



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas
com demência
Atitudes dos profissionais**

Maria Isabel Ferreira Claro da Fonseca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Afonso
Coorientador: Professor Doutor José Martinez de Oliveira
Coorientador: Professor Doutor Feliciano Villar Posada

Covilhã, fevereiro de 2020

Agradecimentos

Após 6 anos de muito trabalho e dedicação, cabe-me referir várias notas de apreço, como forma de agradecimento, pelo apoio durante este percurso.

Inicialmente, agradecer a todos os participantes no estudo pela sua colaboração, com destaque para os/as diretores/as técnicos/as, dada a sua abertura e prontidão na recolha dos dados.

À Professora Doutora Rosa Marina Afonso, por variados motivos, começando pela proposta desafiante deste estudo, por me ter incutido a vontade de alcançar objetivos mais ambiciosos, pelo seu acompanhamento insigne em todos os momentos deste trabalho e, acima de tudo, pela sua preocupação com o meu bem-estar.

À colega de investigação Daniela Almeida, que desde logo se mostrou disponível para a partilha e para a resolução de problemas, com o surgimento de uma amizade que, com certeza, se irá prolongar por muito tempo após o término deste trabalho.

Aos coorientadores Professor Doutor José Martinez de Oliveira e Professor Doutor Feliciano Villar Posada, pelos seus contributos no enriquecimento deste estudo provenientes da experiência das suas respetivas áreas.

À Professora Ana Paula Martins, por todo o apoio prestado no domínio da estatística.

À Professora Margarida Cerqueira, pela sua disponibilidade em colaborar neste projeto com o alargamento do tamanho da amostra.

Às minhas amigas que, durante o percurso académico, vivenciaram inúmeros momentos comigo, altos e baixos, com o desejo de que continuemos a vivenciá-los juntas.

À Faculdade Ciências da Saúde, por me ter dado a oportunidade de ter tido uma formação de excelência.

Por último, mas sempre presentes, aos meus pais, avó, irmão, irmã e Daniel que, através do afeto e apoio incondicionais, me encorajam todos os dias a seguir as minhas escolhas com afinco.

Resumo

Introdução A velhice é uma etapa do ciclo vital em relação à qual existem estereótipos sobre várias dimensões, entre as quais a sexualidade, que é, frequentemente, desvalorizada, negada e até ridicularizada, sendo, no entanto, além de um direito, fundamental para o bem-estar e qualidade de vida. As pessoas idosas institucionalizadas, principalmente as que apresentam demência, constituem um grupo com dificuldades acrescidas na vivência e expressão dos seus interesses sexuais devido à redução da autonomia e privacidade e às dificuldades inerentes à patologia. Desta forma, os profissionais assumem um papel importante para evitar a inadequação da conduta sexual e, ao mesmo tempo, promover práticas que satisfaçam as necessidades sexuais.

Objetivos Este estudo pretende caracterizar e comparar comportamentos dos profissionais portugueses que trabalham com pessoas idosas institucionalizadas, perante situações de relações sexuais em que um dos utentes tem demência ou quando ambos têm ou não essa condição clínica. Outro propósito da investigação consiste em avaliar a frequência com que os profissionais se deparam com a ocorrência de relações sexuais entre os que cuidam e a periodicidade com que acontecem no seu local de trabalho.

Materiais e Métodos Participaram no estudo 538 profissionais de 29 Estruturas Residenciais para Idosos portuguesas. A recolha de dados foi feita entre fevereiro e abril de 2019, com recurso a um questionário em papel, em forma de vinhetas técnicas, desenvolvido por Villar e colaboradores (2017) em Espanha, com posterior tradução e retroversão para a população portuguesa. Os dados foram analisados com o programa *Software Package for Social Sciences* versão 25.0, recorrendo à estatística descritiva e inferencial, considerando-se o nível de significância de 0.05.

Resultados Os resultados revelaram que as relações sexuais são entendidas pelos profissionais como problemáticas, principalmente os casos que envolvem utentes com demência. Nas três situações apresentadas, a reação mais selecionada foi “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”. As práticas restritivas foram mais frequentemente escolhidas quando apenas um utente tem demência.

Conclusão A existência de dificuldades e de atitudes negativas perante a sexualidade de utentes com demência sugere a necessidade de se providenciar aos profissionais formações/intervenções/protocolos claros para situações sexuais específicas, de forma a dotá-los de conhecimentos e estratégias que permitam que os residentes possam desfrutar da sua sexualidade.

Palavras-chave

Sexualidade; Idosos institucionalizados; Demência; Atitudes dos profissionais

Abstract

Introduction The old age is a state of the life cycle where we usually find stereotypes concerning several dimensions. Among these the sexuality (despite being a right) is often undervalued, denied, and even ridiculed, despite it is an essential dimension of welfare and life quality. Institutionalized elderly people, especially those with dementia, have greater obstacles in the way of living and expressing their sexual interests due the reduced autonomy and privacy and the difficulties inherent to their pathology. Thus, professionals play an important role in preventing inappropriate sexual conduct as well as in promoting practices that meet sexual needs.

Objectives This study aims to characterize and compare the behavior of Portuguese professionals who work with institutionalized elderly people in situations of sexual intercourse in which one of the users has dementia or when both have or not this clinical condition. Another purpose of the research consists of evaluating the frequency with which professionals encounter sexual intercourse and how often they occur in their workplace.

Materials and Methods 538 professionals from 29 portuguese long-term care facilities participated in the study. Data were collected between February and April 2019 using a paper questionnaire in the form of technical vignettes, developed by Villar et al. (2017) in Spain, with subsequent translation and retroversion for the Portuguese population. Data were analyzed using *Software Package for Social Sciences*, version 25.0, and were subjected to descriptive and inferential statistics with a significance level of 0.05.

Results The results revealed that sexual relations are perceived by professionals as problematic, especially in cases where users suffer from dementia. In the three situations presented the most selected reaction was “Comment on what happened with supervision or direction”. The most restrictive practices were most often chosen when only one user has dementia.

Conclusion The existence of difficulties and negative attitudes towards the sexuality of patients with dementia suggests the need to provide professionals with clear training / interventions / protocols for specific sexual situations, in order to provide them with knowledge and strategies that allow residents to enjoy their sexuality.

Keywords

Sexuality; Institutionalized elderly, Dementia; Staff attitudes

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo	v
Palavras-chave	vi
Abstract	vii
Keywords.....	viii
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	19
1.1 Sexualidade na velhice	19
1.1.1 Sexualidade na demência.....	20
1.2 Demência e Comportamentos Sexuais Inapropriados (CSI)	21
1.2.1 Avaliação e intervenção nos CSI	22
1.3 Institucionalização e atitudes dos profissionais em relação à sexualidade das pessoas com demência	23
1.4 Questões éticas	24
1.5 Objetivos.....	25
2. Material e métodos	26
2.1 Caracterização da Investigação.....	26
2.2 Participantes	26
2.3 Instrumentos	26
2.4 Procedimento	28
2.5 Tratamento estatístico dos dados	28
2.6 Considerações éticas e legais	29
3. Resultados	31
3.1 Caracterização da amostra	31
3.1.1 Informação sociodemográfica e profissional	31
3.1.2 Informações institucionais	32
3.2 Comparação das reações dos Profissionais perante relações sexuais que envolvem pessoas idosas institucionalizadas com e sem demência	32
3.2.1 Questão A: “O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”	33
3.2.2 Questão B: “O que considera que se deveria fazer?”	37
3.2.3 Questão A vs. Questão B	41
3.3 Frequência de relações sexuais nas ERPI’s.....	45

4.	Discussão de resultados/Conclusões	47
5.	Referências bibliográficas	51
6.	Anexos	57
6.1	Secções do questionário sujeitas a análise no estudo	57
6.2	Autorização da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	62

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição de frequências (em percentagem) dos cargos desempenhados nas ERPI's	31
Figura 2 - Distribuição de frequências (em percentagem) do tipo de ERPI	32
Figura 3 -Distribuição de frequências absolutas da exposição dos profissionais a situações de relações sexuais nas ERPI's entre utentes com e sem demência	45
Figura 4 - Distribuição de frequências (em percentagem) da periodicidade de relações sexuais entre utentes sem demência vs. ambos com demência vs. um com demência.....	45

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização dos comportamentos que os profissionais consideram que a maioria dos colegas teria (Questão A) perante relações sexuais envolvendo Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 2 vs. Situação 3)	35
Tabela 2 - Comparação das reações dos profissionais segundo o que consideram que os colegas fariam (Questão A) perante as diferentes situações de relações sexuais: Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência (Situação 1 vs. Situação 2), Ambos os utentes sem demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 3) e Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 2 vs. Situação 3).....	36
Tabela 3 - Caraterização dos comportamentos que os participantes consideram que a maioria dos colegas deveria ter (Questão B) perante relações sexuais envolvendo Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 2 vs. Situação 3)	39
Tabela 4 - Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que os colegas deveriam fazer (Questão B) perante as diversas situações de relações sexuais: Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência (Situação 1 vs. Situação 2), Ambos os utentes sem demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 3) e Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 2 vs. Situação 3).....	40
Tabela 5 - Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que deveriam fazer perante relações sexuais que envolvem utentes sem demência (Situação 1), um utente com demência (Situação 2) e ambos os utentes com demência (Situação 3), isoladamente	43

Lista de Acrónimos

AIQ	Amplitude Interquartil
CSI	Comportamentos Sexuais Inapropriados
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ERPI's	Estruturas Residenciais para Idosos
IPS	Inventário de Políticas Sexuais
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
P-CAT	<i>The Person-Centred Care Assessment Tool</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

1. Introdução

1.1 Sexualidade na velhice

A sexualidade e intimidade integram a identidade pessoal (1) que, independentemente da idade ou do nível de funcionamento e expressão cognitivos, contribuem para a qualidade de vida global da pessoa (2), com o acréscimo de constituírem uma das componentes dos Direitos Humanos Universais, pelo que toda e qualquer pessoa pode viver a sua vida sexual com prazer e livre de discriminação. Além disso, o contacto físico e a expressão íntima permitem o estabelecimento de vínculos e relacionamentos, indispensáveis na concetualização do indivíduo como ser social (3).

A velhice é caracterizada por alterações fisiológicas, anatómicas, neuroquímicas e patofisiológicas, como diabetes, hipertensão e doença cardíaca, que influenciam o desejo e a função sexual (4-6) . Por exemplo, os homens idosos têm uma maior dificuldade em manter uma ereção, enquanto as mulheres apresentam mais problemas com a lubrificação vaginal (7). A vivência da sexualidade na velhice pode, ainda, ser afetada por efeitos adversos de determinado medicamento e pela indisponibilidade de um parceiro, devido a situações de viuvez (5, 6).

Mesmo que com o processo de envelhecimento seja mais frequente a existência de limitações físicas, cognitivas e ambientais que podem dificultar as relações sexuais, a intimidade e o interesse sexual são fundamentais na manutenção da identidade e autoestima (4, 8). Apesar do declínio da atividade sexual, 26% de idosos não institucionalizados nos Estados Unidos da América, dos 75 aos 85 anos, reportaram ser sexualmente ativos (7) . As pessoas idosas institucionalizadas apresentam interesse e atividade sexuais (9), sendo a sua frequência muito inferior à dos idosos que residem na comunidade (10) , devido à menor privacidade nas instituições (11). Assim, ser idoso e doente não implica que exista uma diminuição da necessidade de satisfazer os desejos sexuais ou da capacidade de se desfrutar de relações de intimidade e da sexualidade (8).

