



# FORMAÇÃO PARA SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MAIS INCLUSIVOS

## MANUAL

PROJECT N° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303

O apoio da Comissão Europeia à produção desta publicação não constitui um aval do seu conteúdo, que reflete unicamente o ponto de vista dos autores, e a Comissão não pode ser considerada responsável por eventuais utilizações que possam ser feitas com as informações nela contidas.

## Conteúdos

Introdução.....	5
<b>MODULO I</b>	
<b>As necessidades dos idosos LGBTQI+ e a sexualidade na velhice .....</b>	<b>8</b>
As necessidades médicas, emocionais e sociais dos adultos mais velhos.....	8
Envelhecer como LGBTQI+.....	9
Sexualidade e segurança nos cuidados de longa duração.....	13
As múltiplas dimensões da discriminação.....	14
Fontes adicionais .....	18
Bibliography .....	19
<b>MODULO II</b>	
<b>Direitos Humanos .....</b>	<b>21</b>
Introdução e objectivos de aprendizagem do modulo.....	21
Questões jurídicas relativas às violações dos direitos humanos de que são alvo as pessoas LGBTQI+ .....	21
Discriminação, igualdade, inclusão, abuso .....	24
Leis contra a discriminação.....	27
Enquadramento jurídico.....	28
Capacidade de tomada de decisões .....	30
Dever dos profissionais de proteger os seus clientes em caso de abuso e discriminação.....	32
Impacto dos sentimentos espirituais e religiosos do pessoal no seu trabalho relativamente às pessoas LGBTQI+ e como gerir o "conflito de identidades" entre os hóspedes LGBTQI+ e o pessoal cuja religião/valores afectam (por exemplo, considerando "pecado") as questões sexuais ou a homossexualidade.....	34
<b>MODULO III</b>	
<b>Guia para uma linguagem inclusiva e desenvolvimento do "Glossário" .....</b>	<b>42</b>
Identidade de género, sexo e orientação sexual: Qual é a diferença?.....	42
Linguagem Inclusiva.....	43
Glossário.....	47
Gráficos de diversidade .....	51
Referências.....	55
<b>MODULO IV</b>	
<b>Cuidados centrados na pessoa.....</b>	<b>57</b>
Introdução e objectivos de aprendizagem do modulo.....	57
Abordagem centrada na pessoa.....	57
Definição de valores centrados na pessoa no domínio da saúde e dos cuidados sociais .....	57
Princípios dos cuidados centrados na pessoa.....	59
Cuidados centrados na pessoa para adultos idosos LGBTQI+ .....	64
<b>MODULO V</b>	
<b>Um ambiente seguro e inclusivo na prestação de cuidados a pessoas idosas LGBTQI+ .....</b>	<b>72</b>
Objetivos de aprendizagem .....	72
Práticas inclusivas nos estabelecimentos de prestação de cuidados .....	72
Regras institucionais e proteção LGBTQI+ .....	75

Posturas profissionais a serem adotadas: Do's e Don'ts .....	78
Situações específicas a ser consideradas.....	79
Atividade adicional.....	85
Conclusão .....	86
Fontes.....	87

## Introdução

O BestCare4LGBTQI+ é um projeto europeu financiado ao abrigo do programa Erasmus+.

A missão do projeto BestCare4LGBTQI+ é apoiar o desenvolvimento de serviços de cuidados a idosos mais inclusivos para as pessoas LGBTQI+, fornecendo ferramentas, materiais de sensibilização e recursos de aprendizagem a gestores e pessoal de serviços de apoio domiciliário e residenciais para garantir cuidados mais adaptados, mais respeitosos e inclusivos para as pessoas mais velhas LGBTQI+ que vivem em equipamentos sociais.

Objetivos do projeto:

- Sensibilizar para as necessidades específicas das pessoas mais velhas LGBTQI+ junto dos responsáveis e dos profissionais dos equipamentos sociais e de saúde, bem como do público em geral
- Apoiar os equipamentos sociais a avaliar a sua capacidade de inclusão e a implementar um plano de ação para se tornarem inclusivos das pessoas LGBTQI+
- Dotar os gestores e os profissionais dos serviços de apoio domiciliário e residenciais de ferramentas e competências para uma melhor integração das pessoas LGBTQI+ mais velhas
- Garantir melhores cuidados para as pessoas mais velhas LGBTQI+ em instalações de cuidados residenciais e serviços de apoio domiciliário, especialmente quando vivem com demência

No Resultado do Projeto 1, a investigação qualitativa dos parceiros mostra como é crucial a formação dos profissionais que trabalham nestes serviços de cuidados. Mais especificamente, os resultados da investigação mostram a falta de conhecimentos e de formação relativamente às questões LGBTQI+. Muitos profissionais dos grupos de discussão que foram entrevistados reconhecem a sua falta de conhecimento sobre questões relacionadas com LGBTQI+, género e sexualidade. Apenas alguns deles estavam familiarizados com o significado claro do termo LGBTQI+. Muitos deles tinham dúvidas quanto ao significado do acrónimo, especialmente quando se trata de questões relacionadas com o transexualismo e a intersexualidade. "Essa parte do QI+, sinceramente não. Só conhecia LGBTI e já não me lembro do que era o "I", afirmou um profissional de Portugal. [A diferença entre orientação sexual e identidade de género] "Acho que é bastante clara para mim, porque fiz um pouco de pesquisa há algum tempo, de qualquer forma, começou com uma discussão com alguns amigos. Mas não posso dizer que tenha uma noção muito boa do assunto". (Roménia)

Por esta razão, esta formação é desenvolvida pelos parceiros com o objetivo de dotar os profissionais de saúde de conhecimentos e experiência.

Espera-se que a formação tenha um impacto positivo nas atitudes, crenças e comportamentos em relação às pessoas LGBTQI+, bem como suscite nos dirigentes a vontade de assumir claramente uma postura inclusiva da sua instituição, que pode ser concretizada, por exemplo, através da adoção de uma política ou declaração inclusiva, ou do Crachá de Excelência (ver PR4). A formação e as ferramentas serão avaliadas e ajustadas de acordo com o feedback dos participantes no projeto-piloto (formadores e formandos). Este PR é inovador porque parte das narrativas dos actores relevantes para a formação (pessoas idosas, profissionais e gestores - PR1) e aborda as várias instâncias dos serviços de cuidados. Para além disso, está ligado, prepara e permite que as instituições construam bases para os requisitos necessários para serem reconhecidas com o Crachá de Excelência (PR4). De facto, esta característica é um bom indicador do seu potencial de replicabilidade. Este recurso pode ser facilmente replicável noutras instituições, quer pelos formadores participantes no projeto, quer pela disseminação da Formação de Formadores (PR3).

# MODULO 1

AS NECESSIDADES DOS  
IDOSOS LGBTQI+ E A  
SEXUALIDADE NA VELHICE

## MODULO I

### As necessidades das pessoas mais velhas LGBTQI+ e a sexualidade na velhice

A missão do projeto BestCare4LGBTQI+ é apoiar o desenvolvimento de serviços de cuidados a idosos LGBTQI+, fornecendo ferramentas, materiais de sensibilização e recursos de aprendizagem aos gestores e pessoal dos serviços de cuidados ao domicílio e residenciais, de modo a garantir uma assistência mais adaptada, respeitosa e inclusiva para as pessoas mais velhas LGBTQI+ que vivem em instalações de cuidados.

