



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

INTIMIDADE E SEXUALIDADE NA VELHICE

A perspetiva de técnicas superiores em ERPI

Sara Cristina Martins Duarte



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sara Cristina Martins Duarte

Intimidade e sexualidade na velhice: A perspetiva de técnicas superiores em ERPI

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Maria Gomes Marques de Faria

Agosto de 2024

RESUMO

Apesar da concepção biopsicossocial do processo de envelhecimento humano, dimensões como sexualidade e intimidade ainda são pouco abordadas quer na investigação quer na prática gerontológica. A investigação recente sugere que a vida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) pode colocar constrangimentos à expressão e vivência da sexualidade e da intimidade (Aguilar, 2017). As pessoas mais velhas a viver neste contexto mantêm necessidades sexuais que permanecem insatisfeitas, predominando a visão estereotipada dos mais velhos como seres assexuados (Bauer et al., 2013). Paralelamente, os profissionais que trabalham em ERPI reconhecem que assuntos relacionados com a sexualidade e a intimidade emergem com frequência, e a maior parte dos colaboradores reportam situações relativas à sexualidade e intimidade das pessoas mais velhas que lhes causam desconforto, reconhecendo falha de competências neste domínio (Lester, et al., 2016). Neste contexto, as técnicas superiores que trabalham em ERPI assumem cada vez mais um papel fundamental na interação diária que estabelecem com as pessoas idosas, e, portanto, a forma como percebem a sexualidade e intimidade na velhice e a prática gerontológica desenvolvida são fundamentais para a validação ou inibição das várias formas de vivência e expressão da intimidade e sexualidade dos mais velhos (Villar, et al., 2014). Assumindo uma leitura desenvolvimental da intimidade e sexualidade, o presente estudo, de natureza qualitativa, tem como objetivo compreender a perspetiva das técnicas superiores que trabalham em ERPI sobre a sexualidade e intimidade de pessoas mais velhas com quem trabalham. Doze técnicas superiores foram entrevistadas com entrevista semiestruturada, cujo conteúdo foi analisado com recurso ao procedimento de análise de conteúdo definido por Creswell (2013). Da análise de conteúdo emergiram quatro domínios: (1) *Pano de fundo da sexualidade e intimidade na velhice*, (2) *Concepções de sexualidade e intimidade*, (3) *Vivência da sexualidade em ERPI*, e (4) *Prática gerontológica na sexualidade e intimidade em ERPI*, que integram várias categorias e subcategorias. Na perspetiva das participantes, a vivência e expressão da sexualidade e intimidade fazem parte da vida das pessoas mais velhas a residir em ERPI. Estas pessoas expressam a sua sexualidade através de manifestações físicas que não implicam necessariamente o ato sexual, e manifestações de afeto e proximidade emocional face a outros residentes e colaboradores. A inexistência de quartos individuais ou camas de casal é apontada como a principal barreira ambiental à vivência e expressão da sexualidade e intimidade. Mas o predomínio de valores religiosos e de uma visão assexuada da velhice também contribuem para limitar esta vivência. Além disso, as participantes reconhecem a necessidade imperiosa de capacitar os recursos humanos das ERPI neste domínio, assim como a introdução de mudanças profundas nas políticas de gestão e organização das ERPI. Os resultados deste estudo reforçam a pertinência da investigação sobre o tema, mas também evidenciam a necessidade de adequar a formação de gerontólogos a este nível e a relevância da prática gerontológica incluir uma visão integral da pessoa idosa, independentemente do seu contexto de vida.

Palavras-Chave: Sexualidade; Intimidade; Envelhecimento; Prática Gerontológica; Gerontologia Social.

ABSTRACT

Despite the biopsychosocial conception of the human aging process, dimensions such as sexuality and intimacy are still little addressed in both research and gerontological practice. Recent research suggests that living nursing home may place restrictions on the expression and experience of sexuality and intimacy (Aguilar, 2017). Older people living in this context maintain sexual needs that remain unsatisfied, and the stereotypical view of older people as asexual beings predominates (Bauer et al., 2013). At the same time, professionals who work in nursing home recognize that issues related to sexuality and intimacy frequently emerge (Lester, et al., 2016), and most employees report situations related to the sexuality and intimacy of older people who care about them cause discomfort, recognizing a lack of skills in this domain. In this context, senior technicians who work at nursing home increasingly assume a fundamental role in the daily interaction they establish with elderly people, and, therefore, the way they perceive sexuality and intimacy in old age and the gerontological practice developed are fundamental to the validation or inhibition of the different ways of experiencing and expressing intimacy and sexuality among older people (Villar, et al., 2014). Assuming a developmental reading of intimacy and sexuality, the present study, of a qualitative nature, aims to understand the perspective of senior technicians who work at nursing home on the sexuality and intimacy of older people with whom they work. Twelve senior technicians were interviewed through a semi-structured interview, the content of which was analyzed using the content analysis procedure defined by Creswell (2013). Four domains emerged from the content analysis: (1) *Background of sexuality and intimacy in old age*, (2) *Conceptions of sexuality and intimacy*, (3) *Experience of sexuality in nursing home*, and (4) *Gerontological practice in sexuality and intimacy in nursing home*, which integrate several categories and subcategories. From the participants perspective, the experience and expression of sexuality and intimacy are part of the lives of older people who live in nursing home. These people express their sexuality through physical manifestations that do not necessarily imply sexual activity, and expressions of affection and emotional closeness towards other residents and employees. The lack of single rooms or double beds is identified as the main environmental barrier to the experience and expression of sexuality and intimacy. But the predominance of religious values and an asexual view of old age also contribute to limiting this experience. Furthermore, the participants recognize the imperative need to train nursing home human resources in this field, as well as the introduction of profound changes in nursing home management and organization policies. The results of this study reinforce the relevance of research on this topic, but also highlight the need to adapt the training of gerontologists to this level and the relevance of gerontological practice including a comprehensive view of the elderly, regardless of their life context.

Key-words: Sexuality; Intimacy; Aging, Gerontological Practice; Social Gerontology.

DEDICATÓRIA

“Se quiser triunfar na vida, faça da perseverança a sua melhor amiga; da experiência a sua conselheira; da prudência o seu irmão mais velho; e da esperança o seu anjo da guarda.”

Joseph Addison

A presente dissertação é dedicada aos meus pais, que indubitavelmente nunca me deixaram desistir, sempre acreditarem em mim e no meu potencial, que me incentivaram sempre a perseguir os meus sonhos e que incansavelmente estão presentes em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação tão exaustiva e desafiante só foi possível com o apoio incansável de várias pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso. Sinto uma enorme gratidão por poder estar rodeada de pessoas tão especiais que sempre me motivaram para concluir este objetivo.

À Professora Doutora Carla Faria, o meu profundo agradecimento. Agradeço-lhe toda a disponibilidade, rigor, assertividade, apoio incondicional e por todas as palavras de consolo nos momentos mais difíceis deste percurso. Foi uma honra enorme ter partilhado consigo todo o meu percurso académico, onde aprendi a ser mais resiliente, através de conselhos sábios, sorrisos que descontraíram e desabafos que apaziguaram. Por todo o carinho e toda a atenção dispensada comigo, o meu mais sincero obrigada.

Às participantes deste estudo, agradeço a confiança que depositaram em mim e na oportunidade que me concederam de também aprender mais, e poder realizar a presente dissertação através das suas partilhas.

A todos os familiares, amigos e colegas que se cruzaram comigo neste percurso o meu muito obrigada por todo o carinho e apreço que demonstraram.

Ao Rui Nuno, que sempre me apoiou em todas as minhas decisões, nos dias menos bons, nos sorrisos e nas lágrimas, que foi muitas vezes o meu porto seguro nesta caminhada, e que apesar de todos os constrangimentos se mantém sempre a meu lado.

Aos meus avós, Alberto e Rosa, não posso deixar de ressaltar o tempo escasso que lhes dediquei, mas que incontornavelmente, mantemos firmes o carinho e amor inabalável.

Ao meu irmão Afonso, só tenho a agradecer a leveza, tranquilidade e gargalhada fácil que trouxe a esta caminhada tão sinuosa.

Aos meus pais, Eduardo e Isabel, não tenho palavras. São as âncoras que sempre sustentam o meu caminho, que dão os abraços mais calorosos, que despertam o amor incondicional em todos os momentos da minha vida. Sem eles, este percurso não teria o mesmo significado. Obrigado por sempre acreditarem em mim!

Por fim, ao meu Avô Nando, que onde quer que esteja, é a estrelinha que ilumina os meus dias!

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS.....	4
ÍNDICE	5
INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E EMPÍRICO	10
1. Intimidade e Sexualidade na velhice	11
1.1. Intimidade na velhice: conceitos e especificidades	11
1.2. Contributos da Teoria da Vinculação	12
1.3. Contributos da Teoria da Seletividade Socioemocional	13
1.4. Sexualidade na velhice: conceito e especificidades.....	16
1.5. Modelo biopsicossocial da sexualidade	19
1.6. Fatores que influenciam a sexualidade na velhice	21
1.7. Sexualidade e intimidade na velhice: mitos e estereótipos	25
2. Institucionalização e vivência da sexualidade e intimidade: a perspectiva dos profissionais	28
2.1. A vivência da sexualidade e intimidade na perspectiva das técnicas superiores: evidências da investigação.....	29
CAPÍTULO II – MÉTODO	33
Objetivo do estudo	34
Participantes	34
Instrumentos de recolha de dados	34
Procedimento de recolha de dados	34
Procedimento de análise de dados	35
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação da evolução dos três motivos sociais ao longo do ciclo de vida (Carstensen, 1995 15

Figura 2 – Processo de análise de conteúdo na investigação qualitativa (Adaptado de Creswell, 2013) 36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Modelo Biopsicossocial da Sexualidade 20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Tipos de alterações físicas associadas ao envelhecimento 21

Tabela 2. Domínios, categorias e subcategorias de análise 39

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população assume atualmente um papel central nas sociedades desenvolvidas. Evidencia-se uma diminuição da mortalidade e da natalidade, e em contrapartida um aumento substancial da longevidade, que se tem caracterizado por um crescimento no número de pessoas mais velhas. Tendo em conta as alterações na pirâmide demográfica, deparamo-nos com uma série de desafios e implicações no processo de envelhecimento e na qualidade de vida e bem-estar das pessoas (Rosa, 2012). Além disso, à medida que envelhecemos deparamo-nos com um conjunto de padrões de crescimento, estabilidade e declínio nos domínios biopsicossocial, num processo de mudanças adaptativas que envolvem ganhos e perdas (Fernández-Ballesteros, 2009). Nesse sentido, a Gerontologia é um campo multi e interdisciplinar que se foca na descrição e a explicação das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, assim como nos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). Por sua vez, a Gerontologia Social ocupa-se “do impacto das condições sociais e socioculturais acerca do processo de envelhecimento e das consequências sociais acerca desse processo” (Neri, 2008, p. 96).

Na ótica de Fernández-Ballesteros (2004), a gerontologia e a gerontologia social apresentam o mesmo objeto de estudo, contudo a gerontologia social diferencia-se ao desenvolver e abordar mais pormenorizadamente a sua base social, assumindo que esta última se debruça no estudo da velhice e do processo de envelhecimento humano, porém acrescenta um aspeto distinto, uma vez que refere que esta se preocupa com o facto de os indivíduos viveram mais e melhor. Também Paúl (2012) refere que apesar do objeto de estudo a que se dedica a gerontologia possa ser abordado numa perspetiva de investigação básica e aplicada, afirma-se também como uma disciplina claramente interventiva, uma vez que se debruça sobre a melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas, e a sua intervenção pode desenvolver-se em vários contextos. Além disso, esta disciplina apresenta uma característica muito relevante, a multidisciplinariedade assente na aproximação teórica de várias disciplinas como a biologia, a psicologia e a sociologia, procurando criar modelos explicativos sobre o desenvolvimento e envelhecimento humano ao longo do ciclo de vida.

Deste modo, Fernández-Ballesteros (2004) define a gerontologia social como “uma especialização da gerontologia que além de ocupar-se do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais, e ao processo de envelhecimento e da velhice nas consequências sociais deste processo, assim como nas ações sociais que podem melhorar os processos de envelhecimento” (Fernández-Ballesteros, 2004, p. 36). Quer a gerontologia quer a gerontologia social perspetivam o envelhecimento numa ótica positiva e holística, contudo existem vários desafios que necessitam de ser atendidos na atualidade, nomeadamente, a intimidade e a sexualidade na velhice que assumem um valor central na vida das pessoas, sendo

elementos cruciais no desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, pelo que devem ser consideradas também na velhice.

Atendendo aos conceitos nucleares que sustentam este estudo, é possível aferir que a sexualidade e intimidade não se resumem apenas ao ato sexual, mas antes ao desenvolvimento de sentimentos de amor, carinho, companheirismo e confiança. Desta forma, a intimidade encontra-se habitualmente associada à sexualidade, quer seja devido aos comportamentos sexuais como às emoções associadas à experiência relacional. No entanto, importa sublinhar que, tal como em outros domínios da esfera do desenvolvimento humano, a sexualidade na fase mais tardia do ciclo de vida apresenta especificidades e heterogeneidade (ILC-EUA, 2006). Como refere Pires (2018), a intensidade e a forma como cada pessoa vive a sua sexualidade depende na velhice, em grande medida, da forma como esta foi vivenciada durante a vida, ou seja, se no passado a sexualidade desempenhava um papel relevante na vida do indivíduo, na velhice a importância da atividade sexual mantém-se. No que concerne à intimidade, esta inicia-se muito cedo, na infância, através da relação que é estabelecida com os pais ou outras figuras relevantes, sendo determinante para a compreensão das relações afetivas e interpessoais. Neste âmbito destaca-se a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969/1982), e a Teoria da Seletividade Socioemocional (Carstensen, 1990). Estas teorias permitem a compreensão da intimidade ao longo da vida. Deste modo, o estudo da intimidade poderá ser mais melhor compreendido quando analisado à luz da Teoria da Vinculação. Também Cassidy (2001) apresentou importantes contributos para a compreensão da intimidade ao longo da vida, considerando-a como fundamental para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos.

No entanto, a maioria dos estudos continuam a debruçar-se sobre o estudo da temática numa leitura meramente biomédica e não incluem uma abordagem multidisciplinar (DeLamater, 2012). Assim, continua a prevalecer no nosso quotidiano a falácia de que as pessoas mais velhas são seres assexuados, exercendo uma profunda influência na negação da sexualidade, das manifestações amorosas e da infantilização da pessoa idosa, criando barreiras que impedem ou condicionam a vivência plena destas dimensões (Almeida & Lourenço, 2008). Não obstante a todos estes mitos e estereótipos que se podem constituir como múltiplas barreiras de inibição à expressão sexual, a integração da pessoa idosa numa resposta social pode-se tornar num desafio acrescido, uma vez que o seu quotidiano sofre alterações e a sua expressão sexual pode ficar comprometida devido a múltiplos fatores, nomeadamente a forma como esta temática é perspectivada pelos profissionais que desenvolvem a sua atividade profissional neste serviço.

Neste sentido, investigar a sexualidade e intimidade na velhice é essencial numa área científica emergente, como a Gerontologia e a Gerontologia Social. Assim, este estudo constitui-se como um contributo no domínio da Gerontologia Social, uma vez que procura reunir evidências sobre uma temática pouco explorada, frequentemente ignorada ou alvo de interpretações e suposições erróneas que condicionam a vida das pessoas mais velhas. Este campo de conhecimento reconhece que a promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas é fundamental, e nessa medida as evidências científicas são fundamentais para sustentar uma prática baseada na evidência para que os profissionais, como os

gerontólogos, desenvolvam competências que lhe permitam uma análise e atuação específica tendo em conta o contexto de vida de cada pessoa, respeitando os seus direitos e individualidade.

Face ao exposto, este estudo qualitativo tem como objetivo compreender a perspetiva de técnicas superiores que trabalhem em ERPI acerca da intimidade e sexualidade das pessoas mais velhas.

No que concerne à estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos: (1) Revisão da Literatura, (2) Método, e (3) Apresentação e Discussão de Resultados. No primeiro capítulo procede-se à revisão da literatura, com o intuito de construir a fundamentação teórica e empírica robusta relativamente à intimidade e sexualidade na velhice que sustente o desenvolvimento do estudo. No segundo capítulo são descritas as opções metodológicas, através da apresentação do objetivo do estudo, instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados. Por último, o terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos que são discutidos à luz do quadro conceptual e empírico construído na revisão da literatura.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E EMPÍRICO

1. Intimidade e Sexualidade na velhice

1.1. Intimidade na velhice: conceitos e especificidades

A interação social é inata ao ser humano e é uma das suas necessidades mais básicas. Enquanto espécie, há uma necessidade de se relacionar com os outros e de estabelecermos relações sociais, que podem evoluir para relações íntimas. De acordo com Soares (1992), a intimidade inicia-se logo a partir da infância, na relação estabelecida entre os pais e a criança. Aliás, de acordo com Sousa (2013) “só é possível estabelecer uma relação íntima se existir uma interação social prévia entre o ser humano” (p.40). No entender de Sousa (2013) existem dois ingredientes chave que alicerçam a capacidade para estabelecer relações íntimas e para a intimidade, sendo eles a confiança em relação aos outros e a confiança em relação ao self. De acordo com Minhat e colaboradores (2019), a necessidade de intimidade não está relacionada com a idade, uma vez que a intimidade se refere a um sentimento de proximidade que é partilhado entre duas pessoas, que pode ser na forma de emoções, no seu relacionamento social e intimidade física, como o toque, carinho e também atividade sexual. Igualmente Shwartz (2018) sublinha que a intimidade se refere à experiência de conectar-se em segurança com o outro com base em sentimentos de cuidado e afeto e pode ser vista como composta por cinco comportamentos básicos: social, emocional, intelectual, físico e sexual. Também Maslow (1962) se pronunciou acerca desta temática, através da hierarquia de necessidades, comumente designada de pirâmide de necessidades de Maslow, posiciona-se no terceiro de cinco níveis desde a sua base, destacando-se as necessidades de amor e relacionamento.

Reforçando o que foi anteriormente referido, Cassidy (2001) sublinha que a definição de intimidade deve ter em conta a dimensão temporal, como parte integrante de um processo multissistémico intra e interindividual. Deste modo, “Intimacy, therefore, is making one’s innermost know, sharing one’s core, one’s truth, one’s heart, with another, and accepting, tolerating the core, the truth, of another. Is is being able to tell coth the good and the bad parts of oneself, to tell of anger, ambivalence, love. It is to share the self: one’s excitementsts, longings, fears and neediness, and to hear of these in another” (Cassidy, 2001, p. 122). A autora explana, sobretudo, a ideia de que a intimidade reflete a capacidade de abertura e exposição ao outro, mas, por outro lado, é acompanhada da aceitação e tolerância perante esse outro. Desta forma, o individuo tem de ser capaz de expor aspetos positivos e negativos do self ao outro, através da partilha das suas imperfeições, dar-se ao outro, sem medo da rejeição ou juízos de valor. Cassidy (2001) alerta para a necessidade do individuo ter de aceitar, quer o que existe de positivo como de negativo no outro, contudo, sem julgamento crítico que implique afastamento ou rejeição. Verifica-se, portanto, que deve existir uma aceitação do outro como ele é, através da partilha de sentimentos e experiências, também elas positivas ou negativas, medos e anseios, excitações, gostos e aspirações. Assim, é necessário enfatizar as características da natureza mais profunda

do self de cada um, para que exista entre a díade um conhecimento profundo, grande proximidade emocional e reciprocidade, isto é, a partilha daquilo que é mais pessoal de cada um, confiando em si e no outro, com a partilha do toque, das emoções e comportamentos íntimos. Face ao exposto, Cassidy (2001) explana que o desenvolvimento da intimidade assenta em quatro capacidades: (1) capacidade de procurar cuidados; (2) capacidade de cuidar; (3) capacidade para se sentir confortável com um self autónomo; e (4) capacidade de negociação do grau de intimidade da relação. Além do mais, estas capacidades encontram-se associadas a vinculação segura, fundamentais para o estabelecimento de relações íntimas (Faria, 2008).

Face a esta diversidade conceptual de intimidade, compreendemos que esta é estruturante no desenvolvimento e funcionamento humano e que implica a exposição e abertura ao outro. Seguindo esta linha de pensamento ao longo desta revisão iremos ter como chapéu conceptual duas teorias que sustentam as dinâmicas relacionais ao longo do ciclo de vida, designadamente a Teoria da Vinculação de Bowlby (1969/1982) e a Teoria da Seletividade Socioemocional de Carstensen (1990).

1.2. Contributos da Teoria da Vinculação

A Teoria da Vinculação de Bowlby (1969/1982) proporciona-nos uma base muito útil para compreender as relações adultas, embora esta tenha um enorme enfoque na infância. Todavia, os contributos da investigação debruçam-se, cada vez mais, nas restantes fases do ciclo de vida, embora esta ainda esteja mais direccionada para a adultez do que para a velhice.

Apesar de Bowlby (1969/1982) reconhecer a importância da vinculação ao longo do ciclo de vida, as suas obras focaram-se essencialmente na infância, contudo o autor realça que os padrões de vinculação são relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento e as relações afetivas de proximidade com os pares mantêm-se equivalentes nos diferentes períodos do ciclo de vida. Na ótica de Bowlby (1969/1982, como citado em Faria, 2008) “as associações entre as relações íntimas do indivíduo e as influências das experiências precoces de vinculação nos laços afetivos são mediadas pelas representações mentais das experiências precoces de vinculação, habitualmente designadas por modelos internos dinâmicos (MID). Assim, os MID contribuem para a forma como as pessoas organizam o seu comportamento de vinculação ao longo do ciclo de vida, tendo impacto significativo ao moldar/estruturar e manter as dinâmicas interpessoais (p. 202).”

Deste modo, é a partir da infância que se debruçam as primeiras linhas de investigação, com Ainsworth em 1978 através do procedimento experimental Situação Estranha. Essas linhas de investigação permitiram, através de um processo de generalização, compreender que crianças seguras, de um modo geral, têm representações positivas de si, dos outros e do mundo (Cassidy, 2001). Face ao exposto, compreende-se a importância do estabelecimento precoce de vinculação segura para que o indivíduo consiga desenvolver relações de intimidade na adolescência e na vida adulta. Apesar das primeiras relações de vinculação desempenharem um papel fundamental no desenvolvimento posterior, atualmente, a natureza e a dinâmicas das

relações de vinculação alteram-se ao longo do desenvolvimento, com o intuito de se adequarem à especificidade de cada período desenvolvimental (Faria, 2008). As investigações no domínio têm reunido evidências de que indivíduos com vinculação segura mantêm expectativas positivas de novos relacionamentos, o que contribui para a intimidade da relação. Nas crianças, a vinculação segura encontra-se, particularmente, associada à procura de cuidados, mas no caso dos adultos a segurança encontra-se associada à capacidade de procurar e proporcionar cuidados (Cassidy, 2001).

Globalmente, na vida adulta como em qualquer outro período do ciclo de vida, as tarefas desenvolvimentais e acontecimentos específicos de vida são fundamentais para a reconfiguração de figuras de vinculação. Assim, o fim da escolaridade, a entrada para o mercado de trabalho, a autonomia financeira, a conjugalidade, a parentalidade e na meia-idade a monitorização do bem-estar dos pais com o assumir da responsabilidade pelo cuidado a somar à tarefa de cuidar dos filhos, e a perda gradual das primeiras figuras de vinculação, não deixam qualquer dúvida que há de facto uma reorganização destes papéis (Cassidy, 2001). Face ao exposto, as figuras de vinculação na idade adulta não têm um papel preponderante na função de proteção e segurança, mas antes passam a assumir funções ligadas ao conforto, companhia e estabilidade. Além do mais, existe maior vontade ou desejo de estar com o parceiro, e na vida adulta estabelece-se um envolvimento de natureza sexual que se assume como precursor para o aprofundamento da intimidade (Sousa, 2013; Faria 2008). Claramente, estamos perante uma teoria desenvolvimental do ciclo de vida, com a necessidade de vinculação a permanecer como relevante ao longo de todo o processo de desenvolvimento, como um continuum, uma vez que a qualidade da vinculação precoce tende a manter-se e influenciar a qualidade das relações íntimas futuras.