Atualmente, assiste-se a um crescente interesse sobre a sexualidade na velhice, reconhecendo-se que a expressão sexual dos idosos é uma parte integrante do envelhecimento saudável (12). Várias investigações constataam a existência de uma associação entre a atividade sexual na velhice e benefícios emocionais e físicos, nomeadamente perda de peso, diminuição do risco de doença cardíaca e de acidente vascular cerebral, melhoria do humor e reforço do sistema imune (13, 14), redução do risco de distúrbios comportamentais, de incapacidades e de artrite (15-17), melhor qualidade de vida, taxas mais baixas de solidão (18, 19), alívio da dor (20), melhoria do sono nos homens (21), diminuição da tensão e *stress* (22) e sentimentos positivos de atratividade e desejo (23) . Por outro lado, existem também riscos associados, como o de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST's), que se deve, muitas vezes, à falta de recolha da história sexual na velhice (24), à não utilização de

preservativo e à prática de sexo não seguro (25), bem como à menor consciencialização dos fatores de risco de DST's nesta etapa da vida, sendo que o diagnóstico tende a ser realizado em fases mais avançadas de doença (24).

Apesar da evolução do conhecimento científico, da revolução da expressão sexual dos anos 60 (26), do desenvolvimento do *sildenafil* e da convivência em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI's), com a conseqüente possibilidade de eventuais encontros sexuais (25), observa-se uma grande falta de conhecimento sobre a temática e a existência de inúmeros preconceitos e estereótipos (3, 8), que julgam, frequentemente, que não existe sexualidade na velhice, podendo ainda ser ridicularizada ou considerada repugnante (27). Estas conotações negativas contribuem para a suposição de que os idosos devem ser "sexualmente aposentados" (28), sendo constatadas na população em geral, nos próprios idosos e, também, entre alguns profissionais de saúde e em profissionais que trabalham com idosos, o que permite aferir que a sexualidade e a saúde sexual nos idosos não tem recebido a devida atenção dos serviços de prestação de cuidados de saúde (29-31).

1.1.1 Sexualidade na demência

A prevalência da demência aumenta com a idade, sendo que 1 em cada 8 idosos com mais de 65 anos apresenta demência e aos 85 anos essa percentagem sobe para os 45% (32). Os doentes com demência apresentam várias incapacidades cognitivas, nomeadamente perda de memória, apraxia e deterioração das funções executivas (33) .

A sexualidade das pessoas com demência é uma expressão das suas necessidades íntimas contínuas e relevantes (3, 34, 35), pelo que a intimidade sexual na demência poderá ser uma forma de ultrapassar a solidão e o medo inerentes ao processo de doença, bem como uma maneira de preservar a identidade numa família (15, 36). A experiência positiva da sexualidade e intimidade dos idosos com demência relaciona-se com uma melhor autoestima, saúde geral e bem-estar (15). Porém, devido a fatores patológicos da demência, ambientais e relacionais, a sexualidade é, frequentemente, encarada como um sintoma indesejável da doença (3, 34, 35).

Além das perdas normativas do envelhecimento, as pessoas com demência tendem a apresentar dificuldades acrescidas ao nível psicossocial com implicações na vivência da sua sexualidade, nomeadamente a perda ou a falta de reconhecimento do parceiro, mudanças de papéis numa relação (37, 38), esquecimento dos últimos acontecimentos sexuais (39), dificuldade na sequência dos comportamentos (40) e alterações do interesse sexual (41). Destacam-se, neste âmbito, as crescentes dificuldades de comunicação e expressão das necessidades que, muitas vezes, estão na base de alterações e problemas comportamentais, nomeadamente relacionados com comportamentos sexuais considerados inapropriados (42). O risco de abuso sexual também é maior nos idosos com demência, principalmente nos institucionalizados, pela sua menor capacidade de reportar estas situações (43).

1.2 Demência e Comportamentos Sexuais Inapropriados (CSI)

A modificação mais comum no comportamento sexual de uma pessoa com demência é a indiferença, contudo, as alterações na cognição e no discernimento podem originar comportamentos difíceis de gerir, designados de comportamentos sexuais inapropriados (CSI) (8).

Apesar da inexistência de critérios claros, os CSI podem ser definidos como sendo impulsos sexuais vigorosos após o início da demência que interfere com as atividades da vida diária ou que acontece em momentos inoportunos e com parceiros que não o desejam (44). Os CSI consistem, frequentemente, na procura de intimidade e na desinibição sexual, diferindo consoante o tipo de demência, a sua gravidade, a existência de comorbilidades ou outros problemas comportamentais, sendo estes últimos mais comuns nos homens (8). Os CSI são, geralmente, classificados como comportamentos agressivos ou de agitação (45, 46). Os comportamentos de agitação consistem em aproximações sexuais físicas ou verbais indesejadas ou na exposição dos genitais (45). Por outro lado, fazer gestos obscenos e, em relação a pessoas que não o desejem ou consintam, tocar o seu corpo, abraçar, beijar ou ter relações sexuais são considerados comportamentos agressivos (46). Os CSI são, por conseguinte, considerados uma ameaça para a saúde mental e física dos doentes e dos que os rodeiam (47).

A prevalência dos CSI em pessoas com demência é de 4-5% a 25%, sendo mais elevada nos doentes institucionalizados (8, 48) e nos casos de Demência Vascular (8). Estes comportamentos são também frequentes em estádios moderados/avançados da Doença de Alzheimer e em precoces da Demência Frontotemporal (8).

As causas dos comportamentos de desinibição, dos problemas cognitivos e da desorganização, que caracterizam a demência, são multifatoriais tendo, entre outras, uma base explicativa de natureza biológica, ambiental e psicossocial (8). Os sistemas cerebrais implicados na neurobiologia dos CSI são as disfunções do lobo frontal (alterações nos mecanismos de inibição), do sistema temporolímbico (problemas relativos à interpretação emocional e cognitiva da excitação sexual) (49), dos circuitos corticoestriatais (comportamentos obsessivo-compulsivos) (50) e do hipotálamo (aumento dos comportamentos sexuais) (51). Adicionalmente, fatores neuroendócrinos e neuroquímicos (8), incluindo álcool e fármacos psicoativos (principalmente benzodiazepinas e antiparkinsonianos) (52), têm uma ação moduladora na resposta aos estímulos sexuais (8, 52). Por outro lado, destacam-se fatores ambientais e psicossociais que podem desencadear ou agravar os CSI, tais como falta de privacidade, atitudes restritivas (8, 53), instabilidade de humor, padrões pré-mórbidos da atividade e interesse sexuais, ambiente desconhecido (52) e necessidade de contacto físico (1). Outra possibilidade explicativa dos CSI relaciona-se com o facto de as pessoas com demência confundirem o seu parceiro (54), interpretarem de forma equivocada as sugestões dos seus cuidadores e das pessoas com quem interagem ou, ainda, de considerarem reais as personagens que vêem em programas de televisão ou multimédia (1, 52).

1.2.1 Avaliação e intervenção nos CSI

Na avaliação dos CSI é necessária prudência (8), dado que, muitas vezes, certos comportamentos, que podem ser entendidos como resultantes de hipersexualidade, são, na verdade, manifestações de dor, mal-estar, hipertermia ou desconforto com o ambiente (55). Assim, é necessária uma avaliação da medicação atual e da história pessoal, clínica, mental, física, sexual e, ainda, uma análise funcional dos CSI, nomeadamente quando e onde ocorrem, a frequência, os fatores potencialmente precipitantes e as consequências decorrentes desses comportamentos (1, 8, 14, 52). Para tal, pode-se recorrer a ferramentas de medição de comportamentos para pessoas com demência que incluem itens relacionados com os CSI (56), como a *Scale Ryden Aggression* (46) e a *The St Andrew's Sexual Behavior Assessment* (57). Nos casos em que os CSI ocorrem de forma abrupta, é recomendada a realização de estudos laboratoriais e de neuroimagem, de forma a excluir *delirium* agudo ou existência de lesão estrutural (58).

As decisões de intervenção são tomadas com base no contexto ou grau de desconforto que o comportamento causa nos outros (1). A gestão dos CSI passa, numa primeira fase, pela implementação de medidas não farmacológicas, que podem ser ambientais, comportamentais e/ou educacionais (56). Este tipo de intervenções deve envolver os doentes, os familiares e os profissionais, pretendendo promover a manifestação adequada dos comportamentos sexuais (59). As intervenções ambientais consistem, por exemplo, em criar condições que garantam privacidade, através de quartos individuais e possibilidade de visitas conjugais, evitar a estimulação ambiental em excesso e promover ambientes personalizados (59). A abordagem comportamental utiliza técnicas de distração (1, 8, 59), orientações e explicações sobre a inadequação dos comportamentos (59) e a promoção de atividade física (1). As medidas educacionais consistem em programas de educação sexual para profissionais, cuidadores e familiares que permitam compreender a necessidade da expressão sexual (56). Embora os estudos sobre a sua eficácia sejam escassos, é consensual que sejam um tratamento de primeira linha (49), principalmente devido às preocupações sobre segurança e ética (1, 60).

A eficácia das medidas não farmacológicas sobre os CSI deve ser avaliada e, caso se revele insuficiente, pode ser complementada por um tratamento farmacológico (1). Não obstante, as medidas farmacológicas são mais utilizadas que as não farmacológicas, dada a sua facilidade de administração, eficácia percebida (61) e inexistência de necessidade por parte dos profissionais de uma intervenção específica para a sua utilização, ao contrário do que acontece com as estratégias não farmacológicas (62). Contudo, a evidência é limitada (60), uma vez que não há ensaios de controlo randomizados (56).

As classes de fármacos para as quais existe evidência de eficácia para o controle dos CSI são os agentes hormonais, antidepressivos, nomeadamente inibidores da recaptção de serotonina e tricíclicos, antipsicóticos (1), anticonvulsivos, inibidores da colinesterase e beta-bloqueantes (56). Como não existem protocolos específicos, o tratamento farmacológico deve ser cautelosamente ponderado e os pacientes e os cuidadores devem ser advertidos sobre os

riscos e benefícios (56). Além disso, é necessário adaptar estas medidas às condições médicas individuais e à tolerância aos potenciais efeitos secundários, através de uma monitorização cuidadosa da resposta (1, 8, 56).

Embora a maioria das pessoas com demência vivam em casa, a deterioração gradual intrínseca ao processo demencial e a ansiedade e desgaste dos cuidadores informais provocados pelos CSI resultam, frequentemente, na institucionalização das pessoas idosas (8, 42, 48, 63). As principais preocupações dos familiares decorrentes da institucionalização dos idosos prendem-se com a satisfação das necessidades básicas diárias e com a promoção de uma saúde física básica, sendo negligenciada a intimidade (64).

1.3 Institucionalização e atitudes dos profissionais em relação à sexualidade das pessoas com demência

Quando os idosos com demência são institucionalizados, geralmente, aumentam os obstáculos na satisfação das suas necessidades sexuais (6, 27). Além das dificuldades inerentes à progressão do processo demencial, as ERPI's, muitas vezes, têm dificuldade em proporcionar um ambiente apropriado à expressão e vivência da sexualidade das pessoas com demência, o que poderá estar relacionado com as atitudes dos trabalhadores, familiares (65) e outros residentes, assim como falta de privacidade, ausência de um parceiro íntimo, arquitetura das residências e organização das atividades (66, 67).

A expressão sexual dos idosos institucionalizados com demência é muito diversificada, sendo que os cuidadores são confrontados com um extenso espectro de comportamentos (12). Desta forma, as atitudes, experiências, emoções e respostas a esses comportamentos são, também, diversas e dependem de uma interação de condições contextuais, organizacionais, culturais, além da experiência, do número de anos a trabalhar com idosos, da relação com os utentes e da própria vivência da sexualidade (67, 68).

A sexualidade das pessoas com demência é encarada como um problema para grande parte dos colaboradores das ERPI's (34), o que se encontra relacionado, entre outros fatores, com a falta de formação e conhecimentos sobre o tema (69). A investigação aponta, ainda, que, apesar dos profissionais reconhecerem as necessidades sexuais dos residentes, a maioria é relutante quanto às vivências da sexualidade nas instituições, sendo, inclusivamente, considerada por alguns como algo que ultrapassa as suas funções enquanto profissional (68, 70, 71) e como uma ameaça ao bom funcionamento da instituição (71, 72). Os estudos também revelam a existência de medo de ações legais por parte da família ou de retirada dos residentes das instituições, caso os profissionais tenham uma atitude permissiva quanto à expressão sexual dos utentes, o que faz com que os responsáveis pelas instituições tendam a adotar uma atitude conservadora (69). Adicionalmente, o facto de poucas instituições terem protocolos formais relativos à sexualidade dos residentes não incentiva à alteração da cultura de supervisão (69), sendo que as atitudes são assumidas pelos funcionários ou pelos familiares, sem consulta prévia dos residentes (73, 74).

