagem de serviço, formação complementar).

Ferramentas Práticas

Módulo 7



Plano de Aula

Plano de Aula | Presencial

Tópicos e atividades	Duração	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentação da agenda e dos resultados de aprendizagem do Módulo 7	5 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Contribuição teórica – Por que razão a metodologia é importante? Os princípios da comunicação inclusiva (linguagem, postura, ambiente)	20 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 1 – O que fazer e o que não fazer na comunicação Objetivo: Identificar e praticar técnicas de comunicação inclusiva através de cenários da vida real. Atividade: Os participantes trabalham em pequenos grupos utilizando um conjunto de cartões de comunicação. Para cada afirmação, decidem se esta representa uma prática profissional inclusiva (O QUE FAZER) ou uma comunicação problemática (O QUE NÃO FAZER), explicam o seu raciocínio e propõem uma alternativa mais respeitosa, quando apropriado. Os grupos discutem as suas respostas e comparam-nas com o gabarito do facilitador durante o feedback em plenário.	25 min	Discussão em pequenos grupos, classificação de cartões, dramatização	Cartões «O que fazer e o que não fazer na comunicação», flipchart

PAUSA 1	10 min	–	–
Contribuição teórica – Criar espaços seguros, adaptar-se a diferentes realidades (deterioração cognitiva, deficiência, diversidade cultural)	15 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – Análise de situações complexas Objetivo: Analisar situações delicadas (relações entre residentes, oposição familiar) e elaborar uma resposta em equipa. Atividade: Pequenos grupos analisam um cenário complexo envolvendo intimidade, relações, consentimento, preocupações familiares ou diversidade na terceira idade. Utilizando a ficha de reflexão estruturada, os participantes identificam as questões-chave, as partes interessadas e os princípios éticos envolvidos, e desenvolvem um plano de resposta passo a passo. Os grupos apresentam e discutem as suas recomendações em plenário.	25 min	Análise de estudo de caso, discussão em pequenos grupos, partilha em plenário	Cartões de Situações Complexas
PAUSA 2	10 min	–	–
Exercício 3 – Prática de facilitação da fotoexpressão Objetivo: Experimentar a ferramenta de fotoexpressão e praticar a facilitação de uma breve discussão sobre um tema sensível. Atividade: Os participantes trabalham em pequenos grupos e, à vez, facilitam uma breve discussão utilizando imagens de	30 min	Prática de facilitação em pequenos grupos, observação entre pares	Conjunto de imagens de «Foto-Expressão», Cartões de Cenários de Facilitação

foto-expressão e cartões com cenários de facilitação. Um participante desempenha o papel de facilitador, enquanto os outros assumem o papel de participantes. Os observadores preenchem o Formulário de Observação entre Pares e dão feedback sobre o estilo de comunicação, as técnicas de questionamento, a gestão do grupo e o tratamento de temas sensíveis.			
Contribuição teórica – Orientações para educadores e profissionais, considerações éticas, trabalho em equipa	10 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Mensagens-chave e conclusão – discussão das questões finais e feedback	5 min	Apresentação, discussão em grupo	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Formulário de feedback	5 min	Avaliação do módulo	Formulários de feedback impressos ou código QR



Exercício 1

Do or Don't

1 «NA TUA IDADE, JÁ NÃO DEVIAS PREOCUPAR-TE COM ESSE TIPO DE COISAS.»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

2 «HÁ ALGUMA PESSOA IMPORTANTE NA TUA VIDA DE QUEM GOSTASSES DE FALAR?»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

3 «PROVAVELMENTE SÓ TE SENTES SOZINHA DESDE QUE O TEU MARIDO FALECEU.»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

4 «QUE PRONOMES USAS? QUERO TER A CERTEZA DE QUE ME DIRIJO A TI DA FORMA CORRETA.»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

5 LAUGHING NERVOUSLY AND CHANGING THE SUBJECT WHEN A RESIDENT MENTIONS THEIR SEX LIFE.

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

«MUITAS PESSOAS DÃO POR SI A

PERCEBER QUE AS SUAS

NECESSIDADES ÍNTIMAS MUDAM À

MEDIDA QUE ENVELHECEM. HÁ ALGUMA

COISA DE QUE GOSTARIA DE FALAR?»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

Do or Don't

7 ENTRAR NO QUARTO DE UM RESIDENTE SEM BATER À PORTA, MESMO QUE A PORTA ESTEJA FECHADA.

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

8 «PREFERE QUE SEJA UM CUIDADOR OU UMA CUIDADORA A AJUDÁ-LO COM OS CUIDADOS PESSOAIS?»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

9 «É TÃO GIRO VER-VOS OS DOIS DE MÃOS DADAS COM A VOSSA IDADE!»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

10 «PERGUNTO A TODAS AS PESSOAS DE QUEM CUIDO SOBRE O SEU BEM-ESTAR EMOCIONAL E ÍNTIMO — FAZ PARTE DA SAÚDE GLOBAL.»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

11 PERGUNTAR A UMA MULHER: «COMO SE CHAMAVA O SEU MARIDO?»

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Do or Don't

12 "REPAREI QUE PARECES MAIS RESERVADO ULTIMAMENTE, HÁ ALGUÉM DE QUEM SENTES SAUADES OU ALGO QUE TE PREOCUPA?"