1.3. Contributos da Teoria da Seletividade Socioemocional

Numa outra perspetiva, na década de 90, Laura Carstensen e colaboradores apresentam a Teoria da Seletividade Socioemocional que procura explicar as mudanças relacionadas com a idade no comportamento social quer na variabilidade emocional quer na variabilidade de parceiros sociais. Como já relatado, as interações sociais são uma das funções básicas do ser humano e desenvolvem-se desde os primeiros anos de vida, sendo descritas como inatas por Campos e Barrett (1984, como citado por Carstensen, 1990). De um modo geral, se numa fase inicial do ciclo de vida as conexões sociais são mais alargadas, em contrapartida, na vida adulta, associada a múltiplos fatores, esta rede de interações sociais começa a declinar. Assim, esta análise debruça-se exatamente na compreensão do que motiva este declínio ao longo do processo de envelhecimento e a importância e função das interações sociais, e o lugar que ocupa a intimidade nestas relações (Carstensen, 1990).

Tanto em estudos transversais (Cumming & Henry, 1961; Gordon & Gaitz, 1976; Youmans, 1962 como citado por Carstensen, 1990) como em estudos longitudinais (Carstensen, 1989; Field & Minkler, 1988; Palmore, 1981, como citado por Carstensen, 1990) parece indiscutível que

a atividade social declina com a idade, e o significado dessa redução é uma das questões debatida na gerontologia social. De acordo com Madox (1963, como citado por Carstensen, 1990), os defensores da Teoria da Atividade (Havighurst, 1953) asseguraram que a diminuição dos contatos sociais refletem barreiras à interação social, nomeadamente, a mobilidade limitada, decorrente de problemas de saúde, e a morte de amigos e entes queridos. Assim, a autora explana que o principal objetivo da gerontologia social é aumentar as taxas de contacto social, no entanto esta afirmação de que o aumento da atividade social melhora o bem-estar psicológico permanece ambígua.

Em oposição à abordagem da Teoria da Atividade (Havighurst, 1953), a Teoria da Desvinculação apresentada por Cumming e Henry (1961) é um modelo explicativo alternativo da atividade social em decrescendo. Os autores afirmam que a redução na interação social reflete um processo natural no qual as pessoas idosas tendem voluntariamente a investir em menos contactos sociais. Esta teoria recebeu várias críticas, uma vez que não reconhece o envolvimento vital no mundo social que os idosos mantêm (Carstensen, 1990).

Por conseguinte, a questão central que Carstensen (1990) coloca refere-se ao papel que as pessoas mais velhas desempenham na redução dos contactos sociais, isto é, a redução é imposta pela própria pessoa idosa, ou antes moldada pelo contexto e acontecimentos de vida?

Carstensen (1987, 1989) propôs a Teoria da Seletividade Socioemocional como alternativa às apresentadas anteriormente. Segundo a autora, ao longo do ciclo de vida, as pessoas tornam-se mais seletivas na escolha dos seus parceiros sociais, isto é, investem na qualidade e na intensidade das relações, em detrimento de um elevado número de pessoas e de uma rede alargada de parceiros sociais. Assim, a seletividade serve pelo menos duas funções: (1) permite que os indivíduos preservem energia física, tratando-se de uma tarefa cada vez mais importante com a idade e que opera como um mecanismo de regulação de afeto, ou seja, ao reduzirem os níveis de interação social, as pessoas idosas otimizam a experiência do afeto positivo e minimizam o afeto negativo, dito de outro modo, intencionalmente as pessoas mais velhas desinvestem das relações menos íntimas e superficiais e selecionam as relações mais íntimas; e (2) postula o afeto como central para a diminuição das interações sociais relacionadas com a idade. Esta visão diverge dos restantes modelos teóricos de envelhecimento socioemocional, visto que a mudança é considerada gradual e não se refere apenas às reduções nas interações sociais, mas antes às preferências da pessoa idosa.

Segundo Carstensen (1995), ao longo do ciclo de vida existe uma flutuação de objetivos, e em particular, na velhice a regulação da emoção torna-se cada vez mais proeminente, enquanto a aquisição de informações e o desejo de se relacionar com pessoas desconhecidas diminui, ou seja, ocorre uma alteração nas preferências dos parceiros sociais. Exemplificando, quando as pessoas têm como objetivo a regulação emocional, a escolha dos parceiros sociais é altamente seletiva, preferindo aqueles que lhes são familiares. Neste contexto, podemos tomar a infância e a velhice como faces opostas de uma mesma moeda, isto porque representam a maior ênfase na regulação emocional. Enquanto na infância os bebés recorrem às mães, na idade adulta tardia as pessoas mais velhas socorrem-se dos filhos adultos na procura de conforto emocional. Neste

sentido, os parceiros sociais variam em função dos objetivos de regulação emocional. Se tivermos como foco a adolescência, ocorre uma preferência substancialmente maior na procura de informação e na procura da independência da família, com o intuito de estabelecer novos contactos sociais. Desta forma, a Figura 1 pretende elucidar com maior clareza o que foi referido anteriormente.

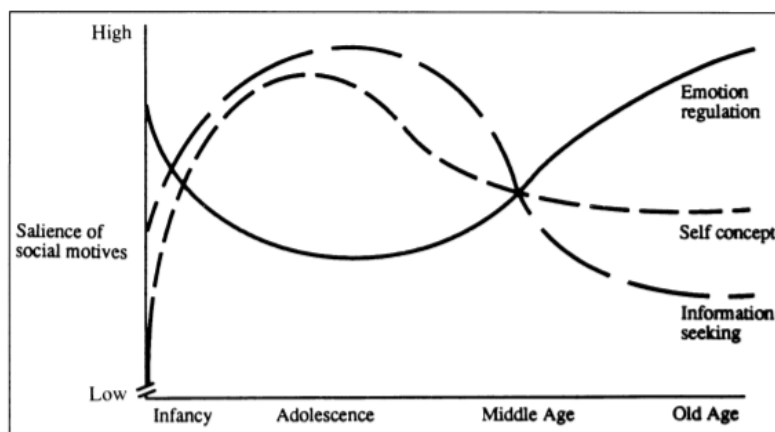


Figura 1. Representação da evolução dos três motivos sociais ao longo do ciclo de vida (Carstensen, 1995).

A Figura 1 ilustra a trajetória ao longo do ciclo de vida do indivíduo, à luz da Teoria da Seletividade Socioemocional, apresentando três motivos sociais essenciais para o desenvolvimento de relações interpessoais: (1) regulação da emoção; (2) desenvolvimento e manutenção do autoconceito; e (3) procura de informação.

Ao longo do ciclo de vida, a regulação emocional torna-se cada vez mais importante uma vez que as pessoas são mais seletivas na escolha dos seus parceiros sociais, privilegiando figuras familiares, podendo mesmo afirmar-se que o auge da regulação emocional se atinge na infância e na velhice. Relativamente ao desenvolvimento e manutenção do autoconceito este caracteriza-se pela forma como cada indivíduo se define, isto é a imagem que constrói do self. Este motivo social atinge o seu auge na adolescência, pois é nesta fase que cada indivíduo define a sua identidade perante si e os outros. Por último, quando a procura de informação se estabelece como objetivo, as pessoas desconhecidas tornam-se a melhor fonte. Quando o intuito da pessoa é explorar o que o rodeia, a interação com novos parceiros sociais tem um potencial maior para concretizar esse objetivo. O seu auge atinge-se provavelmente entre a adolescência e a juventude. Esta fase também se distingue das restantes, pois os indivíduos estão a estabelecer a sua independência na procura de novos contactos sociais.

Cartensen (1995) salienta que há uma outra condicionante na sua teoria, nomeadamente a influência da interpretação do tempo futuro. Quando o futuro é percebido como limitado, a atenção desloca-se para o presente e para as suas necessidades mais imediatas, tornando os estados emocionais mais salientes. Em oposição, quando o futuro é percebido como ilimitado, as metas a longo prazo assumem maior importância. Assim, o enfoque no tempo presente

permite que as pessoas atribuam maior significado à vida, às decisões em termos relacionais e às suas emoções.

Em síntese, a Teoria da Seletividade Socioemocional reconhece a diminuição da amplitude da rede relacional e da participação social na velhice, com uma redistribuição de recursos socioemocionais, na medida em que há mudanças na perspectiva de tempo futuro. Apesar dos contactos sociais serem menores, há uma seletividade no estabelecimento de relacionamentos sociais mais íntimos, que propiciem estabilidade emocional e sentimentos de segurança. Apesar de abordar a idade cronológica, esta teoria não é específica da velhice, mas antes espelha as alterações adaptativas, por forma a que as pessoas idosas canalizem recursos e esforços para pessoas que são relevantes na sua vida e fonte de gratificação, e que potenciem a otimização do funcionamento afetivo e social (Carstensen, 1998).

1.4. Sexualidade na velhice: conceito e especificidades

A intimidade encontra-se associada à sexualidade, quer devido aos comportamentos sexuais quer às emoções associadas à experiência relacional. Quando analisamos a literatura no domínio denota-se que os conceitos de intimidade e sexualidade, apesar de apresentarem características bastante distintas, correlacionam-se em diversos aspetos no percurso do desenvolvimento humano. Como refere o Centro Internacional de Longevidade (ILC) – Estados Unidos da América (2006), os relacionamentos íntimos e a expressão sexual têm sido associados a muitos benefícios relacionados com a saúde, incluindo a longevidade, sono, fertilidade, bem-estar mental e promoção do vínculo conjugal. Atualmente, a temática da sexualidade é cada vez mais debatida e investigada, no entanto quando se foca no âmbito da velhice a sua discussão é pouco robusta e, às vezes, ignorada pela sociedade em geral e pela comunidade científica. A expressão sexual pode flutuar ao longo da vida, o desenvolvimento sexual inicia-se na primeira infância e continua até a puberdade, adolescência, e idade adulta. Acontecimentos da vida como casamento, emprego, doença, menopausa, viuvez e reforma também exercem influências importantes na sexualidade, na sua vivência e expressão, e nas relações íntimas. Da mesma forma, a qualidade e a oportunidade de relacionamentos sexuais e íntimos podem afetar a progressão da sexualidade ao longo dos estádios da vida (ILC-EUA, 2014). Igualmente a outros domínios do desenvolvimento humano, a sexualidade, na fase mais tardia do ciclo de vida, apresenta uma grande heterogeneidade entre indivíduos. Como refere Pires (2018), a intensidade e a forma como cada pessoa vive a sua sexualidade na velhice depende, em grande medida, da forma como esta foi vivenciada durante todo o ciclo de vida, ou seja, se no passado a sexualidade assumia um papel relevante na vida do indivíduo, na velhice essa importância mantém-se.

Desta feita, o conceito de sexualidade surgiu no século XIX aquando da discussão da sexualidade e os seus conflitos, conduzida por Sigmund Freud, uma vez que até então a sexualidade era reprimida. Já na atualidade começaram a emergir diversas definições, nomeadamente a da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) que define sexualidade como a procura de amor, contacto, ternura e intimidade, o que influencia pensamentos, sentimentos,

ações e interações, sendo este conceito definido como a energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, tocamos e somos tocados, isto é, ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, influenciando a nossa saúde física e mental.

Posteriormente, também a OMS (2015), define a sexualidade como “um aspeto central do ser humano ao longo da vida que abrange, sexo, identidade, e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução” (p.20).

No entender de Bruns & Almeida (1994), a sexualidade “constitui na pessoa o que há de mais elementar na busca da sua identidade sexual e social, e, ao se descobrir a história pessoal de cada pessoa, conhece-se o seu modo de experimentar a temporalidade, de lidar com as interdições, transgressões e permissões estabelecidas historicamente e culturalmente por cada sociedade, com os seus sistemas de leis, valores, crenças, códigos de conduta e de como lidar com a velhice” (p. 66). Também Maia, Medeiros e Ferreira (2018) definem a sexualidade como “uma dimensão biológica produzida no contexto social, cultural e histórico, no qual o sujeito se encontra inserido. Recebendo, deste modo, forte influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p.19).

Nota-se, portanto, que, apesar das diferentes definições apresentadas, todas assumem que a sexualidade resulta da interação de fatores biopsicossociais e que não engloba somente o ato sexual como também toda a interação emocional. Como refere Kalish (1982, 1996) não é correto definir a sexualidade tendo por base apenas o ato sexual genital, visto que a relação sexual saudável poderá ser expressa através de várias manifestações, como abraços, carícias e massagens, entre tantos outros, que conferem muitas oportunidades às pessoas relativamente ao seu comportamento sexual. Além do mais, a sexualidade obedece a uma necessidade fisiológica e emocional do ser humano, manifestando-se de forma diferente nas distintas fases do desenvolvimento humano, sendo a sua expressão determinada pela maturidade orgânica e psicológica (Maia, Medeiros & Ferreira, 2018). Neste sentido, Giunta e Jacobson (2014) acrescentam que existem múltiplas evidências que demonstram que a atividade sexual acarreta benefícios para a saúde física e mental, uma vez que as pessoas relatam menos sintomas de depressão, experienciam menos stress e percebem a vida de uma forma mais positiva, melhorando a qualidade de vida, integridade pessoal e a sua autopercepção.

Apesar de já existir bastante evidência científica dos benefícios da sexualidade na fase mais tardia do ciclo de vida, este ainda é um tópico bastante negligenciado. Note-se que Wada e colaboradores (2015) referem que há persistentemente discursos que dessexualizam as pessoas mais velhas, elucidando apenas as causas que potenciam o declínio do desejo sexual, função e envolvimento para homens e mulheres idosas. DeLamater (2012) reconhece que a literatura no domínio faz grande destaque das disfunções sexuais, essencialmente nos homens, o que demonstra a medicalização do funcionamento sexual. Para o autor, o funcionamento sexual refere-se à “capacidade de uma pessoa se envolver em expressões sexuais e relacionamentos sexuais gratificantes, e um estado de bem-estar físico, mental e social da pessoa em relação à sua sexualidade” (p. 127). De facto, o envelhecimento acarreta uma

diminuição no desejo e atividade sexual, explicados por um conjunto de fatores biopsicossociais que iremos analisar com maior detalhe mais à frente. Porém, apesar de existir uma diminuição na frequência da atividade sexual, tal não implica o término da expressão ou desejo sexual (Kontula & Mannila, 2009). Implícita ou explicitamente o desejo sexual é importante e está estreitamente relacionado com o funcionamento sexual.

Apesar do decréscimo da expressão sexual na velhice, homens e mulheres permanecem sexualmente ativos, demonstrando interesse e capacidade de viver uma sexualidade satisfatória, adaptando-se a diferentes formas de manifestação e dimensões a esta associadas. Os homens relatam maior incidência e frequência de atividade sexual, incluindo relações sexuais, comparativamente com as mulheres (DeLamater, 2012; Kontula & Mannila 2009). Efetivamente, Yee (2010) também expõe indiscutíveis diferenças na expressão sexual entre géneros, nomeadamente atividade, interesse e qualidade de vida sexual parece ser consistentemente mais elevado nos homens do que nas mulheres na velhice. Estas diferenças ampliam com a idade devido à perda de parceiro e diferenças no estado de saúde. Contudo, além destes fatores que contribuem para a diminuição da frequência sexual, as mulheres parecem ser quem mais padece com a perda de interesse sexual, motivada por fatores contextuais, saúde mental, entre outros. Apesar de todas estas alterações, a capacidade de enamoramento e afeto, a identidade, o papel de género, a capacidade de intimidade e compromisso, de dar e receber prazer, não diminuem com a idade, podendo até melhorar. Em idade mais jovens persiste uma preocupação com a quantidade da atividade sexual, contudo em idades mais avançadas a noção de quantidade pode e deve ser substituída pela noção de qualidade (Almeida & Lourenço, 2007).

Na verdade, independentemente das várias dimensões da esfera do indivíduo apresentarem reconfigurações com a idade, a sexualidade na velhice deve ser vista como uma questão que potencia a qualidade de vida, visto que são cada vez mais os estudos que demonstram que os idosos que mantêm relações sexuais beneficiam de uma importante fonte de reforço e prazer, que ajuda a preservar aspetos psicológicos e bem-estar físico (Carreira & Sargento, 2011). Por estas razões, é essencial adotar abordagens preventivas ou de promoção da saúde sexual, que enfatize a manutenção da qualidade de vida das pessoas mais velhas. Posto isto, a saúde sexual emerge como um conceito-chave na definição e compreensão da sexualidade, contudo, o uso do termo é ainda controverso. Se tivermos em conta o modelo biomédico tradicional, e tomando como exemplo a ação dos médicos relativamente à sexualidade, a sua preocupação deriva, particularmente, da disfunção sexual. Evidentemente que a abordagem da disfunção sexual é importante para a promoção da saúde sexual das pessoas mais velhas, no entanto torna-se diminuta e insuficiente perante a multiplicidade de outras causas que influenciam a expressão sexual dos mais velhos, nomeadamente as doenças sexualmente transmissíveis (DST), muitas vezes silenciosas, mas que podem desencadear limitações. Neste sentido, as DST comumente diagnosticadas nos idosos são a clamídia, gonorreia, hepatite B e C, herpes genital, sífilis e vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/SIDA) (Pires, 2018). Face ao exposto, a ideia de que as DST são específicas dos jovens é errada. Na verdade, estas infeções estão a aumentar cada vez mais

nos idosos, embora sejam mais difíceis de identificar, visto que os idosos associam determinados sintomas ao processo de envelhecimento normal (Giunta & Jacobson, 2014). Posto isto e partilhando da opinião de Rheumme e Mitty (2014), a noção de saúde sexual não é apenas a ausência de disfunção ou doença sexual, mas antes um estado de bem-estar sexual que deve envolver uma abordagem positiva de um relacionamento sexual e antecipar uma experiência prazerosa, sem medo, vergonha, violência ou coerção.

Além destes múltiplos fatores que podem impactar a atividade e desejo sexual das pessoas mais velhas, uma nova geração de indivíduos, os *baby boomers*, estão a contribuir para uma visão diferenciada e mais positiva do processo de envelhecimento. Desta forma, Henry e McNab (2003) acreditam que esta geração apresentará diferentes atitudes e características, relativamente a esta temática, comparativamente com as anteriores. Na mesma ótica, Kontula & Mannila (2009) sublinham a importância de distinguir o impacto do envelhecimento e a pertença a uma geração específica, uma vez que estudos recentes verificaram que níveis mais baixos de satisfação sexual na velhice resultam de diferenças geracionais, e que esta transição irá continuar subsequentemente. Várias investigações têm demonstrado que coortes mais recentes relatam atitudes mais positivas em relação à sexualidade na velhice, com maiores taxas de satisfação com o sexo e menos predisposição a disfunções sexuais (Senra, 2013).

Estas diferenças, que começam a evidenciar-se, estão também relacionadas a um núcleo coeso de estudos que começam a surgir e a desconstruir modelos e perspetivas muito enraizadas e redutoras.

1.5. Modelo biopsicossocial da sexualidade

Verifica-se que investigações realizadas anteriormente baseavam-se numa leitura biomédica, dando principal destaque a questões físicas e biológicas, e ao próprio processo de envelhecimento (DeLamater & Sill, 2005). Neste sentido, é importante compreender que o processo de envelhecimento e a sexualidade na velhice são vivenciados de forma heterogênea, visto que as pessoas idosas apresentam características muito distintas entre si, sendo por isso fundamental ter uma visão holística deste processo e das suas influências.

DeLamater e Sill (2005) apresentam uma perspetiva biopsicossocial, que congrega três dimensões distintas: biológica, psicológica e social. Na sua perspetiva, o estudo da sexualidade humana não pode apenas evidenciar uma destas dimensões. Aliás, Lima (2006) sublinha que existe uma multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento do comportamento sexual do ser humano, e seria contraproduativo qualquer abordagem que utilize apenas uma destas dimensões enunciadas anteriormente.

Assim DeLamater e Sill (2005) sustentam as suas ideias através do modelo biopsicossocial da sexualidade, constituído por fatores biológicos, psicológicos e sociais, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Modelo Biopsicossocial da Sexualidade

Influências Biológicas

- Sistema Hormonal
- Sistema Vascular
- Doença/Tratamento

Influências Psicológicas

- Informação Sexual
- Atitudes em relação à expressão sexual
- Saúde Mental
- Depressão/Tratamento

Influências Sociais

- Disponibilidade de um parceiro
- Tempo de relacionamento
- Qualidade do relacionamento
- Rendimento

Fonte: DeLamater e Sill (2005)

De acordo com DeLamater e Sill (2005), os fatores biológicos são uma condição necessária, mas não particulares para o funcionamento sexual. Assim, além da capacidade biológica, existem outros fatores como conhecimentos e atitudes que favorecem a atividade sexual. Neste sentido, os autores, apresentam-nos as componentes do seu modelo biopsicossocial, organizando-as em três categorias: (1) biológicas, referentes à idade, sistema hormonal e vascular, às doenças (doenças cardiovasculares, diabetes, artrite, cancro, entre outros) e tratamento, como por exemplo os medicamentos; (2) psicológicas que integram atitudes, conhecimentos e experiências sexuais, com ênfase na reprodução como veículo para a perpetuação da espécie, e os estereótipos associados à sexualidade nas pessoas mais velhas que aludem a imagens errôneas, e que se perpetuam de forma negativa nos media e na sociedade em geral; e (3) sociais que enfatizam a disponibilidade de parceiro, e a periodicidade e a qualidade do relacionamento que se estabelece com este.

Apesar deste modelo se apresentar muito elucidativo e permitir uma leitura abrangente sobre as componentes basilares que influenciam a sexualidade, ou seja, a designada abordagem biopsicossocial, não explica se esta trilogia de fatores se influencia mutuamente, quais as implicações que daí poderiam resultar e se o papel destes fatores ao longo do ciclo de vida pode determinar a sexualidade na velhice.

Face ao exposto, DeLamater (2012) refere que é imprescindível ter uma visão interdisciplinar e biopsicossocial, uma vez que as vantagens e as desvantagens cumulativas são o principal mecanismo pela qual as experiências na vida adulta podem influenciar a expressão sexual numa fase mais tardia do ciclo de vida. DeLamater (2012) sugere que a expressão sexual na velhice resulta do conjunto de influências biológicas, psicológicas e sociais passadas, como por exemplo, a perda de um parceiro sexual associada a alterações no estado de saúde conduz a consequências na expressão sexual na vida adulta tardia. Também Papaharitou (2007)

menção que as preocupações financeiras, assim como a alteração dos papéis sociais que acompanham a transição para a reforma, estão associadas a mudanças no interesse e na atividade sexual. Igualmente Kontula e Mannila (2009) elucidam que os conflitos psicológicos entre um casal ao longo da vida podem emergir à medida que estes envelhecem e refletir-se na atividade sexual. Fatores externos, como as relações estabelecidas com filhos e netos e os cuidados prestados a estes podem desviar a energia emocional do casal. Em suma, o significado da expressão sexual pode flutuar ao longo da vida, dado que acontecimentos de vida, como casamento, atividade profissional, menopausa, viuvez e reforma exercem influências importantes na sexualidade e nas relações interpessoais íntimas, da mesma forma a qualidade e a oportunidade de relacionamentos sexuais e íntimos podem afetar a progressão dos vários estádios do ciclo de vida (ILC-EUA, 2006).

1.6. Fatores que influenciam a sexualidade na velhice

Ao longo do processo de envelhecimento, as manifestações da sexualidade vão sofrendo modificações como qualquer outro domínio do funcionamento individual. Para além do inevitável envelhecimento, há fatores que podem influenciar a intimidade e a sexualidade na velhice, nomeadamente fatores biopsicossociais, entre outros.

O envelhecimento fisiológico compromete na resposta dos órgãos que participam na atividade sexual, e que colocam entraves na manifestação do comportamento sexual. Estas transformações ocorrem a diferentes ritmos e intensidade nas pessoas, e por isso, tornam este processo tão abrangente, mas ao mesmo tempo singular. Lima (2006) apresenta uma adaptação de Zeiss e Zeiss (1999) que identifica as várias alterações que ocorrem em homens e mulheres, como se pode observar no Quadro 2. Apesar do presente estudo não ter como objetivo analisar exaustivamente este tópico, é realizada abaixo uma breve análise destas alterações, de forma a situar o leitor, e compreender as consequências das mesmas.