Coexistem diferentes atitudes e posições dos trabalhadores perante a sexualidade dos idosos institucionalizados, constatando-se que alguns aceitam, respeitam e permitem, enquanto outros assumem uma atitude paternalista e de rejeição (75), ou ainda de ignorância (76, 77) . Em relação às relações sexuais que envolvem parceiros com demência, as atitudes e reações de desapoio são mais frequentes do que em relação a utentes sem demência (78).

Uma das preocupações dos profissionais relaciona-se com os aspetos éticos e legais da capacidade de consentir, o que remete para a necessidade de se avaliar se a pessoa possui competências que lhe permitam decidir, uma vez que se encontra mais vulnerável a situações de risco de abuso sexual (1, 63). Perante esta dúvida, os profissionais optam, muitas vezes, por minimizar o risco de abuso através do impedimento de qualquer expressão sexual entre os idosos com demência, com o intuito de os proteger (35), o que poderá provocar uma solidão iatrogénica, bem como frustração e infelicidade nos residentes (79). Alguns investigadores consideram que esta atitude protetora tem subjacente uma visão infantilizada dos idosos (42, 70), o que impossibilita que possam ser vistos como seres sexuais (70).

A crescente importância atribuída ao modelo de prestação de cuidados a idosos centrados na pessoa preconiza o fomento da expressão sexual dos idosos com demência, o que implica, por um lado, assegurar que os comportamentos sexuais não são prejudiciais e, por outro, que se considere a sexualidade como um direito universal e uma dimensão do bem-estar (35). Para tal, é fundamental conhecer as perspetivas dos residentes relativas à expressão sexual (80), através da escuta ativa dos problemas e preocupações de cariz sexual, do esclarecimento de mitos, preconceitos e mal entendidos sobre a sexualidade na velhice, da promoção da autoestima e do encorajamento à expressão das inquietações com os parceiros, familiares e amigos (81), uma vez que se constata que os idosos partilham e discutem questões relativas à intimidade e sexualidade quando dispõem de um espaço seguro e empático (82) .

Tendo em conta que os direitos à privacidade e à expressão sexual são cada vez mais reconhecidos nas ERPI's, os cuidadores devem responder de uma forma sensível e informada aos comportamentos sexuais (83) . Os programas de treino dos profissionais sobre sexualidade e competências de consentimento dos residentes permitem ultrapassar preconceitos e dificuldades (2, 83) e, ao mesmo tempo, garantir um cuidado mais holístico (1), ao reconhecer e respeitar o direito à sexualidade com a promoção de práticas não discriminatórias e consistentes com os cuidados centrados na pessoa. Desta forma, considerando que a sexualidade é um dos primeiros comportamentos aprendidos (84) e uma das últimas fontes de prazer a deteriorar-se à medida que a demência progride (85, 86), esta deve ser permitida e encorajada, quando apropriada, por uma equipa bem treinada num ambiente de suporte (87).

1.4 Questões éticas

O conflito ético associado à sexualidade em idosos institucionalizados com demência relaciona-se, por um lado, com a capacidade de obter e consentir um relacionamento sexual e, por outro, com a não-maleficência, no sentido de proteger de danos físicos e psicológicos

tanto o residente com demência como os demais residentes (8, 25, 56, 69, 87). Em contrapartida, o dever de proteger não deve ser levado ao extremo, pois pessoas capazes e incapazes têm o direito de viver num risco razoável (88, 89). No contexto da sexualidade na velhice, isso significa que o dever de proteger se relaciona com os danos inadmissíveis associados ao comportamento sexual em questão (88, 89) .

A presença de défices cognitivos ou demência nunca deve impedir automaticamente um residente de expressão e intimidade sexuais que respeitem os direitos dos outros (90), uma vez que essa condição clínica não exclui a capacidade de consentimento sexual (91) .

Perante dúvidas quanto à capacidade de decisão, é importante uma avaliação profissional do residente, realizada por um psicólogo clínico e/ou médico, sobre o tipo de competências comprometidas e as suas implicações nos processos decisoriais relativos a assuntos relacionados com os seus relacionamentos sexuais.

No âmbito da revisão da literatura efetuada, não foram encontradas orientações sobre a avaliação da capacidade de consentir a atividade sexual (15, 90, 92). Existe, contudo, consenso quanto a seis critérios que devem ser contemplados nesta avaliação: voluntariedade, segurança, capacidade para dizer “não”, adequação social, ausência de exploração e inexistência de abuso físico ou psicológico (15, 92). A capacidade de consentir a atividade sexual está sujeita a mudanças ao longo do tempo, pelo que deve ser reavaliada quando ocorrerem mudanças no ambiente ou no estado mental dos idosos (90).

Relativamente aos residentes com demência incapazes de consentir a atividade sexual ou aqueles cuja avaliação da sua capacidade de consentir foi equívoca e que demonstram interesse sexual, a abordagem alternativa poderá passar pela tomada de decisão por parte da família e dos funcionários, com vista a respeitar a autonomia, dignidade e o direito à expressão sexual da pessoa e, simultaneamente, a minimizar os danos. Contudo, essa decisão irá ser sempre influenciada pelos valores, desejos e filosofias dos intervenientes (87).

O recurso a avaliações diferenciadas da capacidade de consentimento sexual, com o consequente reconhecimento da necessidade e do direito à sexualidade das pessoas idosas com demência institucionalizadas, pode representar um passo no contexto de uma política de expressão sexual centrada na pessoa (90).

1.5 Objetivos

No seguimento do que foi exposto, os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Caracterizar as atitudes de profissionais portugueses que trabalham com pessoas idosas institucionalizadas, em relação à sexualidade dos utentes com e sem demência;
- Comparar as atitudes dos profissionais perante situações de relações sexuais em que um dos parceiros tem demência ou quando ambos têm essa condição clínica;
- Comparar as atitudes dos profissionais perante a sexualidade de utentes com e sem demência;
- Avaliar a frequência com que os profissionais se deparam com a ocorrência de relações sexuais e a periodicidade com que acontecem no seu local de trabalho.

2. Material e métodos

2.1 Caracterização da Investigação

O presente estudo assume um carácter quantitativo, exploratório e transversal.

2.2 Participantes

O estudo contou com a participação de 538 profissionais de 28 ERPI's pertencentes aos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Porto, Viseu e, ainda, de uma instituição de Ponta Delgada (São Miguel, Açores).

Os critérios de inclusão na investigação foram:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Trabalho diário com idosos;
- Aceitação da participação no estudo.

Os critérios de exclusão aplicados no estudo foram:

- Trabalhadores de centros de dia;
- Trabalhadores de unidades de cuidados paliativos;
- Trabalhadores de cuidados de saúde agudos.

2.3 Instrumentos

Este estudo utilizou o questionário de Villar e colaboradores (2017), que foi desenvolvido com o intuito de caracterizar as atitudes dos profissionais quanto à sexualidade das pessoas idosas em ERPI's em Espanha. O questionário foi adaptado para a população Portuguesa no âmbito do projeto em que esta investigação se insere, passando pelos processos de tradução e retroversão.

O questionário é constituído por quatro secções: (1) informação sociodemográfica e profissional; (2) questionário, em forma de sete vinhetas, relativo às atitudes dos profissionais perante diversas situações de expressão sexual dos idosos institucionalizados; (3) questionário sobre a prestação de cuidados centrados na pessoa (P-CAT: The Person-centred Care Assessment Tool) e (4) Inventário de Políticas Sexuais (IPS) institucionais.

Contudo, tendo em conta os objetivos deste estudo, apenas se analisaram os dados pertencentes à secção (1) do questionário e três das sete vinhetas apresentadas na secção (2) (Anexo 6.1).

Relativamente à informação sociodemográfica, o participante foi inquirido acerca do género, idade, estado civil, escolaridade (sem habilitações, ensino básico, 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior) e formação sobre envelhecimento. Quanto à profissão,

recolheram-se dados sobre o cargo profissional desempenhado (diretor, enfermeiro, médico, psicólogo, auxiliar, entre outros) e os anos de experiência em cuidados a idosos e de trabalho na residência. Além disso, ainda se questionou o grau de satisfação com o trabalho realizado (escala de *Likert* de 0 a 10, em que 1 corresponde a muito pouca satisfação e 10 a muita satisfação). Adicionalmente, também foram solicitadas informações institucionais, nomeadamente, tamanho da ERPI e tipo de ERPI (pública, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) ou privado).

Na segunda secção, apresentaram-se sete vinhetas com situações hipotéticas relacionadas com a sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas juntamente com uma listagem de possíveis reações dos profissionais perante as mesmas. Dessas reações, era solicitado ao participante que assinalasse aquelas que considerava que a maioria dos colegas teria quando confrontado com a situação da vinheta (Questão A) e, ainda, que seleccionasse as que julgava mais apropriadas nas diferentes circunstâncias (Questão B). No âmbito deste estudo, dado os seus objetivos, analisaram-se os resultados relativos às seguintes vinhetas:

Situação 1: “Um colega seu bate à porta de um quarto. Sabe que está ocupado, mas não respondem. Pensa que se pode ter passado algo, entra e encontra um utente a ter relações sexuais com uma utente.”;

Situação 2: “Um colega seu encontra dois utentes, um homem e uma mulher, a terem relações sexuais no seu quarto. Um deles tem demência e o outro está cognitivamente preservado.”;

Situação 3: “Um colega seu encontra dois utentes, um homem e uma mulher, a terem relações sexuais no seu quarto. Ambos têm demência.”.

As reações listadas, das quais o participante poderia seleccionar as que entendesse, eram:

- 1) Fazer como se não tivesse visto nada;
- 2) Comentar o sucedido com a supervisão ou direcção;
- 3) Comentar o sucedido com a família dos utentes;
- 4) Aconselhá-los a fazerem-nos de forma mais privada;
- 5) Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer;
- 6) Chamá-los à atenção/ralhar-lhes;
- 7) Rir-se ou fazer piadas sobre isso (Questão A);
- 8) Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto (Questão B);
- 9) Recomendar-lhes que o façam fora da residência;
- 10) Conversar com eles para saber mais sobre a situação (exceto na Situação 1);
- 11) Outras.

Em cada vinheta também foi questionado se alguma vez o participante tinha presenciado essa situação e com que frequência ocorria no seu local de trabalho. De salientar que foram utilizadas duas versões do questionário com alteração da ordem de apresentação das vinhetas.

2.4 Procedimento

Para a estruturação do presente estudo criou-se, em outubro de 2018, de um grupo de trabalho, supervisionado por docentes das áreas da Medicina e Psicologia, constituído por uma estudante do Mestrado Integrado em Medicina e por outra do Mestrado de Psicologia Clínica. Seguidamente, executou-se uma revisão da literatura sobre a sexualidade na população idosa institucionalizada com demência, no sentido de precisar os objetivos do estudo e a sua importância, bem como de fundamentar a planificação da investigação idealizada. Tendo em conta a existência de um estudo sobre a temática em Espanha, desenvolvido por Villar e colaboradores (2017), estabeleceu-se contacto com a equipa e acordou-se a realização de um estudo com uma metodologia semelhante em Portugal. Tal facto, poderá, futuramente, permitir comparações transculturais relativas a esta matéria. Assim, foi usado o questionário/protocolo de recolha de informação elaborado por Villar e colaboradores (2017), que sofreu um processo de tradução e retroversão para a sua validação em português.

A recolha de dados decorreu entre fevereiro e abril de 2019. Inicialmente, contactaram-se por e-mail e/ou telefone os diretores técnicos das ERPI'S, com a finalidade de solicitar a participação dos seus trabalhadores na investigação, mediante a divulgação de informações relativas aos objetivos do estudo e ao carácter confidencial das respostas aos questionários. Adicionalmente, inquiriram-se os diretores técnicos quanto ao número de residentes e de funcionários e sobre a possibilidade de serem responsáveis pela aplicação do questionário nas suas residências.