Explique por que razão se deve ou não fazer isso e encontre uma alternativa, caso não se deva fazer

Cartão	FAZER/NÃO FAZER	Porquê	Melhor alternativa
1	✗ NÃO FAÇA	Desdenhoso, discriminatório em relação à idade, interrompe a conversa	«Muitas pessoas consideram que a intimidade continua a ser importante. É algo sobre o qual gostaria de falar?»
2	✓ FAZER	Inclusivo, aberto, permite relações diversas	
3	✗ NÃO FAZER	Presume a heterossexualidade, presume a causa da tristeza	«Pareces triste. Gostarias de falar sobre o que te vai na cabeça?»
4	✓ FAZER	Respeitoso, cria um ambiente seguro para pessoas trans e não binárias	
5	✗ NÃO FAÇAS	Transmite desconforto, destrói a confiança, humilha	Mantém a calma, ouve e responde com seriedade: «Obrigado por partilhares isso comigo.»
6	✓ FAZER	Normaliza o assunto, abre o diálogo	
7	✗ NÃO FAÇA	Viola a privacidade e a dignidade	
8	✓ FAZER	Respeita as preferências, o que é especialmente importante para os residentes trans	
9	✗ NÃO FAZER	Infantilizar, menosprezar a relação entre adultos	«É maravilhoso ver-vos os dois tão felizes juntos.»
10	✓ FAZER	Normaliza, cria espaço para falar	
11	✗ NÃO FAZER	Heteronormativo, exclui outras possibilidades	«Houve algum parceiro importante na tua vida?»
12	✓ FAZER	Aberto, atencioso, incentiva a partilha sem pressão	



Exercício 2



SITUAÇÃO A

DOIS RESIDENTES DA SUA CASA DE REPOUSO. JEAN (82 ANOS) E MICHEL (79 ANOS). CRIARAM UMA LIGAÇÃO MUITO PRÓXIMA NOS ÚLTIMOS MESES. FAZEM TODAS AS REFEIÇÕES JUNTOS. PASSAM HORAS NO JARDIM DE MÃOS DADAS E OS FUNCIONÁRIOS TÊM OBSERVADO QUE MICHEL VISITA FREQUENTEMENTE JEAN NO SEU QUARTO. JÁ TARDE DA NOITE. ALGUNS MEMBROS DA EQUIPA ACHAM ISSO COMOVENTE. ENQUANTO OUTROS SE SENTEM DESCONFORTÁVEIS E COMEÇAM A FAZER PIADAS. A FILHA DE MICHEL EXPRESSOU AS SUAS PREOCUPAÇÕES AO DIRETOR. DIZENDO: «O MEU PAI É VULNERÁVEL. NÃO SEI O QUE JEAN ESPERA DELE.» JEAN TEM UM LIGEIRO DÉFICE COGNITIVO. ENQUANTO MICHEL É TOTALMENTE INDEPENDENTE.

Que medidas estão a tomar enquanto equipa?



SITUAÇÃO B

A MONIQUE, QUE TEM 76 ANOS, VIVE NA VOSSA INSTITUIÇÃO HÁ DOIS ANOS. RECENTEMENTE, CRIOU UMA RELAÇÃO COM OUTRA RESIDENTE, A CLAIRE, QUE TEM 74 ANOS. PARECEM MUITO FELIZES JUNTAS: PARTICIPAM EM ATIVIDADES, PARTILHAM REFEIÇÕES E APOIAM-SE MUTUAMENTE. O FILHO DA MONIQUE QUER FALAR CONSIGO. ESTÁ MUITO PERTURBADO: «A MINHA MÃE ESTEVE CASADA COM O MEU PAI DURANTE 40 ANOS. ELA NÃO É LÉSBICA. ESTA MULHER ESTÁ A MAGOÁ-LA. QUERO QUE AS SEPARE.» A MONIQUE AFIRMOU QUE NUNCA TINHA SIDO TÃO FELIZ E QUE A CLAIRE ERA «A MELHOR COISA QUE ME TINHA ACONTECIDO NOS ÚLTIMOS ANOS».

Enquanto equipa, que estratégia estão a implementar para gerir esta situação?