Tabela 1. Tipos de alterações físicas associadas ao envelhecimento

Tipos de alterações	Homens	Mulheres
1.Alterações físicas básicas	↓ Testosterona	↓ Estrogénio e Progesterona
	↓ Espermatogénese	↓ FSH e LH
	↓ Tamanho dos testículos	↓ Testosterona
	↑ Tamanho da próstata	↓ Espessura e elasticidade da vagina
	↑ Vigor das contrações da próstata	↓ Lubrificação vaginal
	↓ Viscosidade e volume do fluido seminal	↓ Tamanho do colo do útero e ovários

Tabela 1. Tipos de alterações físicas associadas ao envelhecimento (cont.)

Tipos de alterações	Homens	Mulheres
2.Impacto no ciclo de excitação		
a) Fase de excitação	- Resposta mais lenta - Necessidade de uma maior estimulação do pénis para atingir a ereção - Ereção menos firme	- Resposta mais lenta - Redução da vaso-constricção vaginal - Coito pode ser doloroso
b) Fase de plateau	- Fase de “plateau” mais longa - Decréscimo do fluído pré-ejaculatório	- Redução da lubrificação - Redução da elevação uterina - Redução da elevação dos grandes lábios
c) Fase do orgasmo	- Menor duração do orgasmo - Contrações orgásticas fracas e em menor número - Redução da quantidade de sémen e da força ejaculatória	- Menor duração do orgasmo - Contrações orgásticas mais fracas e em menor número - Resposta clitoriana intacta
d) Fase de relaxamento	- Retorno mais rápido ao estado de pré-estimulação - Aumento do período refratário	- Retorno mais rápido ao estado de pré-estimulação - Capacidade multiorgásmica mantida

Fonte: Zeiss e Zeiss (1999)

Especificamente, fatores biológicos estão intrinsecamente relacionados com mudanças fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, que podem influenciar a expressão sexual do homem e da mulher. Assim, há uma evidente alteração na produção e ação das hormonas sexuais (estrogénio, progesterona e androgénio) responsáveis por uma série de alterações. No homem, há um declínio da produção de testosterona, a ereção é mais difícil de alcançar, com duração e intensidade menores, sendo necessário maior estímulo visual e tátil, havendo também menor firmeza, diminuição na força da ejaculação e na quantidade do sémen. O orgasmo é mais curto, necessitando de maior investimento (DeLamater, 2012). Como define o ILC – EUA (2016) a “disfunção sexual geralmente envolve a falta de desejo ou prazer da atividade sexual, incapacidade de experimentar ou controlar o orgasmo ou um obstáculo fisiológico que inibe a excitação ou interação sexual efetiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico de disfunção sexual inclui os seguintes critérios: 1) incapacidade de participar de uma relação sexual como gostaria; 2) a disfunção está frequentemente presente, mas às vezes pode estar ausente; 3) a disfunção persistiu por pelo menos seis meses; 4) um distúrbio físico, tratamento medicamentoso ou outro distúrbio mental ou comportamental não é inteiramente responsável pela disfunção” (pág. 15).

Assim, segundo Giunta e Jacobson (2014), a disfunção sexual masculina tornou-se uma área de estudo com maior enfoque no início da década de 1990. Deste modo, em 1993 aboliu-se com o termo impotência e este foi substituído pelo termo disfunção erétil. Anos mais tarde, em 1998 surge o citrato de sildenafila, comumente designado de Viagra, como o primeiro produto farmacêutico para tratar a disfunção erétil, sendo que na atualidade já existe uma gama mais alargada de medicamentos, nomeadamente vardenafil (Levitra) e tadalafil (Cialis). O declínio do funcionamento sexual era considerado uma parte normal do envelhecimento, até à introdução do Viagra, ou seja, a disponibilidade de um medicamento para a disfunção erétil potenciou a desmistificação da limitação de idade no desempenho e interesse sexual dos homens. Já nas mulheres estas alterações estão sobretudo relacionadas com a peri e pós-menopausa, uma vez que em resposta ao desejo e excitação, a lubrificação e expansão vaginal pode exigir um maior período de tempo, o que contribui para o aparecimento de dor sexual (dispareunia) e sangramento pós-coital. Acresce ainda a diminuição da sensibilidade do clitóris e dos seios, assim como as contrações pélvicas durante o orgasmo podendo ser dolorosas devido à atrofia uterina, mas orgasmos múltiplos podem continuar a ser possíveis. A menopausa constituiu um período bastante significativo na vida das mulheres, no entanto a vivência da mesma pode resultar na diminuição ou melhoria na sua resposta sexual (Nunes, 2008). Também nas mulheres se questionou a disfunção sexual feminina, no entanto não há nenhum tratamento disponível para esta situação, contudo a terapia de reposição hormonal é bastante popular há décadas, sendo que resulta da combinação de estrogénio e progesterona que ajudam no alívio dos sintomas sexuais associados à menopausa. No entanto, esta terapia revelou-se bastante controversa na comunidade médica e científica devido a efeitos adversos, e, nesse sentido, os médicos prescrevem cremes vaginais, adesivos hormonais, entre outros.

Podemos constatar que a medicação está bastante associada à sexualidade, porém, esta não acarreta apenas benefícios para o funcionamento sexual. De acordo com o ILC- EUA (2006), cerca de 25% dos problemas sexuais em homens derivam dos medicamentos prescritos pela comunidade médica, e acredita-se que tenham um impacto significativo no desejo e na função sexual das mulheres. Entre os fármacos mais prescritos encontramos os antidepressivos, sedativos ou ansiolíticos e anti-hipertensivos como os medicamentos que são mais frequentemente associadas à falta de desejo e disfunção erétil. Também as terapias contraceptivas têm implicações na resposta sexual, nomeadamente na diminuição do desejo sexual e secura vaginal. Desta forma, é essencial que se encontre um equilíbrio na prescrição medicamentosa, por forma a salvaguardar a saúde integral da pessoa, sem descuidar a saúde e funcionamento sexual.

Do mesmo modo, também o álcool e as drogas, sejam elas ilegais ou prescritas pelos médicos, devem ser alvo de alerta, particularmente porque as pessoas idosas são grandes consumidoras de medicamentos. O álcool em excesso constituiu-se um inibidor da atividade sexual, ainda que em quantidades reduzidas possa proporcionar euforia e desinibição (Nunes, 2018). De acordo com Giunta e Jacobson (2012), pessoas idosas LGBT têm maior probabilidade

de alcoolismo ou uso de substâncias ilícitas do que as pessoas idosas heterossexuais. Este risco aumentado deve-se à tentativa de lidar com o estigma e preconceito ao longo da vida.

Apesar de todas as alterações já enunciadas, os problemas de saúde e a forma como a pessoa lida com estes, resulta, muitas vezes, também numa barreira à atividade sexual. As doenças crónicas ou sequelas de acidentes podem comprometer a realização de atividades básicas de vida diária, e tornarem-se um impedimento à vida sexual. Assim, algumas das doenças que têm maior impacto na sexualidade são: incontinência (provoca, muitas vezes, vergonha e constrangimento devido ao uso de fralda ou algália); doenças cardiovasculares e respiratórias (insuficiência cardíaca e bronquite, instigam a sentimentos de medo de complicações de saúde, aquando do ato sexual); doenças osteoarticulares (por exemplo, artrite e reumatismo modificam os movimentos corporais que provocam dor e desconforto no momento de disfrutar o contacto íntimo); doenças crónicas (diabetes e HTA podem afetar o desempenho sexual); problemas de próstata; e, as cirurgias mutiladoras (por exemplo: a mastectomia ou amputação de membros podem diminuir a autoestima e a libido) (Pires, 2018). No campo das doenças psíquicas, a demência e a depressão, quer pela sua sintomatologia, quer pelos efeitos indesejados da medicação, são doenças que limitam a sexualidade. Na demência, dada a afetação da capacidade de pensar e discernir, podem surgir comportamentos inapropriados e perturbadores para quem cuida. A depressão causa diminuição do desejo e ausência de vontade de contactos íntimos (Nunes, 2018).

Segundo Pires (2018), apesar de todas estas alterações fisiológicas, nenhuma destas é suficiente para justificar o término da atividade sexual. Além do mais, a aceitação positiva das alterações biológicas/fisiológicas e o modo como lidamos com elas, permitem à pessoa manter e melhorar a satisfação a nível sexual.

Apesar das alterações fisiológicas influenciarem a vivência da sexualidade, estas não são o único fator que contribui para a diminuição da atividade sexual. Assim, mais do que a idade e/ou as alterações fisiológicas, a maior parte dos problemas sexuais nas pessoas idosas são de natureza psicossocial, uma vez que a sociedade contemporânea e as normas e valores socialmente vigentes determinam e configuram a vivência da sexualidade nesta fase do ciclo de vida (Carvalho et al., 2019).

De acordo com Pires (2018) existem fatores que exercem grande influência no comportamento sexual da pessoa idosa, nomeadamente o modo de pensar e os valores pessoais. Para a autora, as alterações psicológicas decorrentes de mudanças hormonais podem contribuir para uma maior satisfação sexual. Genericamente, os fatores psicológicos apresentam maior relevância nos homens, uma vez que, atualmente, ainda impera uma cultura machista que aponta que o sexo para os homens é indicativo de masculinidade e virilidade. Por outro lado, a mulher é tendencialmente mais valorizada pela imagem, sendo que pode existir um constrangimento e até comparação da sua imagem na juventude e idade adulta, levando-a a agir de acordo com as expectativas da sociedade, escondendo ou até ocultando os seus sentimentos (Nunes, 2018). No sentido de ajudar as pessoas mais velhas a lidarem melhor com os problemas sexuais e de intimidade existem terapias psicossociais ou aconselhamento, proporcionando a

oportunidade de compreender, abordar e explorar questões passadas e preocupações atuais (ILC – EUA, 2014).

Outro dos fatores muito comum é a existência de um parceiro, ou a falta dele, condicionando, muitas vezes, o curso normal da sexualidade. As mulheres tendem a enviuvar mais cedo e também a assumir mais frequentemente o papel de cuidar do companheiro doente. Na atualidade, a mulher viúva terá mais dificuldade em encontrar um novo parceiro, ou porque os filhos/família não apoiam novos relacionamentos, devido a questões de herança, respeito à memória do ente falecido e a crença que a sexualidade nas pessoas mais velhas é moralmente ofensiva (Lima, 2006).

Por outro lado, e não menos importante, os fatores socioculturais continuam a ter uma enorme influência nas pessoas mais velhas. No entender de Giunta e Jacobson (2014), nas sociedades ocidentais os relacionamentos monogâmicos são reconhecidos como a norma, comparativamente com outras partes do mundo. Alguns países têm princípios básicos assentes na heterossexualidade, no matrimónio e na procriação, transmitidos pela religião, educação e nível cultural ao longo do ciclo de vida (Pires, 2018). Almeida e Lourenço (2008) reconhecem que este tipo de atitudes pode gerar um círculo vicioso de pais que, mais tarde, transmitem este padrão moral, ético e religioso aos seus descendentes, formando pessoas com pensamentos homogêneos, uma vez que não reconhecem nem rejeitam determinados legados culturais. Em contrapartida, existem países mais liberais, com a legalização de prestação de serviços de substituição sexual, em que idosos e adultos jovens com deficiência pagam pela assistência na atividade sexual (Giunta & Jacobson, 2014). Como mencionado, a perspetiva heteronormativa de que os relacionamentos são apenas vivenciados entre um homem e uma mulher, marginaliza a comunidade de gays, lésbicas, bissexuais e transgéneros. Embora estudos revelem que as preocupações entre pessoas idosas com diferentes orientações sexuais tendem a ser comparáveis às das pessoas heterossexuais (ILC – EUA, 2014).

Apesar das perdas que se instalam, verifica-se também a existência de ganhos, nomeadamente sentimentos como a ternura, companheirismo e amor que se manifestam de forma mais evidente. A somar a tudo isto, a literatura no domínio demonstra que existem fatores promotores da relação sexual no envelhecimento, nomeadamente, o desenvolvimento de uma vida sexual e conjugal satisfatória e de qualidade, com uma atitude positiva face à sexualidade (Carvalho et al., 2019).

Sendo assim, parece-nos que a sexualidade na velhice está altamente relacionada com a forma como foi vivida no passado, uma vez que cada pessoa é resultado das suas escolhas, experiências e história de vida.

1.7. Sexualidade e intimidade na velhice: mitos e estereótipos

Posto isto, todos estamos a envelhecer e, dessa forma evidencia-se uma maior probabilidade de sofrer com algum tipo de discriminação face à idade. O idadismo é definido como a discriminação exercida sobre um grupo e que apenas decorre de uma característica dos indivíduos, neste caso, a idade, qualquer que ela seja, no entanto é comum que se utilize este

conceito relativamente à discriminação das pessoas mais velhas. O idadismo manifesta-se através do desenvolvimento de estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias (Moreira, 2020).

Lima (2006) refere que a introdução do Viagra no mercado internacional em 1998, proporcionou uma inversão do padrão de invisibilidade da sexualidade nas pessoas mais velhas, surgindo nos media o depoimento de muitas pessoas a relatar a importância do medicamento para a sua resposta sexual, salientando a centralidade da sexualidade nas suas vidas. A somar a todas estas crenças, afirma-se que as pessoas mais velhas não têm interesse sexual, que não precisam de sexo e é feio pensar e/ou ter relações sexuais quando se está numa idade avançada (Lima, 2006). Existem, também, mitos e estereótipos relacionados com o género, nomeadamente o declínio da atividade sexual feminina deve-se à morte, à doença e ao desinteresse do cônjuge. Quanto ao homem, os declínios são resultado da impotência, da doença, da falta de interesse ou de possibilidade do próprio.

Contrariamente ao que se possa pensar, a velhice é um período de vida tão frutífero como qualquer outro, relativamente à expressão e prática sexual. De acordo com Silva (2017), a sexualidade na velhice é essencial para a pessoa idosa, uma vez que tem um impacto muito significativo na qualidade de vida, bem-estar psicológico e saúde física, assim como na vida familiar e social. Nesse sentido, a sexualidade não se limita apenas ao ato puro, mas envolve o desfrutar do prazer do contacto físico, da comunicação, da segurança emocional e do sentir-se acarinhado e desejado. As alterações na sexualidade nas pessoas idosas poderão conferir vantagens na vivência da mesma, nomeadamente: a maior lentidão dos processos de excitação possibilita que as pessoas idosas desfrutem a sexualidade com uma maior tranquilidade; maior interesse das pessoas idosas pelo contacto corporal global, em que os afetos e a comunicação reduzem a focalização no ato sexual imediato e, a menor necessidade em ejacular e o maior controlo sobre a ejaculação, permitirá ao casal um maior sincronismo na fase do orgasmo. Desta forma, rompe-se com mitos e estereótipos de que as pessoas idosas são incapazes de sentir algum tipo de estímulo sexual, não são atraentes fisicamente e não têm interesse por sexo (Silva, 2007).

A falácia de que as pessoas mais velhas são seres assexuados exerce uma profunda influência na negação da sexualidade, das manifestações amorosas e da infantilização da pessoa idosa, aumentando a dificuldade de estas desenvolver a sua sexualidade e estabelecer relacionamentos, instigando uma atitude pessimista (Almeida & Lourenço, 2008).

Siqueira e Pereira (2007) enunciam mais alguns preconceitos relativamente a esta temática, como por exemplo: a sexualidade iguala-se à reprodução, e não pode ser uma fonte de prazer e de comunicação; a sexualidade só está presente na juventude; e, a mulher é vista como assexuada, sobretudo na menopausa. Claramente que todos estes preconceitos estão erroneamente associados às pessoas mais velhas, porém, o último parece gerar maior controvérsia. Como refere Lima (2006) o climatério é ainda, para muitos, o período que marca o fim da fertilidade biológica. A menopausa é experienciada de forma diferente por cada mulher, mas para uma grande parte é sinónimo de envelhecimento, seguindo-se o término das

experiências sexuais, com a construção de ideias de autoagressão. Por um lado, as mulheres que construíram a sua imagem em torno da figura materna, deparam-se com a impossibilidade de ter mais filhos, ou experienciam a síndrome de ninho vazio, experienciando um clima depressivo e de finitude. Numa outra perspetiva, as mulheres que construíram uma imagem com base no corpo belo e jovem, experienciam este período com grande ansiedade. Consta-se, portanto, que o envelhecimento é um processo individual e heterogéneo, e, por isso, as alterações que ocorrem não se manifestam da mesma forma, rompendo com a ideia de que todas as pessoas idosas são semelhantes.

Face ao explanado, indiscutivelmente a sexualidade na velhice é um tema comumente descurado, pouco conhecido e envolto em incompreensão por parte da sociedade e das próprias pessoas idosas. A escassez de informação sobre o processo de envelhecimento, e consequentemente as mudanças na sexualidade, incitam a que estereótipos e preconceitos relativamente a este tema se perpetuem. Magalhães (2008, citado por Magalhães, Fernandes & Afonso, 2021) refere que “devemos apostar em estratégias que reforcem a imagem positiva das populações idosas, apostando inicialmente ao nível político-social, através da elaboração e implementação de um Plano Nacional Gerontológico que integre: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros integrantes da sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação intergeracional; a promoção do espírito de solidariedade intergeracional. Por outro lado, os *mass media* devem divulgar e destacar nas suas mensagens a heterogeneidade (variabilidade interindividual) e a multidireccionalidade que são próprias de qualquer grupo de idosos, sem utilizar conteúdos que discriminem. Também a comunidade científica deve ser envolvida na abordagem das distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, seja através dos *mass media*, seja através da realização de fóruns, jornadas, congressos, pois desta forma desmistificam-se as concepções erróneas e injustificadas e credibiliza-se a veiculação da informação.” (p. 9)

Sumariamente, vivemos numa sociedade que valoriza a juventude e na mesma medida desvaloriza a velhice. Envelhecer numa comunidade permeada pelo novo, é estabelecer um tempo limite de vida para cada pessoa, quase sempre marcado pela transição para a reforma. Se olharmos atentamente para o ciclo de vida, a reprodução está presente apenas numa parte, mas a sexualidade está em toda a existência. Tanto o homem como a mulher são erotizáveis a vida toda, com alterações orgânicas, é certo, mas a sexualidade também tem a capacidade de se alterar, e, dessa forma, a resposta sexual do mais jovem para o mais velho não é melhor nem pior, é apenas distinta, pois o avançar da idade pode diminuir a intensidade da resposta sexual, mas nunca bloquear o desejo ou anular da mesma (Siqueira & Pereira, 2007).

2. Institucionalização e vivência da sexualidade e intimidade: a perspectiva dos profissionais

Não obstante todos os fatores analisados previamente podem-se constituir como múltiplas barreiras à expressão sexual, mas existem outras, talvez menos evidentes, mas igualmente importantes que podem contribuir para o exacerbar desta realidade.

Assim, apesar da importância que cada vez mais assumem os cuidados informais para a garantia do bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas, o aumento da morbilidade, a sucessão de perdas e a diminuição independência potencia maior vulnerabilidade e dependência de terceiros. Deste modo, Portugal apresenta um conjunto de respostas de retaguarda à velhice que procuram proporcionar os cuidados necessários à população idosa e, desta forma satisfazer as suas necessidades básicas. Com esse intuito, surgem os cuidados formais que integram equipamentos sociais, tais como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Centros de Dia, Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário que permitem a reabilitação e/ou a manutenção da saúde a curto ou longo prazo, curativo ou paliativo (Carvalho, 2009). Além dos múltiplos benefícios que estes equipamentos podem proporcionar às pessoas idosas, estes estão enquadrados numa dinâmica vigente caracterizada por princípios, normas e valores institucionais (Gonçalves, 2010).

Neste âmbito, a integração da pessoa idosa numa resposta social pode-se tornar num enorme desafio, uma vez que o seu quotidiano sofre alterações e a sua expressão sexual pode ficar comprometida. Aizenberg e colaboradores (2012) afirmaram que a intimidade e sexualidade é frequentemente descurada nos equipamentos sociais, evidenciando-se a carência de oportunidades para a expressão e vivência da sexualidade. Especificamente, a mudança para uma ERPI pode constituir uma alteração mais profunda, uma vez que é acompanhada por uma manifesta perda de privacidade, com poucas instalações projetadas para que os seus residentes possam viver momentos íntimos. Independentemente de as pessoas estarem num quarto privativo, estas são frequentemente interrompidas pelos profissionais que lá trabalham e pelos restantes residentes, o que ocasiona inibição nas pessoas mais velhas. Além da privacidade física, a privacidade de informação é um dos aspetos-chave para os residentes, uma vez que receiam que os outros residentes possam facilmente ficar a conhecer aspetos íntimos pessoais. A acrescentar a tudo isto, as pessoas idosas têm conhecimento que a equipa técnica responsável pelos cuidados prestados tem acesso a informações médicas, incluindo algum tipo de tratamento para um problema sexual, como secura vaginal ou disfunção erétil. Por outro lado, existe o receio de a sexualidade e a intimidade se tornar tema de conversa entre os profissionais, inibindo, muitas vezes, o aconselhamento médico ou a procura de oportunidades para a realização sexual (Rheume & Mitty, 2008).

Como já referido, os mitos e atitudes recriminatórias que ainda prevalecem acerca desta temática, também estão presentes no quotidiano dos equipamentos sociais, essencialmente através das atitudes dos profissionais que trabalham com as pessoas idosas. Como referem Magalhães, Fernandes & Afonso (2021), as pessoas idosas institucionalizadas têm dificuldade

em exprimir a sua sexualidade, quer por falta de condições, sobretudo espaciais, quer pela carência de privacidade por parte dos profissionais que cuidam destes idosos. Além de que estes exibem, muitas vezes, atitudes recriminatórias relativamente a qualquer expressão natural da sexualidade. Villar, Celdrán, Fabé e Serrat (2014) acrescentam ainda que, na maioria das vezes, as técnicas não sabem como reagir às necessidades sexuais dos residentes, desencadeando atitudes de negação ou inibição. Nesta linha de pensamento, Lacerda e Lopes (2020) referem que as técnicas reagem às manifestações de comportamentos sexuais entre pessoas idosas em equipamentos sociais com humor e brincadeiras, de forma a lidar mais facilmente com a situação, além de simplificar o ambiente de trabalho. Contrariamente, Leitão (2016) considera que os diferentes grupos profissionais devem abordar de forma confortável as temáticas da sexualidade com as pessoas idosas, uma vez que sem questões, não existem respostas (ou queixas), no entanto estes não devem ser intrusivos e devem pautar a sua intervenção pelo respeito das opções individuais.

2.1. A vivência da sexualidade e intimidade na perspetiva das técnicas superiores: evidências da investigação

Embora haja pouca literatura no domínio, com o intuito de compreender opiniões perspetiva das técnicas que trabalhem em serviços de retaguarda à velhice, começam cada vez mais a emergir estudos que se debrucem sobre estes tópicos, uma vez que a intimidade e a sexualidade das pessoas mais velhas ganha cada vez mais destaque no campo científico. Desta forma, a maioria dos estudos procuram identificar as principais barreiras da expressão sexual das pessoas idosas e procuram explorar as experiências, conhecimentos e atitudes dos profissionais. As amostras são essencialmente constituídas por profissionais da área da saúde (enfermeiros, geriatras, entre outros) e profissionais da área social (gerontólogos, assistentes sociais, auxiliares de ação direta, etc.) que desenvolvem a sua atividade profissional em ERPI. Em estudos qualitativos com recurso a entrevistas semiestruturadas as técnicas relatam a sexualidade como um conceito amplo presente em qualquer etapa do ciclo de vida, procurando elucidar que a sexualidade é inata ao ser humano. Contudo, muitos profissionais igualam termos como sexo e sexualidade (Silva et al., 2012).