Após a aceitação das ERPI's para colaborarem no estudo, as investigadoras afetas a este projeto deslocaram-se às instituições para a entrega dos questionários em papel, exceto na dos Açores e numa do Porto, tendo sido, nestes casos, enviados por correio. A escolha de um contacto presencial teve como intuito promover o esclarecimento e a confiança na investigação. Posteriormente, as instruções dadas pessoalmente foram reforçadas por correio eletrónico, as quais consistiram no preenchimento do questionário num tempo livre durante o trabalho e na forma como os devolver.

Os participantes não receberam qualquer tipo de compensação pela sua participação.

2.5 Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística dos dados recolhidos foi efetuada com auxílio do programa de software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25 (SPSS v.25.0).

Antes de se proceder à análise descritiva dos dados, aplicou-se o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors às variáveis quantitativas contínuas (idade, anos

de experiência com idosos e anos de experiência na ERPI), de forma a avaliar se estas são bem moduladas por uma distribuição normal. Nos três casos constatou-se que os dados não provêm de populações normais ($p=0.000$) e, por conseguinte, optou-se por descrever estas variáveis pela mediana e pela amplitude interquartil (AIQ) como medidas de localização e dispersão, respetivamente. Seguidamente, usaram-se as técnicas de estatística descritiva para sumariar a informação contida nos dados.

Na análise inferencial, atendendo ao tamanho da amostra, ao seu emparelhamento e ao facto de as diferentes vinhetas terem sido aplicadas aos mesmos participantes, foram utilizados como testes não paramétricos o teste assintótico de McNemar, para comparação do antes e depois de duas variáveis dicotómicas, e o teste Q de Cochran, para a comparação de mais de duas amostras relacionadas.

Todas as conclusões foram feitas com base no nível de significância de 0.05.

2.6 Considerações éticas e legais

As investigadoras deste estudo regeram-se pelas boas práticas éticas e legais. A investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior a 15 de janeiro de 2019 (processo CE-UBI-Pj-2018-080: ID1009 - Anexo 6.2).

A dignidade e autonomia dos participantes foi respeitada através da entrega de um consentimento informado escrito antes do preenchimento do questionário, de forma garantir a participação voluntária no estudo. Como reforço, foram incluídas a anteceder o corpo da primeira página do questionário instruções e informações relativas ao objetivo do estudo, ao anonimato e confidencialidade e à utilização dos dados exclusivamente para fins estatísticos.

3. Resultados

3.1 Caracterização da amostra

3.1.1 Informação sociodemográfica e profissional

A mediana da idade dos participantes é de 42 anos (AIQ=20), com uma idade mínima de 19 anos e máxima de 76 anos. Dos 538 inquiridos, 484 são mulheres, o que corresponde a 90% da amostra. Quanto ao estado civil, 61.2% são casados ou em união de facto, 23.2% são solteiros, 11.3% separados ou divorciados e os restantes (3.7%) viúvos. A maioria (61.9%) dos profissionais possui como habilitações o 9º (28.4%) ou o 12º anos (33.5%), 25.7% frequentaram o ensino superior e 11% têm habilitações iguais ou inferiores ao 4º ano. A formação em envelhecimento está prevalente em 69.3% (373) dos trabalhadores, tendo sido obtida, principalmente, através de formações profissionais (204).

Na Figura 1, constata-se que a posição profissional mais prevalente dos participantes nas ERPI's é a de Auxiliar (55%) e a menos de a Médico (0.4%). A mediana de anos de experiência com idosos é 7 anos (AIQ=10) e a de anos de trabalho na ERPI é de 5 anos (AIQ=8). Em relação ao grau de satisfação com o trabalho realizado, a mediana é 8 (AIQ=2), numa escala de 0 a 10.

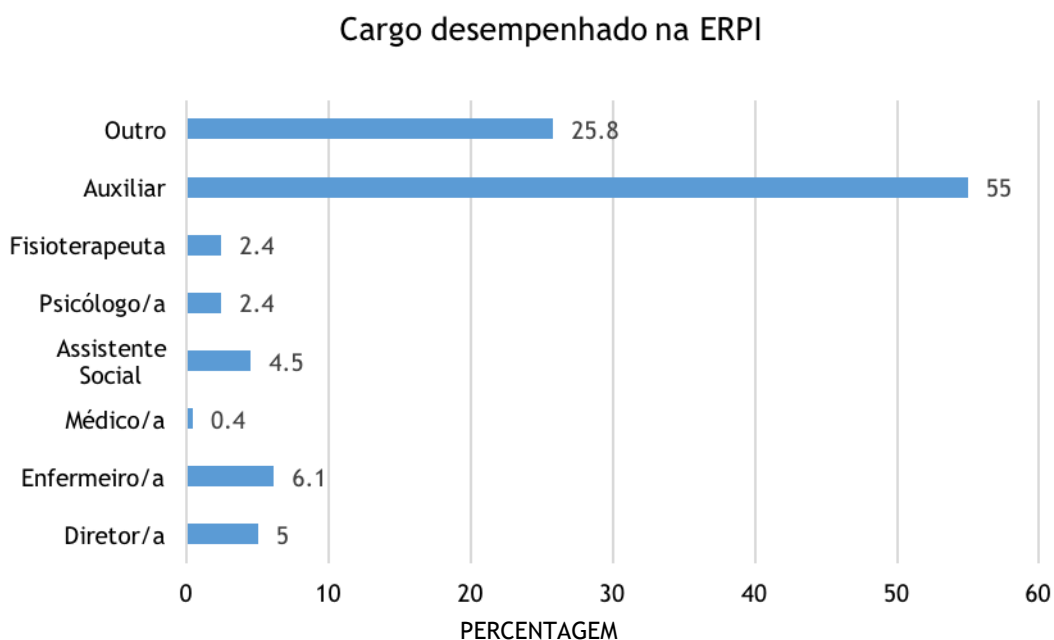


Figura 1 - Distribuição de frequências (em percentagem) dos cargos desempenhados nas ERPI's.

3.1.2 Informações institucionais

Quanto ao tamanho da instituição, o que obteve maior representação (49.3%) foi o tamanho médio (49.3%), que é composto por um número de utentes compreendido entre 50 e 100, seguido de pequeno (38,5%), com menos de 50 utentes, e, por último, o grande (11.2%), com mais de 100 utentes. Na Figura 2, observa-se que a grande maioria dos participantes (82.5%) trabalha em IPSS's, 11.2% no setor privado e 2.2% no setor público.

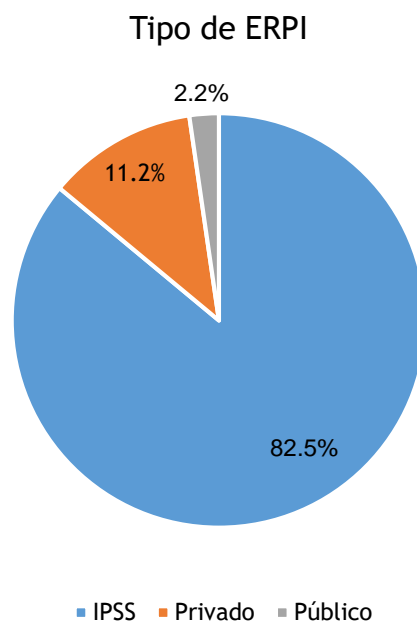


Figura 2 - Distribuição de frequências (em percentagem) do tipo de ERPI.

3.2 Comparação das reações dos Profissionais perante relações sexuais que envolvem pessoas idosas institucionalizadas com e sem demência

No sentido de compreender se a opinião dos profissionais que trabalham nas ERPI's é a mesma em relação a situações de relações sexuais envolvendo utentes sem demência vs. apenas um utente com demência vs. ambos os utentes com demência (Situação 1, 2 e 3, respetivamente), foi aplicado o teste Q de Cochran, ao nível de significância de 5%, nas respostas às questões “O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?” (Questão A) e “O que considera que se deveria fazer?” (Questão B).

3.2.1 Questão A: “O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”

A Tabela 1 mostra os resultados da comparação das probabilidades de resposta afirmativa nas três vinhetas apresentadas, para as diferentes possibilidades de resposta à Questão A, decorrentes da aplicação do teste Q de *Cochran*.

Nas três vinhetas, a opção “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” foi a mais selecionada, com uma percentagem ligeiramente superior nas relações sexuais em que apenas um dos utentes tem demência (61.9% vs. 77% vs. 75.4%). Outra das respostas mais optada nas situações em que os utentes não sofrem de demência foi “Fazer como se não tivesse visto nada” (26.9% vs. 12.8% vs. 15.6%). As práticas restritivas, como “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” (6.6% vs. 20% vs. 19%) e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” (10.4% vs. 19.6% vs. 15%), foram as escolhas seguintes mais mencionadas nas Situações 2 e 3, igualmente com maior prevalência quando apenas um utente tem demência. Pelo contrário, “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” (2% vs. 1.4% vs. 0.8%) e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” (10.4% vs. 2.6% vs. 2.2%) foram das opções menos assinaladas nesses casos.

Quando comparadas as três vinhetas em simultâneo (Tabela 1), observam-se diferenças estatisticamente significativas (assinaladas com *) na proporção de respostas afirmativas em quase todas as opções, com exceção das respostas “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” e “Outras”. Salienta-se que estas últimas foram as menos selecionadas nas três situações.

De forma a perceber qual ou quais os pares de vinhetas que originaram as diferenças significativas encontradas anteriormente, foram aplicados testes de comparações múltiplas com correção de *Bonferroni*, mais precisamente, o teste de *McNemar*, a fim de avaliar as diferenças entre os pares de vinhetas, cujos resultados são apresentados na Tabela 2.

As diferenças encontradas na resposta “Fazer como se não tivesse visto nada” são explicadas pela maior probabilidade desta reação ser selecionada na situação em que os utentes não apresentam demência comparativamente àquelas em que um ou ambos dela sofrem ($p=0.000$ e $p=0.000$). Resultados semelhantes foram observados para a opção “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” ($p=0.00$ e $p=0.000$).

As reações “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” ($p=0.000$ e $p=0.000$) e “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” ($p=0.000$ e $p=0.000$) são mais prováveis de serem escolhidas quando um ou ambos os utentes têm demência relativamente aos que não têm.

No que toca à resposta “Comentar o sucedido com a família dos utentes” ($p=0.004$), a sua seleção tem maior probabilidade de ocorrer nos casos em que apenas um dos utentes tem demência em comparação com os que não têm.

Quanto à prática restritiva “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” ($p=0.000$, $p=0.002$ e $p=0.003$), esta é mais provável de ser selecionada nas situações em que os utentes têm

demência comparativamente aos que não têm, com maior preponderância quando apenas um deles sofre desta condição clínica.

Por fim, a resposta “Rir-se ou fazer piadas sobre isso” ($p=0.002$ e $p=0.011$) tem maior probabilidade de ser escolhida quando ambos os utentes têm ou não demência, em comparação quando apenas um deles tem.

De referir que o teste *McNemar* também foi aplicado aos resultados da opção “Conversar com eles para saber mais sobre a situação”, exclusiva das Situações 2 e 3, tendo-se obtido $p=0.263$ e $t_{McNemar}=1.255$, pelo que as diferenças não são estatisticamente significativas. Quanto à frequência desta reação, 12.1% dos participantes escolheram-na quando apenas um dos utentes tem demência contra 10.2% no caso em que ambos os utentes têm demência.

Tabela 1 - Caracterização dos comportamentos que os profissionais consideram que a maioria dos colegas teria (Questão A) perante relações sexuais envolvendo Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 2 vs. Situação 3).