Há evidências de que as pessoas LGBTQI+ mais velhas sofrem dificuldades em receber um tratamento diferente neste tipo de serviços e os profissionais de saúde não têm conhecimento sobre as necessidades das pessoas LGBTQI+ mais velhas (AGE Platform e ILGA Europe, 2012). Espera-se que este curso tenha um impacto positivo nas atitudes, crenças e comportamentos em relação às pessoas LGBTQI+ e que motive os gestores de cuidados a assumirem uma postura inclusiva na sua instituição, promovendo a gestão da diversidade, necessária para que os serviços mudem e não sejam comprometidos pelo envelhecimento, homofobia e heterossexismo, que afectam a prestação de cuidados.

Neste módulo, aprenderá sobre os desafios e as dificuldades de envelhecer como pessoa LGBTQI+, quais são algumas necessidades e dificuldades específicas deste grupo, sobre a sexualidade na velhice e algumas actividades práticas sobre práticas de cuidados.

#### As necessidades médicas, emocionais e sociais dos adultos mais velhos

Toda a gente envelhece, é um dado adquirido, a partir do momento em que nascemos começamos a envelhecer. Envelhecer envolve não só mudanças físicas no corpo, mas também emocionais, psicológicas e sociais. À medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades e preferências mudam, e a sociedade tem de se adaptar para as apoiar. As pessoas mais velhas podem necessitar de mais assistência nas actividades diárias, nos cuidados de saúde e na socialização. Podem também enfrentar insegurança financeira, problemas de habitação e discriminação em função da idade.

O preconceito de idade pode conduzir ao isolamento social, à redução do acesso aos cuidados de saúde, à discriminação no emprego e a consequências negativas para a saúde física e mental. Além disso, perpetua mitos e estereótipos prejudiciais de que as pessoas mais velhas são menos capazes, menos valiosas e menos merecedoras de respeito e cuidados.

A Organização Mundial de Saúde define o idadismo como "os estereótipos (como pensamos), os preconceitos (como sentimos) e a discriminação (como atuamos) dirigidos às pessoas com base na sua idade". O idadismo pode ser encontrado em vários níveis da sociedade, desde as leis, políticas ou normas sociais das instituições que desfavorecem as pessoas devido à sua idade até ao idadismo interpessoal ou auto-dirigido (quando é interiorizado e virado contra si próprio). O idadismo está associado a uma miríade de problemas relacionados com a saúde, desde a saúde física à saúde mental e ao bem-estar social; está associado a uma menor esperança de vida, tem demonstrado acelerar a deterioração cognitiva, reduzir a qualidade de vida, aumentar o isolamento social, a solidão e a depressão; também restringe a capacidade de expressar a sexualidade. O risco de abuso contra as pessoas idosas também aumenta, pelo que o

envelhecimento tem consequências não só para a saúde e o bem-estar das pessoas, mas também em termos de direitos humanos básicos.

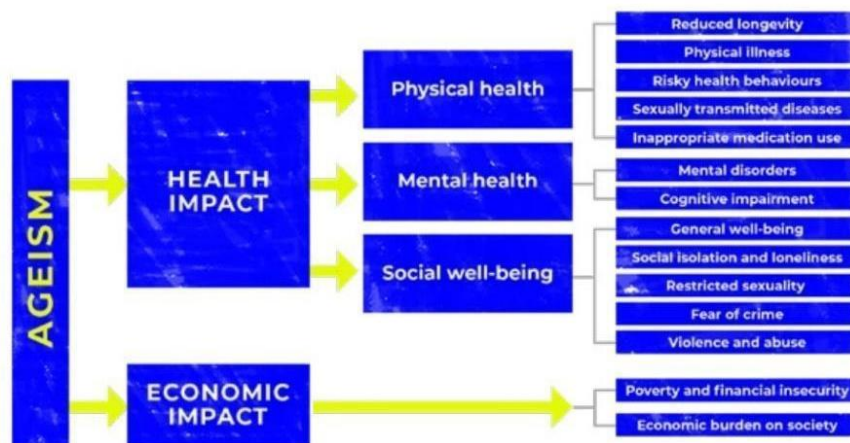


Figure 1. The impact on Ageism on older people (from Global Report on Ageism, 2021, p. 49)<sup>1</sup>

Dado que a população da Europa está a envelhecer, prevê-se que, em 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos aumente de 90,5 milhões (em 2019-2020) para quase 130 milhões. A procura de cuidados sociais, que inclui os cuidados de longa duração (domiciliários ou residenciais), aumentou e espera-se que continue a aumentar em resposta a esta população envelhecida, razão pela qual é necessária mais investigação e mais sensibilização sobre a forma de combater o envelhecimento nos cuidados de longa duração. Atualmente, não existem muitos estudos de investigação sobre este tema específico.

No entanto, os dados existentes mostram que a maioria das pessoas mais velhas em cuidados residenciais considera que os prestadores de cuidados têm uma atitude preconceituosa em relação a eles, objectivando-os, negligenciando as necessidades básicas ou tendo um comportamento e um estilo de comunicação paternalistas. Por esta razão, é essencial combater o envelhecimento da melhor forma possível, educando o público em geral e os profissionais de cuidados sobre os seus impactos negativos nas necessidades emocionais, psicológicas, físicas e sociais das pessoas mais velhas.

### Envelhecer como LGBTQI+

Embora, a nível da UE, a aceitação social das pessoas LGBTQI+ pareça estar a aumentar, com 76% (em 2019) dos europeus a concordarem que as pessoas LGBTQI+ devem ter os mesmos direitos que as pessoas heterossexuais, é importante referir que as percentagens variam muito consoante os Estados-Membros.

De um modo geral, os países da Europa Ocidental e do Norte tendem a aceitar melhor as pessoas LGBTQI+ e fizeram mais progressos em termos de direitos e protecção das pessoas LGBTQI+. Por exemplo, vários países da Europa Ocidental e do Norte legalizaram o casamento e a adoção por casais do mesmo sexo e têm leis que protegem os indivíduos da discriminação com base na orientação sexual e na identidade de género.

Em contrapartida, muitos países da Europa de Leste têm sido mais lentos a adotar estas protecções e continuam a ser mais conservadores nas suas atitudes em relação às pessoas LGBTQI+. Por exemplo, alguns países da Europa de Leste têm leis que proíbem a "propaganda da homossexualidade" ou a promoção de papéis tradicionais de género, que podem ser utilizadas para discriminar pessoas LGBTQI+.

<sup>1</sup> Ibidem, p.49.



Além disso, muitas pessoas LGBTQ+ na Europa de Leste ainda enfrentam discriminação e violência significativas e podem não ter acesso ao apoio e aos recursos que estão disponíveis noutras partes da Europa.

Um relatório de 2014 da FRA (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia) assinala que a maioria dos membros da comunidade LGBTQI+ sente que foi pessoalmente discriminada ou assediada devido à sua orientação sexual. O que é interessante notar nestes dados é que a maioria das pessoas que se sentiram discriminadas ou assediadas eram jovens entre os 18 e os 39 anos, enquanto as pessoas com mais de 55 anos eram as que se sentiam menos discriminadas. Uma possível explicação para estes resultados pode estar relacionada com o facto de a amostra de pessoas com mais de 55 anos ser mais pequena do que a dos outros grupos etários.