SITUAÇÃO C

A GINETTE, DE 88 ANOS, VIVE NO VOSSO LAR DE IDOSOS. SOFRE DE DOENÇA DE ALZHEIMER MODERADA. A SUA MEMÓRIA É INSTÁVEL: HÁ DIAS EM QUE RECONHECE OS FILHOS. OUTROS EM QUE NÃO. A GINETTE CRIOU UMA LIGAÇÃO ESTREITA COM OUTRO RESIDENTE, O ROBERT, DE 85 ANOS, QUE TAMBÉM SOFRE DE DÉFICE COGNITIVO. OS FUNCIONÁRIOS TÊM-NOS OBSERVADO A TROCAR BEIJOS E GESTOS AFETUOSOS. AMBOS PARECEM CALMOS E SERENOS NA PRESENÇA UM DO OUTRO. NENHUM DOS DOIS MOSTRA SINAIS DE ANGÚSTIA OU TRISTEZA. NO ENTANTO, ALGUNS FUNCIONÁRIOS MANIFESTAM PREOCUPAÇÕES: «SERÁ QUE ELA CONSEGUE REALMENTE DAR O SEU CONSENTIMENTO? E SE ELA NÃO COMPREENDER O QUE SE ESTÁ A PASSAR? E SE O ROBERT NÃO COMPREENDER?» A FILHA DE GINETTE FICA CHOCADA E EXIGE QUE A RELAÇÃO TERMINE IMEDIATAMENTE.

Como grupo, como avaliam a situação e como reagem?



SITUAÇÃO D

UM NOVO RESIDENTE, ALEX, DE 70 ANOS, VAI INGRESSAR NO VOSSO LAR NA PRÓXIMA SEMANA. O ALEX É UM HOMEM TRANSGÊNERO. TEM BARBA E UMA VOZ GRAVE; O SEU PROCESSO IDENTIFICA-O COMO «SR. ALEX DUBOIS». DURANTE A VISITA PRÉ-ADMISSÃO, O ALEX INFORMOU O DIRETOR DE QUE SE TINHA SUBMETIDO A UMA MASTECTOMIA HÁ VÁRIOS ANOS, MAS QUE NÃO TINHA FEITO NENHUMA CIRURGIA GENITAL. ELE AFIRMOU: «ESTOU A DIZER-VOS ISTO PORQUE SEI QUE ALGUÉM TERÁ DE ME AJUDAR COM OS CUIDADOS PESSOAIS. NÃO QUERO QUE SEJA UMA SURPRESA. NÃO QUERO TER DE ME JUSTIFICAR QUANDO ESTIVER NU E VULNERÁVEL.» O DIRETOR TRANSMITIU ESTA INFORMAÇÃO A VOCÊS. A EQUIPA DE CUIDADOS. NENHUM DE VOCÊS RECEBEU FORMAÇÃO SOBRE O APOIO A RESIDENTES TRANSGÊNERO.

Como grupo, que preparativos fazem para a chegada do Alex? Qual é a vossa reação quando chega a altura dos cuidados íntimos?



SITUAÇÃO E

ÉS ASSISTENTE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS E PRESTAS APOIO À SRA. KAUR, DE 78 ANOS, QUE EMIGROU DA ÍNDIA HÁ 40 ANOS. ELA VIVE SOZINHA E RECEBE VISITAS DIÁRIAS PARA CUIDADOS PESSOAIS E COMPANHIA. A SRA. KAUR NUNCA REVELOU QUAISQUER DETALHES SOBRE A SUA VIDA PESSOAL OU SENTIMENTAL. QUANDO LHE PERGUNTASTE COM TACTO SOBRE A SUA FAMÍLIA, ELA INDICOU QUE O MARIDO TINHA FALECIDO HÁ VÁRIOS ANOS E QUE NÃO TINHA FILHOS. RECENTEMENTE, REPAROU QUE ELA PARECE DISTANTE E INFELIZ. TEM A SENSACÃO DE QUE ELA SE SENTE ISOLADA OU QUE ANSEIA PELA COMPANHIA DE ALGUÉM. MAS ASSIM QUE TENTA ABORDAR O ASSUNTO, ELA FICA EM SILÊNCIO E MUDA DE TEMA. EM ALGUMAS CULTURAS, DISCUTIR ASSUNTOS PESSOAIS OU ÍNTIMOS FORA DO ÂMBITO FAMILIAR É FORTEMENTE DESENCORAJADO. EMBORA DESEJE EVITAR QUALQUER INTROMISSÃO, A SUA PREOCUPAÇÃO COM O BEM-ESTAR DELA MANTÉM-SE.

Como pode abordar esta situação com humildade cultural, respeitando simultaneamente o seu dever de diligência?