Não obstante estas crenças, os profissionais acreditam que as pessoas idosas ainda manifestam interesse sexual, apesar de a capacidade para a expressão sexual ser diferente, visto que as doenças, a falta de parceiro, a idade ou até a personalidade podem trazer implicações para o desejo sexual, nomeadamente a crença que a sexualidade é social e moralmente inadequada na velhice, atribuindo estas atitudes a fatores geracionais, como a educação ou a importância de valores religiosos. Independentemente de destacarem estes fatores inibidores, os técnicos afirmam que a expressão sexual é uma necessidade básica, não sendo uma questão de idade. Numa outra perspetiva, há técnicas que admitem que as pessoas idosas não têm desejo sexual e há um limite de idade para as relações sexuais. Os profissionais reconhecem diferenças de género, relatando que os homens têm dificuldade em aceitar as disfunções sexuais, enquanto as mulheres revelam menos interesse em atividades sexuais.

Além do mais, pessoas idosas sem parceiro são também mais recatadas neste domínio, uma vez que não têm companheiro para estabelecer intimidade (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Celdrán, Fabé & Serrat, 2014).

Relativamente aos comportamentos/reações adotadas face à expressão sexual, a investigação demonstra que os profissionais preferem negar a enfrentar a expressão sexual das pessoas idosas, através, por exemplo do uso do humor, visto que lhes facilita o trabalho. O constrangimento e a vergonha também são apontados como uma barreira com que os técnicos se deparam, acabando por infantilizar a expressão sexual como um comportamento de adolescentes e restringir ou reprimir atitudes sexuais, pois consideram o comportamento inadequado (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014). A falta de comunicação acerca da sexualidade é muito comum entre as pessoas idosas e os técnicos, contribuindo para a invisibilidade da temática. No entanto, esta dificuldade e falta de comunicação parece beneficiar ambas as partes, uma vez que discutir esta questão é percebida como de abordagem difícil, sendo que o fosso comunicacional pode também estar relacionado com as diferenças geracionais entre clientes e cuidadores mais jovens ou de meia-idade (Simpson, Wilson & Brown, 2018). Por outro lado, a investigação demonstra que existem profissionais que adotam a empatia e o diálogo na abordagem com a pessoa idosa, por forma a compreender os seus comportamentos e definir eventuais estratégias para melhorar os cuidados. De facto, estes profissionais revelam preocupação em proteger a privacidade das pessoas idosas e procuram responder às necessidades de cuidado, porém a falta de privacidade mostra-se uma importante barreira à expressão sexual, uma vez que a falta de espaços físicos adequados impede encontros sexuais entre os residentes (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014). Além disso, parecem existir dificuldades em equilibrar autonomia e autoexpressão das pessoas idosas com aspetos legais e deveres profissionais para salvaguardar o bem-estar e a proteção, impedindo as demonstrações de afeto dos profissionais para com os clientes, dificultando o desenvolvimento de relações de confiança, essenciais à discussão/comunicação sobre intimidade e sexualidade (Simpson, Wilson & Brown, 2018). As diretrizes institucionais são muito rígidas e inadequadas, com uma gestão pouco proativa no desenvolvimento de ações de formação e capacitação dos profissionais que reconhecem a importância da implementação destas medidas, na medida em que necessitam de ferramentas para assegurarem cuidados mais humanizados e melhor lidarem com os seus próprios receios, suposições e ansiedades em torno deste assunto (Pinho & Pereira, 2019; Silva et al., 2012; Simpson, Wilson & Brown, 2018). A família das pessoas idosas que residem nestes equipamentos é também apontada pelos técnicos como uma fonte de restrições, uma vez que tendem a manipular ou impedir a expressão das necessidades sexuais por parte dos seus familiares, exercendo um controlo não só sobre a pessoa idosa como os profissionais no exercício das suas funções (Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014).

Na mesma linha, estudos quantitativos evidenciam que os profissionais diferenciam sexo de sexualidade, mas a sua maioria não teve formação académica necessária ou adequada para abordar a temática. No entanto, um crescente número de técnicos sente-se razoavelmente

qualificado para abordar este assunto com as pessoas idosas, e a maioria assume que a intimidade sexual é um direito que prevalece, independentemente de as pessoas idosas estarem institucionalizadas (Schouten et al. 2020; Costa et al., 2016). No sentido de as pessoas idosas poderem exercer este direito, os profissionais afirmam que as instalações deviam atender às necessidades dos seus clientes, e oferecer espaços privados que permitissem a atividade sexual. Contudo, estes parecem estar mais divididos sobre as instalações fornecerem o acesso a profissionais do sexo (Schouten et al., 2020). Quanto à sua atuação profissional, estes admitem dialogar sobre a sexualidade e reconhecem que a escassa abordagem do tema possa interferir na qualidade de vida dos clientes. Apesar disso, estes profissionais assumem que, em algum momento, já deram orientações às pessoas idosas, essencialmente sobre o diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o uso do preservativo. Porém, estes ressaltam dificuldades na abordagem da temática devido à resistência das pessoas mais velhas (Costa et al., 2016).

Da mesma forma, Haesler, Bauer e Fetherstonhauugh (2016), através de uma revisão sistemática, e Mahieu e colaboradores (2016) analisam estudos que utilizam uma escala projetada para avaliar atitudes e conhecimentos sobre sexualidade em idosos a *Aging Sexual Attitudes and Knowledge Scale* (ASKAS; White, 1982). Vários estudos demonstraram que os conhecimentos das equipas são bastante limitados, contudo aqueles que possuem formação académica especializada no cuidado de pessoas idosas são profissionais com mais conhecimento sobre intimidade e sexualidade na velhice (Mahieu et al., 2016; Doll, 2013; Bouman et al., 2017). Por outro lado, a idade e a experiência profissional, parecem estar intimamente relacionadas, com funcionários mais velhos a serem mais recetivos e a adotarem um comportamento mais positivo. Além do mais, estes consideram que deve haver espaço para que as equipas garantam cuidados holísticos e de qualidade, acreditam na necessidade de intimidade e sexualidade dos clientes nestes espaços. Mais uma vez, a privacidade foi apontada como um fator que deve ser tido em conta nestes locais, com políticas enquadradas por forma a garantir o direito à sexualidade (Mahieu et al. 2016). Assim, a expressão sexual pode ser uma questão problemática entre as pessoas idosas, essencialmente para os que residem em ERPI, devido à diminuta formação dos profissionais neste domínio, uma vez que são poucos os que incluem o funcionamento sexual da pessoa idosa na avaliação e intervenção, constatando-se a carência de políticas e orientações formais nos equipamentos sociais (Mahieu, Elssen & Gastmans, 2011).

Nesta linha, Fitzpatrick (2010) sublinha a necessidade de formação em Gerontologia, quer no âmbito do primeiro ciclo de estudos, comumente designado de licenciatura, quer o alargamento na formação pós-graduada para os profissionais que trabalham com pessoas idosas. Apesar do crescente interesse sobre esta temática, são escassos os cursos em Gerontologia que integram a temática da sexualidade e da intimidade nos planos de estudos. Dessa forma, a autora reconhece que investigadores de Gerontologia reconhecem a importância desta temática no espaço académico, uma vez que é uma contribuição essencial para a compreensão do desenvolvimento humano e do processo de envelhecimento. Assim, justifica-

se a necessidade de a formação em Gerontologia Social considerar as questões da intimidade e sexualidade, pois o âmbito desta é o estudo de todo o processo de envelhecimento, ao qual a sexualidade não pode ser excluída, com o aprofundamento de competências para trabalhar estas questões, discutir esta temática na formação e a criação de espaços de debate e problematização da sexualidade (Leite, 2014).

Face ao exposto, implica que na prática profissional seja contemplada a formação dos membros da equipa de profissionais, de forma a alterar as atitudes e abordagens face aos interesses e expressão sexuais das pessoas idosas. Neste sentido, a literacia sexual pode facilitar a comunicação e discussão da temática e melhorar a atitude de profissionais que exercem funções, por exemplo, em ERPI. Deve acima de tudo, envolver a gestão de conflitos e situações concretas/específicas mais exigentes durante a atividade profissional. Desta forma, é importante desenvolver um conjunto de diretrizes por forma a regulamentar a sexualidade nas ERPI, ou seja, fornecer aos profissionais padrões de como trabalhar de forma adequada e consistente à expressão sexual dos clientes e, ao mesmo tempo, ajudar a minimizar a influência das atitudes dos profissionais (Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014).

De facto, o tema em estudo é de enorme relevância e pertinência não só para as pessoas idosas, mas também para os profissionais, uma vez que estes se revelam fundamentais na prestação de cuidados, para que estes seja cada vez melhor e mais abrangente. Quando abordamos a temática da sexualidade, abordamos um tema complexo, que cada vez mais é alvo de novos estudos, apesar dos inúmeros preconceitos ainda evidentes em todas as faixas etárias. Assim, a Gerontologia apesar de recente deve debruçar-se sobre estas temáticas para que sejam debatidas e desconstruídas, apelando ao diálogo de todos, inclusivamente aos dos técnicos superiores nos serviços de retaguarda à velhice. Neste contexto, importa compreender a perspetiva e experiência de técnicas superiores que trabalham em ERPI sobre a sexualidade e a intimidade das pessoas mais velhas. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo compreender a perspetiva das técnicas superiores que trabalham em serviços de retaguarda à velhice sobre a sexualidade e a intimidade nas pessoas mais velhas.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Objetivo do estudo

- Compreender a perspectiva das técnicas superiores que trabalham em ERPI sobre a vivência intimidade e a sexualidade de pessoas mais velhas.

Face ao objetivo proposto, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, do tipo fenomenológico, que procura compreender em profundidade o modo como a intimidade e a sexualidade é perspectivada pelas técnicas superiores em ERPI. Desta forma, a abordagem qualitativa permite estudar fenómenos com maior profundidade e maior detalhe. Esta abordagem metodológica possibilita a descrição de temas particulares, num local e tempo específico (Creswell, 2013).

Participantes

Participaram no estudo 12 técnicas superiores, todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 27 anos e os 48 anos, a desenvolver funções como diretora técnica (n=7), educadora social (n=2), gerontóloga (n=2) e psicóloga Clínica (n=1). A maioria das participantes é casada, com licenciatura ou mestrado e a principal atividade desenvolvida em contexto laboral é direção técnica. Globalmente, as participantes têm em média 11 anos de experiência profissional e exercem funções na atual instituição em média há 9 anos.

Os critérios de inclusão no estudo definidos foram: (1) técnico superior; (2) exercer funções em ERPI na altura da participação no estudo.

Instrumentos de recolha de dados

O instrumento adotado para a recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, cujo guião foi elaborada especificamente para o estudo tendo em conta o objetivo de investigação.

O guião da entrevista inclui questões de resposta aberta, permitindo que a pessoa entrevistada tenha liberdade para explorar o fenómeno em estudo.

Após a elaboração do guião de entrevista, realizou-se uma entrevista-teste com uma técnica superior com características e condições similares ao grupo-alvo, com carácter de ensaio, com o intuito de averiguar a adequação do guião face ao objetivo de investigação e às características dos participantes. Tendo em conta a reflexão falada no âmbito desta entrevista-teste, procedeu-se a ajustamentos, chegando à versão final.

Procedimento de recolha de dados

Após a obtenção de parecer positivo da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC, procedeu-se à divulgação do estudo junto de técnicas superiores, solicitando a sua colaboração voluntária. Com as potenciais participantes que manifestaram

interesse/disponibilidade e que cumpriam os critérios de inclusão definidos foi agendado o momento de realização da entrevista e obtido o consentimento livre e informado para participar no estudo. As entrevistas decorreram em contextos específicos que reuniam condições de privacidade inerentes ao estudo. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas *verbatim*.

Procedimento de análise de dados

Os dados foram analisados com recurso a abordagem indutiva, seguindo o processo de análise de conteúdo definido por Creswell (2013), ilustrado na Figura 2.

O processo de análise dos dados, que tem por finalidade dar um sentido a dados, texto ou imagem, envolve preparar os dados para análise, conduzir diferentes análises, perceber profundamente os dados, representar os dados e interpretar o seu significado. Vários processos genéricos podem estar na proposta que transmite um sentido às atividades globais da análise qualitativa dos dados, como é possível observar no esquema a seguir apresentado proposto por Creswell (2009) e Rossman e Rallis (1998). Trata-se de um processo contínuo em que a análise dos dados qualitativos é normalmente conduzida em associação ou em paralelo com a recolha dos mesmos, fazendo interpretações e registando notas. A análise dos dados envolve uma recolha por tempo indeterminado, baseado em perguntas gerais, sendo o desenvolvimento da análise feito a partir das informações fornecida pelos participantes.

O processo de análise de conteúdo, cuja finalidade consiste em atribuir um significado aos dados de texto ou imagem, abrange a preparação e organização dos dados para a análise, a sua redução a temas através do processo de codificação e condensação e a representação dos dados em tabelas, figuras ou mesmo a sua discussão e interpretação. A recolha e análise de dados e a elaboração do relatório de investigação são entendidos pelo autor como fases interrelacionadas de um processo contínuo, podendo ser efetuados em paralelo. A análise de dados decorre da recolha dos mesmos num período temporal específico, através da colocação de questões gerais, dependendo o seu desenvolvimento das informações cedidas pelos participantes. No esquema proposto por Creswell (2013), apresentado em seguida, é perceptível a existência de um procedimento geral que permite atribuir um sentido às fases da análise qualitativa dos dados (Figura 2). Esta representação, denominada pelo autor de “data analysis spiral” (Creswell, 2013, p. 182), oferece uma interpretação dinâmica da análise de dados e propõe que o investigador percorra um conjunto de ciclos analíticos ao invés de seguir uma abordagem linear e hierárquica. O processo é iniciado com a existência de dados de texto ou imagem e termina com uma descrição ou um relatório. No decorrer deste processo o investigador interage com diversos níveis da análise de dados, movendo-se entre estes continuamente.

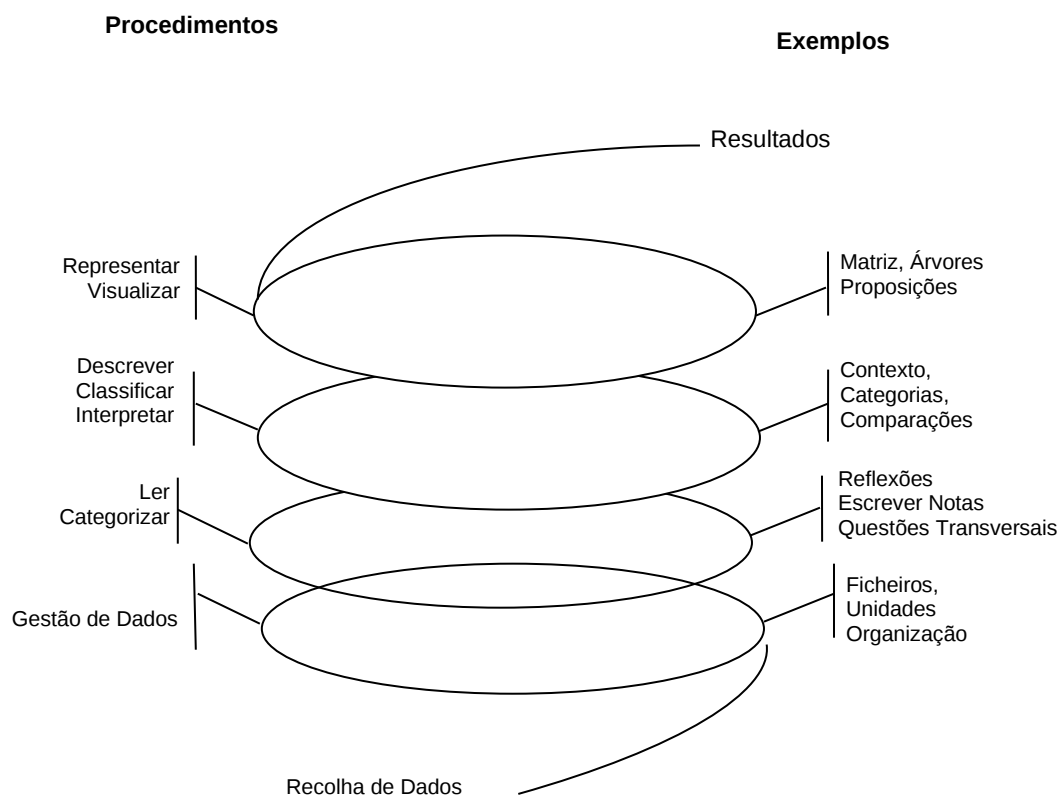


Figura 2. Processo de análise de conteúdo na investigação qualitativa (Adaptado de Creswell, 2013)

Os níveis envolvem as seguintes etapas:

(1) Organizar e preparar os dados para análise. De acordo com as diferentes fontes de informação inclui a transcrição de entrevistas, digitalização de material, transcrição de notas, classificação e organização dos dados em diferentes tipos.

(2) Ler através dos dados. Antes de avançar com a análise deve conseguir ter uma ideia geral da informação recolhida e refletir sobre o seu significado geral. Nesta fase, os investigadores, normalmente, fazem anotações nas margens ou comentários gerais sobre os dados em análise.

(3) Descrever, classificar e interpretar os dados em códigos e temas. O processo de codificação consiste na organização do material recolhido em partes ou frações de texto, antes de atribuir um significado a essa informação. Para proceder à codificação é necessário dispor de dados textuais ou imagens obtidas na recolha e dados, fragmentos de frases ou parágrafos ou imagens em categorias e rótulos de categorias com uma designação, vastas vezes baseada na linguagem do participante (nomeado de *in vivo term*). Para operacionalizar esta fase é necessário seguir vários procedimentos que vão ser abordados em seguida. Primeiro, é importante possuir uma noção do todo, através da leitura cuidadosa das transcrições das entrevistas e das anotações das ideias em bruto que vão surgindo ao investigador. Em seguida deve escolher-se uma entrevista (e.g., a mais interessante, a mais pequena, a primeira da lista) e tentar

compreender o significado da informação. Após terminar a realização desta tarefa nas restantes entrevistas, procede-se à elaboração de uma lista com tópicos, que deverão ser transformados em colunas. Logo depois de terem sido criadas as referidas colunas, retorna-se aos dados executando nova análise em busca de novas categorias e códigos. Procura-se encontrar a palavra que melhor descreva os tópicos, regressando novamente às categorias. Neste momento pretende-se reduzir a lista de categorias, agrupando-as em domínios que se relacionam entre si e originam novos temas. Por último, congregam-se os dados relativos a cada categoria para efetuar uma análise preliminar. As etapas anteriormente mencionadas posicionam o investigador num processo sistemático de análise textual de dados. Relativamente à codificação, regra geral, o investigador cria os códigos consoante surge a informação recolhida dos participantes, utiliza códigos predeterminados e depois ajusta os dados, ou usa um conjunto de códigos predeterminados e de códigos emergentes. No âmbito das ciências sociais, a abordagem mais comum refere-se à permissão para que os códigos apareçam durante o processo de análise dos dados (abordagem indutiva), pelo que o presente estudo seguiu esta abordagem. Dado que o processo de codificação dos dados pode efetuar-se manualmente ou com recurso a software, utilizou-se neste estudo o software Nvivo.

(4) Interpretar os dados. Neste nível é interpretada informação acerca de pessoas, locais ou eventos, podendo o investigador criar códigos para fazer a descrição. Considera-se esta análise profícua na realização de uma descrição detalhada de um estudo de caso, entre outras situações. A codificação produz um número reduzido de categorias que são, posteriormente, agrupadas em domínios, atentando o grau de similaridade e proximidade. Pressupõe-se que os domínios e as respetivas categorias expliquem as diversas perspetivas dos participantes e sejam suportadas por diversas citações e evidências particulares.

(5) Representar e visualizar os dados. A abordagem mais usada é utilizar extratos das entrevistas para apresentar e ilustrar os resultados da análise efetuada. Pode também ser utilizadas tabelas ou figuras enquanto estratégias de condensação e organização dos dados. Na fase final da espiral o investigador orienta-se pela questão “Quais foram as lições aprendidas?” para alcançar uma síntese de ideias. Os resultados desta reflexão podem constituir a leitura do investigador acerca do fenómeno, efetuada com base no seu entendimento alicerçado na sua cultura, história e experiência. A interpretação pode também surgir da comparação dos resultados com a informação recolhida na literatura científica no domínio. Como tal, os resultados quer confirmem ou não as informações recolhidas, revelam a interpretação do investigador acerca dos resultados alcançados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apresentação dos Resultados

No presente capítulo são descritos os resultados decorrentes da análise de conteúdo das entrevistas, seguindo-se a discussão dos mesmos, de acordo com o quadro conceptual e empírico apresentado no Capítulo I.

Tabela 3. Domínios, categorias e subcategorias de análise

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequência
“Pano de fundo da sexualidade e intimidade”	Sexualidade como tabu		34
	Vivências passadas da sexualidade	Vivências negativas	12
		Vivências positivas	12
Conceções da sexualidade e da intimidade	Conceção de sexualidade dos residentes		10
	Conceito de sexualidade		20
	Conceito de intimidade		33
Vivencia da sexualidade e da intimidade em ERPI	Condicionantes da sexualidade	Aspetos culturais	83
		Aspetos institucionais	83
		Aspetos profissionais e técnicos	83
		Aspetos sociorrelacionais	83
		Aspetos físicos (patologias e perdas físicas)	83
		Aspetos pessoais	32
	Aspetos que potenciam a sexualidade	Aspetos técnicos e profissionais	32
		Aspetos institucionais	32
		Diferenças de género	18
	Manifestações da sexualidade	Manifestações afetivas	52
		Manifestações físicas	52
		Manifestações verbais	52
	Reações à vivência e expressão da sexualidade	Reações dos clientes	8
		Reações dos colaboradores	37
		Reações das técnicas superiores	10

Tabela 3. Domínios, categorias e subcategorias de análise (cont.)

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequência
Prática gerontológica na sexualidade e intimidade em ERPI	Estratégias face às manifestações/expressões da sexualidade	Adequação ambiental	39
		Educação, formação, sensibilização	39
		Intervenção especializada	39
		Mediação	39
		Normalização/desconstrução	39
	Desafios associados à sexualidade	Desafios familiares	38
		Desafios organizacionais	38
		Longevidade	38
		Normalização e aceitação	38
	O que fazer	Alterações ambientais	45
		Ativismo, comunicação e combate ao preconceito	45
		Capacitação dos recursos humanos	45
		Mudanças nas políticas e gestão institucional	45
		Recursos especializados	45
	Formação em gerontologia e requisitos profissionais		36

A análise de conteúdo permitiu identificar quatro domínios, nomeadamente: (1) *Pano de fundo da sexualidade e intimidade na velhice*; (2) *Conceções da sexualidade e intimidade*; (3) *Vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI* e (4) *Prática gerontológica na sexualidade e intimidade em ERPI*. Como se observa na Tabela 3, cada domínio é composto por um conjunto variável de categorias, algumas das quais agregam subcategorias, que passaremos a apresentar seguidamente, procurando ilustrar o seu significado com extratos de entrevistas.

Domínio - Pano de fundo da sexualidade e da intimidade

O primeiro domínio reúne a informação acerca das experiências e vivências passadas dos residentes em ERPI, assim como ideias pré-concebidas/conceções acerca da intimidade e sexualidade na velhice. Este domínio integra duas categorias: (1) *Sexualidade como tabu* e (2) *Vivências passadas da sexualidade*, esta última composta por duas subcategorias. Seguidamente serão apresentadas as categorias e respetivas subcategorias.

1) Sexualidade como tabu

Na perspectiva das participantes, a sexualidade na velhice é marcada por tabus, estereótipos, ideias preconcebidas e mitos. Evidencia-se que esta temática é bastante negligenciada na sua abordagem, sendo perspectivada como um tabu quer por parte de colaboradores, famílias, órgãos de gestão/direção das instituições e pela sociedade em geral. Desde logo, a sexualidade e intimidade estão associadas à juventude, à força e virilidade, negando à partida a sexualidade dos mais velhos. Além disso, na perspectiva das participantes para as pessoas mais velhas a atividade sexual serve essencial e prioritariamente a função reprodutora.