As pessoas LGBTQI+ mais velhas podem ser geralmente difíceis de identificar, por razões que se prendem com:

- **Discriminação histórica:** Muitas pessoas idosas LGBT sofreram discriminação ao longo das suas vidas, o que pode ter levado a uma subnotificação da sua orientação sexual ou identidade de género nas gerações anteriores.
- **Medo de discriminação:** as pessoas mais velhas LGBT podem ainda ter medo de discriminação, assédio ou maus-tratos em ambientes de serviços sociais e de saúde, o que pode torná-los menos suscetíveis de procurar esses serviços ou participar em estudos. Se for este o caso, poderá ser porque as pessoas se sentem mais seguras se estiverem no "armário", uma vez que não existe um quadro legal que as proteja verdadeiramente: "Se permanecermos no armário, não creio que haja um risco concreto de sermos discriminados, agredidos ou assediados, mesmo que nos comportemos de forma um pouco efeminada" (Itália, homossexual, 25 anos).
- **Maior isolamento:** As pessoas idosas LGBT podem ter maior probabilidade de viver sozinhas, ter redes sociais mais pequenas ou ter perdido ligações com a família e amigos devido ao estigma ou rejeição, o que pode tornar mais difícil recrutá-las para estudos de investigação .
- **Disparidades na saúde:** as pessoas mais velhas LGBT têm maior probabilidade de sofrer disparidades de saúde, tais como taxas mais elevadas de depressão, abuso de substâncias e VIH/SIDA, o que pode dificultar o seu recrutamento para estudos.

Embora envelhecer como uma pessoa LGBTQI+ coloque principalmente os mesmos problemas que qualquer outra pessoa que envelhece, existem algumas necessidades fundamentais que este grupo requer para um serviço adequado, seja em casa ou em cuidados residenciais. Fazer parte de um grupo de minorias sexuais traz desafios e dificuldades adicionais. A maior parte dos problemas associados aos membros desta comunidade incluem o aumento dos fatores de risco e das perturbações de saúde nas pessoas mais velhas lésbicas e gays e, especialmente, nas pessoas mais velhas transgénero, que correm o risco de sofrer de doenças crónicas devido aos efeitos negativos dos tratamentos hormonais. Os problemas de saúde mental e as perturbações por abuso de substâncias são também mais elevados na comunidade LGBTQI+ mais idosa, para não falar dos factores de stress adicionais da homofobia nos serviços de cuidados a idosos (domiciliários ou residenciais).

Como já foi referido, a Europa tem uma população cada vez mais envelhecida, o que, por sua vez, significa que também haverá mais adultos LGBT mais velhos no futuro, e que estes também necessitarão de apoio social e de saúde no futuro. Esta discriminação generalizada contra a população LGBTQI+ deve suscitar preocupações entre as autoridades e os serviços comunitários/ONG relativamente à qualidade dos serviços sociais e de saúde que estarão disponíveis para a comunidade LGBTQI+ de idade mais avançada. Por isso, mais uma vez, é necessário sublinhar que a formação culturalmente sensível e o aumento da

educação dos profissionais de saúde e dos serviços sociais são muito necessários para prestar apoio a esta comunidade. A sua formação poderia ajudar a reduzir alguns dos receios de muitas pessoas mais velhas quando procuram ajuda profissional nos seus anos mais velhos e também a reduzir a heteronormatividade nos sistemas de saúde/cuidados.

#### Demência e LGBTQI+

A demência é uma doença que é temida por muitas pessoas quando pensam na velhice, porque a doença transforma o indivíduo e afeta negativamente a sua capacidade de realizar até mesmo as atividades quotidianas mais básicas, uma vez que envolve deficiências progressivas na memória, no pensamento, no comportamento, " derruba as bases da identidade" .

O que torna esta doença ainda mais temida entre a população LGBTQI+ é o colapso da identidade pessoal, que inclui, naturalmente, a sua identidade sexual ou de género, algo que é ainda mais temido do que a perda de capacidade física (mesmo nas fases tardias). Por conseguinte, as pessoas mais velhas que necessitam de cuidados podem ter relutância em revelar a sua orientação sexual, devido ao receio de serem discriminados quando a sua mente começar a ficar progressivamente debilitada. A demência faz emergir um outro medo, que é o da revelação forçada da identidade sexual ou da identidade de género, uma vez iniciada a disfunção cognitiva progressiva, quer por parte do doente (devido à deficiência cognitiva e à perda de controlo dos impulsos), quer por parte dos prestadores de cuidados. Este receio está associado à perda de certos mecanismos de adaptação" que compensam outras identidades sociais oprimidas e tornam as pessoas afectadas mais vulneráveis à discriminação em resultado da revelação" .

#### Necessidades específicas em LGBTQI+ idosos

Já falámos das necessidades extremamente especiais dos indivíduos LGBTQI+ mais velhos em termos de cuidados domiciliários ou residenciais, que incluem não se sentirem prejudicados, insultados ou julgados pelos prestadores de cuidados. Embora este seja um desejo universal, o de ser tratado com respeito mesmo na velhice, nas pessoas LGBTQI+ isto é ainda mais importante pelo facto de serem uma minoria sexual. Estas pessoas precisam de prestadores de serviços que criem um ambiente seguro onde se possam sentir seguras para revelar e expressar a sua orientação sexual: "A importância de reconhecer e apoiar abertamente as relações LGBT e de assumir a própria sexualidade é frequentemente citada pelos adultos LGBT mais velhos como sendo fulcral para a sua satisfação e segurança no sistema de cuidados a adultos mais velhos".

Um estudo<sup>2</sup> mostra que os membros mais velhos da comunidade LGBTQI+ receiam o tratamento que receberiam não só por parte dos prestadores de cuidados, mas também por parte dos outros residentes (se estiverem a viver em cuidados residenciais). Consideram que esses centros de cuidados são "ambientes heteronormativos que promovem a invisibilidade das pessoas mais velhas LGBT"<sup>3</sup>. Esta invisibilidade é mencionada não só pelas pessoas mais velhas LGBT, mas também pelos trabalhadores que prestam cuidados a idosos, as questões LGBT são evitadas ou ignoradas.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging.

Outro estudo revela que a maioria das pessoas mais velhas LGBT esconderia a sua orientação sexual se fosse colocado num centro de cuidados, por receio de hostilidade e isolamento por parte dos funcionários/outros residentes. O mesmo estudo revelou que alguns dos prestadores de cuidados que faziam comentários negativos sobre os residentes, apenas suspeitavam que estes fossem LGBT. A situação é ainda mais grave para as pessoas mais velhas transgénero, que afirmaram que "prefeririam o suicídio a sofrer discriminação nos cuidados de longa duração".

Outro aspeto que vale a pena mencionar é que, embora a maioria das pessoas mais velhas LGBT enfrente principalmente os mesmos desafios e os estudos falem geralmente deles como um grupo, existem diferentes graus e impactos destes desafios para minorias sexuais/género específicas.

A categoria mais sub-representada do guarda-chuva LGBTQI+ seria a população transgénero idosa, porque necessita de algum tipo específico de apoio ou de conhecimentos especializados, geralmente associados a cuidados médicos relacionados com a transição e com o isolamento e a solidão que acompanham a transição. Um dos poucos estudos<sup>5</sup> sobre a população transgénero idosa concluiu que este grupo corre um risco mais elevado de sofrer de problemas de saúde física e mental, mesmo em comparação com outras pessoas LGBT. Alguns dos resultados negativos para a saúde envolvem "estigma internalizado, vitimização e falta de apoio social... obesidade para a saúde física e deficiência, dissimulação da identidade para a perceção de stress". Embora os estudos sobre a população idosa LGBTQI+ sejam ainda escassos, a informação sobre a população transgénero, especificamente, é ainda mais escassa, mas muito necessária.