	<u>Situação 1</u> Ambos os utentes sem demência n (%)	<u>Situação 2</u> Um utente com demência n (%)	<u>Situação 3</u> Ambos os utentes com demência n (%)	t <i>Cochran</i>	p
1. Fazer como se não tivesse visto nada	135 (26.9)	64 (12.8)	78 (15.6)	64.779	0.000 *
2. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	310 (61.9)	386 (77.0)	378 (75.4)	64.593	0.000 *
3. Comentar o sucedido com a família dos utentes	20 (4.0)	35 (7.0)	32 (6.4)	9.692	0.008 *
4. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	52 (10.4)	13 (2.6)	11 (2.2)	53.433	0.000 *
5. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	33 (6.6)	100 (20.0)	95 (19.0)	72.678	0.000 *
6. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	52 (10.4)	98 (19.6)	75 (15.0)	37.786	0.000 *
7. Rir-se ou fazer piadas sobre isso	56 (11.2)	38 (7.6)	51 (10.2)	12.047	0.002 *
8. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	10 (2.0)	7 (1.4)	4 (0.8)	6.000	0.050
9. Outras	10 (2.0)	8 (1.6)	10 (2.0)	0.800	0.670

t *Cochran*: valor da estatística de teste do teste Q de *Cochran*; *p < 0,05

Tabela 2 - Comparação das reações dos profissionais segundo o que consideram que os colegas **fariam** (Questão A) perante as diferentes situações de relações sexuais: Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência (Situação 1 vs. Situação 2), Ambos os utentes sem demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 3) e Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 2 vs. Situação 3).

	Questão A								
				Situação 1 vs. Situação 2		Situação 1 vs. Situação 3		Situação 2 vs. Situação 3	
	Situação 1 Ambos os utentes sem demência n (%)	Situação 2 Um utente com demência n (%)	Situação 3 Ambos os utentes com demência n (%)	$t_{McNemar}$	p	$t_{McNemar}$	p	$t_{McNemar}$	p
1. Fazer como se não tivesse visto nada	135 (26.9)	64 (12.8)	78 (15.6)	46.667	0.000*	31.677	0.000*	2.914	0.088
2. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	310 (61.9)	386 (77.0)	378 (75.4)	41.978	0.000*	35.627	0.000*	0.766	0.382
3. Comentar o sucedido com a família dos utentes	20 (4.0)	35 (7.0)	32 (6.4)	-	0.004*	4.033	0.045	-	0.678
4. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	52 (10.4)	13 (2.6)	11 (2.2)	27.245	0.000*	32.653	0.000*	-	0.815
5. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	33 (6.6)	100 (20.0)	95 (19.0)	51.247	0.000*	45.378	0.000*	0.254	0.614
6. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	52 (10.4)	98 (19.6)	75 (15.0)	30.682	0.000*	9.878	0.002*	9.132	0.003*
7. Rir-se ou fazer piadas sobre isso	56 (11.2)	38 (7.6)	51 (10.2)	9.633	0.002*	0.485	0.485	-	0.011*

$t_{McNemar}$: valor da estatística de teste do teste *McNemar* com correção de contiguidade; * $p < \alpha/3; \alpha = 0,05$

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

3.2.2 Questão B: “O que considera que se deveria fazer?”

De forma semelhante ao que foi realizado previamente, apresentam-se agora os resultados obtidos com a aplicação do teste Q de *Cochran* à Questão B na Tabela 3.

A opção mais assinalada nas três vinhetas foi “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, com a frequência mais elevada (59.2% vs. 81.9% vs. 79.5%) nos casos em que apenas um dos parceiros tem demência, tal como na questão anterior. A atitude “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” (6% vs. 23.9% vs. 18.3%) foi a seguinte mais escolhida nas situações em que as relações sexuais são praticadas por idosos com demência (Situações 2 e 3), mas quando os utentes não sofrem de demência a resposta “Fazer como se não tivesse visto nada” (23.1% vs. 9.9% vs. 14.5%) foi a segunda mais selecionada. Já as respostas “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” (2% vs. 0.4% vs. 0.2%) e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” (14.3% vs. 3.8% vs. 2.6%) foram das menos selecionadas nas Situações 2 e 3.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas (assinaladas com * na Tabela 3) na análise concomitante das três vinhetas com a aplicação do teste Q de *Cochran* foram sujeitas ao teste *McNemar* com correção de *Bonferroni*, de forma a avaliar as diferenças entre os pares de vinhetas, cujos resultados constam na Tabela 4.

A resposta “Fazer como se não tivesse visto nada” ($p=0.000$, $p=0.000$ e $p=0.001$) tem maior probabilidade de ser selecionada quando se trata de utentes sem demência em comparação com aqueles que sofrem desta condição. Por outro lado, dentro das Situações 2 e 3, esta opção é mais provável de ocorrer nos casos em que ambos os utentes têm demência.

Quando um profissional é confrontado com a existência de relações sexuais entre utentes que sofrem de demência (Situações 2 e 3), a probabilidade de selecionarem as respostas “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” ($p=0.000$ e $p=0.000$) e “Comentar o sucedido com a família dos utentes” ($p=0.001$ e $p=0.000$) é maior comparativamente aos casos em que os utentes não têm demência. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nestas respostas quando apenas um dos utentes ou ambos têm demência.

Relativamente às opções “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” ($p=0.000$ e $p=0.000$) e “Recomendar-lhes que o façam fora da residência” ($p=0.008$ e $p=0.004$), existe uma possibilidade mais elevada de serem selecionadas nos casos em que os utentes não têm demência em comparação com aqueles que sofrem desta afeção.

A reação “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” ($p=0.000$, $p=0.000$ e $p=0.000$) é mais provável de ser assinalada nas situações em que os utentes têm demência em relação aos que não têm. Por sua vez, esta opção tem maior probabilidade em ser selecionada quando apenas um dos utentes tem demência quando comparada à situação em que ambos os utentes têm demência.

Por último, a resposta “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” ($p=0.000$ e $p=0.000$) é mais provável de ser escolhida nas relações sexuais em que apenas um dos utentes tem demência relativamente aos casos em que ambos os utentes têm, ou não, demência.

Quanto à atitude “Conversar com eles para saber mais sobre a situação”, aplicada apenas às situações que envolvem parceiros com demência (Situações 2 e 3), os resultados do teste de *McNemar* foram estatisticamente significativos ($p=0.000$; $t_{McNemar}=16.017$), sendo maior a probabilidade de ser selecionada quando apenas um dos parceiros sofre de demência. Por sua vez, 22.7% dos participantes assinalaram essa opção nos casos em que apenas um dos utentes tem demência, enquanto 16.1% a escolheram quando ambos têm demência.

Tabela 3 - Caracterização dos comportamentos que os participantes consideram que a maioria dos colegas deveria ter (Questão B) perante relações sexuais envolvendo Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 2 vs. Situação 3).

	Situação 1 Ambos os utentes sem demência n (%)	Situação 2 Um utente com demência n (%)	Situação 3 Ambos os utentes com demência n (%)	t <i>Cochran</i>	p
1. Fazer como se não tivesse visto nada	115 (23.1)	49 (9.9)	72 (14.5)	57.556	0.000*
2. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	294 (59.2)	407 (81.9)	395 (79.5)	140.085	0.000*
3. Comentar o sucedido com a família dos utentes	19 (3.8)	38 (7.6)	40 (8.0)	20.667	0.000*
4. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	71 (14.3)	19 (3.8)	13 (2.6)	82.486	0.000*
5. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	30 (6.0)	119 (23.9)	91 (18.3)	104.420	0.000*
6. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	19 (3.8)	50 (10.1)	25 (5.0)	30.037	0.000*
7. Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto	59 (11.9)	71 (14.3)	70 (14.1)	5.429	0.066
8. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	10 (2.0)	2 (0.4)	1 (0.2)	16.222	0.000*
9. Outras	16 (3.2)	11 (2.2)	8 (1.6)	5.158	0.076

t *Cochran*: valor da estatística de teste do teste Q de *Cochran*; *p < 0,05

Tabela 4 - Comparação das reações dos participantes segundo o que consideram que os colegas **deveriam fazer** (Questão B) perante as diversas situações de relações sexuais: Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência (Situação 1 vs. Situação 2), Ambos os utentes sem demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 1 vs. Situação 3) e Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência (Situação 2 vs. Situação 3).

	Questão B								
				Situação 1 vs. Situação 2		Situação 1 vs. Situação 3		Situação 2 vs. Situação 3	
	Situação 1 Ambos os utentes sem demência n (%)	Situação 2 Um utente com demência n (%)	Situação 3 Ambos os utentes com demência n (%)	t _{McNemar}	p	t _{McNemar}	p	t _{McNemar}	p
1. Fazer como se não tivesse visto nada	115 (23.1)	49 (9.9)	72 (14.5)	44.947	0.000*	18.968	0.000*	10.298	0.001*
2. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	294 (59.2)	407 (81.9)	395 (79.5)	90.245	0.000*	75.188	0.000*	2.086	0.149
3. Comentar o sucedido com a família dos utentes	19 (3.8)	38 (7.6)	40 (8.0)	11.172	0.001*	-	0.000*	0.038	0.845
4. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	71 (14.3)	19 (3.8)	13 (2.6)	40.641	0.000*	49.227	0.000*	-	0.238
5. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	30 (6.0)	119 (23.9)	91 (18.3)	75.184	0.000*	48.000	0.000*	12.150	0.000*
6. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	19 (3.8)	50 (10.1)	25 (5.0)	19.149	0.000*	0.833	0.361	18.581	0.000*
7. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	10 (2.0)	2 (0.4)	1 (0.2)	-	0.008*	-	0.004*	-	1.000

t_{McNemar}: valor da estatística de teste do teste McNemar com correção de contiguidade; * $p < \alpha/3$; $\alpha = 0,05$

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

3.2.3 Questão A vs. Questão B

De forma a esclarecer se existem mudanças de opinião dos profissionais quanto às reações que a maioria dos colegas teria e aquelas que consideram que deveriam ser tomadas, foi aplicado o teste *McNemar* a cada situação, isoladamente, com o intuito de comparar as respostas às Questões A (“O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?”) e B (“O que considera que se deveria fazer?”). Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 5.

Nas três situações constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas em relação à opção “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” ($p=0.000$), a qual tem maior probabilidade de ser assinalada como uma reação que os profissionais consideram que a maioria dos colegas teria do que como uma atitude que deveria ser tomada.

Nas respostas “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” e “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0.015$ e $p=0.019$, respetivamente) nas situações em que apenas um dos utentes tem demência, sendo que é mais provável serem selecionadas como uma reação que deveria ser tomada.

Quanto à opção “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”, as diferenças estatisticamente significativas constatadas mostram que, quando ambos os utentes não têm demência, existe uma probabilidade mais elevada de ser assinalada como uma reação que os participantes pensam que deveria ser tomada, do que como uma reação que a maioria dos colegas teria ($p=0.014$).

A opção exclusiva das Situações 2 e 3 (“Conversar com eles para saber mais sobre a situação”) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos dois casos ($p=0.000$), nos quais a probabilidade de ser escolhida é superior quando os profissionais consideram que esta reação deveria ser tomada.

Tabela 5 - Comparação entre o que os participantes consideram que os colegas fariam e o que consideram que deveriam fazer perante relações sexuais que envolvem utentes sem demência (Situação 1), um utente com demência (Situação 2) e ambos os utentes com demência (Situação 3), isoladamente.

	Ambos os utentes sem demência (Situação 1)		Um utente com demência (Situação 2)		Ambos os utentes com demência (Situação 3)	
	<i>t</i> <i>McNemar</i>	<i>p</i>	<i>t</i> <i>McNemar</i>	<i>p</i>	<i>t</i> <i>McNemar</i>	<i>p</i>
1. Fazer como se não tivesse visto nada	3.284	0.070	3.781	0.052	0.500	0.480
2. Comentar o sucedido com a supervisão ou direção	1.509	0.219	5.975	0.015*	3.084	0.079
3. Comentar o sucedido com a família dos utentes	-	1.000	0.026	0.871	1.361	0.243
4. Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada	6.017	0.014*	-	0.267	-	0.607
5. Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer	0.026	0.871	5.479	0.019*	0.188	0.665
6. Chamá-los à atenção/ralhar-lhes	23.674	0.000*	38.250	0.000*	40.984	0.000*
7. Conversar com eles para saber mais sobre a situação	N.A.	N.A.	15.754	0.000*	4.563	0.000*
8. Recomendar-lhes que o façam fora da residência	-	1.000	-	0.125	-	0.125
9. Outras	-	0.359	-	0.549	-	0.549

t *McNemar*: valor da estatística de teste do teste *McNemar*; **p*<0,05; N.A. - não aplicável.