“A sociedade é assim, ainda há muito tabu em volta disto, em volta deste tema. Eu acho que aí está... acho que as pessoas não estão muito preparadas para falar sobre sexualidade na velhice ao nível da sociedade.” (IS_05)

Assim, as pessoas mais velhas são tidas como seres assexuados, desprovidos de desejos e vontades, podendo a atividade sexual ser vista como imprópria ou até mesmo patológica. Neste sentido, estas falsas crenças e conceitos são perpetuados na sociedade em geral. Uma atitude negativa face a esta temática, imprime desde logo um condicionamento do comportamento e satisfação sexual das pessoas mais velhas. Além disso, a idade é um dos fatores mais importantes através da qual a perceção das pessoas é guiada, uma vez que as pessoas são frequentemente julgadas pelo prisma da idade, e só depois enquanto homens e mulheres que têm necessidades, interesses e capacidade de autodeterminação.

“Eu penso que na sociedade ainda é um tema muito tabu, na minha opinião, ainda é, não acho que seja bem visto. Ainda é muito tabu, pensam que um idoso não tem qualquer tipo de sexualidade e de intimidade... “não, nem pensar, já está velho para isso” como se costuma dizer.” (IS_08)

Por outro lado, a nível cultural e educacional esta temática é também descurada, sendo que o contexto familiar exerce uma grande influência, uma vez que, na sua maioria, existe condenação e negação, ao longo das várias gerações não existe diálogo, reforçando a crença que a sexualidade é moralmente ofensiva nestas idades.

“O que é facto é que na idade delas era tabu não se falava, nem pais e filhos se falavam” (IS_02)

Além de uma sociedade preconceituosa e pouco tolerante, a vivência numa ERPI adivinha-se um desafio ainda maior para as pessoas mais velhas, uma vez que esta resposta, na grande maioria, não apresenta soluções diferenciadas, nem se adapta às necessidades dos

clientes, refletindo-se num conjunto de fatores que inibem a expressão da sexualidade. Entre estes, os colaboradores e diretores técnicos assumem um papel de extrema relevância para a aceitação e adequação de práticas, nomeadamente as condições ambientais e físicas, aspetos sociorrelacionais, culturais, profissionais e técnicos.

“Nós fazemos o básico e aquilo que nos deixam, e não conseguimos às vezes avançar mais, porque são temas tabus, porque são temas que não interessam a ninguém” (IS_02)

2) *Vivências passadas da sexualidade*

A presente categoria reúne informações sobre as vivências da sexualidade durante a juventude/meia-idade dos clientes em ERPI que as participantes foram conhecendo no âmbito do trabalho com os clientes. Na perspetiva das participantes, evidencia-se uma clara dicotomia das vivências expressas pelos mais velhos, originando assim duas subcategorias: Vivências Positivas e Vivências Negativas.

Assim, por um lado na perspetiva das diretoras técnicas participantes é possível identificar pessoas mais velhas a viver em ERPI que relatam experiências positivas no âmbito da sexualidade e da intimidade na juventude, particularmente com o conjugue (subcategoria Vivências Positivas). Nestes casos, a sexualidade foi vivida de forma natural, numa relação recíproca de casal, em que as necessidades e manifestações sexuais eram assumidas com naturalidade, constituíram fonte de bem-estar pessoal e relacional, assim como de consolidação da relação conjugal.

Já noutros casos, a vivência da sexualidade assume uma conotação negativa, pautada por experiências em que a mulher tinha apenas um papel meramente reprodutivo, sendo a vivência da sexualidade caracterizada pela ausência de prazer, afeto e respeito (subcategoria Vivências Negativas). O foco no domínio do género masculino que controlava e determinava a vivência da sexualidade e a mulher como ser submisso em que a relação sexual era assumida como uma obrigação e expressão de “uma boa esposa”. De salientar também que, na perspetiva dos participantes, este tipo de vivências influencia negativamente o posicionamento atual das pessoas mais velhas face à sexualidade na velhice.

“Há pessoas que sempre que tinham relação sexual com o marido foi só para ter o filho... para ter os filhos” (IS_02)

“Há situações em que idosos me dizem “eu tive nove filhos, mas o meu marido nunca me viu nua” (IS_08)

“Nunca viram o ato sexual e a intimidade como um prazer, mas sim como... o que tinha que ser” (IS_05)

Domínio - *Conceção da sexualidade e intimidade em ERPI*

O presente domínio integra a informação relativa à conceção da sexualidade e intimidade em ERPI, tal como é perspectivada pelas entrevistadas e pelos residentes. Assim, este domínio encontra-se organizado em três categorias: (1) *Conceção de sexualidade dos residentes*; (2) *Conceito de sexualidade* e (3) *Conceito de intimidade*.

Maioritariamente, as participantes apresentam uma visão reflexiva e alargada do conceito de sexualidade, consideram a intimidade e a sexualidade indissociáveis, no entanto, apresentam alguma dificuldade em operacionalizar diferenças entre conceitos. Globalmente, consideram ser uma componente importante do ser humano, repleta de sentimentos positivos que constitui uma fonte essencial de bem-estar, sendo este mais um domínio necessário na vida das pessoas mais velhas.

1) *Conceção de sexualidade dos residentes*

Na perspetiva das participantes, os residentes de ERPI concebem a sexualidade ou como sinónimo de relações sexuais, ou como algo inexistente nesta fase do ciclo de vida.

“Se perguntar aos nossos residentes... imagine... o que é a sexualidade e a intimidade? ... eles remetem logo para o ato sexual” (IS_01)

“Imagine que... a S vem aqui e fala com os residentes sobre a sexualidade e a intimidade, à partida é um tema que eles levam logo para o lado sexual” (IS_01)

Mais uma vez é muito saliente o predomínio de mitos, estereótipos, e preconceitos na forma como os mais velhos perspetivam a sexualidade, o que não só inviabiliza a vivência da sexualidade pelos próprios, mas também condiciona muito a vivência dos seus pares.

“Imagine... até a partilha de quarto, está a entender? Pronto, estabeleceram ali uma relação, em que desenvolvem realmente ali a intimidade e a sexualidade, mas que perante outros idosos, que não entendem isto desta forma, dizem que não é correto, percebe? e que têm ideia também e a S como está a desenvolver este...este assunto, imagine... tem ideia de que quando se é velho, não é? Até causa doenças, é prejudicial para as doenças.” (IS_01)

“Às vezes os próprios idosos entre eles também não ajudam nessa questão, porque aqueles que têm... não é uma mente mais antiga... como é que eu ei de dizer? Têm aquela questão que é, ok, o meu homem morreu ou a minha mulher morreu pronto agora não posso ser... não posso nem sequer me lembrar disso, porque vai ser uma vergonha até para os meus filhos, vai ser uma vergonha até aqui para as pessoas que me conhecem.” (IS_02)

2) Conceito de sexualidade

Os participantes apresentam uma concepção da sexualidade das pessoas mais velhas em ERPI muito positiva, assente na premissa de que a sexualidade é uma necessidade básica e, que sofre alterações ao longo do ciclo de vida, sendo a capacidade de adaptação essencial para assegurar a continuidade desta vivência plena.

“eu encaro o envelhecimento e a velhice como um processo, e, portanto, só é reflexo daquilo que a pessoa foi durante a vida toda, e pessoas mais ativas mesmo a nível sexual vão ser ativas depois mais tarde. Pessoas menos ativas ou menos predispostas vão ter... será sempre fruto ou reflexo daquilo que foi a vivência durante toda a vida.” (IS_04)

“As pessoas mais velhas sentem a necessidade e têm a necessidade de sentir, até tardia idade... (pausa), estas questões sexuais.” (IS_05)

“Eu considero que é uma necessidade, que faz parte da pessoa e a acompanha ao longo de toda a vida.” (IS_06)

Desta forma, as entrevistadas consideraram que a sexualidade está intimamente relacionada a sentimentos de afeto, carinho, desejo e amor, não devendo ser relacionada exclusivamente ao ato sexual, sendo essa uma visão até bastante rudimentar. A exploração das emoções e cada vez mais importante nesta fase de vida, face à dificuldade na obtenção de satisfação sexual, tornando-se muito mais valorativo do que a mera dimensão física da sexualidade.

“A sexualidade, é o carinho, é o afeto, são as emoções, não é, está tudo relacionado” (IS_01)

“Eu acho que tem mesmo... (pausa) passa mesmo pela parte dos carinhos, da atenção, do carinho, de um beijinho, de um abraço.” (IS_07)

“A sexualidade chega a uma certa idade já será mais não o ato em si, mas se calhar as carícias, o carinho, os beijos entre eles” (IS_09)

“A sexualidade não é apenas relações íntimas, mas também é carinho, paixão, lealdade, companheirismo, entender a outra pessoa, que muitas pessoas até precisam disso para tornar o processo de institucionalização mais fácil, porque isso ajuda... ajuda que as pessoas nesta altura de pandemia em que eu acho que as relações interpessoais e o afeto foi completamente quebrado, eu acho que é fundamental as pessoas entenderem que é uma coisa natural, e que o ser humano só se torna humano e racional através das emoções.” (IS_11)

3) Conceito de intimidade

A grande maioria das participantes revelam dificuldade em operacionalizar uma definição de intimidade, sendo menos claras e objetivas comparativa à definição de sexualidade. Todavia,

ressalva-se que, no entender das mesmas, a intimidade é o vínculo com os progenitores, a proximidade, a confiança, o carinho e o afeto.

“É assim... a intimidade nós estabelecemos, não é, desde que nascemos, não é, o vínculo com os nossos pais e por aí fora, não é, ... é um... são temas que nos acompanham ao longo, não é, da vida, desde que nascemos até... até à morte.” (IS_01)

“a intimidade é simplesmente estarmos próximos, é simplesmente... não tem que haver contacto sexual, penetração, não é nada disso que estamos a falar. Estamos a falar sim de proximidade que nós precisamos de ter uns com os outros” (IS_02)

“a intimidade é a relação que eles criam com os outros, na confiança que eles têm com os outros, de revelar os seus anseios, de sentirem o seu porto-seguro e a necessidade que eles têm de estar próximo de alguém e desenvolvem estes laços.” (IS_05)

“Eu acho que tem mesmo... (pausa) passa mesmo pela parte dos carinhos, da atenção, do carinho, de um beijinho, de um abraço.” (IS_07)

À semelhança do que se verifica na categoria anterior, também se observa a conceção de a intimidade é uma necessidade humana que acompanha todo o ciclo vital, sendo particularmente relevante na velhice.

Domínio - *Vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI*

O presente domínio reúne todo o tipo de informação sobre o modo como a sexualidade e a intimidade é vivida em ERPI. Assim, este domínio integra cinco categorias: (1) *Condicionantes da sexualidade*; (2) *Aspetos que potenciam a sexualidade*; (3) *Diferenças de género*; (4) *Manifestações da sexualidade*, e (5) *Reações à vivência e expressão da sexualidade*.

1) *Condicionantes da sexualidade*

Uma vez que o ambiente institucional tende a apresentar algumas especificidades sobre como devem ser tratadas as questões relacionadas com esta temática, esta categoria agrega diferentes aspetos que afetam a vivência da sexualidade em ERPI. Neste sentido, a categoria é constituída pelas seguintes subcategorias: (1) *Aspetos culturais*; (2) *Aspetos institucionais*; (3) *Aspetos profissionais e técnicos*; (4) *Aspetos sociorrelacionais*; e (5) *Aspetos físicos*.

A sociedade atual, nomeadamente as instituições, condicionam a vivência e expressão da sexualidade das pessoas mais velhas, uma vez que não abordam estas questões como mais um domínio da vida da pessoa. Além do mais, estes contextos não são facilitadores para a literacia dos seus clientes, não existindo diálogo, nem permitindo a abordagem desta temática, uma vez

que ainda é vista como um tabu. Sumariamente, as ERPI são um microssistema e o reflexo dos estereótipos que se continuam a perpetuar na sociedade em geral.

“Hoje em dia deveríamos ser mais facilitadores desta proximidade entre as pessoas, e então eu acho que numa perspectiva de envelhecimento nós estamos muito atrasados, porque acho que as nossas instituições e também como país, e como contexto cultural nós não estamos preparados para falar sobre isso” (IS_02)

“mas infelizmente a abertura não é muita, a mentalidade existe...é muito limitada” (IS_03)

O foco de intervenção na ERPI é na satisfação das necessidades básicas dos clientes, devido a paradigmas institucionais muito restritivos e que limitam o trabalho realizado com os clientes. Tendo em conta os preconceitos existentes, a sexualidade é um aspeto inexistente, portanto a abordagem é limitada a áreas que se assumem como primordiais, e não existe investimento destas respostas para providenciar maior informação e sensibilização, quer aos colaboradores, quer aos clientes.

“fala-se de tudo o que é o básico, desde alimentação aos cuidados de higiene, e depois há aqui o Envelhecimento Ativo e de terem as atividades, mas depois a parte da intimidade e da sexualidade fica um bocadinho relegada por... se calhar, apesar de consideramos importante, mas não ser muito pensado como dar esta resposta.” (IS_10)

Também os próprios clientes revelam alguma dificuldade e reprovação da vivência da sexualidade, quer dos próprios quer dos seus pares, devido a fatores culturais muito enraizados, como religião. Nesta lógica, assumindo que um relacionamento entre duas pessoas equivale a uma relação heterossexual, que culminará no matrimónio com objetivo de procriação, assim o contacto mais íntimo na velhice não fará sentido, visto não ser possível a procriação. Além disso, a mulher viúva tem mais dificuldade em encontrar um novo parceiro, devido a maior longevidade e, no imaginário coletivo das mesmas e da sociedade, é censurável um novo relacionamento.

“Pode ser subentendido como uma necessidade de carícia daquela parte, mas estas senhoras nunca se iriam autossatisfazer, muito pelos princípios católicos que têm... hã... e a forma que têm se calhar aqui de satisfazer nesse sentido é... muito na parte das higiènes, quando elas estão a passar.” (IS_06)

“às vezes isto é um bocadinho complicado, porque temos aquelas senhoras um bocadinho retrógradas que acham que, pronto aquela senhora é... pronto, é mesmo efetivamente... não é normal e pronto.” (IS_02)

Igualmente, a família apresenta-se como um fator condicionante, acreditando que a sexualidade em pessoas mais velhas não se consubstancia numa necessidade essencial. Em

casos de viuvez, os filhos não costumam apoiar um novo relacionamento, por questões como o respeito pela memória do ente falecido.

“Interfere, numa instituição interfere muito, porque a questão da identidade apesar de se tentar manter é sempre condicionada, a questão da identidade, a questão da partilha e nós temos utentes com características muito diferentes, que muitas vezes não têm aqui esta ligação com outros para falar destes assuntos, a família também não vê esta como uma necessidade, como se o idoso fosse assexuado e a partir daí depois torna-se muito complicado trabalhar.” (IS_10)

Já na subcategoria *Aspetos institucionais* evidenciam-se aspetos típicos da organização e funcionamento da ERPI que dificultam a vivência da sexualidade e da intimidade dos clientes. Desde logo, as entrevistadas revelam a inexistência de mobiliário adaptado para casais, nomeadamente a cama, ocasionado a inibição e restrição das relações e envolvimento dos clientes, levando a que o processo de institucionalização seja ainda mais difícil. Neste prisma, um casal que queira dormir na mesma cama, como aconteceria no seu domicílio, vê a sua intimidade restringida, uma vez que esta resposta não consegue assegurar aspetos condições mínimas a este nível. Por outro lado, se duas pessoas mais velhas desenvolver uma relação, não existem condições institucionais para uma vivência íntima da mesma.

“nós não temos esta capacidade ainda de lidar com um casal que precisa de dormir junto” (IS_02)

“Se quiserem dormir não podem dormir juntos, porque é muito difícil de operacionalizar e não temos esta sensibilidade de pensar que imaginemos que num quarto, por exemplo, num quarto duplo se eu puser uma cama de casal eu não tenho cama de casal para pôr.” (IS_11)

Um outro aspeto institucional apontado é a falta de privacidade, devido à partilha de espaços como quartos e casas de banho. Estas situações agravam-se por práticas inadequadas como a abertura de portas sem pedir autorização ou anunciar e acesso a espaços privados como quartos.

“foi uma luta durante muitos anos quando se colocavam duas senhoras a tomar banho no mesmo espaço, ou enquanto uma estava na sanita a outra estava a tomar banho” (IS_03)

“Também estamos aqui a quebrar e a ir contra o direito da intimidade daquela pessoa.” (IS_05)

“os nossos quartos são quartos... temos três quartos individuais temos questões de logística, três quartos individuais, os outros quartos são todos duplos ou triplos, os quartos individuais estão ocupados. Imaginemos que eu namoro com alguém que não é não sendo um casal casado e que durma no mesmo quarto eu posso querer ir dormir com a minha namorada e como é que eu durmo com a minha namorada? Em termos de logística em termos de... não há essa possibilidade, eles não têm acesso a essa componente se quiserem dormir juntos não têm como.”

Apesar das entrevistadas reconhecerem as necessidades das pessoas mais velhas a viver em ERPI em termos de sexualidade e intimidade, salientam que estas questões são desvalorizadas e negadas pelas direções.

“Sabe que isso vindo da parte de uma coordenação, não é, que não vejo que consiga sentir isso também de uma forma assim tão... até um custa a dizer isto, mas pronto, é sigilo seja como for de uma forma e que exijam uma abertura ou que sequer se possa falar de sexo, sexualidade, não interessa, todos os termos que possam ser usados não veem isso também de uma forma assim tão natural. Isso é um bocado difícil, não digo isso por parte do diretor óbvio que não, mas da coordenação sim, isso aí nem sequer... isso é tabu, e se for preciso é “tirem-me esse homem daí não deixem” quer dizer, é um bocadinho assim, e custa-me muito de dizer isto, mas não é visto da melhor forma” (IS_07)

A subcategoria *Aspetos profissionais e técnicos* integra informação relativa a aspetos relacionados com as práticas desenvolvidas pelos profissionais que condicionam a vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI, nomeadamente a incapacidade de fazer mais e melhor, limitando-se ao que lhes é permitido. Por outro lado, e apesar de reconhecerem a importância desta temática, as participantes sublinham que estas questões não são abordadas nos seus procedimentos internos. Efetivamente, em termos procedimentais é essencial uma revisão e atualização por forma a que não se tornem obsoletos e que permitam mudanças de paradigmas, assentes numa intervenção mais individualizada e com maior foco nas necessidades dos clientes.

“Nós fazemos o básico e aquilo que nos deixam, e não conseguimos às vezes avançar mais, porque são temas tabus, porque são temas que não interessam a ninguém, porque há outras situações muito mais...” (IS_02)

“eu estou no terreno e vejo que essa vertente nas nossas fichas não é explorada, e não sei se por tabu, se... (pausa), ou se calhar também um bocado por comodismo das partes dos técnicos também que é verdade, e não quererem ir mais além e não perceberem que isto é realmente uma necessidade... hã... ainda não terem feito essa mudança, mas que é importante, sim.” (IS_06)

Também do ponto de vista socio-relacional foram identificados constrangimentos, expressos na subcategoria *Aspetos sociorrelacionais*. Na perspetiva das participantes, um dos principais fatores que afeta a sexualidade das pessoas mais velhas a viver em ERPI é a perda do cônjuge. Muitas das vezes, é por falta de parceiro que a vivência da sexualidade não perdura no tempo. Os clientes viúvos tendem a desvalorizar a possibilidade do estabelecimento de um novo relacionamento, face às diretrizes moralmente aceites tendo em conta a idade.

“A partir de uma certa idade perdemos o marido, perdemos família e vamos para um sítio onde nós estamos lúcidos e orientados, mas não nos podemos tocar, não nos podemos beijar, não nos podemos sentir, nem podemos dizer uma palavra amiga” (IS_02)

“Outra das mudanças é a perda do marido ou da esposa” (IS_02)

Em contrapartida, há clientes que apresentam problemas conjugais levando a que não partilhem a mesma cama, ou que recusem algum tipo de manifestação do conjugue. Sentimentos de insegurança, vergonha e desrespeito podem colocar entraves à vivência da sexualidade.

“Já houve muitos problemas até com casais devido a isso, até que eles dormem em camas separadas” (IS_07)

“Principalmente por parte da esposa que não queria realmente ter nenhum toque por parte do marido, e depois de ser encaminhados para a parte da psicologia, porque o marido queria, não é? Elas não, e sempre foi uma coisa que elas expuseram que já não tinham idade para isso, não queriam e não tinham vontade.” (IS_07)

Também o contexto onde se localiza a ERPI é identificado como relevante neste domínio. O meio rural permite o estabelecimento de relações de maior proximidade e vínculo, no entanto é mais facilitador de atitudes discriminatórias, uma vez que as relações de vizinhança são mais próximas e a probabilidade de julgamento e dificuldade na aceitação é superior, tendo em conta níveis de literacia mais reduzidos sobre o assunto.

“Às vezes é bom, mas outras vezes é mau e trabalhando no meio rural muitas das funcionárias conhecem aqueles utentes e certos comportamentos ou certas atitudes parte-se logo para o julgamento, e aquilo é por maldade, aquilo é por desrespeito e é difícil.” (IS_03)

Por fim, a subcategoria *Aspetos físicos* agrega informação sobre aspetos relacionados com as mudanças biopsicossociais associadas à velhice com fortes implicações no âmbito da sexualidade e intimidade.

Os défices cognitivos, e os quadros demenciais associados a menor controlo inibitório proporcionam comportamentos desajustados a este nível. Na demência, a hipersexualidade deve ser encarada como uma manifestação clínica e não como uma opção nova e consciente do cliente.

“Depois a própria demência... imagine... acho que às vezes à comportamentos que com a demência não são controlados”. (IS_01)

“estão-nos a aparecer cada vez mais utentes mais autónomos fisicamente, mas mais dependentes a nível psicológico e aí já entra uma parte complicada, não é, que é a parte das demências que eu acho que vai ser um grande desafio também para o futuro, porque apesar de parecerem autónomos não são, porque a nível mental estão ali todos baralhados e isso é um grande desafio para as instituições e também para essa temática.” (IS_09)

A dificuldade das técnicas reconhecerem as necessidades dos clientes, devido aos elevados níveis de dependência cognitiva e física que dificultam a comunicação verbal, é também identificado como aspeto condicionante.

“Eu já tenho muitos idosos muito dependentes, acamados e que eu não vejo que haja essa necessidade até, porque já não falam e não são capazes de exprimir.” (IS_08)

“É como lhe digo, eu vejo mais isso quando eu tive casal e esse abraçar, esse beijar na boca, esse toque que possa existir... vejo essa necessidade nisso, nos restantes idosos eu não consigo aperceber tanto dessa necessidade, ou porque já estão com uma demência muito avançada ou uma dependência... já não noto que tenham essa necessidade.” (IS_12)

Também as mudanças físicas têm impacto na sexualidade. As participantes identificam alterações que ocorrem e reconhecem que comprometem a sexualidade e intimidade. Efetivamente, ao longo do ciclo de vida existem alterações físicas e biológicas que alteram a resposta sexual e podem condicionar significativamente a vivência da sexualidade e da intimidade.

“Obviamente que a parte física do envelhecimento a nível do organismo afeta, porque o corpo realmente não responde, mas a intimidade, e o desejo e a vontade vão permanecer até ao fim”. (IS_04)

“Em termos biológicos, portanto, a parte da lubrificação quer dizer deixa de ter, a parte da ereção deixa de ser igual.” (IS_02)

Também os fármacos ou outros dispositivos necessários em contexto de patologias provocam perturbações diretas e indiretas na esfera sexual, o que pode resultar em limitações e dificuldades e afetar a sexualidade.

“os senhores que usam algália aquilo é um problema, há a necessidade constante de ir à casa de banho para ver como é que aquilo está, acabam por ter a parte urinária comprometida e depois acaba por também a parte sexual também estar.” (IS_03)

“eu dizia-lhes muitas vezes que o simples facto de muitas vezes o saco coletor de urina ficar dobrado e isso levar a uma retenção urinária isso é prejudicar a intimidade daquela pessoa.” (IS_03)

2. *Aspetos que potenciam a vivência da sexualidade*

Nesta categoria encontram-se os principais aspetos/condições que promovem um contexto favorável para a manifestação da sexualidade e intimidade. Assim, esta categoria

integra três subcategorias: (1) *Aspetos pessoais*; (2) *Aspetos técnicos e profissionais* e (3) *Aspetos institucionais*.