#### Dificuldades sentidas por LGBTQI+ mais velhos

Há uma infinidade de dificuldades sentidas pelas pessoas mais velhas LGBTQI+ <sup>6</sup> e a maior parte delas resulta do receio de discriminação devido à sua identidade sexual ou de género:

**Problemas em receber apoio social e de saúde**– devido ao receio de discriminação, as pessoas LGBTQI+ mais velhas adiam ou evitam mesmo completamente os cuidados de saúde ou, se solicitam esses serviços, preferem ocultar a sua identidade sexual. Como resultado de esconderem a sua orientação sexual dos seus prestadores de cuidados de saúde, é de esperar um agravamento da depressão ou problemas médicos. As pessoas mais velhas LGBT que foram abertas com os seus prestadores de cuidados de saúde sobre o facto de serem uma minoria sexual relataram uma melhor perceção da sua saúde e uma menor depressão.

- **Menos opções de cuidados informais** a maioria das pessoas mais velhas LGBTQI+ vive sozinha, tem menos probabilidades de ter filhos e, ao contrário dos seus homólogos cisgénero (que podem contar com a sua família direta), as suas únicas opções de ajuda, antes de procurarem um lar de idosos, são os amigos ou o apoio da comunidade (se disponível)
- **Financial instability and legal issues** are another concern, because most legal or social programs and opportunities established for supporting older adults are not tailored for LGBTQI+ needs
- **Dificuldade em encontrar casas de repouso acolhedoras para LGBTQI+**, devido a um tratamento diferenciado (preços mais elevados, indisponibilidade)
- **Pior saúde mental e física** em comparação com as pessoas mais velhas cisgénero, associado a experiências de vitimização, discriminação e estigma ao longo da vida. As pessoas mais velhas

<sup>5</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.

<sup>6</sup> Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.

transgênero correm um risco ainda maior do que as pessoas mais velhas LGBT. Devido a estas questões, existe um **maior prevalência de abuso de substâncias ou de comportamentos de risco** (tabagismo excessivo, consumo excessivo de álcool, comportamentos sexuais de risco, etc.). Além disso, devido ao stress adicional, as pessoas mais velhas LGBT seropositivos vivem em piores condições do que as pessoas mais velhas LGBT seronegativos.

## Sexualidade e segurança nos cuidados de longa duração

O tema da sexualidade das pessoas mais velhas continua a ser um tabu, uma vez que estes são frequentemente retratados como seres assexuados e a perspetiva médica pressupõe também um declínio da função sexual com o avançar da idade. Isto pode ser o resultado de uma "definição demasiado restrita da função sexual (por exemplo, excluindo a atividade sexual a solo, não penetrativa e entre pessoas do mesmo sexo) e de uma concentração demasiado grande nos determinantes biológicos da função sexual (por exemplo, níveis decrescentes de testosterona), excluindo os determinantes psicológicos e sociais (por exemplo, depressão, presença ou ausência de parceiros e características da relação com um parceiro)"<sup>7, 8</sup>.

Apesar de a sexualidade ser um aspeto essencial a exprimir mesmo na velhice, as atitudes e representações antiquadas da sexualidade na velhice na sociedade e nos meios de comunicação social colocam as pessoas mais velhas em maior risco de contrair DST. É também menos provável que procurem um diagnóstico ou tratamento "porque a informação sobre as DST é limitada, porque faltam serviços de saúde sexual para as pessoas mais velhas e porque têm medo de se deparar com atitudes preconceituosas em relação à sua sexualidade". A maior parte das pessoas interioriza estes estereótipos etários relativamente à sexualidade em fases mais avançadas da vida e, por sua vez, hesita em discutir questões sexuais com os seus prestadores de cuidados de saúde por receio de ser julgada.

Para além deste tabu geral em torno da sexualidade nas fases mais avançadas da vida, os prestadores de cuidados de saúde/sociais não têm formação e educação adequadas para lidar com esta questão. Nos centros de acolhimento, os conhecimentos sobre este tema também não existem ou são ignorados, pelo que a privacidade necessária para a expressão sexual nos centros de acolhimento também não existe<sup>9</sup>.

Tendo em conta as atitudes preconceituosas em torno da sexualidade na velhice, podemos compreender as dificuldades acrescidas que as pessoas LGBTQI+ mais velhas sentem quando se trata de expressar ou mesmo falar sobre a sua sexualidade. Como já abordámos nos outros capítulos, é importante compreender que as pessoas LGBTQI+ representam diferentes populações, variando em termos de identidade sexual e de género, pelo que cada um destes grupos tem necessidades específicas no que diz respeito à saúde.

Uma vez que a maioria dos adultos mais velhos tem relutância em falar com os seus médicos sobre sexo, o risco de DSTs para esta população é maior, pelo que é importante que os profissionais de saúde estejam cientes desta questão, incluindo algumas das doenças mais comuns para cada tipo de grupo LGBT, para que possam lidar melhor com as suas necessidades médicas. De acordo com um estudo<sup>10</sup>, as pessoas

<sup>7</sup> Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.

<sup>8</sup> Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

<sup>9</sup> Idem.

<sup>10</sup> Wilson, K., Kortes-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(1), 22-31.

LGBT mais velhas, que estão abertas a partilhar as suas lutas e o tratamento negativo que recebem num sistema de saúde heteronormativo, gostariam de ter um médico de cuidados primários que faça parte da comunidade LGBT ou que seja um forte aliado da comunidade, para não se sentirem excluídas ou discriminadas. Este é especialmente o caso das pessoas seropositivas ou transgénero, que são os grupos mais estigmatizados.

Cada grupo LGB lida com algumas DST ou questões de saúde sexual específicas, pelo que é importante mencioná-las para uma melhor compreensão, tendo também em conta que os dados de que dispomos se baseiam num número limitado de estudos de investigação. No que diz respeito à população lésbica, a DST mais comum é o HPV (papilomavírus humano, a principal causa de cancro do colo do útero) e isto deve-se ao mito de que as lésbicas não correm o risco de contrair DST, pelo que geralmente não fazem testes de rotina.

No que diz respeito aos homossexuais, a DST mais comum contraída é o VIH. A população bissexual não foi claramente estudada, o que se deve ao facto de, geralmente, os bissexuais se identificarem como lésbicas/gays, dependendo do seu parceiro atual, mas podemos inferir, a partir dos dados disponíveis, que os bissexuais têm os mesmos problemas que os seus pares LG.

As pessoas transgénero enfrentam desafios significativos em matéria de saúde sexual. Dependendo da sua orientação sexual, podem contrair as mesmas DST que os seus pares LGBT e, para além disso, podem ter vários outros problemas relacionados com o uso de hormonas (por exemplo, risco acrescido de diabetes ou de doenças cardíacas) ou com a cirurgia de mudança de sexo (que é geralmente feita mais tarde na vida por várias razões, acessibilidade, divulgação, etc)<sup>11</sup>.

## As múltiplas dimensões da discriminação

Reconhecer e abordar a interseccionalidade é crucial quando se discutem as necessidades e a situação das pessoas LGBTQI+ idosas em centros de cuidados residenciais. A interseccionalidade refere-se à natureza interligada das identidades sociais, como a idade, a orientação sexual, a identidade de género, a raça, a etnia, a religião, a deficiência e outras formas de identidade e opressão.

As pessoas mais velhas LGBTQI+ podem enfrentar desafios e experiências únicas com base na combinação dessas múltiplas identidades. Por exemplo, os adultos mais velhos LGBTQI+ que também pertencem a comunidades marginalizadas com base na raça, religião ou deficiência podem enfrentar discriminação e preconceito agravados.