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

3.3 Frequência de relações sexuais nas ERPI's

As distribuições de frequências com que os profissionais são expostos a situações de relações sexuais entre utentes com e sem demência e a periodicidade com que estas ocorrem nas ERPI'S onde trabalham podem ser observadas nas Figuras 3 e 4, respetivamente. Pela sua análise, constata-se que o tipo de relações sexuais com as quais os profissionais foram mais confrontados correspondem àquelas em que os parceiros não sofrem de demência (Figura 3).

Alguma vez se encontrou em situações de relações sexuais entre utentes?

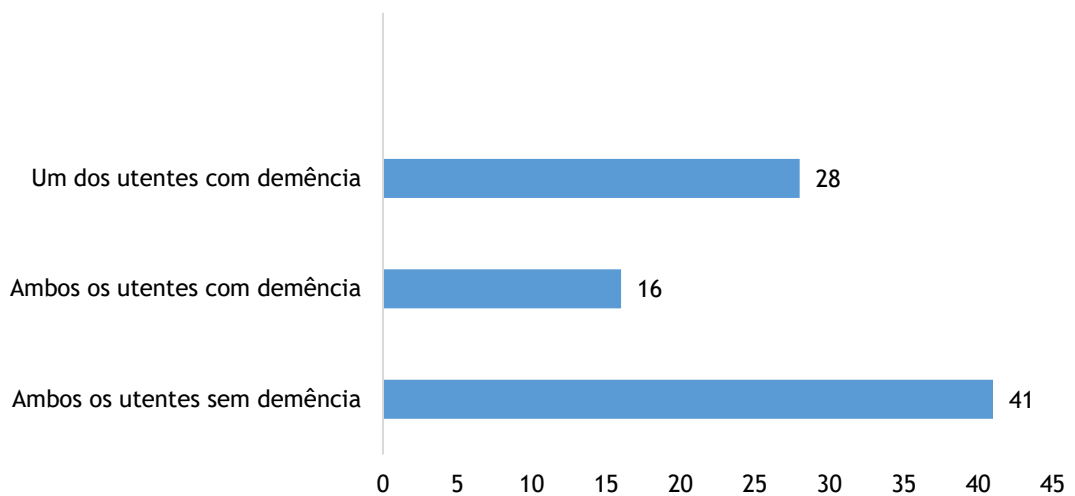


Figura 3 -Distribuição de frequências absolutas da exposição dos profissionais a situações de relações sexuais nas ERPI's entre utentes com e sem demência.

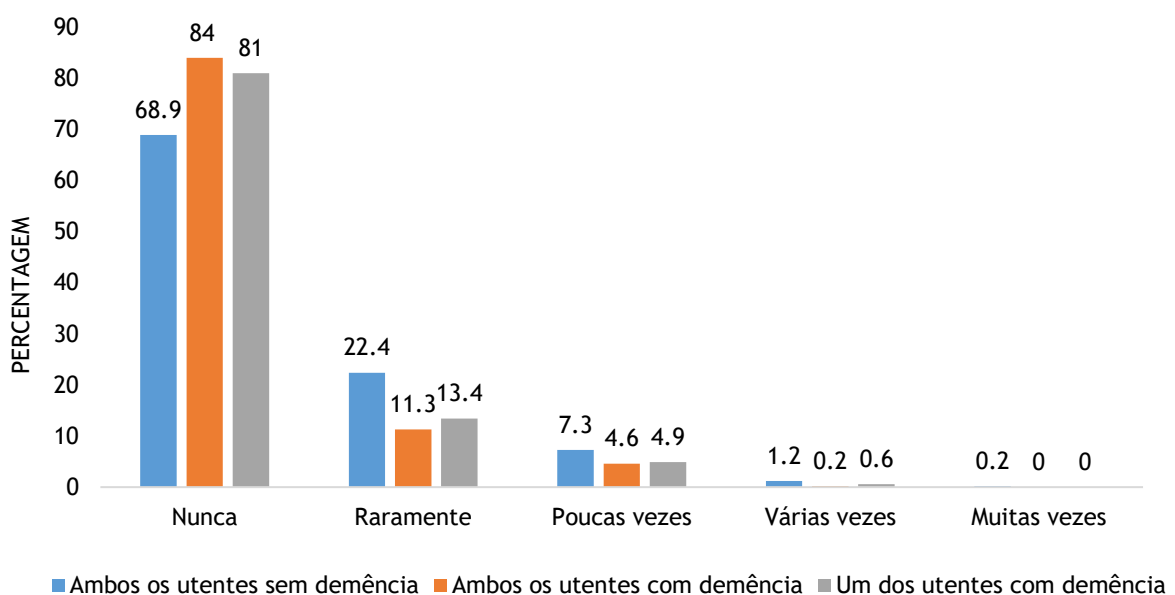


Figura 4 -Distribuição de frequências (em percentagem) da periodicidade de relações sexuais entre utentes sem demência vs. ambos com demência vs. um com demência.

Em qualquer das três situações apresentadas, a não ocorrência de relações sexuais entre os utentes é o mais reportado (Figura 4). Seguem-se as opções “Raramente”, “Poucas vezes” e “Várias vezes”, por ordem decrescente de frequências, sendo que a maior periodicidade é encontrada nos casos em que ambos os utentes não têm demência e a menor quando ambos sofrem dessa condição clínica. Quando algum dos utentes apresenta demência não se verificaram relações sexuais com muita frequência. Assim, tendo em conta que todos os participantes responderam às três vinhetas sobre a periodicidade com que ocorrem relações sexuais entre os utentes, pode-se concluir que a opção “Nunca” é menos prevalente nas situações em que os utentes não apresentam demência comparativamente com aquelas em que apresentam, ao contrário do que acontece nas restantes opções de resposta, nas quais a frequência é sempre superior quando os utentes não sofrem de demência.

4. Discussão de resultados/Conclusões

Este estudo teve como propósito caracterizar e comparar práticas dos profissionais das ERPI's e, a partir daí, refletir sobre as suas atitudes em relação à sexualidade de utentes com e sem demência. Os principais resultados obtidos da presente investigação revelam que as reações dos profissionais são distintas consoante os utentes têm ou não demência.

Quando os funcionários das ERPI's foram inquiridos sobre "O que considera que a maior parte dos seus colegas faria?" (Questão A) e "O que considera que se deveria fazer?" (Questão B) nas diferentes situações a que foram expostos (Ambos os utentes sem demência vs. Um utente com demência vs. Ambos os utentes com demência), a opção "Comentar o sucedido com a supervisão ou direção" foi a mais selecionada, sendo mais prevalente no caso em que apenas um dos utentes sofre de demência. Tal escolha poder-se-á explicar pelo facto de os profissionais interpretarem como problemática a existência de relações sexuais entre utentes com e sem demência (34), demonstrando que não sabem, na grande maioria das vezes, como atuar em situações deste tipo, o que poderá dever-se à falta de formação e à inexistência de orientações nas instituições em relação a esta matéria (69). Apesar dessa atitude ter um carácter tranquilizador para os profissionais, também mostra que os mesmos não estão preparados para atuar em circunstâncias desta natureza. Pelo contrário, reportar o sucedido aos familiares foi uma das opções menos escolhida, o que, por um lado, provavelmente, significará que os funcionários se preocupam com o direito à privacidade dos utentes (69) e, por outro, que têm receio das consequências da partilha dessas informações, mormente a retirada do utente da instituição e eventuais intimações judiciais (65,69).

Nos casos de relações sexuais em que um ou ambos os elementos do casal têm demência, as reações seguintes mais mencionadas foram "Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer" e "Chamá-los à atenção/ralhar-lhes", traduzindo atitudes restritivas por parte dos funcionários, com a conseqüente não verificação do respeito pelos direitos sexuais dos utentes. Esta prática poderá ser elucidada, mais uma vez, pela interpretação destas situações como um dilema para os profissionais (34), pelo que a tomada dessas atitudes surge como uma solução para suprimir essas dificuldades. Já no caso de os idosos institucionalizados não sofrerem de demência, a segunda opção mais selecionada foi "Fazer como se não tivesse visto nada", o que indica que as condutas restritivas serão mais frequentes nos utentes com demência.

Ao invés, as opções "Recomendar-lhes que o façam fora da residência" e "Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada" foram das menos assinaladas nos casos de relações sexuais entre utentes com demência. A baixa prevalência da resposta "Recomendar-lhes que o façam fora da residência" poderá dever-se à proteção do utente, uma vez que indivíduos institucionalizados tendem a ter mais limitações físicas e patologias graves em comparação com os sujeitos que vivem em comunidade (11). No entanto, o excesso de proteção poderá ir contra os seus direitos, no sentido de reprovar e proibir a expressão da sua sexualidade. Contudo, é de destacar que, na Questão B, a reação de suporte "Conversar com eles para saber

mais sobre a situação”, exclusiva dos casos com demência, foi selecionada 16,1% nas situações em que ambos os utentes têm demência e 22,7% quando apenas um dos utentes tem demência, o que, porventura, querera dizer que alguns funcionários estão mais sensibilizados para a temática da sexualidade na demência.

Na Questão A, quando se comparam as reações dos profissionais perante relações sexuais entre utentes com e sem demência, os resultados revelam que os profissionais apresentam atitudes mais permissivas e de aceitação nas relações sexuais entre utentes sem demência (“Fazer como se não tivesse visto nada” e “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada”), do que nos casos com demência (“Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”). Entre as relações sexuais em que os utentes sofrem de demência, a prática restritiva “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” é mais provável de ser selecionada quando apenas um deles sofre desta condição clínica.

Quanto à comparação das reações dos profissionais à Questão B, as respostas também mostram existir uma maior tolerância nas situações em que os elementos do casal não sofrem de demência (“Fazer como se não tivesse visto nada”, “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” e “Recomendar-lhes que o façam fora da residência”) do que quando sofrem (“Comentar o sucedido com a supervisão ou direção”, “Comentar o sucedido com a família dos utentes”, “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”). Por sua vez, nos casos em que as pessoas idosas têm demência, as reações de restrição “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” e “Chamá-los à atenção/ralhar-lhes” têm maior probabilidade de serem selecionadas quando apenas um dos utentes tem demência e a resposta “Fazer como se não tivesse visto nada” quando ambos os utentes têm demência. A maior prevalência de reações restritivas nas situações em que apenas um dos utentes tem demência poderá justificar-se pela preocupação dos profissionais com o risco de abuso, decorrente da indefinição da capacidade de consentimento nas pessoas com demência (65, 69). Pelo contrário, o facto de os profissionais considerarem que se deveria ignorar a existência de relações sexuais quando ambos os utentes têm demência, significará que este tipo de relações é percebido como menos problemático e, como tal, não urge tomar medidas proibitivas (78). Apesar de as práticas restritivas terem sido mencionadas com maior probabilidade quando estão envolvidos utentes com demência, é de referir que os profissionais consideram que se deveria “Conversar com eles para saber mais sobre a situação” nas situações em que um deles sofre de demência, o que, aliado ao facto de um dos elementos do casal estar cognitivamente preservado, poderá indicar que os funcionários consideram o diálogo uma oportunidade para conhecerem as necessidades do casal.