No que diz respeito a *Aspetos pessoais*, as entrevistadas relatam sobretudo a adaptação que é necessária ao longo do ciclo de vida, isto é, a capacidade e resiliência para se adaptar perante as alterações que se manifestam sem que estas anulem a expressão e vivência da sexualidade.

“eu acho que se vai adaptando, que é uma questão de... de adaptação, não... não há nenhum término, não é, não se termina na velhice. Eu acho que é mesmo uma questão de adaptação, o corpo vai-se adaptando, tanto psíquico como físico, não é, vai tudo... é uma questão de adaptação.” (IS_01)

Assim, compreende-se que casais que relatam menor satisfação sexual ao longo da sua vida adulta acabem vivenciar um término da vida sexual mais precoce na velhice. O contrário pode acontecer com as pessoas que relatam viver experiências sexuais positivas nesta fase das suas vidas, face à sua capacidade de adaptação ao longo do ciclo de vida.

Também os *Aspetos técnicos e profissionais* podem desempenhar uma ação positiva a este nível. As participantes destacam a importância da formação no tema, a multidisciplinidade das equipas, e algumas das medidas que efetivamente são implementadas. Neste sentido, equipas mais jovens e com formação na temática apresentam maior sensibilidade, respeito e compreensão na abordagem quer com os clientes, quer com os colaboradores.

“Felizmente vamos tendo cada vez mais profissionais jovens que acabam por ter outro tipo de visão, e que encaram as coisas com muita normalidade, ou seja, acabam por respeitar por até não deixar de ser abusivo, mas até permitir ir até certo ponto, deixar falar sobre aquilo e entender aquilo uma necessidade, e depois, lá está, sentindo que somos ouvidos e que somos apoiados acaba por todo o processo depois ser mais fácil.” (IS_03)

“Pronto, também estou a falar de trabalhadoras muito jovens, pronto, e que já têm digamos uma visão mais aberta para esta questão, e não nos é chocante... que eu possa dizer... podemos comentar alguma coisa, mas sempre no sigilo e de uma forma que não seja discriminar ou portar mal, não, é uma necessidade.” (IS_08)

A multidisciplinidade das equipas pode potenciar uma intervenção holística e diferenciada, assente numa abordagem mais especializada.

“a única coisa que pode ajudar é um bocadinho a equipa multidisciplinar que existe” (IS_02)

Consequentemente, maiores níveis de formação e literacia neste âmbito aumenta o potencial de intervenção das técnicas, desenvolvendo estratégias mais ajustadas,

nomeadamente o diálogo com os clientes e a resolução de problemas que condicionam a satisfação destas necessidades.

“Como Diretora Técnica alertei para essas questões de segurança, de saúde, de respeito, mas sempre... nunca dei a minha opinião se deveria ou não o fazer. Apenas alertava para as questões de segurança e quem eram os companheiros, de modo que a pessoa tivesse segura.” (IS_05)

Se as características institucionais condicionam significativamente a vivência da sexualidade, também encerram um enorme potencial em termos de potenciar esta dimensão da vida das pessoas mais velhas em ERPI. As participantes evidenciam as adequações ambientais como essenciais, assim como o respeito pela autonomia dos clientes, nomeadamente nos momentos de maior exposição da sua intimidade e sexualidade.

“nós respeitamos sempre ou pelo menos trabalhamos para que isso seja respeitado a vontade dos utentes.” (IS_06)

“Supomos, se elas forem a um quarto durante a noite fazer uma higiene ou posicionar, ou levar a ceia, e verificarem algum utente que se está a autossatisfazer, elas não vão dizer “pare lá que está na hora de trocar isto” (IS_06)

“Eu penso que... (pausa) essa parte nós damos sempre muita privacidade a nível de quartos, pronto, cada quarto... (pausa) se for casal estão juntos e é fechado, e tem casa de banho privativa qualquer quarto. Não... (pausa) não há limitações se caso aconteça algum... alguma parte mais íntima ou assim, porque temos esse respeito.” (IS_08)

3. Diferenças de género

A categoria *Diferenças de género* integra um conjunto de informações relativas à especificidade da sexualidade e intimidade no género masculino e feminino.

Salienta-se, claramente, duas posições distintas na forma como os clientes se manifestam, visto que existem mudanças distintas na resposta sexual associadas ao envelhecimento. Se por um lado, os homens demonstram maior necessidade do toque, da autossatisfação e de conversarem sobre o assunto; as mulheres apresentam maior repúdio, expressando maior necessidade de carinho, afeto e desejo.

“Não é necessariamente o toque, mas acho que as mulheres são mais púdicas nesse sentido, mas acho que há realmente aqui uma diferença... de sexos em relação a este tema. Eu noto uma diferença muito grande entre as mulheres e entre os homens. O homem precisa realmente do toque, a mulher nem tanto, contudo a mulher precisa de se sentir mais desejada em termos de conversa, em termos de... (pausa) que a gente expresse que ela está bonita... que está... e um homem nem tanto... nem tanto.” (IS_02)

“Muitas vezes, e eu sinto mais até relacionado com a parte... com o género feminino... das mulheres e das senhoras não se sentirem à vontade de conversar nem ser um motivo de conversação da parte delas, no lado masculino, não, é assim, a abordagem acho que já é outra.” (IS_10)

4. Manifestações da sexualidade

A categoria integra um conjunto de informações acerca dos comportamentos sexuais e de intimidade dos clientes. Neste sentido, é constituída por três subcategorias: (1) *Manifestações afetivas*; (2) *Manifestações físicas* e (3) *Manifestações verbais*.

Relativamente às *Manifestações afetivas*, estas envolvem a troca de carinho, romance, atenção, companheirismo, cuidados pessoais, entre outras. Muitas das vezes, o bem-estar e a manutenção da qualidade de vida e da sexualidade e intimidade na velhice relacionam-se com estratégias de regulação de emoções.

“mas há o afeto, há o carinho, não é, eu acho que eles experienciam da mesma forma, e são seres até um bocadinho mais... imagine, às vezes sentem-se um bocadinho mais vulneráveis, precisam de mais carinho, mais atenção”. (IS_01)

“Neste momento, também temos um casal, que é mais ou menos jovem, estamos a falar de 60 e poucos anos, que são namoraditos que são envergonhados...hã... e que eu própria os incentivo a ir para o quarto, e eu sei que eles não vão ter uma relação sexual, mas vão estar a namorar”. (IS_03)

As *Manifestações físicas* são todas as que envolvem contacto pessoal ou com terceiros, observando-se uma dicotomia entre homens e mulheres. O género masculino evidencia maior número de manifestações.

“eu tenho um idoso que precisa... precisa muito de nos tocar em nós, mulheres, e de estar próximo para se estar a sentir bem, e já tivemos situações em que ele simplesmente só de olhar para nós começa a... (pausa) começa a ter ejaculação, começa a masturbar-se.” (IS_02)

“essa idosa ia descansar, e ela dividia o quarto com mais uma senhora, mas essa senhora não fazia o descanso, e, portanto, aquela hora ela estava sozinha no quarto, e então havia um dia da semana... havia todos os dias da semana... as funcionárias andam pelos setores e começaram a reparar que ela deixava a cueca. Após o almoço deixava a cueca à porta do quarto, no chão simplesmente. Pronto, e o que é que ela fazia? Ela mal chegava, no fundo era um sinal de alerta, ela chegava pousava a cueca à entrada do quarto, da parte de fora, e fechava a porta, e dentro do quarto estava a masturbar-se.” (IS_02)

“nós temos um senhor invisual que ele tem agora 84 acho eu, que se masturba, não é, e como é invisual não se apercebe que a porta está aberta e que quem passa ali vê o que se está a passar... hã... e fazia, ou seja, ao ejacular faz para dentro de uma meia... hã... e, pronto, quando eu estava

a trabalhar no internado que foi na altura do início da pandemia que nós ficamos a trabalhar lá dentro, ele tinha esta prática diariamente” (IS_03)

“Um caso concreto, um utente nosso que faleceu, ele era encontrado muitas vezes em vários períodos do dia, tivesse no quarto ou até de manhã que ele acordava cedo era o primeiro a ir para o salão, em pleno salão/sofá ele achava que estava sozinho a ter atos de satisfação pessoal... (pausa), e pronto era o momento dele e era a intimidade dele.” (IS_04)

Por fim, a subcategoria *Manifestações verbais* envolve todo o tipo de expressões verbais da sexualidade. Identifica-se, sobretudo, a expressão de sentimentos, vontades, desejos e experiências. Evidentemente, denota-se uma forte necessidade de as pessoas se poderem exprimir e relatarem as dúvidas e anseios relativamente a esta temática, ou até mesmo, desejos e atitudes que promovam sentimentos de bem-estar.

“A senhora teve uma conversa connosco, técnicas, que disse que era o momento de felicidade dela do dia” (IS_02)

Mais uma vez os homens ao revelarem, na perspetiva das participantes, maior necessidade de verbalizar os seus desejos e manifestarem menor pudor na abordagem destes assuntos.

“Neste momento o que acontece, é que temos pessoas muito mais velhas, seja na instituição seja na outra valência, e sobretudo os senhores têm maior necessidade e eles próprios acabam por falar sobre isso, de dizer que queriam, ou de dizer inclusivamente que se masturbam e que têm essa necessidade e que acabam por se entusiasmar com a presença de certas funcionárias, e são muitos específicos e em certos momentos.” (IS_03)

5. Reações à vivência e expressão da sexualidade

A categoria agrega as reações de diferentes intervenientes relativamente à expressão e vivência da sexualidade dos mais velhos, organizam-se em três subcategorias: (1) *Reações dos clientes*; (2) *Reações dos colaboradores* e (3) *Reações das técnicas superiores*.

A subcategoria *Reações dos clientes* refere-se aos comportamentos dos clientes face à sua própria sexualidade, identificando-se uma dicotomia. Por um lado, existe facilidade em abordar esta temática com os clientes, inclusive os que já se encontram viúvos.

“Mas até chega a esse ponto, do próprio utente lidar isso... lidar com naturalidade” (IS_03)

“Olhe eu posso-lhe dizer que eu tive uma pessoa que efetivamente punha em prática a sua sexualidade...(pausa)... e que está no meu estudo, e que procurava pessoas nesse sentido. Tenho experiências de pessoas que apesar de estarem viúvos ou viúvas, falavam-me da sexualidade de

um modo muito aberto, independentemente da idade, não há tabu, ao contrário daquilo que se pensa, não há tabu.” (IS_05)

Mas em contrapartida, existem ainda muitos episódios em que os clientes se sentem desconfortáveis e incomodados, revelando dificuldade em conseguir abordar esta temática. São evidenciados comportamentos pautados por hostilidade e por vezes até agressividade dirigido ao próprio e/ou aos pares.

“recordo-me de uma das colegas ter vindo partilhar comigo que lhe estava a fazer a higiene parcial e notou que ele tinha uma ereção, mas não é aquela ereção total, pronto, era ali notava-se que, mas o próprio senhor ficou incomodado porque não conseguia ter uma ereção dita normal” (IS_03)

“Ora bem a maior parte se condicionava quando não têm, e têm ainda vontades e, normalmente, tornam-se mais agressivos.” (IS_07)

“Muitas sabiam, outras não sabiam, mas era uma prática que existia e que continua a existir ali dentro, só não existe porque não é permitido, e depois o que é que existe mais é uma parte daí... de uma agressividade quando uma má disposição ou de uma... no fundo é algo que querem completar, porque ainda sentem necessidade e lhe está a ser retirada, não é?” (IS_07)

Também os colaboradores, como agentes diretos nos cuidados, evidenciam, na perspetiva das participantes, comportamentos face à vivência ou expressão da sexualidade das pessoas mais velhas em ERPI. São identificadas reações distintas, sendo maioritariamente pejorativas e de caráter depreciativo.

“As funcionárias quando repararam nesta situação, além de lhe chamar porca diretamente à senhora, não conseguiram lidar com esta situação achando que isto era uma... extremamente ofensivo” (IS_02)

“estou a recordar de uma senhora que me contava que, porque ela foi para lá muito jovem e ainda tinha a menstruação, e quando ela tinha a menstruação a própria equipa “olha hoje o Benfica está a jogar em casa”, ou seja, toda a gente da instituição ficava a saber que a senhora estava com o período.” (IS_03)

“Prontos, foi uma situação... uma, ou... já houve várias que... em que o senhor pronto, quando... (pausa), aquele senhor que eu falei inicialmente da demência frontotemporal ficava muito desinibido, e que dizia...ele tem algumas passagens... “carago, tu queres é levar no cu, ou queres que te vá fazer não sei o quê”, e elas diziam “Sr. não sei quantos, tem algum jeito dizer essas coisas, olhe que eu sou uma mulher casada, qualquer dia vem cá o meu marido”, e o senhor depois dizia-me “mas eu não disse nada disse” (risos), e se calhar aqui não alimentar era o ideal.” (IS_06)

As participantes consideram que a maior experiência de trabalho neste contexto pode ajudar ao desenvolvimento de reações mais positivas, muitas vezes decorrentes de um processo de habituação.

“É assim, eu acho que as pessoas cada vez mais, estamos a falar de... de pessoas que já trabalham aqui há muitos anos...a instituição já tem muitos anos, que já trabalham aqui há muito tempo, e eu acho que com a experiência de trabalho se vai normalizando.” (IS_01)

“Eu acho que as pessoas profissionais vêm como... (pausa), ou pelo menos os com que eu trabalho vêm como uma coisa importante a questão da sexualidade e da intimidade, sobretudo vêm com uma questão importante” (IS_10)

Na subcategoria *Reações das técnicas superiores* são identificadas reações das técnicas superiores às manifestações sexuais dos clientes. Maioritariamente, evidencia-se desconforto e incómodo em grande medida decorrentes de formação insuficiente neste domínio.

“O facto de estar sentada à beira de um idoso e ele precisar de me tocar, e eu percebo o tocar é simplesmente passar-me a mão, fazer esta festinha (faz o gesto com a mão), só isto, ou passar-me a mão no rosto, não é, e precisar disto, ou de um beijinho para se sentir mais... esta parte já mexe um bocadinho connosco, porque percebemos que à ali uma intenção.” (IS_02)

“Tive estas situações mais complicadas que é aquela parte que eu lido menos bem, que é a necessidade que eles têm ainda em que nós demos uns beijinhos em que lhes toquemos” (IS_02)

“Nós é normal, acontece um apalpaçoito de vês em quando que a gente não fica confortável, não vou dizer que não.” (IS_03)

Domínio - Prática gerontológica na sexualidade e intimidade em ERPI

O presente domínio reúne informação acerca da prática gerontológica adotada pelas participantes no contexto de ERPI, sendo que domínio engloba quatro categorias: (1) *Estratégias face às manifestações/expressões da sexualidade*; (2) *Desafios associados à sexualidade*; (3) *O que fazer* e (4) *Formação em Gerontologia e requisitos profissionais*.

1. Estratégias face às manifestações/expressões da sexualidade

Esta categoria engloba informação sobre estratégias/medidas efetivamente desenvolvidas pelas participantes perante as manifestações da sexualidade das pessoas mais velhas em ERPI, no sentido de normalizar as mesmas na perspetiva dos colaboradores/clientes, entre outros. A categoria é composta por quatro subcategorias: (1) *Adequação ambiental*; (2) *Educação, formação, sensibilização*; (3) *Intervenção especializada*; (4) *Mediação* e (5) *Normalização/desconstrução*.

A subcategoria *Adequação Ambiental* foca-se nas alterações ambientais (físicas) efetuadas, no sentido de criar condições à vivência e expressão sexual, destacando-se ações como: camas de casal, quarto individual, e espaços reservados.

“Óbvio que nós podemos falar isso e falamos em contextos de abertura ou até às vezes num local mais sossegado um bocadinho, que é o que eu faço às vezes quando querem falar sobre esse assunto ou outro qualquer, normalmente é sempre assim” (IS_07)

“é um espaço público em que estava um senhor num ato privado que encontrou ali um espaço para, mas claro, isto aqui é tudo trabalhado depois no sentido da sensibilização para não ser num espaço público para tentar num espaço mais privado.” (IS_10)

Neste sentido, importa realçar que já existe, efetivamente, um esforço para que as pessoas possam usufruir destes espaços e que os técnicos estão cada vez mais a criar condições para que as pessoas mais velhas possam ter momentos de maior privacidade, sem que tenham de inibir ou dissimular a expressão sexual.

Também a *Educação, formação, sensibilização* é essencial no sentido de sensibilizar clientes, colaboradores, familiares sobre a sexualidade, bem como formar/capacitar os recursos humanos das ERPI.

“nós tivemos que fazer um trabalho de sensibilização a estas funcionárias, porque primeiro era o momento em que a senhora se sentia capaz de o fazer, e eu acho que era por estar sozinha.” (IS_02)

“eu tenho temos imensos exemplos de situações de intimidade e sexualidade entre pessoas sejam sozinhas ou em casal em que temos que constantemente estar a explicar porque é que isto acontece e porque é que é normal acontecer.” (IS_02)

Especificamente, a realização de ações de formação revelou-se uma das principais estratégias para capacitar os recursos humanos.

“Eu costumo fazer mais reuniões/formação, ou seja, levo um tema para aquela reunião e acabamos por trabalhar e discutir o tema, vamos assim dizer.” (IS_03)

“ainda há pouco tempo fiz uma formação com a equipa sobre os direitos dos residentes e falava-lhes da questão da violência sexual.” (IS_03)

Na subcategoria *Intervenção especializada* integra informação sobre intervenção realizada diretamente juntos dos clientes ou encaminhamento para profissionais especializados (médicos, psicólogos) no sentido de apoiar a vivência/expressão da sexualidade.

“Claro que nós quando vemos algo assim, claro que transmitimos logo ao diretor, porque ele é psicólogo, antes de ser diretor foi psicólogo e quando ele entrou lá e sempre que eu via algumas das situações era para ele que eu encaminhava, óbvio que sim, nunca poderia falar, na altura ele era psicólogo sim fazia isso.” (IS_07)

“Tivemos uma situação há pouco de um senhor que se queixava, relativamente a já não sentir capacidade para, e, pronto, e nós articulamos com médico de família, tem a ver com um bocadinho com esta... com esta orientação para..., não é, de sentir que efetivamente já não estava com capacidade neste âmbito sexual de fazer... de ter desempenho sexual, e, pronto, aí foi a articulação com médico de família.” (IS_10)

Uma outra estratégia que integra a prática gerontológica das participantes é a *Mediação*. Ou seja, as participantes procuram mediar a abordagem desta temática e dos comportamentos associados entre diferentes interlocutores, nomeadamente junto de colaboradores, familiares, superiores hierárquicos, no sentido criar condições para a vivência da sexualidade de forma positiva adaptativa em ERPI.

“quando eu tenho uma pessoa mais velha e é o caso que eu já relatei que procurava ter relações no exterior, essa pessoa já não está entre nós, alguns colaboradores não conseguiam perceber o porquê, porque é que essa pessoa procuraria e eu tive que intervir e explicar que ele tem todo o direito de o fazer e é uma experiência de vida que tem que estar a ser vivida até ao fim de vida, não tem... não é por ser mais velho que não tem que o fazer, pronto, e esse respeito nesta visão é importante ter.” (IS_05)

“É assim, a minha tentativa é sentido de poder proporcionar formas de as pessoas poderem aceder à sua sexualidade sem serem recriminadas por isso, ou seja, no caso específico deste casal que posso dar um exemplo é tentar arranjar formas de se primeiro sensibilizar os outros para que que é uma coisa natural, e depois conseguir proporcionar mesmo em termos de instituição momentos e espaços onde eles possam viver essa sexualidade em conjunto sem terem a recriminação dos outros, portanto, é um trabalho em duas frentes numa frente de chamada de atenção e sensibilização para a naturalidade desses comportamentos e noutra frente permitindo que essas pessoas também possam ter um espaço para elas sem que isso seja... (pausa) lhes seja retirado, ou seja, dar-lhes espaço para eles poderem sei lá ir para um quarto individual onde eles possam namorar à vontade como fazem os jovens mais novos e, portanto, é basicamente assim numa tentativa de sensibilização e numa tentativa de proporcionar o acesso à sexualidade deles da forma como eles entendam.” (IS_11)

As entrevistadas assumem uma posição de gestão de oportunidades e vontades dos clientes e, em contrapartida, para que as mesmas sejam asseguradas certificam-se que as restantes pessoas que compõe a equipa tenham uma atitude de maior validação e procuram desconstruir mitos e estereótipos, para evitar situações ou comportamentos desajustados que possam interferir com o bem-estar dos clientes.

Por último, a subcategoria *Normalização/desconstrução* foca-se em normalizar a vivência da sexualidade, as necessidades sexuais dos mais velhos em ERPI, assim como desconstruir mitos, estereótipos, preconceitos. O diálogo com os clientes parece ser o meio mais eficaz para desconstruir ideias pré-concebidas e, desta forma, facilitar o acesso e a vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI.

“Relativamente às outras questões, as outras pessoas que... relativamente à sexualidade... é à base do diálogo. É muito importante utilizar-mos a técnica da reminiscência, falar-mos sobre o passado, perceber-mos como as pessoas vivenciaram isto, como é que as pessoas experienciaram isto e apoiá-las no sentido de recordar os bons momentos, que esses têm de ser recordados, e tentar... (pausa)... não vou dizer os maus, mas minimizar e desconstruir, muitas vezes, as vivências negativas que elas tiveram, mas sim é base do diálogo, da comunicação, do afeto que nós transmitimos às pessoas mais velhas, e muitas vezes ao abraço.” (IS_05)

“Já tive mais ao longo dos anos quando entre casais acontecia isso, e aí quando, por exemplo, elas estão lá, mas elas estão a contar as histórias da vida delas com os maridos, e tudo ou quase toda a bagagem que eu tenho são de situações em que elas já entraram ali sozinhas, em que não querem nada com nenhum homem, não querem mais nem com nenhum dos idosos que está lá, e o que me tem tendência a abordar muito é sobre o passado, então o que é que nós fazemos? É tipo tentar muitas vezes desmistificar um pouco aquilo que para elas, e que elas achavam muitas vezes estranho, mas nunca tiveram coragem de o dizer, desde “ele ia por trás de mim” - agora não sei, mas já me disseram que – “era porque gostavam de homens”, e eu dizia “pode não ser”, porque era a forma de não engravidar, pronto, lá tento explicar isso de outras formas.” (IS_07)

2. Desafios associados à sexualidade

Esta categoria aborda os desafios e exigências identificados pelas participantes, integrando quatro subcategorias: (1) *Desafios familiares*; (2) *Desafios organizacionais*; (3) *Longevidade e* (4) *Normalização e aceitação*.

Os *Desafios familiares* identificados pelas participantes e que exigem intervenção gerontológica relacionam-se com a posição da família pautada pela negação ou recusa da sexualidade, assim como as exigências da mesma no “combate” a esta vivência. Os familiares fazem parte da esfera mais íntima da pessoa idosa e, por isso, desempenham um papel de grande relevância neste processo.

“Depois ainda há a parte das famílias, porque a própria família quando falamos de alguém viúvo a entrar e a ter determinado comportamento abusivo, porque até a auxiliar conhece a filha e num café falam que o pai passou a mão não sei quê, a família fica muito mais ofendida do que propriamente a instituição.” (IS_03)

Neste sentido, a família constitui muitas vezes um entrave à vivência da sexualidade dos mais velhos, existindo dificuldade em aceitar a autonomia dos pais para iniciarem novas relações

de intimidade. Frequentemente, os filhos censuram e condenam estas manifestações, não as compreendem como necessidade básica.