Passo	Perguntas	Resposta da sua equipa
Passo 1	Qual é a questão principal aqui? Quais são as diferentes perspetivas envolvidas?	
Passo 2	Quem deve estar envolvido na resolução desta situação? (residente, família, pessoal, direção, especialistas externos?)	
Passo 3	Que princípios éticos estão em causa? (autonomia, dignidade, segurança, privacidade, consentimento, relações familiares?)	
Passo 4	Que medidas devem ser tomadas e em que ordem? (medidas imediatas, a curto prazo, a longo prazo)	
Passo 5	Como se documenta e comunica a decisão a todos os envolvidos?	



Exercício 3

Formulário de Observação entre Pares – Prática de Facilitação

Nome do facilitador: _____

Cenário: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Área de observação	O que funcionou bem?	O que poderia ser melhorado?
Abertura – O facilitador explicou o tema de forma clara? Criou um ambiente seguro?		
Utilização de imagens – O facilitador utilizou a ferramenta de fotoexpressão de forma eficaz? As imagens foram úteis?		
Perguntas – O facilitador fez perguntas abertas e inclusivas? Ouviram ativamente?		
Gestão do grupo – Todos tiveram oportunidade de falar? Os silêncios foram respeitados?		
Gestão de momentos delicados – O facilitador reagiu bem a qualquer desconforto ou emoção?		
Encerramento – O facilitador fez um resumo ou agradeceu aos participantes de forma adequada?		



CENÁRIO A

Intimidade e envelhecimento

TEMA: «O QUE SIGNIFICA PARA TI A INTIMIDADE À MEDIDA QUE ENVELHECES?»

CONTEXTO: ESTÁ A MODERAR UMA DISCUSSÃO DE 10 MINUTOS COM UM PEQUENO GRUPO DE RESIDENTES DE UM LAR DE IDOSOS*. ALGUNS RESIDENTES PODEM APRESENTAR DÉFICES COGNITIVOS. UTILIZE AS IMAGENS DE FOTOEXPRESSION PARA AJUDAR AS PESSOAS A EXPRESSAREM-SE.

Objetivo: Ajudar os participantes a partilharem as suas reflexões e sentimentos sobre a intimidade na terceira idade.



CENÁRIO B

Amor e novas relações

TEMA: «É POSSÍVEL APAIXONAR-SE A QUALQUER IDADE?»

CONTEXTO: ESTÁ A MODERAR UMA DISCUSSÃO DE 10 MINUTOS COM UM PEQUENO GRUPO DE IDOSOS NUMA RESIDÊNCIA ASSISTIDA. ALGUNS PERDERAM OS CÔNJUGES. OUTROS SÃO SOLTEIROS E OUTROS AINDA ESTÃO EM NOVAS RELAÇÕES.

UTILIZA AS IMAGENS DA SECÇÃO «FOTO-EXPRESSION» PARA DAR INÍCIO À CONVERSA.

Objetivo: Criar um espaço seguro e isento de julgamentos, onde as pessoas possam partilhar as suas experiências e esperanças.



CENÁRIO C

Toque e carinho

TEMA: «A IMPORTÂNCIA DO CONTACTO FÍSICO E DO CARINHO À MEDIDA QUE ENVELHECEMOS»

VAI MODERAR UMA DISCUSSÃO DE 10 MINUTOS COM O PESSOAL DE UM LAR DE IDOSOS (INTERPRETADO POR OUTROS). ELES QUEREM COMPREENDER MELHOR AS NECESSIDADES DOS RESIDENTES EM TERMOS DE CONTACTO FÍSICO E AFETO. MAS ALGUNS SENTEM-SE DESCONFORTÁVEIS COM O TEMA.

UTILIZE AS IMAGENS PARA AJUDAR AS PESSOAS A EXPRESSAREM-SE.

Objetivo: Ajudar os funcionários a refletir sobre as suas próprias atitudes e a compreender as perspetivas dos residentes



CENÁRIO D

Diversidade e Inclusão

TEMA: «SENTIR-SE RECONHECIDO E RESPEITADO PELO QUE SE É»

CONTEXTO: ESTÁ A MODERAR UMA DISCUSSÃO DE 10 MINUTOS COM UM PEQUENO GRUPO DE RESIDENTES DE UM LAR DE IDOSOS*. ALGUNS RESIDENTES PODEM APRESENTAR DÉFICES COGNITIVOS.

UTILIZE AS IMAGENS DE «FOTO-EXPRESSÃO» PARA AJUDAR AS PESSOAS A EXPRESSAREM-SE.

Objetivo: Ajudar os participantes a partilharem os seus pensamentos e sentimentos sobre a intimidade na terceira idade.



CENÁRIO E

Amor e novas relações

TEMA: «É POSSÍVEL APAIXONAR-SE EM QUALQUER IDADE?»