A Rede Europeia contra o Racismo e o Centro para a Justiça Intersectorial publicaram em 2020 um relatório sobre a "Discriminação intersectorial na Europa: relevância, desafios e caminhos a seguir", que explica as dimensões individuais, estruturais, institucionais e históricas da discriminação. Poderá ser um bom ponto de partida para compreender como a interseccionalidade é visível e afecta a qualidade de vida.

Actividades práticas: reflexão sobre as práticas de cuidados / estudos de casos

---

<sup>11</sup> Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. Annual review of gerontology and geriatrics, 37(1), 13-26.

Atividade prática 1.1

<b>Nome da atividade</b>	Trabalhar com rótulos
<b>Número de participantes</b>	Pelo menos 10
<b>Objetivos</b>	Esta atividade permitirá aos participantes praticar a forma como a sua ideia ou julgamento de uma pessoa pode ser criada e alterada em função do que sabem/veem/percebem sobre as pessoas que os rodeiam.
<b>Descrição passo a passo</b>	<p>Em primeiro lugar, o dinamizador tem de criar um espaço seguro e dizer a todos os elementos do grupo que este não é um local de julgamento e que todos são livres de partilhar as suas opiniões e ideias sem qualquer receio.</p> <p>Distribua os cartões e peça aos participantes para escreverem as respostas às seguintes perguntas. Certifique-se de que só mais tarde partilham as suas respostas com os outros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● O que é que não saberíamos só de olhar para ti?</li> <li>● Para que objetivo está a trabalhar? (pessoal, profissional)</li> <li>● Qual é a experiência que, na sua opinião, o define?</li> <li>● Que experiências pessoais tem, se é que tem alguma, de discriminação? Se não, por favor escreva porque é que acha que isso acontece.</li> </ul> <p>Recolha os cartões, baralhe-os e distribua-os aleatoriamente entre os participantes, certificando-se de que ninguém tem o seu próprio cartão.</p> <p>Peça aos participantes para encontrarem o dono do cartão com base nas respostas.</p> <p>As respostas devem conduzir a um debate, apoiado pelas seguintes perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quão correctas foram as suposições que fizeste sobre pessoas que não conheces muito bem? O que podes inferir das tuas suposições?</li> <li>● Porque é que escolheste essa pessoa específica, o que te fez pensar que era o cartão dela?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como te sentiste quando recebeste um cartão que não é teu e que não te representa?</li> <li>• Aprendeste alguma coisa que te tenha surpreendido? Porquê?</li> </ul>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	O dinamizador deve estar sempre consciente de que os participantes podem estar a discutir assuntos sensíveis. Evitar tomar partido e manter-se neutro e objetivo.
<b>Recursos</b>	Cartões / papel / canetas

#### Atividade prática 1.2

<b>Nome da atividade</b>	Trabalhar com cenários
<b>Número de participantes</b>	Pelo menos 10
<b>Objetivos</b>	Esta atividade tem como objetivo proporcionar aos profissionais de cuidados residenciais uma oportunidade de experimentar cenários simulados que realçam os desafios e experiências únicos enfrentados pelas pessoas idosas LGBTQI+
<b>Descrição passo a passo</b>	<p>O dinamizador introduz a atividade de formação explicando o seu objetivo.</p> <p>De seguida, os participantes devem ser divididos em pequenos grupos de 3-4 pessoas cada e receber folhetos com descrições de cenários. Cada grupo deve receber um cenário.</p> <p>Peça aos participantes para lerem e se familiarizarem com o cenário que lhes foi atribuído em silêncio.</p> <p>Peça aos participantes para representarem os cenários que lhes foram atribuídos nos seus pequenos grupos.</p> <p>Após a atividade, reúna os pequenos grupos para uma sessão de balanço.</p> <p>Utilize perguntas abertas para incentivar os participantes a refletir sobre a sua experiência, como por exemplo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que emoções sentiu durante a atividade?</li> <li>• Que ideias ou percepções obtiveste ao representar o cenário?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é que a atividade o fez sentir sobre os desafios enfrentados pelas pessoas idosas LGBTQI+ em ambientes de cuidados residenciais?</li> <li>• O que é que aprendeu sobre a importância da inclusão e da sensibilidade para com as pessoas mais velhas LGBTQI+ no seu papel como profissional de cuidados residenciais?</li> </ul> <p>Concluir a atividade com um debate sobre estratégias e melhores práticas para criar um ambiente mais inclusivo e afirmativo para as pessoas idosas LGBTQI+ em ambientes de cuidados residenciais.</p>
<p><b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b></p>	<p>Incentive os participantes a mergulharem no cenário e a refletirem sobre as emoções, os pensamentos e as reações que experimentam enquanto encenam o cenário.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p>Folhas de apoio com descrições de cenários simulados (por exemplo, tratamento discriminatório, isolamento, falta de inclusão, mas que podem ser adaptadas ou alteradas pelo formador)</p> <p><b>Cenário 1: Tratamento discriminatório</b> É um profissional de cuidados residenciais encarregado de cuidar de um residente LGBTQI+ mais velho que expressou abertamente a sua identidade de género e orientação sexual. No entanto, ouve outro membro do pessoal a fazer comentários depreciativos sobre indivíduos LGBTQI+ e a utilizar linguagem ofensiva. Vê-se confrontado com o desafio de lidar com este comportamento discriminatório e garantir um ambiente seguro e inclusivo para o residente.</p> <p><b>Cenário 2: Isolamento</b> Foi-lhe atribuída a responsabilidade de prestar cuidados residenciais a um residente idoso LGBTQI+ que sofre de isolamento social devido à sua orientação sexual ou identidade de género. Devido ao seu desconforto em admitir o seu estatuto LGBTQI+ a outros residentes ou ao pessoal, o residente expressou como isso o faz sentir-se alienado e solitário. É necessário pensar em estratégias para promover a inclusão social do residente e diminuir o seu sentimento de isolamento social.</p> <p><b>Cenário 3: Falta de inclusão</b></p>



	<p>Você é um profissional de cuidados residenciais designado para cuidar de um residente transgênero mais velho que está a enfrentar desafios relacionados com a falta de inclusão. O residente expressou o seu desconforto por ser mal interpretado, por ter o seu nome preferido ignorado e por não lhe serem prestados cuidados adequados de afirmação do género. É necessário encontrar formas de garantir que a identidade de género do residente é respeitada e que os seus cuidados são inclusivos e afirmativos.</p> <p><b>Cenário 4: Rejeição da família</b> You are assigned to care for an elderly LGBTQI+ person whose family has rejected them because of their sexual orientation or gender identity. The individual has stated a need for family assistance as he struggles with thoughts of abandonment. You have to balance giving the resident emotional support with figuring out how to meet their unmet familial requirements.</p>
--	---

#### Fontes adicionais

##### Recursos a nível nacional (Roménia)

- Este é um pequeno material informativo desenvolvido pelo CRJ para combater o discurso de ódio. Aborda as ideias erradas e os estereótipos mais comuns que as pessoas têm sobre a comunidade LGBTQI+
  - [1.-Material-informativ-LGBTQ.pdf \(crj.ro\)](#)
- Relatórios (não apenas em romeno) que tratam da gestão da diversidade em diferentes contextos, para diferentes grupos marginalizados (não apenas LGBTQI+)
  - <https://www.cartadiversitatii.ro/resurse>