De forma a compreender se houve mudança de opinião dos profissionais sobre o que a maioria dos colegas faria e o que se deveria fazer perante a existência de relações sexuais entre utentes com e sem demência, foi realizada uma análise às três situações, isoladamente. Assim, os profissionais consideram que a maioria dos seus colegas tomaria medidas restritivas (“Chamá-los à atenção/ralhar-lhes”) nas diferentes situações apresentadas. No que toca às

respostas sobre o que deveria ser feito, os profissionais são de opinião que as reações “Comentar o sucedido com a supervisão ou direção” e “Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer” deveriam ser tomadas perante relações sexuais em que apenas um dos utentes tem demência; “Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada” quando ambos os utentes não têm demência; “Conversar com eles para saber mais sobre a situação” nos casos em que um ou ambos os utentes têm demência. Estes resultados vão ao encontro dos já mencionados, no sentido em que existe uma maior tolerância às relações sexuais entre utentes sem demência e maior restrição aos casais portadores de demência, principalmente naqueles em que apenas um deles sofre desta condição clínica. Deste modo, denota-se que muitos profissionais, quando confrontados com situações de cariz sexual, sentem-se incomodados (68) e consideram que as mesmas complicam a realização do seu trabalho (11). Por conseguinte, alguns preferem ignorar a situação e colocar a responsabilidade nos membros da direção ou reprimir os desejos sexuais do utente. Contudo, também se observa que os profissionais mostram que as atitudes perante as relações sexuais entre pessoas idosas institucionalizadas deveriam ser reformuladas. Para tal, a formação específica em sexualidade em idosos com e sem demência tem um papel crucial (2,83).

Outro dos objetivos da presente investigação é avaliar a frequência das relações sexuais entre pessoas idosas institucionalizadas com e sem demência com que os profissionais se deparam e a periodicidade com que ocorrem nas ERPI's onde trabalham. Os resultados indicam que os profissionais são mais confrontados com relações sexuais entre pessoas idosas institucionalizadas sem demência, seguidas das situações em que apenas um dos elementos do casal tem demência e, por fim, aquelas em que ambos os utentes têm demência. Quanto à periodicidade no seu local de trabalho, as relações sexuais têm a mesma distribuição atrás mencionada. Assim, continua a verificar-se que ocorrem relações sexuais nos lares (7).

Tendo em conta a existência de relações sexuais nas ERPI's e a consequente diversidade de atitudes e reações dos profissionais perante a sexualidade de pessoas idosas institucionalizadas, a formação, secundária às diferentes características sociodemográficas dos participantes na investigação, é fundamental para capacitá-los de respostas coerentes, homogêneas e eficazes (74). Assim, os profissionais devem respeitar as diferenças individuais e reconhecer o valor da autonomia dos residentes perante as suas expressões sexuais (78.)

Esta investigação abrange uma área pouco discutida em Portugal, que, sendo uma realidade nas ERPI's portuguesas, carece de mais estudo, de forma a que os profissionais e familiares respondam adequadamente ao usufruto do direito da sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas, contribuindo para o seu bem-estar e saúde.

No que respeita às limitações do estudo, apesar de contar com a participação de 538 trabalhadores, o facto de se tratar de uma amostra por conveniência não permite a generalização dos resultados aos profissionais que trabalham com idosos. Embora se tenha pedido aos diretores técnicos que os questionários fossem preenchidos durante um tempo livre no trabalho, tal não foi assegurado em alguns casos, o que poderá ter causado viés decorrente de alguma desabilidade social, constituindo outra limitação. Além disso, a utilização da técnica

da vinheta ao centrar-se na ocorrência de relações sexuais põe de parte outras formas de expressão sexual que possam acontecer em contexto real. Por fim, teria sido pertinente perceber quais os preditores das reações dos profissionais com base nos dados sociodemográficos e incluir outros no questionário, nomeadamente a vivência da sexualidade, o tipo de relação com o utente e a localização geográfica (litoral vs. interior do país) dos participantes.

Neste sentido, em investigações futuras, sugere-se o estudo da relação entre fatores pessoais e institucionais, com a inclusão dos dados supracitados, e as reações dos profissionais face à ocorrência de relações sexuais em pessoas idosas institucionalizadas com e sem demência, visto ser fundamental na elaboração de intervenções específicas para salvaguardar os direitos e necessidades sexuais dos idosos (78). Além disso, tendo em conta que a presente investigação foi delineada com base num estudo realizado em Espanha por Villar e colaboradores (2017), seria, portanto, pertinente, realizar um estudo transcultural, de forma a entender o papel que a cultura de cada país tem nas atitudes dos profissionais em Portugal, Espanha e noutros países.

Em síntese, dado o aumento da esperança média de vida e conseqüente aumento da prevalência de demência nas pessoas idosas, é fundamental a existência de mais investigação na área da Gerontologia, com enfoque em todas as dimensões da pessoa, incluindo a sexualidade. Este estudo mostra a falta de orientação e a alta prevalência de medidas restritivas por parte dos profissionais das ERPI's perante relações sexuais que envolvem pessoas idosas institucionalizadas com e sem demência, principalmente quando se tratam de relações em que apenas um dos elementos do casal sofre de demência. De forma a respeitar os seus direitos e necessidades sexuais, é de extrema importância providenciar formação e protocolos específicos aos profissionais que trabalham com idosos, com vista a gerir diferentes situações de expressão sexual dos idosos com e sem demência. Assim, estudos neste âmbito, para além de sensibilizarem e contribuírem para melhorar holisticamente os cuidados e a atenção às pessoas idosas institucionalizadas, também permitem obter mais informações sobre a sexualidade durante o processo de envelhecimento, o que possibilita a delimitação de intervenções idiossincráticas e a implementação de políticas mais inclusivas e sensíveis (78).

5. Referências bibliográficas

1. Murphy K. What to do about sexually inappropriate behavior in patients with dementia. *Nursing*. 2015;45(9):53-6.
2. Di Napoli EA, Breland GL, Allen RS. Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of aging and health*. 2013;25(7):1087-105.
3. Youell J. Enabling sexual expression in people with dementia. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*. 2015;30(15):43-8.
4. Tsatali MS, Tsolaki MN, Christodoulou TP, Papaliagkas VT. The complex nature of inappropriate sexual behaviors in patients with dementia: can we put it into a frame? *Sexual Disabilities*. 2010;29:143-56.
5. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*. 2005;34:475-80.
6. Hajjar RR, Kamel HK. Sexuality in the nursing home, part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of American Medical Directors Association*. 2004:s43-s7.
7. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:762-74.
8. Cipriani G, Ulivi M, Danti S, Lucetti C, Nuti A. Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2016;16(2):145-53.
9. Benbow SM, Beeston D. Sexuality, aging, and dementia. *International psychogeriatrics*. 2012.
10. Spector IP, Femeth SM. Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *J Sex Marital Therapy*. 1996;22:235-46.
11. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham Study of Sexuality and Ageing. Attitudes regarding sexuality and older people: A review of the literature. *Sexual and Relationship* 2006;22:45-61.
12. Makimoto K, Kang HS, Yamakawa M, Konno R. An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *International journal of nursing practice*. 2015;21 Suppl 2:80-90.
13. Amen DG. *The Brain in Love*. New York: Three Rivers Press; 2009.
14. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*. 2010;340:c810.
15. Kuhn D. Intimacy, sexuality, and residents with dementia. *Alzheimer's Care Q*. 2002;3:165-76.
16. Perkins MM, Ball MM, Kemp CL, Hollingsworth C. Social relations and resident health in assisted living: An application of the convoy model. *The Gerontologist*. 2013;53:495-507.

17. Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an inderrecognized problem. *Journal of American Geriatrics Society*. 2010;58:1970-9.
18. Wright H, Jenks RA. Sex on the brain! Associations between sexual activity and cognitive function in older age. *Age Ageing*. 2016;45:313-7.
19. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V. Sexual behaviora among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9:121-9.
20. Sukel K. The pathways of pleasure. *New Scientist*. 2011;210:6-7.
21. Stoléru S, Fonteille V, Cornélis C, Joyal C, Moulrier V. Functional neuroimaging studies of sexual arousal and orgasm in healthy men and women: a review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2012;36:1481-509.
22. Ulrich-Lai YM, Christiansen AM, Ostrander MM. Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2010;107:20529-34.
23. White E. *Dementia and Sexuality: The Rose that Never Wilts*. London: Hawker Publications; 2011.
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *HIV among people aged 50 and over*. Atlanta, GA: CDC; 2017.
25. Abellard J, Rodgers C, Bales AL. Balancing Sexual Expression and Risk of Harm in Elderly Persons with Dementia. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2017;45(4):485-92.
26. Bailey B. Prescribing the pill: politics, culture, and the sexual revolution in America's heartland. *J Soc Hist*. 1999;30:827-56.
27. Kessel B. Sexuality in the older person. *Age Aging*. 2001;30:121-4.
28. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 2007;2:63-8.
29. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Chapter 17: Sexuality and the reluctant health professional. In: Nay R, Garratt, S. (Eds.), editor. *Churchill Livingstone: Caring for Older People: Issues and Innovations in Care*; 2009.
30. Colton J. *Sex and the Elderly: What Physicians Should Know About Their Older Patients*. Yale University: Scholl of Medicine; 2007.
31. Hafford-Letchfield T. What's love got to do with it? Developing supportive practices for the expression of sexuality, sexual identity and the intimacy needs of older people. *Journal of Care Services Management*. 2008;2:389-405.
32. Alzheimer's Association. *Alzheimer's disease facts and figures*. *Alzheimer's and Dementia*. 2012;8:14-5.
33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed. Text Rev (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. 2000.

34. Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International psychogeriatrics*. 2012;24(3):346-57.
35. Villar F, Celdran M, Faba J, Serrat R. Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate? *International psychogeriatrics*. 2014;26(3):403-12.
36. Davies HD, Zeiss AM, Shea EA, Tinklenberg JR. Sexuality and intimacy in Alzheimer's patients and their partners. *Sexual and Disability*. 1998;16:193-203.
37. Harris PB. Intimacy, sexuality and early stage dementia. *Alzheimer's Care Today*. 2009;10:63-77.
38. Evans D, Lee E. Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Dement Lond Engl*. 2014;13:330-49.
39. Benner Carson V, Vanderhorst K, Koenig HG. *Care Giving for Alzheimer's Disease: A Compassionate Guide for Clinicians and Loved Ones*. New York: Springer Science+Business Media; 2015.
40. Duffy LM. Sexual behavior and marital intimacy in Alzheimer's couples: A family theory perspective. *Sex Disabil*. 1995;13:239-54.
41. Derosne C, Guigot J, Chermat V. Sexual behavior changes in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 1996;10:86-92.
42. Roelofs TS, Luijkx KG, Embregts PJ. Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics*. 2015;27(3):367-84.
43. Burgess A, Phillips S. Sexual abuse, trauma and dementia in the elderly: a retrospective study of 284 cases. *Victims Offend*. 2006;2:193-204.
44. Higgings A, Barker P, Begley CM. Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expression. *Br J Nurs* 2004;13:1330-4.
45. Schreiner AS, Yamamoto E, Shioani H. Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55:180-6.
46. Ryden MB. Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 1988;2:342-55.
47. Kamel HK, Hajjar RR. Sexuality in the nursing home, part 2: managing abnormal behavior-legal and ethical issues. *J Am Med Dir Assoc*. 2004;5 (2 Suppl):S48-52.
48. Mahieu L, Anckaert L, Gastmans C. Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*. 2017;25(1):52-71.
49. Wallace M, Safer M. Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatr Nurs*. 2009;30:230-7.
50. Janati A. Kluver-Bucy syndrome in Huntington's chorea. *J Nerv Ment Dis*. 1985;173:632-5.
51. McLean PD. Special award lecture: new findings on brain function and sociosexual behavior. In: Zubin J, Money J, eds. Baltimore: MD: Johns Hopkins University Press; 1973.