CONTEXTO: ESTÁ A MODERAR UMA DISCUSSÃO DE 10 MINUTOS COM OS FUNCIONÁRIOS E A DIREÇÃO DE UM LAR DE IDOSOS (INTERPRETADOS POR OUTROS PARTICIPANTES). O SEU LAR PRETENDE TORNAR-SE MAIS INCLUSIVO PARA COM OS RESIDENTES LGBTQIAP+. UTILIZE AS IMAGENS DE «FOTO-EXPRESSÃO» PARA AJUDAR AS PESSOAS A REFLETIR SOBRE O QUE SIGNIFICA «SENTIR-SE VISTO».

UTILIZA AS IMAGENS DA SECÇÃO «FOTO-EXPRESSÃO» PARA DAR INÍCIO À CONVERSA.

Objetivo: Incentivar a reflexão sobre a forma como o ambiente e as práticas podem transmitir uma mensagem de inclusão ou exclusão.

Ferramentas Práticas

Módulo 8



Plano de Aula

Módulo 8	Demência e sexualidade: pontos críticos
Público-alvo	Formadores de adultos, profissionais de saúde, assistentes sociais, pessoal de cuidados. Para uma interação ideal, os participantes devem trabalhar em pequenos grupos de 3 a 5 pessoas. Isto permite uma participação ativa, a partilha de perspetivas e uma discussão mais eficaz.
Duração	2,5 horas
Resultados de Aprendizagem	Os formandos serão capazes de: • Explicar como as alterações cognitivas relacionadas com a demência influenciam a intimidade e a expressão sexual Compreensão estrutural • Distinguir entre autonomia, proteção, beneficência e dignidade do risco Literacia ética • Aplicar uma abordagem específica ao contexto e ao momento na avaliação do consentimento Competência em matéria de consentimento • Reconhecer vulnerabilidades interseccionais (género, LGBTQI+, cultura, estado de saúde) Consciência inclusiva • Desenvolver um plano de ação estruturado em três etapas para cenários éticos complexos Confiança profissional
Preparação	- Prepare a sala com cadeiras e mesas dispostas para trabalho em grupo. - Organize o projetor, o computador portátil e o flipchart. - Imprima as fichas de trabalho «Mito vs. Realidade». - Prepare a «Ferramenta de Reflexão sobre o Consentimento» e os cartões de estudo de caso. - Imprima as fichas de trabalho do «Plano de Ação em 3 Passos». - Prepare formulários de avaliação ou um inquérito com código QR.
Lista de verificação	Equipamento: verificação do PPTX e do projetor Exercício 1: Três folhas de flipchart e marcadores Exercício 2: Questionários impressos, cartões pessoais e pranchetas Exercício 3: Fichas de caso e fichas de trabalho Geral: Crachás e formulários de feedback

Plano de Aula | Presencial (150 minutos)

Tópicos e atividades	Duração em minutos	Métodos	Equipamento e materiais
Abertura e expectativas – Apresentar a ordem de trabalhos e criar um espaço de discussão respeitoso.	5 min	Apresentação	Portátil, projetor, apresentação em PowerPoint
Contribuição teórica: Sexualidade, discriminação com base na idade e demência A sexualidade como identidade ao longo da vida; estigma; alterações cognitivas e necessidades relacionais.	15 min	Apresentação	Apresentação em PowerPoint
Exercício 1 – Mito vs. Realidade Classificação em pequenos grupos e discussão em plenário	20 min	Trabalho em grupo + plenário	Fichas de trabalho impressas, quadro de folhas soltas
Contribuição teórica: Consentimento e complexidade ética Consentimento específico ao contexto; indicadores não verbais; dignidade do risco.	20 min	Apresentação	Apresentação em PowerPoint
Exercício 2 – O consentimento na prática Análise de casos utilizando a Ferramenta de Reflexão sobre o Consentimento e a resposta proporcional.	30 min	Trabalho em grupo sobre o estudo de caso	Cartões de casos, Ferramenta de Consentimento
Pausa curta – Os participantes fazem uma breve pausa para descansar e refletir antes de continuarem.	10 min	Pausa informal	-
Exercício 3 – Plano de ação em 3 etapas Resposta imediata; Raciocínio ético; Estratégia a longo prazo.	35 min	Trabalho em grupo + apresentações	Cartões de caso, ficha de trabalho do Plano de Ação
Mensagens-chave e conclusão Passar de respostas baseadas no controlo para uma prática centrada na dignidade.	10 min	Discussão em plenário	Quadro de papel
Avaliação Escala de confiança + pergunta de reflexão aberta.	5 min	Reflexão individual	Formulários de feedback / código QR



Exercício 1

Mito vs. Realidade

Duração: 20 minutos

Formato: Trabalho em pequenos grupos (3–5 participantes)

Materiais necessários: Ficha de trabalho impressa, flipchart, marcador

1. Objetivo do exercício

Esta atividade tem como objetivo:

- Desafiar preconceitos relacionados com a idade e o estigma no que diz respeito à sexualidade na demência
- Reforçar as competências de pensamento crítico dos participantes
- Incentivar a reflexão baseada em evidências, em vez de julgamentos reativos
- Preparar os participantes para uma análise ética mais aprofundada em atividades subsequentes

O exercício apoia a transição de respostas baseadas no controlo para uma prática centrada na pessoa e baseada nos direitos.