“Para a família este é um problema, e mostrar à própria família que ainda existe uma sexualidade uma intimidade, não é, essa intimidade, é esta busca de afeto que eu vejo” (IS_03)

Na mesma linha, as participantes identificam também *Desafios organizacionais* que se prendem com mudanças nos ambientes físicos e de funcionamento das ERPI. Em termos de ambientes físicos, o principal desafio é a dificuldade em conseguir espaços privados, visto que o design ambiental das ERPI é sobretudo focado em espaços comuns que servem para a realização de múltiplas atividades. Além disso, a maioria dos quartos são partilhados e com camas individuais, o que se torna um entrave para os casais que dormiam juntos até ao momento da admissão numa ERPI.

“Isto para mim é o principal desafio dentro da minha instituição, é não haver camas de casal, é não haver quartos preparados para o casal, não é, porque é que eu consigo dormir com a minha esposa e com o meu marido enquanto estou... enquanto estou em casa, e porque é que eu tendo que ir para uma instituição eu tenho que estar separado, porque é que as camas têm que ser de solteiro, porque é que as camas têm que ser singulares?” (IS_02)

Num outro prisma, a estrutura organizacional, nomeadamente a direção, assume um papel crucial na mudança de diretrizes e normas de funcionamento que constituam fatores de inibição à expressão e vivência da sexualidade.

“instituição vai ter que haver abertura e estarem preparados para que possa acontecer, não é. Acho que é um bocadinho abertura se calhar algumas situações mais conservadoras poderá ser mais complicado, não é, é difícil, é a mudança, a mudança é difícil para toda a gente, as mudanças, os pensamentos, mente aberta mas é mesmo a abertura por parte de quem dirige estar preparado para este tipo de situações, não é, as instituições vão ter que no futuro dar assim, não é, acho eu, uma reviravolta em todos os aspetos é esse é um dos que tem que se estar preparado para o que possa vir” (IS_09)

Por outro lado, a capacitação dos recursos humanos é mais um dos desafios, sobretudo no trabalho direto dos colaboradores com os clientes. Na ótica das participantes é “um trabalho muito longo” que é necessário realizar, uma vez que existe escassez de informação e reconhecimento da importância desta temática na população mais velha. Acima de tudo, sublinham a necessidade de informar, sensibilizar e desmistificar.

“se estivermos a falar em quem não tem tanta formação, em quem não está tão sensível para estas questões temos um trabalho muito longo, temos um terreno um bocadinho para desbravar, porque... é um bocadinho difícil lá está... aquela parte cultural, de se fazer entender a uma funcionária” (IS_02)

“É um bocadinho difícil tentar mostrar isto às funcionárias, às auxiliares, um bocadinho difícil às vezes este trabalho com elas, porque elas não conseguem entender isso.” (IS_07)

O desafio da *Longevidade* integra aspetos como o aumento da heterogeneidade das pessoas mais velhas, maior número de anos de vida vividos em ERPI, maiores limitações físicas e/ou cognitivas, o que preocupa cada vez mais as entrevistadas.

“atenção com a esperança média de vida a aumentar, nós vamos ter cada vez mais exemplos de situações em que quem nos chega não está limitado fisicamente ou se estiver ainda tenho outra capacidade, não é. Portanto, a sexualidade vai existir cada vez mais.” (IS_02)

“estão-nos a aparecer cada vez mais utentes mais autónomos fisicamente, mas mais dependentes a nível psicológico e aí já entra uma parte complicada, não é, que é a parte das demências que eu acho que vai ser um grande desafio também para o futuro, porque apesar de parecerem autónomos não são, porque a nível mental estão ali todos baralhados e isso é um grande desafio para as instituições e também para essa temática.” (IS_09)

Além do anteriormente relatado, é de extrema importância tomarmos atenção a estas mudanças geracionais, realçando a necessidade de investir, também, na sensibilização das próprias pessoas para o seu envelhecimento. Assombrados pelo desafio que é a velhice, a sociedade em geral, e cada pessoa em particular, deverá compreender que está a envelhecer diariamente e, por isso, tomarmos conhecimento de nós próprios e de como queremos envelhecer, favorece as nossas escolhas, comportamentos, e vivências presentes e futuras.

“é preciso realmente prepararmos toda a gente para o envelhecimento, para que as pessoas não se deparem com o seu próprio envelhecimento de uma hora para outra, e não saibam lidar com ele. Isso deve acontecer desde cedo, desde pequenos, e, portanto, esta questão da sexualidade na... numa idade mais avançada, também tem que ser... tem que ser, tem que ser falado. Toda a forma de envelhecimento acompanha a vida da pessoa e a preparação para o envelhecimento e todas as facetas do envelhecimento devem ser encaradas com naturalidade, e nós não acordamos velhos de um dia para o outro, não é, “olha hoje de manhã tenho 66 anos reformei-me ontem, ou fiquei reformado ontem e hoje de manhã acordo com 66 e sou idoso, e agora porque sou idoso estou velho, e porque estou velho demais já não posso ter prazer, nem sentir prazer com nada tenho que entrar num *mood* de tristeza”, não, não é... não. Não é assim e cada vez menos, porque a pessoa mais velha que temos na instituição tem 99, portanto, são muitos anos ainda pela frente.” (IS_04)

O último desafio - *Normalização e aceitação*, assenta na aceitação da sexualidade como mais uma dimensão da vida na velhice. Acima de tudo, importa desmistificar preconceitos e estereótipos quer nas instituições quer na sociedade em geral, como forma de potenciar a vivência plena.

“O mais importante neste tema é mesmo desmistificar este assunto, tentar normalizar” (IS_01)

“O primeiro e o mais difícil de todos é mostrar que é normal” (IS_03)

3. O que fazer

A presente categoria expressa a perspectiva das participantes quanto à ação futura para que a vivência da sexualidade e da intimidade de pessoas mais velhas a viver em ERPI seja plena e normalizada. Desta forma, integra as seguintes subcategorias: (1) *Alterações ambientais*; (2) *Ativismo, comunicação e combate ao preconceito*; (3) *Capacitação dos Recursos Humanos*; (4) *Mudanças nas políticas e gestão institucional*; e (5) *Recursos especializados*.

A subcategoria *Alterações ambientais* diz respeito a todas as intervenções no ambiente físico da ERPI que possam contribuir para eliminar a falta de privacidade e o estabelecimento de espaços que contribuam para que as pessoas tenham mais liberdade na vivência e expressão da sexualidade e da intimidade. Globalmente, as entrevistadas apontam a necessidade e urgência em providenciar espaços privados, de modo a respeitar a individualidade dos clientes.

“(...) claro que vivendo numa comunidade... como é uma instituição, temos aqui que respeitar aquilo que é a visão de cada um e se calhar criar mesmo espaços próprios para o amor vamos assim dizer.” (IS_03)

Além disso, os quartos são dos principais obstáculos à privacidade das pessoas que residem em ERPI, nomeadamente porque a sua maioria são quartos partilhados, com pessoas, maioritariamente, desconhecidas. Em situações de integração de um casal, as entrevistadas ressaltam a ausência de camas de casal.

“nós temos que ter camas preparadas para um casal” (IS_02)

O desenvolvimento de ações orientadas para o *Ativismo, comunicação e combate ao preconceito* é considerado pelas participantes como prioritário, inscrevendo este assunto na agenda social e institucional.

“temos que mudar mentalidades e acredito muito que seja a nossa geração de estudantes mais sensibilizados na área que vamos mudar um bocadinho este contexto.” (IS_01)

“nós não conseguimos de hoje para amanhã mudar mentalidades, de todo, mas se calhar aos pouquinhos conseguimos fazer ouvir, e fazer entender que estamos sensibilizados para esta área e em conjunto com... com... com... com... equipas multidisciplinares, estou aqui a falar de médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos... acho que todos nós podemos fazer um trabalho incrível, e fazer ver que existe falar-se mais sobre o tema, que é para quem lida com ele no dia a dia, seja funcionárias, seja... seja em casa, seja em nossa casa com os nossos avós, se isto acontecer... a... que faz parte, que faz parte simplesmente.” (IS_02)

Institucionalmente, há também um longo caminho a percorrer, uma vez que existem vários interlocutores na intervenção, nomeadamente, a administração/direção, os colaboradores, as famílias e as pessoas mais velhas, que na generalidade, necessitam de maior consciencialização para o assunto.

“O primeiro trabalho é mesmo elucidar as pessoas acerca do que é a sexualidade, depois fazê-las ver que é uma coisa normal, não é, no geral é elucidar. Depois falar também das funcionárias e todo o leque de auxiliares que existe no Lar passar para a família, porque elas não estão lá, não é, eu costumo dizer que só vou a casa dormir depois passo lá a maior parte do meu tempo. Seguidamente com as famílias para eles perceberem que pode acontecer e se acontecer é normal, depois falar também com o próprio idoso, fazê-lo ver que a amizade, a relação interpessoal, demonstrações de carinho, demonstrações de atenção que é uma coisa normal também, ou seja, abrir caminhos... tentar abrir caminhos e tentar abrir um bocadinho a mentalidade das pessoas, principalmente, as que trabalham lá, porque há muitos idosos que infelizmente, não têm... a relação com a família que devia ter ou não tem... não liga tanto como se devia ligar, não é, e então, principalmente quem trabalha com eles e quem está com eles fazê-los entender e abrir mesmo... abrir mesmo um bocadinho as mentes no que toca a este tema da sexualidade no geral.” (IS_12)

Globalmente, na sociedade civil, os meios de comunicação assumem um papel importante na divulgação e sensibilização destas temáticas, através de histórias na primeira pessoa, como forma de quebrar mitos e preconceitos assentes na idade. Aproveitar, ainda, as plataformas digitais para disseminar informação e boas práticas, é outra das estratégias identificada. Além disso, é também identificada a necessidade de avançar no conhecimento científico neste domínio e na educação ao longo da vida de todas as gerações.

“Também fazer, por exemplo, sessões de esclarecimento, comunicação social, nos programas da manhã que toda a gente vê ou quando está de férias ou até as pessoas que já estão reformadas e tudo o mais, os programas da manhã têm sempre alguma visibilidade... serem abordados estes temas, fazer uma reportagem no Jornal das 8 ou da uma também sobre este... sobre a questão da sexualidade e da intimidade na pessoa idosa ou na terceira idade...criar fóruns, debates em que sejam ouvidos as pessoas que estão a trabalhar na área, as próprias pessoas... dar voz aos próprios...às próprias pessoas mais velhas, criar fóruns, focus groups em que metemos lá um grupo de idosos e ver “o que é que vocês acham sobre isto?”... dali tirar algumas ideias e falar sobre elas, debatê-las. Acho que seria por aí... (pausa)... fazer um podcast no Spotify, no Youtube, no Instagram como a página da S ou assim algo do género fazer... (pausa), aproveitar as ferramentas que nós temos.” (IS_06)

“eu acho que a sociedade tem mesmo proporcionar informação, mais informação sobre o tema, porque a sexualidade e a intimidade nós vemos estudos que existem e não há muita coisa, há muito poucos em Portugal sobre isto, e, portanto, como há muito pouco sobre Portugal sobre isto significa que isto não é estudado, não é um investimento e eu penso que nós temos ao nível da sociedade, e já falo aqui no âmbito do Estado, começar a desmistificar um pouco a sexualidade na velhice. Acho que a disciplina de sexualidade na escola, há já alguns temas que abordam, e isso é muito importante e eu penso que é mesmo muito importante os mais novos terem

conhecimento da sexualidade não só na juventude, na adolescência, no jovem adulto, no adulto, mas também estudarem a própria sexualidade na velhice, e acho que isto também já vai partir da educação.” (IS_05)

Em paralelo, as participantes identificam como estruturante a *Capacitação dos Recursos Humanos* das ERPI através da formação inicial e contínua. Efetivamente, o papel que os colaboradores assumem na abordagem desta temática é crucial para uma vivência plena. Assente numa perspetiva holística, esta capacitação deveria estender-se a todos os agentes que trabalham com esta população, quer na área da saúde que na área social.

“Acho que implica muita desenvolvimento pessoal por parte das pessoas que trabalham nestas instituições” (IS_03)

“Essa é uma questão que tem de ser muito trabalhada com os colaboradores, não é muito trabalhada, não é muito trabalhada sinceramente, não vejo muitas vezes colaboradores preparados para lidar com estas questões. Eu acho que a sexualidade deveria ser trabalhada já em cursos, deveriam haver mais formação na área para os colaboradores, efetivamente, por vezes as pessoas acabam por não valorizar tanto, esquecerem-se dessa parte, e eu penso que sim a formação será muito importante para os profissionais de saúde, e digo em instituições digo em Hospitais, em todo... em todas as instituições que lidam com pessoas mais velhas, independentemente sejam sociais ou de saúde, mas eu penso que a questão da sexualidade e da intimidade não está muito trabalhada nos profissionais de saúde” (IS_05)

As *Mudanças nas políticas e gestão institucional* são também estruturantes, na perspetiva das entrevistadas, nomeadamente ao nível das direções/presidentes. Considerando o poder na definição do modelo de gestão da ERPI, é fundamental sensibilizar os responsáveis institucionais no sentido de criarem as condições para implementar as mudanças necessárias.

“e muitas vezes, parece que são um bocadinho patinhos feios por viverem esta situação da sexualidade e da intimidade como um jovem, não é, e então nós só precisávamos era de mais abertura, de mais de mais capacidade institucional para nós fazermos isso” (IS_02)

Para as entrevistadas, a política organizacional deve contemplar novas diretrizes, nomeadamente, no momento de integração, nas políticas de recrutamento de recursos humanos, na alocação de recursos e na autonomia na tomada de decisão por parte dos mais velhos.

“Acho que, essencialmente, era a formação, adaptação das medidas quer de inscrição quer de admissão dos utentes e da ficha de avaliação diagnóstica, e na capacitação dos colaboradores e dos técnicos, e até mesmo dos órgãos sociais das instituições, e mesmo também quem está na arquitetura e no desenvolvimento dos projetos das Estruturas Residenciais e Centros de Dia, também haver uma capacitação nesse sentido, porque... já para quando os desenhos forem feitos os novos projetos de instituições e tudo, contemplarem um quarto do amor ou um quarto à parte

que seja destinado para essas funções, os quartos à partida subentende-se que sendo casal terá ali as devidas condições, mas, por exemplo, nas outras respostas e nas instituições terem espaços destinados.” (IS_06)

A implementação das transformações necessárias neste domínio implica a existência de *Recursos especializados* com conhecimentos e competências específicas neste domínio, reforçando a capacidade de intervenção das equipas multidisciplinares orientadas para uma prática gerontológica baseada na evidência e de caráter personalizado.

“deverá também depois ser trabalhado até com as próprias equipas técnicas, com acompanhamento psicológico, se calhar até com os próprios médicos de urologia, ginecologia, também os... também a própria saúde está preparada para abordar as questões da sexualidade na terceira idade, e não é por nós estarmos... termos mais de 65/80 anos que os nossos órgãos sexuais vão estar inoperacionais, tem de haver soluções, que alternativas é que há, e criar com o apoio da equipa técnica... há... verificar e explorar se calhar nas fichas de avaliação diagnóstico, explorar também a sexualidade, que interesses que práticas é que tem, se a pessoa ainda tem uma vida sexual ativa ou não. Depois, após as integrações e tudo, se verificarmos que a sexualidade é uma parte importante e intimidade na vida do utente, e que ele realmente não está a ter condições físicas para o fazer, tentar ver que alternativas é que há ao nível da saúde que possam permitir aquele ou elas consigam ter... tirar prazer, e proveito das necessidades que têm sem ter que as deixar de praticar” (IS_06)

4. Formação em Gerontologia e requisitos profissionais

A relevância da formação em gerontologia e o domínio de requisitos profissionais é uma categoria que aborda a importância de os profissionais serem capacitados para a intervenção junto de pessoas mais velhas, nomeadamente enquanto gerontólogos.

“No que me toca a mim, como Gerontóloga tento abrir um bocadinho a mentalidade não só das funcionárias e dos familiares, mas também deles e fazê-los perceber que isso é normal e que só lhes traz benefícios, pois melhoram muito mais o padrão de sono, porque vão para a cama depois de desabafarem com outra pessoa, melhoram mais... o estarem mais ativos nas atividades porque um acaba por participar e outro que não participava tanto afinal até vão os dois, primeiramente só assiste e depois já participam mais por influência do outro, e é nesse sentido que eu tento trabalhar.” (IS_12)

As participantes consideram que os gerontólogos têm uma formação totalmente focada no processo de envelhecimento, com uma visão holística, o que permite atender não só às necessidades das pessoas mais velhas, mas também às suas potencialidades. Nesse sentido, constituem-se como um profissional qualificado para atuar nos mais diversos contextos, e, assim, potenciar a vivência da intimidade e sexualidade das pessoas idosas.

“nós enquanto Gerontólogos, nós temos que desenvolver uma imagem positiva dos idosos” (IS_01)

“um Gerontólogo acaba por ter uma formação mais ampla, uma abertura mais concreta, uma orientação mais focada no processo de envelhecimento” (IS_03)

Neste sentido, as participantes identificam os principais requisitos profissionais relevantes para a prática gerontológica neste âmbito, nomeadamente o investimento na atualização da formação, o reforço da capacidade de escuta, aceitação e valorização das pessoas mais velhas, e competências de avaliação e intervenção específicas.

“naquela parte em que eu sei que um casal tem relações sexuais, em que um casal se encontra no jardim à noite porque... porque são autónomos, porque estão lúcidos e orientados e estão-se a gostar, eu lido muito bem e acho que isto deve acontecer e o nosso trabalho é sensibilizar quem não percebe que isto deve acontecer” (IS_02)

“Também ao nível da intimidade, é muito importante a privacidade, mantermos a privacidade da pessoa nos cuidados de higiene pessoal, na forma como mudámos uma fralda, na forma como a vestimos, na forma como a levámos à casa de banho e apoiarmos a limpar, a higienizar. Tudo isto são questões muito importantes na base do respeito, da transparência e do profissionalismo.” (IS_05)

“a sexualidade não é uma questão que tem de ser trabalhada uma vez e depois tem de ser esquecida, não, ela tem de ser trabalhada diariamente, porque é um tema muito sensível, quer para homens, quer para mulheres, portanto ele tem de ser trabalhado diariamente. Eu, diariamente trabalho com as pessoas neste sentido.” (IS_05)

“acho que faz falta um bocadinho, para nós técnicos, para os funcionários das instituições para depois nós podermos ser um exemplo no sentido de mudança de comportamento é preciso uma formação mais efetiva” (IS_11)

A vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI constitui uma dimensão incontornável da condição humana, com a qual os profissionais se confrontam diariamente, exigindo o domínio de conhecimento e competências especializadas alicerçadas nos avanços do conhecimento científico, consubstanciando uma prática gerontológica baseada na evidência.

Discussão de Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos, passaremos à análise e interpretação dos mesmos à luz do quadro conceptual e empírico de referência, de forma a evidenciar os seus significados e implicações.

A presente discussão assenta no objetivo de estudo proposto, ou seja, a compreensão da perspectiva das técnicas superiores que trabalham em ERPI sobre a sexualidade e intimidade de pessoas mais velhas a viver em ERPI. Face à dimensão representacional que esta temática exige, optamos por estudar o fenómeno numa perspectiva qualitativa, valorizando as experiências e perspectivas das técnicas superiores em ERPI acerca da intimidade e sexualidade na velhice, mantendo uma perspectiva de ciclo de vida.

A partir da análise de conteúdo permitiu observar que o fenómeno sob estudo se organiza em torno de um conjunto de domínios que dizem respeito a aspetos como enquadramento da sexualidade e da intimidade na velhice, conceção da sexualidade, vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI e prática gerontológica no domínio. Cada domínio integra um número variável de categorias e subcategorias, evidenciando a complexidade e diversidade subjacente a este fenómeno.

Neste sentido, a vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI implica a adaptação a um novo contexto, que acarreta princípios, normas e valores institucionais, o que resulta numa experiência extremamente desafiante para as pessoas mais velhas. Aliado a estes fatores, o nosso estudo demonstrou também que existem fatores a considerar, nomeadamente, culturais, institucionais, profissionais, sociorrelacionais e físicos, que condicionam, e por vezes até impedem, esta vivência. Se pensarmos em termos culturais, os entrevistados identificam que existe falta de diálogo para abordar esta temática nas ERPI, concentrando o foco da sua intervenção apenas nas necessidades básicas das pessoas mais velhas, uma vez que se debatem com paradigmas institucionais muito restritos. Contudo, a sexualidade na velhice é essencial para a pessoa idosa, uma vez que tem impacto muito significativo na qualidade de vida, bem-estar psicológico e saúde física, assim como na vida familiar e social (Silva, 2017). Apesar disso, como a sexualidade continua a ser perspectivada como tabu, perpetua-se o estereótipo das pessoas mais velhas são seres assexuados (Almeida & Lourenço, 2008), instigando a uma atitude pessimista e negação da mesma (Almeida & Lourenço, 2008). Neste sentido, os nossos resultados também evidenciam que as próprias pessoas mais velhas têm dificuldade em assumir a vivência da sexualidade e, frequentemente, assumem atitudes de rejeição relativamente às manifestações de sexualidade dos seus pares. Os nossos resultados evidenciam também o papel de aspetos culturais e sociais na vivência da sexualidade na velhice, em particular valores religiosos, particularmente da religião católica. Também se identificam acontecimentos de vida que se assumem como marcadores relevantes, nomeadamente o casamento que marca o início da atividade sexual na vida adulta, e a menopausa ou a viuvez, em particular no caso das mulheres, que marcam o fim da vida sexual. Também Maldonado (2006, citado por Lima, 2006), assume que a menopausa é experienciada de forma diferente por

cada mulher, mas para uma grande parte é sinónimo de envelhecimento, seguindo-se o término das experiências sexuais.

A família, especialmente os filhos, também emerge como fonte de restrição e constrangimento à vivência da sexualidade de pessoas mais velhas em ERPI. Os resultados reforçam o peso dos valores culturais e religiosos tradicionais mesmo a partir de figuras próximas que continuam a perspetivar a expressão sexual como inadequada na velhice ou até mesmo como manifestação de quadro clínicos como a demência. Estes resultados encontram-se em concordância com os trabalhos de Almeida e Lourenço (2008) que alertam para a manutenção de um padrão moral, ético e religioso alimentado por desconhecimento, preconceito e escassez de conhecimento sobre este aspeto do funcionamento humano na velhice. Também nos estudos de Villar, Celdrán, Fabé e Serrat (2014) identificam a família como fonte de restrições, pois tendem a manipular ou impedir a expressão das necessidades sexuais por parte dos seus familiares, gerando um ciclo vicioso, exercendo assim um controlo não só sobre a pessoa idosa, mas também com os profissionais de ERPI.

Os nossos resultados evidenciam de forma muito clara os desafios que este tipo de posicionamento das famílias coloca aos profissionais, obrigando-os antecipar e minimizar potenciais dificuldades e complexidades que possam surgir, enquanto procuram educar/sensibilizar as famílias e atuar como mediadores neste processo.

Para além das famílias, também o trabalho junto das equipas técnicas e direções das ERPI é uma das áreas de investimento das participantes no sentido de assegurar mudanças progressivas que permitam criar as melhores condições para a vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI. Neste sentido, estudos qualitativos e quantitativos prévios, existem dificuldades na abordagem da temática devido à resistência quer de familiares, quer de pessoas mais velhas, como dos profissionais e colaboradores, pois na maioria das vezes a negação à expressão sexual e a dificuldade no estabelecimento de um diálogo empático potencia a criação de um fosso na comunicação, contribuindo ainda mais para a invisibilidade da temática, e para o adensar das dificuldades encontradas na prática gerontológica (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014; Costa et al., 2016; Simpson, Wilson & Brown, 2018).