52. Series H, Dégano P. Hypersexuality in dementia. *Adv Psychiatr Treat.* 2005;11:424-31.
53. Hashmi FH, Krady AL, Qayum F, Grossberg GT. Sexuality disinhibited behavior in the cognitively impaired elderly. *Clin Geriatr.* 2000;8:631-7.
54. Mayers KS. Inappropriate social and sexual responses to a female student by male patients with dementia and organic brain disorder. *Sex Disabil.* 2000;18:143-7.
55. Johnson C, Knight C, Alderman N. Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour among individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Inj.* 2006;20:687-93.
56. De Giorgi R, Series H. Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Current treatment options in neurology.* 2016;18(9):41.
57. Knight C, Alderman N, Johnson C, Green S, Birkett-Swan L, Yorstan G. The St Andrew's Sexual Behaviour Assessment (SASBA): development of a standardised recording instrument for the measurement and assessment of challenging sexual behaviour in people with progressive and acquired neurological impairment. *Neuropsychol Rehabil.* 2008;18(2):129-59.
58. Black B, Muralee S, Tampi RR. Inappropriate sexual behaviors in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2005;18(3):155-62.
59. Ibrahim C, Reynaert C. Hypersexuality in neurocognitive disorders in elderly people - a comprehensive review of the literature and case study. *Psychiatr Danub.* 2014;26 Suppl 1(36-40).
60. Tucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia. *International psychogeriatrics.* 2010;22(5):683-92.
61. Leon AC, Mallinckrodt CH, Chuang-Stein C, Archibald DG, Archer GE, Chartier K. Attrition in randomized controlled clinical trials: methodological issues in psychopharmacology. *Biol Psychiatry.* 2006;59(11):1001-5.
62. Harris L, Wier M. Inappropriate sexual behavior in dementia: a review of the treatment literature. *Sex Disabil.* 1998;16(3):205-17.
63. Vandrevale T, Chrysanthaki T, Ogunidipe E. "Behind Closed Doors with open minds?": A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia. *International journal of nursing studies.* 2017;74:112-9.
64. Nay R, Gorman D. Sexuality in aged care. In R. Nay, & S. Garrat (Eds). Sydney, Australia: MacLennan & Petty Pty Ltd; 1999.
65. White MC. The eternal flame: Capacity to consent to sexual behaviour among nursing home residents with dementia. *The Elder Law Journal.* 2010;18(1):133-58.
66. Villar F, Faba J, Celdran M, Serrat R. Regulation of sexual expression in residential aged care facilities: A professional point of view. *Revista española de geriatría y gerontología.* 2014;49(6):272-8.
67. Thys K, Mahieu L, Cavolo A, Hensen C, Dierckx de Casterle B, Gastmans C. Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study. *Journal of clinical nursing.* 2018.

68. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals: Nurse Education Today; 2016.
69. Tarzia L, Fetherstonhaugh D, Bauer M. Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of medical ethics*. 2012;38(10):609-13.
70. Archibald C. Sexuality, dementia and residential care: Managers report and response. *Health Soc Care Community*. 1998;6:95-101.
71. Ward R, Vass A, Garwal Garfield C, Cybyk B. A kiss is still a kiss? The construction of sexuality in dementia care. *Dementia (London, England)*. 2005;4:49-72.
72. Bauer M, Nay R, Tarzia L, Fetherstonhaugh D, Wellman D, Beattie E. 'We need to know what's going on': views of family members toward the sexual expression of people with dementia in residential aged care. *Dementia (London, England)*. 2014;13(5):571-85.
73. Bentrrott MD, Margrett JA. Taking a person-centered approach to understanding sexual expression among long-term care residents: theoretical perspectives and research challenges. *Ageing Int*. 2011;36:401-17.
74. Frankowski AC, Clark LJ. Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research & Social Policy*. 2009;6(4):25-37.
75. Villar F, Faba J, Serrat R, Celdran M. What happens in their bedrooms stays in their bedrooms: Staff and residents' reactions toward male-female sexual intercourse in residential aged care facilities. *Journal of Sex Research*. 2015;52:1054-63.
76. Gilmer MJ, Meyer A, Davidson J, Koziol-McLain J. Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2010;26(3):17-24.
77. Hayward LE, Robertson N, Knight C. Inappropriate sexual behaviour and dementia: An exploration of staff experiences. *Dementia* 2013;12(4):463-80.
78. Villar F, Celdran M, Serrat R, Faba J, Martinez T. Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities. *Journal of advanced nursing*. 2018;74(5):1189-98.
79. Milles SH, Parker K. Sexuality in nursing home: Iatrogenic loneliness. *Generations*. 1999;23:36-43.
80. Mahieu L, Gastmans C. Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: a systematic literature review. *International journal of nursing studies*. 2015;52(12):1891-905.
81. Peate I. Sexuality and sexual health promotion for the older person. *British Journal of Nursing*. 2004;10:188-93.
82. Litz BT, Zeiss AM, Davies HD. Sexual concerns of male spouses of female Alzheimer's disease patients. *The Gerontologist*. 1990;30:113-6.
83. Alagiakrishnan K, Brahim A. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*. 2005;81:602-7.
84. Lichtenberg PA. Clinical perspectives on sexual issues in nursing homes. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 1997;12:1-10.

85. Tenenbaum E. To be or to exist: Standards for deciding whether dementia patients in nursing homes should engage in intimacy, sex, and adultery. *Indiana Law Review*. 2009;42:675-721.
86. Roach SM. Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing*. 2004;48:371-9.
87. Wilkins JM. More Than Capacity: Alternatives for Sexual Decision Making for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*. 2015;55(5):716-23.
88. Everett B. Ethically managing sexual activity in long-term care. *Sexuality and Disability*. 2007;25:21-7.
89. Everett B. Supporting sexual activity in long-term care. *Nursing Ethics*. 2008;15:87-96.
90. Hillman J. Sexual Consent Capacity: Ethical Issues and Challenges in Long-Term Care. *Clinical gerontologist*. 2017;40(1):43-50.
91. American Bar Association and American Psychological Association. *Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for psychologists*. Washington, DC: Author; 2008.
92. Gaile S, Henderson R. Consensual activity: guidelines for assessment of capacity. In P.R. Katz, M.D. Mezey and M.B. Kapp. New York: Springer Publishing Company; 2003.

6. Anexos

6.1 Secções do questionário sujeitas a análise no estudo



Questionário para profissionais que trabalham com pessoas idosas institucionalizadas

Instruções

A Universidade da Beira Interior e o Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade de Barcelona encontram-se a realizar uma investigação sobre as atividades e opiniões dos profissionais que trabalham em Lares da Terceira Idade/Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Pedimos a sua colaboração para responder às seguintes perguntas com a maior sinceridade. Pense em cada uma das perguntas e tente responder a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas. O que conta é sua experiência. As suas respostas são confidenciais e anónimas. Não lhe pedimos nenhum dado que permita a sua identificação. A informação que nos proporcione será utilizada exclusivamente para fins relacionados com a investigação.

AGRADECEMOS a sua colaboração.

1. **Sexo:** Homem Mulher

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado civil:**

Casado/a ou em União de Facto

Viúvo/a

Solteiro/a

Separado/a o divorciado/a

4. **Escolaridade**

Sem habilitações

Entre 1 a 3 anos de escolaridade

4º ano

9º ano

12º ano

Ensino superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento)

5. **Cargo na residência**

Diretor/a

Enfermeiro/a

Médico/a

Assistente social

Psicólogo/a

Fisioterapeuta

Auxiliar

Outro (especifique) _____

6. Há quantos anos trabalha na prestação de cuidados a pessoas idosas? _____ anos

7. Há quantos anos trabalha neste Lar da Terceira Idade/Estrutura Residencial para pessoas idosas? _____ anos

8. Tamanho do Lar da Terceira Idade/Estrutura Residencial para Pessoas Idosas em que trabalha:

- Grande (mais de 100 utentes)
 Médio (entre 50 a 100 utentes)
 Pequeno (menos de 50 utentes)

9. Avalie de 1 a 10 o seu grau de satisfação com o trabalho realizado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muito pouca satisfação

Muita satisfação

10. Tipo de Lar da Terceira Idade/ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

- Público/do estado
 Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)
 Privado (empresa)
 Outro.
Qual?

11. Teve formação específica sobre envelhecimento?

- Sim Não

Se sim, de que tipo?

- Formação Profissional (ex.: curso IEFP)
 Disciplinas/Unidades Curriculares durante curso de ensino superior.
 Pós-graduação/mestrado ou doutoramento específico sobre envelhecimento.

- Outra.

Qual?

*A seguir irá encontrar 7 descrições de situações relacionadas com a **sexualidade** em Lares da Terceira Idade/Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Pedimos que imagine que se encontra numa situação concreta e responda a uma série de questões. Para cada situação pode **MARCAR MAIS DO QUE UMA ALTERNATIVA**, se considerar conveniente.*

Um colega seu bate à porta de um quarto. Sabe que está ocupado, mas não respondem. Pensa que se pode ter passado algo, entra e encontra **UM utente a ter relações sexuais com UMA utente.**

O que considera que a maior parte dos seus colegas **fará?**

- Fazer como se não tivesse visto nada.
 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
 - Comentar o sucedido com a família dos utentes.
 - Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
 - Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer.
 - Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
 - Rir-se ou fazer piadas sobre isso.
 - Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
 - Outras (especifique)
-

O que considera que se **deveria fazer?**

- Fazer como se não tivesse visto nada.
 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
 - Comentar o sucedido com a família dos utentes.
 - Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
 - Tomar medidas para que não volte a acontecer.
 - Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
 - Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto.
 - Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
 - Outras (especifique)
-

Alguma vez se encontrou numa situação como esta?

SIM NÃO

Numa escala de 1 a 5 indique **com que frequência acontecem** situações deste género no seu local de trabalho (Lar da Terceira Idade/Estrutura Residencial para Pessoas Idosas):

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Várias Vezes	Muitas Vezes

Um colega seu encontra **dois utentes, um homem e uma mulher, a terem relações sexuais** no seu quarto. **Um deles tem demência e o outro está cognitivamente preservado.**

O que considera que a maior parte dos seus colegas **faría?**

- Fazer como se não tivesse visto nada.
- Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
- Comentar o sucedido com a família dos utentes.
- Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
- Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer.
- Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
- Conversar com eles para saber mais sobre a situação.
- Rir-se ou fazer piadas sobre isso.
- Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
- Outras (especifique)

O que considera que se **deveria fazer?**

- Fazer como se não tivesse visto nada.
- Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
- Comentar o sucedido com a família dos utentes.
- Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
- Tomar medidas para que não volte a acontecer.
- Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
- Conversar com eles para saber mais sobre a situação.
- Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto.
- Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
- Outras (especifique)

Alguma vez se encontrou numa situação como esta?

SIM NÃO

Numa escala de 1 a 5 indique **com que frequência acontecem** situações deste género no seu local de trabalho (Lar da Terceira Idade/ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas):

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Várias Vezes	Muitas Vezes

Um colega seu encontra dois utentes, **um homem e uma mulher**, a terem relações sexuais no seu quarto. **Ambos têm demência.**

O que considera que a maior parte dos seus colegas **faria**?

- Considerar como algo normal e deixá-los.
 - Fazer como se não tivesse visto nada.
 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
 - Comentar o sucedido com a família dos utentes.
 - Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
 - Tomar ou exigir medidas para que não volte a acontecer.
 - Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
 - Conversar com eles para saber mais sobre a situação.
 - Rir-se ou fazer piadas sobre isso.
 - Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
 - Outras (especifique)
-

O que considera que se **deveria fazer**?

- Considerar como algo normal e deixá-los.
 - Fazer como se não tivesse visto nada.
 - Comentar o sucedido com a supervisão ou direção.
 - Comentar o sucedido com a família dos utentes.
 - Aconselhá-los a fazerem-no de forma mais privada.
 - Tomar medidas para que não volte a acontecer.
 - Chamá-los à atenção/ralhar-lhes.
 - Conversar com eles para saber mais sobre a situação.
 - Não admitir que se riam ou façam piadas sobre o assunto.
 - Recomendar-lhes que o façam fora da residência.
 - Outras (especifique)
-

Alguma vez se encontrou numa situação como esta?

SIM NÃO

Numa escala de 1 a 5 indique **com que frequência acontecem** situações deste género no seu local de trabalho (Lar da Terceira Idade/Estrutura Residencial para Pessoas Idosas):

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Várias Vezes	Muitas Vezes

6.2 Autorização da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

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

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

Na sua reunião de 8 de janeiro 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Sexualidade das pessoas idosas institucionalizadas com demência: atitudes dos profissionais**" da proponente **Maria Isabel Ferreira Claro da Fonseca**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-080.

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

Covilhã e UBI, 15 de janeiro de 2019

A Vice-Presidente da Comissão de Ética