2. Instruções para os participantes

1. Trabalhem em pequenos grupos.
2. Leiam cada afirmação com atenção.
3. Decida se a afirmação representa um mito ou uma realidade.
4. Justifique brevemente a sua escolha.
5. Esteja preparado para partilhar brevemente um exemplo na discussão em plenário.

3. Ficha de trabalho « » – Afirmações para classificação

Para cada afirmação, assinale:

☐ Mito ou ☐ Realidade

- | | |
|----|---|
| 1. | As pessoas que vivem com demência perdem todo o interesse pela intimidade. |
| 2. | A expressão sexual na demência é sempre inadequada ou patológica. |
| 3. | A capacidade de consentimento deve ser avaliada para cada decisão específica. |
| 4. | A proteção exige a proibição de relações íntimas em instituições de cuidados. |

5.	O comportamento hipersexual pode resultar de alterações neurológicas que afetam o controlo dos impulsos.
6.	Se uma pessoa não conseguir explicar verbalmente o seu consentimento, tal requer uma avaliação cuidadosa, mas não significa automaticamente que não haja consentimento.
7.	A calma emocional e a ausência de angústia podem indicar consentimento situacional.
8.	A sexualidade na terceira idade inclui afeto, ternura e proximidade emocional.
9.	O desacordo familiar justifica automaticamente o fim de uma relação.
10.	A desinibição sexual repentina pode ter causas médicas que requerem avaliação.

4. Guia de reflexão para o facilitador

Classificação correta:

- 1 → Mito
- 2 → Mito
- 3 → Realidade
- 4 → Mito
- 5 → Realidade
- 6 → Realidade
- 7 → Realidade
- 8 → Realidade
- 9 → Mito
- 10 → Realidade

Pontos-chave da discussão

- A sexualidade persiste ao longo da vida, embora a sua expressão possa mudar.
- A demência não elimina automaticamente a identidade relacional nem a necessidade de proximidade.
- A proteção deve ser proporcionada e não se basear apenas no desconforto.
- Uma mudança comportamental repentina deve levar a uma avaliação médica.

5. Questões de reflexão (Plenário)

- Qual das afirmações suscitou mais debate?
- Qual é o mito mais comum no seu contexto profissional?
- De que forma é que estes mitos podem influenciar a prática institucional?



Exercício 2

Ferramenta de reflexão sobre o consentimento e a capacidade

Duração: 30 minutos

Formato: Análise de casos em pequenos grupos

Materiais necessários: Cartões de casos, ficha de trabalho «Ferramenta de Reflexão sobre o Consentimento», quadro de papel

1. Objetivo do exercício

Esta atividade tem como objetivo:

- Desenvolver competências de avaliação do consentimento específicas para a tomada de decisões
- Reforçar a compreensão da capacidade flutuante
- Praticar respostas proporcionais de proteção
- Integrar o raciocínio ético na tomada de decisões práticas

O exercício apoia a aplicação de uma abordagem estruturada e sensível ao contexto no que diz respeito ao consentimento.

2. Instruções para os participantes

Os participantes trabalham em pequenos grupos (3–5 membros).

Cada grupo recebe um cenário de caso.

Utilizando a «Ferramenta de Reflexão sobre o Consentimento», os grupos devem:

1. Identificar o tipo de comportamento (baixo risco / risco moderado / alto risco).
2. Avaliar se existem preocupações relativas à capacidade.
3. Aplicar as quatro perguntas de avaliação do consentimento.
4. Identificar possíveis fatores médicos ou contextuais.
5. Propor uma resposta profissional proporcionada.

Os grupos apresentarão brevemente as suas conclusões em plenário (3–5 minutos).

3. Cenários de caso

Caso 1 – Relação emocional num contexto de cuidados



Maria (79) sofre de doença de Alzheimer moderada e vive numa instituição de cuidados residenciais. Estabeleceu uma relação próxima com Ion (82), outro residente. Dão as mãos, sentam-se juntos durante as refeições e, ocasionalmente, beijam-se. A filha de Maria insiste que a relação tem de acabar, argumentando que a mãe «não compreende o que está a fazer».