#### Fontes internacionais

- O livro *The Lover's Dictionary* de David Levithan é um livro curto e espirituoso, escrito em estilo de dicionário, sobre a história de amor entre duas pessoas. O género e a orientação sexual das duas personagens são deixados ambíguos ao longo de todo o livro, pelo que este é inclusivo para todos os géneros e orientações sexuais, podendo a história contada ser sobre qualquer pessoa, uma vez que não são utilizados pronomes.
- Um artigo sobre quatro amigos homossexuais que se tornaram uma sensação na Internet graças à sua conta no TikTok (@oldgays). Fazem vídeos sobre a sua vida, as suas experiências, a sua saída do armário, o seu primeiro amor, etc., de uma forma amigável e compreensível, que mostra a todos que envelhecer faz parte da vida e que ainda é possível desfrutá-la plenamente.
  - [The 'Old Gays' are getting their own docuseries \(nbcnews.com\)](https://www.nbcnews.com/health/older-gays-getting-their-own-docuseries-ncna11111111)

- A Professora Kathleen McInnis-Dittrich, da Escola de Serviço Social do Boston College, fala sobre o envelhecimento nos sistemas de cuidados e em toda a sociedade e defende a plena participação dos adultos mais velhos na sociedade para uma sociedade mais inclusiva que promova a dignidade humana.
  - [Living with Dignity: Social Justice for Older Adults - Boston College School of Social Work - YouTube](#)

## Bibliography

Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU (2020), Eurostat. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.

EU LGBT survey Main results Report. European Union Agency for Fundamental Rights. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014. Available at: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results\\_tk3113640enc\\_1.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf)

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2014). "Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population." *The Gerontologist*, 54(3), 488-497.

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2013). "The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults." Institute for Multigenerational Health, University of Washington.

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

Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Available at: <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/ReadyToServe.pdf>

McGovern, J. (2014). The forgotten: Dementia and the aging LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 845-857.

MetLife Mature Market Institute & American Society on Aging (2010). "Still Out, Still Aging: The MetLife Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Baby Boomers."

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). "Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Electronic Health Records: A Workshop." National Academies Press.

Special Eurobarometer 493: Discrimination in the European Union (2019). Available at:  
[https://data.europa.eu/data/datasets/s2251\\_91\\_4\\_493\\_eng?locale=en](https://data.europa.eu/data/datasets/s2251_91_4_493_eng?locale=en)

Wson K., Kortes Mr, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, 37(1), 22-31.

# MODULO 2

## DIREITOS HUMANOS

# MODULO II

## Direitos Humanos

### Introdução e objectivos de aprendizagem do modulo

Este módulo explora os direitos humanos, a discriminação e outras questões legais que podem surgir em relação ao cuidado de pessoas LGBTQI+ idosas.

Mais especificamente, o material de formação aborda os riscos de violação dos direitos humanos, abuso e discriminação a que estão expostas as pessoas LGBTQI+ mais velhas; as questões que podem surgir em caso de perda de capacidade cognitiva, bem como os desafios relacionados com as crenças e valores dos profissionais de cuidados que podem estar em contraste com o facto de se ser LGBTQI+. Por fim, o módulo também destaca as obrigações dos profissionais de cuidados, tanto em termos de qualidade dos serviços a prestar como dos seus deveres de protecção para com os clientes.

No final deste módulo, esperamos que os alunos aprendam a:

- Saber mais sobre direitos humanos e discriminação
- Estar mais consciente do risco de desigualdades na saúde que afectam as pessoas LGBTQI+ mais velhas
- Saber como os clientes LGBTQI+ mais velhos podem ser apoiados no desempenho dos seus direitos legais e ser protegidos contra a discriminação e o abuso
- Ser mais capaz de exercer a autorreflexão para reconhecer os seus próprios preconceitos e compreender como lidar com eles, a fim de prestar cuidados de qualidade aos seus clientes.

### Questões jurídicas relativas às violações dos direitos humanos de que são alvo as pessoas LGBTQI+

#### O que são os direitos Humanos?

De acordo com a definição das Nações Unidas<sup>12</sup>, Os direitos humanos são direitos que não são concedidos por nenhum Estado. Temo-los simplesmente pelo facto de existirmos como seres humanos. Estes direitos universais são inerentes a todos nós, independentemente da nacionalidade, sexo, origem nacional ou étnica, cor, religião, língua ou qualquer outro estatuto. Vão desde o mais fundamental - o direito à vida - até aos que fazem com que a vida valha a pena ser vivida, como o direito à alimentação, à educação, ao trabalho, à saúde e à liberdade.

Os direitos humanos são:

- Universal: Isto significa que todos nós temos os mesmos direitos humanos.
- Inalienáveis: Não devem ser retirados, exceto em situações específicas e de acordo com um processo justo. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa for considerada culpada de um crime por um tribunal.

---

<sup>12</sup> <https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights>

- Indivisível e interdependente: isto significa que um conjunto de direitos não pode ser plenamente usufruído sem o outro e que não há direitos humanos mais importantes do que outros.

### Referências jurídicas

O primeiro e ainda hoje mais importante documento jurídico em matéria de direitos humanos é a Declaração Universal dos Direitos do Humanos (DUDH) adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948.

- A nível europeu, os direitos humanos são reconhecidos e protegidos pelo Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH), que protege os direitos humanos das pessoas nos países que pertencem ao Conselho da Europa <sup>13</sup>. Os direitos e garantias consagrados na Convenção Europeia dos Direitos Humanos são protegidos pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos
- Tratado da União Europeia (TUE) que faz referência aos direitos humanos em vários artigos. O mais importante é o artigo 2.º sobre os valores da UE, que afirma que os valores fundadores da UE são "a dignidade humana, a liberdade, a democracia, a igualdade, o Estado de direito e o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos das pessoas pertencentes a minorias
- A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia que reúne num único documento juridicamente vinculativo as liberdades e os direitos pessoais mais importantes de que gozam os cidadãos da UE.

### Direitos Humanos

Os direitos humanos, tal como constam da DUDH, são 30 - como pode explorar [here](#).

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia enumera 50 artigos juridicamente vinculativos relacionados com os direitos políticos, sociais e económicos.

No entanto, as que podemos considerar mais relevantes em relação às pessoas LGBTQI+ mais velhas são as seguintes:

- Direito à vida
- Liberdade de tortura
- Liberdade de movimentos
- Direito à autonomia
- Direito à participação e à inclusão social
- Direito à privacidade
- Liberdade de expressão
- Igualdade e não discriminação
- Direito à dignidade
- Direito à igualdade perante a lei
- Liberdade de detenção arbitrária

---

<sup>13</sup> Note-se que o Conselho da Europa é completamente distinto da União Europeia e muito maior, com 47 membros em comparação com os 28 da UE.

De facto, no que diz respeito aos direitos humanos relacionados com as pessoas LGBTQI+, as Nações Unidas salientam que as principais obrigações legais dos Estados no que diz respeito à proteção dos direitos humanos das pessoas LGBT incluem as obrigações de:

- Proteger os indivíduos da violência homofóbica e transfóbica
- Prevenir a tortura e os tratamentos cruéis, desumanos e degradantes
- Revogar leis que criminalizam as relações entre pessoas do mesmo sexo e pessoas transgénero
- Proibir a discriminação com base na orientação sexual e na identidade de género
- Salvaguardar as liberdades de expressão, associação e reunião pacífica das pessoas LGBTI

Por outro lado, isto cruza-se com preocupações específicas em relação ao respeito dos direitos humanos das pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração. Tal como resultou do projeto de investigação ENHRI, embora, de um modo geral, os profissionais de cuidados utilizem uma abordagem centrada na pessoa para informar o seu trabalho, valorizando os utilizadores de cuidados mais velhos como indivíduos e respeitando a sua dignidade e independência, várias práticas identificadas em relação à proteção integral dos direitos humanos das pessoas mais velhas em lares de idosos suscitaram preocupações, particularmente em

- defesa da dignidade
- direito à privacidade, à autonomia e à participação
- acesso à justiça.