Um dos fatores mais evidenciado é a ausência de um parceiro, que inibe a continuação da vivência sexual (Lima, 2006). Efetivamente, os nossos resultados reforçam este dado, não só como um dos motivos para a integração em ERPI, mas também a falta de parceiro como um motivo para o término do curso normal da sexualidade e intimidade, desencadeando por parte das pessoas idosas viúvas uma desvalorização da possibilidade de novos relacionamentos. Novamente, o estereótipo das pessoas mais velhas são seres assexuados exerce uma profunda influência na negação da sexualidade, das manifestações amorosas e da infantilização da pessoa idosa, aumentando a dificuldade de estas expressarem a sua sexualidade e estabelecerem relacionamentos (Almeida & Lourenço, 2008). Tendo em conta que o envelhecimento é um processo heterogéneo, e a vivência da sexualidade é também ela diferente em todas as pessoas, não nos podemos esquecer que esta está altamente relacionada com a forma como foi vivida no passado, visto que é resultado de escolhas, experiências, contextos e

histórias de vida. Se atendermos à categoria *Vivências passadas da sexualidade*, é evidente esta heterogeneidade com vivências positivas e negativas, em particular no caso das mulheres. Sendo também evidente o modo como estas vivências passadas condicionam as vivências atuais ou a ausência delas. Nesse sentido, um aspeto que nos parece interessante realçar é a grande expressividade que as manifestações comportamentais, nomeadamente, a subcategoria *Manifestações Verbais* assume, pois, as participantes evidenciam a necessidade acentuada das pessoas mais velhas em expressar sentimentos, desejos e experiências, quer presentes quer passados. Neste contexto, os resultados obtidos evidenciam a relevância da qualidade relacional estabelecida entre as participantes e as pessoas mais velhas a viver na ERPI, pautada por confiança e comunicação aberta e franca. Parece-nos assim, que a este nível os nossos resultados diferenciam-se das evidências reunidas por Simpson, Wilson e Brown (2018), uma vez que identificaram a falta de comunicação entre as pessoas idosas e os técnicos contribui para a invisibilidade da temática, dificultando o desenvolvimento de relações de confiança e empatia, essenciais e que permitam que as pessoas mais velhas sintam maior liberdade e segurança para se exprimirem e comunicarem os seus interesses, necessidades e perspetivas neste domínio.

Além de todas as alterações que ocorrem ao longo do ciclo de vida e que já referimos anteriormente, o envelhecimento fisiológico também compromete a manifestação e comportamento sexual. Os entrevistados referem sobretudo que, cada vez mais parecem receber clientes com um grau elevado de dependência física e cognitiva, associado não só a doenças crónicas, mas também neurodegenerativas, nomeadamente, demência. Deste modo, o controlo inibitório é progressivamente menor, levando a comportamentos desajustados, o que representa um desafio acrescido para os profissionais. Na mesma linha de pensamento, Nunes (2018) refere que, dada a afetação do juízo e pensamento crítico, na demência podem surgir comportamentos inapropriados e perturbadores para quem cuida, face à hipersexualidade que se manifesta nas pessoas mais velhas. Além do mais, como enunciado acima, as doenças crónicas, doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças osteoarticulares, problemas de próstata, cirurgias mutiladoras e incontinência comprometem a realização de atividades de vida diária e tornam-se um embaraço à vida sexual, sendo estes também aspetos evidenciados nos nossos resultados, nomeadamente na categoria Condicionantes da sexualidade Paralelamente, os nossos resultados evidenciam as diferentes formas que as pessoas mais velhas encontram para manifestar a sua sexualidade, identificando-se diferenças em função género com os homens a evidenciarem maior necessidade de estabelecer contacto físico, nomeadamente o toque, sendo que a masturbação continua a estar muito presente como uma das principais manifestações da sexualidade em contexto de ERPI. Em contrapartida, as mulheres raramente evidenciam este tipo de manifestações e, quando o fazem, são mais discretas e reservadas. Estes resultados são similares aos obtidos por Monteiro, Humboldt e Leal (2018) e Celdrán, Fabé e Serrat (2014), em que os técnicos reconheceram diferenças de género nas pessoas mais velhas a viver em ERPI, assinalando que os homens têm maior dificuldade em aceitar disfunções

sexuais e necessitam de contacto físico para satisfazerem as suas necessidades sexuais, enquanto as mulheres revelam menos interesse em atividades sexuais.

Um dos aspetos que os resultados obtidos evidenciam é o reconhecimento da relevância da sexualidade e da intimidade para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais velhas a viver em ERPI. Tal como referem Carvalho e colaboradores (2019), apesar das perdas que se instalam, verifica-se também a existência de ganhos, nomeadamente sentimentos como a ternura, companheirismo e amor que se manifestam de forma mais evidente e, o desenvolvimento de uma vida sexual satisfatória e de qualidade através de uma atitude positiva face à sexualidade. Também Almeida e Lourenço (2008) afirmam que existe uma maior proximidade entre as pessoas, afinidades e semelhanças que contribuem para que o relacionamento amoroso se torne mais prazeroso.

Se atendermos a estudos prévios, existem evidências sobre a relevância do contexto organizacional, físico/arquitetónico e social, na forma como as pessoas mais velhas vivem e expressam a sua sexualidade (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Villar, Celdrán, Fabé & Serrat (2014). Também os nossos resultados evidenciam este aspeto na medida em que se verifica o claro reconhecimento por parte das participantes de aspetos limitadores, como inexistência de camas de quartos de casal, presença maioritária de quartos partilhados (duplos ou triplos), impossibilidade de receber nos quartos parceiros(as), escassez de espaços reservados. Mas não é apenas a dimensão física/arquitetónica que constitui uma barreira, também a dimensão organizacional, assente em políticas e práticas que não reconhecem esta dimensão da vida das pessoas mais velhas é claramente identificada como fonte de constrangimentos a este nível. Não existe um reconhecimento do direito à privacidade, à autodeterminação, à tomada de decisão individual acerca de como, quando e quem viver a sexualidade e a intimidade em ERPI. Estes aspetos são reforçados pelas práticas assumidas por muitos dos recursos humanos que, para além de não estarem preparados do ponto de vista técnico para lidar com esta dimensão do funcionamento dos clientes, não reconhecem aspetos basilares da vida em comunidade como o respeito pela privacidade e individualidade dos mais velhos. Provavelmente um dos resultados mais evidente do nosso estudo é a constatação de que as ERPI não se encontram projetadas para atender a estas necessidades das pessoas mais velhas, contribuindo para perpetuar a conceção assexuada das pessoas mais velhas. As políticas de organização e gestão das ERPI são muito resistentes às tentativas de mudança, mantendo posturas rígidas e intransigentes, expressa numa uma gestão pouco proativa no desenvolvimento de ações de formação e capacitação dos profissionais que reconhecem a importância da implementação de medidas e estratégias inovadoras, pois necessitam de ferramentas para assegurarem cuidados mais humanizados e lidarem melhor com os seus próprios receios, suposições e anseios em torno deste assunto (Pinho & Pereira, 2019; Silva et al., 2012; Simpson, Wilson & Brown, 2018).

Apesar destes constrangimentos, os nossos resultados evidenciam os esforços dos profissionais para orientarem a sua prática com estratégias que lhe permitam de alguma forma atenuar estas dificuldades e fomentar boas práticas junto dos clientes, nomeadamente a criação de oportunidades para que as pessoas mais velhas possam usufruir de maior privacidade através

da adequação de espaços privados, sensibilização e formação dos recursos humanos neste domínio, questionamento e sensibilização dos órgão de gestão institucional e trabalho continuado com a família.

Apesar dos esforços desenvolvidos, os nossos resultados evidenciam o reconhecimento da necessidade de uma mudança de paradigma em termos políticas públicas e organizacionais, que sustentam novas dinâmicas institucionais. Neste sentido, são identificadas uma diversidade de áreas de intervenção: ambientais, equipamentos técnicos, recursos humanos, ativismo. Também Schouten e colaboradores (2020) afirma que as instalações deveriam atender às necessidades dos clientes, e oferecer espaços que permitam a vivência plena da intimidade e sexualidade, nomeadamente espaços privados que permitam a atividade sexual ou, então estas respostas sociais fornecerem o acesso a profissionais do sexo. Mahieu e colaboradores (2016) evidenciam que a privacidade é um fator determinante a ter em conta nos equipamentos sociais, com políticas enquadradas por forma a garantir o direito à sexualidade.

Um outro resultado que nos parece relevante prende-se com a necessidade de formação/capacitação dos recursos humanos das ERPI, em particular os colaboradores sem formação superior. É enfatiza a relevância da educação, formação e sensibilização de todos os que fazem parte da esfera institucional e que têm um papel fundamental para que os mais velhos possam continuar a vivenciar a sexualidade e intimidade num contexto mais inclusivo. Uma das áreas mais evidenciada é a da comunicação, capacitar estes recursos humanos com competências de comunicação que sustentem relações de respeito, liberdade e expressão clara de necessidades, interesses, receios ou dúvidas entre as pessoas mais velhas e os colaboradores, evitando comportamentos recriminatórios, de reprovação ou juízos de valor negativos, à semelhança do que é identificado em outros estudos (Monteiro, Humboldt & Leal, 2018; Villar, Celdrán, Fabé & Serrat, 2014). Também Villar, Celdrán, Fabé e Serrat (2014) sugerem que na prática profissional seja contemplada a formação dos colaboradores, assente no aumento da literacia acerca desta temática, por forma a facilitar a comunicação e a discussão da mesma, e consequentemente melhorar a atitude que os colaboradores adotam. Um aspeto interessante é o reconhecimento de que os colaboradores com maior número de anos de experiência profissional adotam comportamentos de maior aceitação e mostram-se mais colaborantes neste domínio. Também facilitadores, os estudos quantitativos identificaram a idade e o número de anos de experiência profissional como estando relacionados com posturas mais recetivas, sendo que os colaboradores mais velhos são mais recetivos e construtivos, considerando que devem existir espaço para que as equipas multidisciplinares garantam cuidados holísticos e humanizados. (Mahieu et al., 2016; Doll, 2013; Bouman et al., 2017).

Parece-nos interessante destacar que as nossas participantes assumem uma visão, essencialmente, positiva e com uma atitude promissora acerca da temática, o que não se verifica em estudos prévios no domínio (Henry & McNab, 2003) Na mesma ótica, Senra (2013) refere que investigações no domínio identificam que coortes mais recentes assumem uma atitude mais positiva em relação à sexualidade.

Dessa forma, ainda que o caminho possa ser longo, é urgente mudar mentalidades, desde logo dotando as pessoas com literacia sexual ao longo do ciclo de vida, tendo o Estado Social um papel de agente ativo na concretização de medidas/políticas que assegurem maior informação, mas também soluções que possam, de alguma forma, minimizar potenciais riscos e desafios. Por sua vez, numa era digital como a que vivemos, as nossas entrevistadas parecem reconhecer que as plataformas e os meios de comunicação digitais podem ser um excelente veículo de disseminação de informação, visto que são cada vez mais utilizadas pelas todas as gerações.

Assim, na globalidade, parece-nos que os resultados obtidos permitiram compreender a vivência dos técnicos superiores em ERPI, no que concerne à sexualidade e intimidade das pessoas mais velhas, destacando-se claramente uma dimensão comportamental e experiencial deste processo. A sexualidade e a intimidade são domínios que essenciais ao longo do ciclo de vida, e que são modificáveis através de múltiplos fatores. Apesar disso, em ambiente institucional, e aliado aos mitos e estereótipos que continuem a perpetuar-se no nosso quotidiano, os técnicos superiores vêm-se confrontados com desafios que, muitas vezes, os transcendem. Contudo, demonstram resiliência e disponibilidade para os abordar, na tentativa de desenvolver uma prática gerontológica sustentada na evidência e orientada para promoção do bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais velhas que vivem em ERPI. Ressalva-se também que a experiência e formação profissional parecem ser fatores essenciais para a mudança de paradigma que se pretende, contudo são necessários maiores esforços quer da investigação, quer da prática profissional e da sociedade em geral, colocando na agenda científica, política e social esta temática de extrema importância não só para as pessoas mais velhas, mas também para as futuras gerações.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de investigação tem como objetivo compreender a experiência dos técnicos superiores em ERPI acerca da vivência da sexualidade e intimidade na velhice, sendo esta uma temática basilar e estruturante no desenvolvimento e funcionamento do ser humano. Com recurso a uma metodologia qualitativa, foi possível reunir evidências sobre o fenómeno em estudo.

Neste sentido, a análise de conteúdo das entrevistas evidenciou quatro domínios estruturantes: (1) *Pano de Fundo da Sexualidade*; (2) *Conceção da sexualidade e da intimidade em ERPI*; (3) *Vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI*; e (4) *Prática gerontológica na sexualidade e intimidade em ERPI*. Assente em cada um destes domínios, emergiram uma série de categorias e subcategorias que se foram destacando consoante a sua expressividade e proeminência, nomeadamente os mitos e estereótipos acerca da sexualidade na velhice, a identificação e análise de aspetos que condicionam a sexualidade das pessoas mais velhas em ERPI e as manifestações comportamentais das mesmas; os principais desafios e estratégias adotadas pelos técnicos na sua intervenção e algumas orientações pertinentes para a prática profissional tendo em conta a experiência prévia.

Efetivamente, apesar da complexidade da temática, as participantes demonstraram que a mesma é basilar na sua intervenção profissional e, dessa forma, partilharam as suas experiências e vivências com o intuito de compreender e aprofundar este tema. Devido ainda à reduzida investigação no domínio, e essencialmente assente no modelo biomédico, é essencial permitir a abordagem de outras temáticas que se constituem um desafio premente para a prática profissional no domínio da gerontologia social. Os resultados evidenciam a forte capacidade em reconhecer os condicionantes da vivência da sexualidade e da intimidade em ERPI, fruto dos múltiplos estereótipos e tabus que continuam a perpetuar-se na sociedade, e que nas ERPI, em particular, assumem contornos muito específicos. As participantes assumiram que a falta de privacidade e normas e diretrizes regidas dificultam o trabalho realizado, contudo, também os aspetos culturais, relacionais e biológicos parecem colocar desafios à intervenção. Apesar dos múltiplos desafios apontados, foi possível identificar uma diversidade de estratégias que sustentam a prática gerontológica, e que permitem superar os desafios identificados. Além da abordagem compreensiva e positiva que as participantes adotam, o trabalho em ERPI reúne diferentes interlocutores, nomeadamente colaboradores, que infelizmente, ainda continuam a reagir com relutância e preconceito às manifestações das pessoas mais velhas com quem trabalham. Desta forma, o nosso estudo permitiu identificar algumas linhas orientadoras para a desmistificação e desconstrução de ideias estereotipadas e até preconceituosas que continuam presentes, quer nas pessoas mais velhas, quer os colaboradores e direções das ERPI quer na sociedade em geral, sendo essencial e prioritário o investimento na formação/capacitação e sensibilização.

Assim, globalmente parece-nos que o objetivo de investigação do presente estudo foi atingido, na medida em que os nossos resultados permitem, efetivamente, compreender o modo como os

técnicos superiores que trabalham em ERPI percebem a vivência e a expressão da sexualidade das pessoas mais velhas que vivem neste tipo de estruturas. É muito saliente que esta percepção é sustentada naquilo que são os comportamentos no quotidiano, num microcosmos que é uma ERPI, com as particularidades próprias deste contexto, ou seja, mesmo num contexto altamente controlado, com normas e diretrizes muito específicas, e com pessoas com graus de dependência mais elevados, o nosso estudo permite-nos afirmar que existe vivência de sexualidade. Além do descrito anteriormente, é particularmente importante realçar que este é um aspeto reconhecido e valorizado pela maioria das nossas participantes.

Porém, o nosso estudo apresenta também limitações, nomeadamente o recurso único à entrevista pode comprometer a qualidade dos dados recolhidos, na medida em que a inclusão de outras fontes de informação (ex., observação) poderiam sustentar uma maior aproximação ao fenómeno em estudo. Além disso, este tipo de instrumento requer que os participantes possuam uma capacidade discursiva e reflexiva elevada, contudo, nem sempre isso se verificou, muito provavelmente devido ao contexto em que estas técnicas superiores se encontram, às suas experiências profissionais prévias, entre outros fatores. Um outro aspeto que pode interferir nos resultados, é que os nossos participantes são todos do género feminino e, provavelmente, se o estudo fosse realizado com homens e mulheres os resultados poderiam ser diferentes, contudo, voluntariamente, só participaram mulheres, podendo estar relacionado com o número muito superior de mulheres que assume funções de direção técnica neste tipo de equipamentos sociais.

Apesar das limitações acima enunciadas, o nosso trabalho parece-nos que constitui um importante contributo para o avanço do conhecimento científico neste domínio. No entanto, apesar da necessidade de investimento em estudos futuros, estes deveriam alargar-se a estudos de natureza quantitativa, assente em instrumentos que permitam a avaliação numa perspetiva multidimensional. Efetivamente, a sexualidade e a intimidade são necessidades permanentes das pessoas (Rheume & Mitty, 2008), pelo que as investigações neste domínio deveriam focar-se nas várias fases do ciclo de vida, de forma a mapear alterações, mudanças e especificidades associadas a este domínio da vida humana.

Como já referido, o envelhecimento acarreta em si uma teia de preconceitos e estereótipos, no entanto quando falamos de sexualidade e intimidade na velhice, estes avolumam-se. Como descrito nos nossos resultados, é essencial a aposta na literacia sexual nas várias etapas do ciclo de vida e na formação/capacitação dos profissionais, por forma a que este domínio seja incluído como mais uma dimensão do desenvolvimento humano, acarretando todas as suas vivências, experiências com o objetivo de proporcionar o máximo de bem-estar e qualidade de vida às pessoas mais velhas, quer em ERPI quer na comunidade.

Neste sido, o Gerontólogo Social assume-se como um profissional inovador, que poderá desenvolver práticas mais ajustadas e eficazes às necessidades das pessoas mais velhas. Neste contexto, este profissional é uma mais-valia para as organizações e para a comunidade, uma vez que dispõe de um conhecimento holístico e multidisciplinar do envelhecimento humano, sendo essencial para a avaliação, planeamento e intervenção adequados. Este profissional deve

revelar-se também empático, com capacidade de estabelecer relações de confiança, respeito e escuta ativa, tendo por base a individualidade e heterogeneidade de cada pessoa. Na atualidade, o Gerontólogo assume-se como um agente ativo de mudança naquilo que é a construção de uma visão mais realista e positiva do envelhecimento e, por isso, também a sexualidade e intimidade são domínios que devem ser considerados, tendo em conta os contextos culturais e históricos altamente enraizados e, dessa forma, tão complexos e heterogêneos.

Em suma, esperamos que com os resultados do nosso estudo possamos contribuir para uma visão diferenciada da intimidade e sexualidade na velhice, sendo esta uma temática emergente que assumiu linhas diferenciadoras, pois reuniu a experiência das técnicas superiores que trabalham em ERPI, o que culminou num trabalho mais robusto. Ainda assim, estamos certos de que ampliamos conhecimentos, partilhamos visões diferenciadas, mas extremamente enriquecedoras, e apontamos novas direções para a investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, R. A. (2017). Sexual Expression of Nursing Home Residents: Systematic Review of the Literature. *Journal Nurs Scholarsh*, 49 (5), 470-477. doi: 10.1111/jnu.12315. PMID: 28884967.
- Aizenberg, D., Weizman, A., & Barak, Y. (2002). Attitudes toward sexuality among nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 20 (3), 185-189.
- Almeida, T., & Lourenço, M. (2008). Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (1), 130-140.
- Barbosa, T. (2017). *Envelhecimento e Fragilidade: Um estudo em Centro de Dia* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retirado de: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1901/1/Teresa_Barbosa.pdf
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39 (2), 82-91. DOI: 10.1080/03601277.2012.682953
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books (Edição revista, 1982).
- Bruns, M., & Almeida, M. (1994). O êxtase de tempo vivo: em estudo da sexualidade feminina na terceira idade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5 (1), 63-81.
- Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento. (Trabalho de estágio, Universidade Lusíada do Porto). Retirado de: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carreira, C & Sargento, P. (2011). Sexualidade na terceira idade: um estudo comparativo. (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Retirado de: <https://recil.ulusofona.pt/items/929a5fff-4cbf-40c8-a8e0-48ca81d66598>
- Carstensen, L., & Fredrickson, B. (1990). Choosing Social Partners: How Old Age and Anticipated Endings Make People More Selective. *Psychol Aging*, 5 (3), 335-347.
- Carvalho, G., Févero, M., Gomes, V., & Santos, V. (2019). Dicionário de Educação Sexual, Sexualidade, Género e Interseccionalidades. Brasil: UDESC.
- Carvalho, M. I. L. B. (2009). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 12 (2), 119-133.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, 3 (2), 121-155.
- Costa e colaboradores (2016). Sexualidade no idoso: percepção de profissionais da geriatria e gerontologia. *Universitas: Ciências da Saúde*, 15(2), 75-80.
- Creswell, J. (2013). *Research design: Qualitative, Qualitative and mixed methods approaches*. Londres: Sage.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: a review and Synthesis. *The Journal of the Sex Research*, 49 (2-3), 125-141.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual Desire in Later Life. *The Journal of the Sex Research*, 42 (2), 138-145.

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Introducción à Gerontologia Social. In R. Fernández Ballesteros (Eds.), *Gerontologia Social* (pp. 31-54). Madrid: Piramide
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Revista PSICOLOGIA*, 20(1), 187–208.
- Gonçalves, L. (2010). Consequências que acarreta o processo de institucionalização da pessoa idosa. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja). Retirado de: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/estudos/LEANDRO%20GON%C3%83%E2%80%A1ALVES%20consequencias%20do%20processo%20de%20institucionaliza%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20da%20pessoa%20idos a.pdf>
- ILC-Brasil (2015). *Envelhecimento ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade: Brasil*: ILC-Centro Internacional da Longevidade
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46 (1), 46-56.
- Lacerda, A., & Lopes, G. (2020). A percepção de cuidadores formais e informais sobre a sexualidade do idoso. (Projeto de Pesquisa, Universidade de São Judas Tadeu). Retirado de: <http://conicsemp.org.br/anais/files/2020/trabalho-1000006256.pdf>
- Leitão, S. (2016). Sexualidade e Intimidade de Pessoas Mais Velhas em ERPI: “Essas coisas acabaram”. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1878>
- Lester, P., Kohen, I., Stefanacci, R., Feuerman, M. (2016). Sex in Nursing Homes: A Survey of Nursing Home Policies Governing Resident Sexual Activity, *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (1), 71-74, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.013>.
- Lima, M. (2006). Sexualidade “de terceira” na terceira idade?. *Revista Psychology*, 41, 83-101.
- Magalhães, C., Fernandes, H., & Afonso, C. (2021). Sexualidade na pessoa idosa: Combatendo mitos e estereótipos. *Olhares sobre o envelhecimento: Estudos Interdisciplinares: Volume 1*
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International journal of nursing studies*, 48 (9), 1140-1154.
- Maia, A., Medeiros, I., & Ferreira, D. (2018). Sexualidade: uma nova área do conhecimento. *Revista Saúde & Conhecimento – Jornal de Medicina Univag*, 18-22.
- Monteiro, A., Humboldt, S., e Leal, I. (2018). Crenças e Atitudes dos Cuidadores Formais quanto à sexualidade dos idosos. *Revista de Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(1), 101- 109
- Moreira, M. (2020). Como envelhecem os portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Madrid: Organización Mundial de la Salud Paúl, C. (2012).

- Papaharitou, S., et al. (2007). Factors associated with sexuality in later life: Na exploratory study in a group of Greek married older adults. *Revista Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46 (2008), 191-201.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Manual de Gerontologia. Lidel: Lisboa
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 275-287.
- Rosa, M. (2020). Um tempo sem Idades. Tinta da China: Lisboa
- Rozendo, A., & Alves, J. (2015). Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (3), 95-107.
- Silva e colaboradores (2012). Sexualidade em instituições asilares: percepções de enfermeiros e cuidadores. *Enfermagem Brasil*, 11(4), 231-237.
- Silva, R., et al. (2018). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: Percepções e satisfação profissional. *Revista de Gestão e Desenvolvimento*, 27 (2019), 291-313.
- Soares, I. M. C. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, A. (2013). Intimidade e Sexualidade: Um estudo qualitativo com mulheres idosas (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retirado de: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1793/1/Ana_Sousa.pdf
- Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicose sociais do envelhecimento* (pp.1-17). Lisboa: Lidel.
- Villar, F., Celdrán, M., Fahá, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expresión in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents views. *Revista JAN Original Research*, 2519-2527.
- World Health Organization (2002). *Active aging a policy framework*. Geneva: World Health Organization.