Quando os profissionais falam com Maria, ela diz: «Ele faz-me sentir calma. Gosto de estar com ele.»

Ela parece emocionalmente relaxada e não mostra sinais de angústia.

Caso 2 – Comportamento desinibido

Andrew (75) foi diagnosticado com demência. Nas últimas duas semanas, começou a fazer comentários sexuais explícitos aos profissionais e, uma vez, tentou tocar num cuidador de forma inadequada.

Este comportamento é novo. Ele parece impulsivo e ri-se quando é redirecionado.

A equipa está preocupada e sem saber ao certo se isto reflete má conduta intencional ou uma alteração neurológica.

Caso 3 – Expressão de género e desconforto da equipa

Alexander (76) é um residente com demência moderada que vive numa instituição de cuidados. Ao longo da sua vida, o Alex expressou ocasionalmente uma identidade de género não conforme, embora isso não tenha sido discutido abertamente com a família. Recentemente, Alexander começou a pedir para usar roupa tradicionalmente associada a um género diferente e solicitou acesso a artigos pessoais, como maquilhagem e joias.

Alguns membros da equipa sentem-se desconfortáveis e não sabem bem como reagir, enquanto outros questionam se isto reflete a identidade autêntica de Alex ou se é resultado de um declínio cognitivo. Alex parece calmo e fica angustiado quando é impedido de expressar estas preferências.

Os familiares atribuem este comportamento a «confusão» e pedem à equipa que o desencoraje. A equipa não sabe bem como equilibrar o respeito pela identidade, dignidade e bem-estar com as expectativas da família e os limites profissionais.

Como deve a equipa reagir de forma a respeitar a identidade, a dignidade e o bem-estar?

4. Ferramenta de reflexão sobre o consentimento (ficha de trabalho do participante)

Relativamente ao caso que lhe foi atribuído, discuta e complete.

A. Classificação do comportamento

- ☐ Baixo risco (afeto, dar as mãos, proximidade consensual)
- ☐ Risco moderado (consentimento pouco claro ou variável, capacidade cognitiva desigual, comportamento que possa causar desconforto, contexto não totalmente compreendido)
- ☐ Alto risco (coação, angústia, desequilíbrio de poder, contacto genital sem clareza)

Explique o seu raciocínio:

B. Avaliação do consentimento – Quatro questões-chave

1. A pessoa compreende a natureza da relação ou interação?
2. A pessoa consegue avaliar as possíveis consequências?
3. A pessoa consegue expressar uma escolha voluntária?
4. O consentimento é coerente e isento de angústia, coação ou medo?

C. Considerações sobre a capacidade

- A capacidade é específica para esta decisão nesta situação?
- Poderá variar?
- É necessária uma avaliação formal?

D. Fatores médicos/contextuais

E. Resposta profissional proporcionada

Qual é a intervenção menos restritiva e eticamente justificada?

5. Balanço em plenário (Guia do facilitador)

Caso 1:

Abordagem de avaliação:

- Observe se ambos os indivíduos parecem confortáveis, relaxados e envolvidos.
- Procure sinais de reciprocidade, coerência e ausência de sofrimento.
- Tenha em conta o estágio da demência e a capacidade de compreender a relação.
- Evite fazer suposições baseadas exclusivamente nas opiniões da família.

Reflexão ética:

- Equilibre a autonomia com as responsabilidades de proteção.
- Evite restrições desnecessárias com base na idade ou no diagnóstico.
- Reconheça a importância do bem-estar relacional.

Resposta

- Apoie a relação se não houver indícios de danos ou coação.

- Garanta a privacidade e a dignidade de ambos os indivíduos.
- Comunique-se abertamente com a família, reconhecendo as suas preocupações
- Documente claramente as observações e decisões.

Caso 2:

Abordagem de avaliação:

- Identificar possíveis fatores desencadeantes (por exemplo, desconforto, confusão, sobreestimulação).
- Avaliar se o comportamento é persistente ou situacional.
- Considerar causas médicas subjacentes (por exemplo, infeção, efeitos da medicação).
- Observar se outras pessoas estão a sentir angústia ou a sofrer danos

Reflexão ética:

- Equilibrar a proteção dos outros com o respeito pelo indivíduo.
- Evitar julgamentos morais e concentrar-se na compreensão do comportamento.
- Assegurar que as respostas são proporcionais ao nível de risco.