## Discriminação, igualdade, inclusão, abuso

### Discriminação e igualdade

A discriminação ocorre quando uma pessoa não pode usufruir dos seus direitos humanos ou de outros direitos legais em igualdade de circunstâncias com outras pessoas, devido a uma distinção injustificada feita na política, na legislação ou no tratamento.<sup>14</sup>

O artigo 1º da DUDH afirma que: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos". A ausência de discriminação, prevista no artigo 2º, é o que garante esta igualdade".

A não-discriminação é transversal a toda a legislação internacional em matéria de direitos humanos, podendo ser encontrada

- no Preâmbulo da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia ("a União assenta nos valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, da liberdade, da igualdade e da solidariedade")
- bem como no artigo 14.º ("Proibição da discriminação") da Convenção Europeia dos Direitos do Homem.

Infelizmente, estes princípios estão longe de ser uma realidade para as pessoas LGBTQI+ mais velhas, uma vez que estão frequentemente expostas ao risco de discriminação devido à sua idade, orientação sexual e identidade de género. Os principais domínios de discriminação relevantes para o nosso tópico são:

<sup>14</sup> <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/discrimination/>

**Saúde:** Os serviços de saúde, incluindo os serviços de enfermagem e de cuidados a pessoas idosas, têm sido acusados de refletir os pressupostos heteronormativos e etários da sociedade ao não reconhecerem as identidades LGBT e, mais especificamente, as necessidades das pessoas LGBT idosas.<sup>15</sup>

Embora seja difícil obter na investigação dados sólidos sobre as práticas discriminatórias LGBTQI+ no acesso aos serviços de saúde e na prestação de cuidados de saúde a nível europeu, existe um grande consenso entre os investigadores de que o medo antecipado da discriminação pode levar à desconfiança e à fraca utilização dos serviços de saúde, afetando assim a qualidade de vida das pessoas LGB mais velhas. Isto é especialmente preocupante à luz do facto de a investigação recente ter revelado níveis relativamente elevados de problemas de saúde entre os adultos LGBT mais velhos, incluindo diabetes e depressão, bem como uma elevada incidência de problemas de saúde mental entre as pessoas LGBT mais velhas<sup>16</sup>.

De acordo com a investigação<sup>17</sup> também é importante reconhecer que os estereótipos não conscientes das pessoas mais velhas LGBT (e de outros grupos marginalizados) persistem no sistema de prestação de cuidados de saúde e que estes preconceitos contribuem para as disparidades na saúde. Os diagnósticos e o tratamento que os profissionais de saúde dão aos seus pacientes também podem ser influenciados por preconceitos não conscientes, o que, por sua vez, contribui de forma importante para as disparidades na saúde.

No que diz respeito especificamente às pessoas trans, uma vez que muitas delas não se enquadram facilmente nas categorias binárias de serviços de saúde segregadas por sexo, destinadas a mulheres e homens cisgénero, há provas de que lhes pode ser impedido o acesso aos serviços de saúde de que necessitariam. Por exemplo, as mulheres trans podem necessitar de exames à próstata e os homens trans podem necessitar de esfregaços cervicais. Pessoas trans morreram depois de lhes ter sido negado o acesso a esses serviços.<sup>18</sup>

Por outro lado, é mais fácil encontrar dados baseados em provas relativamente à discriminação baseada na idade nos serviços de saúde. Nomeadamente<sup>19</sup> quando se trata de discriminação indireta, ou seja, quando as atitudes e os pressupostos antiquados dos "profissionais" ou das "organizações" influenciam a tomada de decisões e a prestação de serviços, como quando as pessoas mais velhas são considerados menos prioritários do que os jovens e, por conseguinte, têm menos probabilidades de receber os cuidados de que necessitam. Por exemplo, de acordo com a OMS<sup>20</sup> uma revisão sistemática efectuada em 2020 mostrou que, em 85% (127) dos 149 estudos, a idade determinava quem recebia determinados procedimentos ou tratamentos médicos.

---

<sup>15</sup> Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International journal of older people nursing*, 10(3), 230-240.

<sup>16</sup> Sharek D.B. et al, 2015, cit.

<sup>17</sup> Foglia MB, Fredriksen-Goldsen KI. Health Disparities among LGBT Older Adults and the Role of Nonconscious Bias. *Hastings Cent Rep*. 2014 Sep;44 Suppl 4(0 4):S40-4. doi: 10.1002/hast.369. PMID: 25231786; PMCID: PMC4365932.

<sup>18</sup> UNPD, Discussion Paper Transgender Health and Human Rights December 2013

<sup>19</sup> Clark A., Ageism and age discrimination in primary and community health care in the United Kingdom A review from the literature, Centre for Policy on Ageing December 2009

<sup>20</sup> Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.

- **Reconhecimento de relações:** : Cerca de metade dos Estados-Membros autoriza o casamento de casais do mesmo sexo. Outros oferecem formas alternativas de registo civil. Seis Estados-Membros não prevêem um estatuto jurídico para os casais do mesmo sexo. No entanto, mesmo nos países em que existe casamento ou registo civil, as leis são relativamente recentes e podem não ter tido impacto nos cidadãos mais velhos, que representam uma geração que viveu em tempos em que as relações entre pessoas do mesmo sexo eram criminalizadas e patologizadas.

A falta de reconhecimento dos casais do mesmo sexo tem um impacto em vários aspectos da vida, incluindo a tomada de decisões e a prestação de cuidados, o acesso à proteção social e a segurança financeira. Esta situação torna-se particularmente preocupante quando as pessoas envelhecem e não podem garantir que o seu parceiro (dependente) tenha acesso às suas pensões e bens ou quando têm de tomar decisões sobre cuidados no fim da vida.

Os casais do mesmo sexo podem não ter direitos de herança, mesmo depois de uma vida inteira de partilha e aquisição de bens. O facto de não serem reconhecidos legalmente como parentes próximos significa que uma pessoa pode não ter direito a uma pensão de sobrevivência, ao seguro de saúde de um parceiro vivo ou a continuar a viver na casa de um parceiro falecido. Se uma pessoa for hospitalizada na sequência de um acidente grave e não estiver em condições de explicar a sua relação pessoal, pode ser negado ao seu cônjuge o direito de visita ou o acesso ao processo médico.<sup>21</sup>

## INCLUSÃO

Quando falamos de inclusão de pessoas idosas LGBTQI+, referimo-nos a um conceito mais amplo do que o de discriminação. De facto, estes dois termos são frequentemente confundidos, mas embora a exclusão social possa ser uma consequência de práticas discriminatórias, em si mesma pode não ser uma discriminação, tal como definida legalmente. Claro que isto não significa que não tenha um impacto no bem-estar das pessoas mais velhas LGBTQI+ e que não deva ser abordado como um fenómeno que compromete a qualidade dos cuidados prestados.

As pessoas idosas LGBTQI+ podem ser socialmente excluídas em resultado de factores socioeconómicos (como baixos rendimentos; falta de rede social, condições de saúde e de habitação) e em resultado de discriminação com base na sua orientação sexual, o que afeta a sua capacidade de realizar a sua autonomia e os seus direitos de cidadania.