Resposta

- Utilizar uma comunicação calma e não conflituosa.
- Redirecionar o comportamento de forma respeitosa.
- Modifique o ambiente, se necessário (por exemplo, privacidade, redução de estímulos).
- Procure avaliação médica se o comportamento mudar repentinamente.
- Preste orientação e apoio ao pessoal

Caso 3:

Abordagem de avaliação:

- Observar o estado emocional do Alex e a consistência das suas preferências ao longo do tempo.
- Explorar se a expressão da identidade de género traz conforto ou reduz o sofrimento.
- Ter em conta a identidade passada, mas dar prioridade ao bem-estar presente e à experiência vivida.
- Refletir sobre se as restrições podem causar danos ou sofrimento.

Reflexão ética:

- Equilibrar a autonomia e a dignidade com as responsabilidades de proteção.
- Evitar suposições baseadas em valores pessoais ou no próprio desconforto.
- Reconhecer o risco de discriminação ou invalidação da identidade.

Resposta:

- Apoiar as escolhas de Alex, desde que estas não causem danos.
- Garantir a privacidade e criar um ambiente respeitoso.
- Proporcionar à equipa orientação e espaço para refletir sobre as suas próprias atitudes.
- Estabelecer uma comunicação sensível com a família, explicando a importância da dignidade e do bem-estar.



Exercício 3

Fichas de estudo de caso e modelo de plano de ação em três etapas

Duração: 35 minutos

Formato: Trabalho em pequenos grupos + apresentações em plenário

Materiais necessários: Ficha com o cenário do caso, ficha de trabalho do Plano de Ação em 3 Passos, quadro de papel

1. Objetivo do exercício

Esta atividade tem como objetivo:

- Reforçar as competências de tomada de decisões éticas em situações complexas
- Aplicar na prática os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça
- Desenvolver respostas proporcionadas em matéria de proteção
- Aumentar a confiança profissional em situações de incerteza

2. Cenário do caso

Maria (83) vive numa instituição de cuidados prolongados e sofre de demência vascular (fase moderada). Estabeleceu uma relação íntima com Petru (85), que também vive na mesma instituição e apresenta um comprometimento cognitivo ligeiro a moderado.

Passam muito tempo juntos, dão as mãos e já foram vistos a beijar-se. O pessoal relata que ambos parecem emocionalmente calmos e à vontade na presença um do outro.

No entanto, as suas famílias discordam:

- A filha de Maria acredita que a mãe «já não compreende as relações» e exige a separação.
- O filho de Petru apoia a relação, afirmando que o pai «merece companhia».

A instituição não possui uma política escrita clara relativamente à intimidade entre residentes.

Os funcionários sentem-se inseguros e preocupados com as consequências legais e éticas.

3. Instruções para os participantes

Trabalhem em grupos de 3 a 5 participantes.

Utilizando o modelo do Plano de Ação em 3 Passos, analisem o caso e preparem uma breve apresentação (5 minutos por grupo).

Concentrem-se em respostas proporcionais, baseadas nos direitos e com fundamentos éticos.

4. Modelo de plano de ação em 3 etapas (ficha de trabalho do participante)

PASSO 1 – Resposta profissional imediata

Considere o seguinte:

- Existem sinais visíveis de angústia, coação ou desequilíbrio de poder?
- Existem sinais de confusão ou mal-entendidos?
- Foram excluídas causas médicas reversíveis?
- Qual é o nível de risco presente (baixo / moderado / elevado)?

Escreva a sua avaliação:

PASSO 2 – Análise ética

Assinale os princípios em causa:

- ☐ Autonomia
- ☐ Beneficência
- ☐ Não-maleficência
- ☐ Justiça

Para cada princípio selecionado, explique sucintamente:

- Autonomia
- Beneficência
- Não-maleficência
- Justiça (incluindo questões relacionadas com a discriminação com base na idade)
- Qual é a principal tensão ética neste caso?

PASSO 3 – Estratégia a longo prazo

Desenvolver uma resposta adequada que aborde:

- Avaliação da capacidade (se necessário)
- Documentação
- Estratégia de comunicação com a família
- Esclarecimento das políticas institucionais
- Apoio à privacidade e à dignidade

- Consulta multidisciplinar

Plano estruturado proposto:

5. Apresentação em plenário

Cada grupo apresenta:

1. O principal dilema ético identificado
2. O nível de risco avaliado
3. A intervenção proporcionada proposta

6. Guia de reflexão para o facilitador

Salientar:

- Um diagnóstico de demência não retira automaticamente a autonomia relacional.
- O mal-estar da família, por si só, não constitui justificação suficiente para a imposição de restrições.
- A proteção proporcionada requer uma avaliação estruturada.
- A incerteza institucional aumenta a ansiedade dos profissionais — o desenvolvimento de políticas faz parte da responsabilidade ética.
- A opção menos restritiva deve ser sempre considerada em primeiro lugar.

NEVER GETS OLD

Inter-Generational
Gender & Sexuality
Education

Obrigado por apoiar a dignidade, a inclusão e o bem-estar sexual na Terceira Idade.