De um modo geral, a investigação que envolve pessoas idosas indica que, independentemente da orientação sexual ou da identidade de género, muitos sentem solidão e isolamento e recebem o isolamento à medida que envelhecem. No entanto, para as pessoas mais velhas LGBTQI+, o risco é mais elevado, uma vez que, em comparação com a população idosa heterossexual, dispõem normalmente de muito menos formas tradicionais de apoio. É mais provável que vivam sozinhos, que não tenham um parceiro, que não tenham filhos e que não tenham um familiar a quem recorrer em caso de necessidade. Assim, os profissionais devem estar conscientes do potencial de

---

<sup>21</sup> <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/access-to-registered-same-sex-partnerships-it-s-a-question-of-equality>



isolamento e solidão deste grupo e envidar todos os esforços para ajudar a pessoa a criar redes com a comunidade, incluindo a comunidade LGBT. <sup>22</sup>

Apesar de alguns progressos em relação aos direitos LGBTI alcançados por muitos países durante as últimas décadas, as pessoas LGBTQI+ mais velhas em todo o mundo passaram partes significativas da sua vida num clima de ódio, criminalização, patologização, violência e discriminação. Por este motivo, a situação socioeconómica atual das pessoas mais velhas LGBTI é pior do que a dos seus homólogos não-LGBTI, sofrem de homofobia e transfobia internalizadas e geralmente não confiam nas instituições públicas.<sup>23</sup>

Muitas pessoas mais velhas LGBTQI+ relatam experiências negativas quando lidam com o pessoal dos serviços de saúde e de cuidados continuados, por exemplo, insensibilidade e pressupostos heteronormativos por parte dos profissionais, ou a perceção de serem tratados com constrangimento, rejeição, hostilidade, suspeita, pena ou condescendência.<sup>24</sup>

#### ABUSO:

O abuso de pessoas idosas, também conhecido como abuso de idosos, é um ato único ou repetido, ou a falta de ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relação em que exista uma expectativa de confiança, que causa danos ou angústia a uma pessoa idosa. Este tipo de violência constitui uma violação dos direitos humanos e inclui maus tratos físicos, sexuais, psicológicos e emocionais; maus tratos financeiros e materiais; abandono; negligência; e perda grave de dignidade e respeito. São escassos os dados sobre a extensão do problema em instituições como hospitais, lares de idosos e outras instalações de cuidados prolongados. No entanto, uma análise de estudos recentes sobre maus tratos a idosos em instituições indica que 64,2% do pessoal referiu ter cometido alguma forma de maus tratos no último ano.<sup>25</sup>

Por esse motivo, embora necessitar de cuidados e ser residente numa instituição de cuidados possam ser considerados factores de risco de abuso, ser LGBTQI+ parece aumentar ainda mais esse risco. As pessoas LGBT mais velhas, em particular os grupos actuais, tiveram experiências ao longo da vida de abuso discriminatório associado às suas sexualidades/identidades sexuais e/ou às suas identidades de género. Na idade avançada, são mais vulneráveis a esses abusos, na medida em que podem ser menos capazes de os evitar/negociar, e na medida em que, devido às necessidades de cuidados relacionadas com a idade avançada, podem também estar em contextos de cuidados em que são mais susceptíveis de serem expostos a esses abusos. Desta forma, as pessoas LGBT mais velhas correm o risco de sofrer "maus tratos a idosos", como todas as pessoas mais velhas, e correm o risco de sofrer maus tratos específicos de LGBT na velhice.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Sharek D.B. et al, 2015, cit.

<sup>23</sup> International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Intersections of ageism and age discrimination with cisheteronormativity, homophobia and transphobia, and discrimination based on sexual orientation, gender identity and gender expression, Submission to the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, To inform forthcoming report to the 48th session of the Human Rights Council, April 2021

<sup>24</sup> Sharek D.B. et al, 2015, cit.

<sup>25</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

<sup>26</sup> Sue Westwood (2019) Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31:2, 97-114, DOI: 10.1080/08946566.2018.1543624

## Leis contra a discriminação

### Enquadramento jurídico

A nível da UE, várias disposições legais proíbem a discriminação contra as pessoas LGBTQI+, embora o enquadramento legal esteja disperso por diferentes diplomas legislativos e não abranja a orientação sexual e a identidade de género da mesma forma. Por conseguinte, é necessário ler em conjunto a "manta de retalhos" de legislação para se ter uma compreensão completa do quadro geral.

No que diz respeito ao direito primário, a base jurídica do princípio da não discriminação com base na orientação sexual encontra-se em quatro artigos fundamentais:

- I. Art. 21 da Carta dos Direitos Fundamentais da UE (Carta da UE) - que se tornou um documento vinculativo desde a entrada em vigor do chamado "Tratado de Lisboa", em 1 de dezembro de 2009 - e proíbe explicitamente a discriminação com base na orientação sexual;
- II. Art 2 do Tratado da União Europeia (TUE) estabelece que a não discriminação é um dos valores fundamentais da União Europeia
- III. Art 3 do Tratado da União Europeia (TUE) consagra que a UE "combate a exclusão social e a discriminação"
- IV. Art. 19 do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE) deve ser mencionado, uma vez que permite combater este tipo de discriminação através do direito derivado.

De acordo com estes princípios, em 2000 foram adotadas duas directivas:

- A Diretiva relativa à igualdade no emprego (2000/78/CE)<sup>21</sup> proibiu a discriminação com base na orientação sexual, religião ou crença, idade e deficiência, na área do emprego;
- A diretiva relativa à igualdade racial (2000/43/CE)<sup>22</sup>: proibição da discriminação com base na raça ou etnia no contexto do emprego, mas também no acesso ao sistema de assistência e segurança social, bem como a bens e serviços. Note-se que esta diretiva não abrange o âmbito do presente texto, mas é útil porque estipula as categorias de discriminação

Basicamente, a discriminação não permite a todos os indivíduos uma perspectiva igual e justa de acesso às oportunidades disponíveis numa sociedade. Os indivíduos que se encontram em situações semelhantes devem receber tratamento semelhante e não ser tratados de forma menos favorável simplesmente devido a uma determinada característica "protegida" que possuem. No entanto, nalgumas situações, o tratamento baseado numa regra aparentemente neutra pode também constituir discriminação, se colocar em desvantagem uma pessoa ou um grupo de pessoas em resultado da sua característica específica.

Estas duas situações definem dois tipos de discriminação: A discriminação direta e a discriminação indireta:

- **Discriminação direta** considera-se que ocorre quando uma pessoa é tratada de forma menos favorável do que outra é, foi ou seria tratada numa situação comparável, por qualquer um dos motivos [reconhecidos pela lei como características protegidas]<sup>27</sup>
- **Discriminação indireta** considera-se que existe uma disposição, critério ou prática aparentemente neutra que coloque pessoas com uma determinada característica protegida numa situação de desvantagem em relação a outras pessoas, a menos que essa disposição, critério ou prática seja objetivamente justificada por um objetivo legítimo e que os meios para o alcançar sejam adequados e necessários<sup>28</sup>

Para além destes dois tipos de comportamentos, são tidos em conta outros comportamentos relacionados com a discriminação, tais como assédio, instrução para discriminar, discriminação por associação:

- **Assédio**, que será considerada uma forma de discriminação, sempre que ocorrer um comportamento indesejado relacionado com qualquer dos motivos referidos numa característica protegida, com o objetivo ou o efeito de violar a dignidade de uma pessoa e de criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou ofensivo.<sup>29</sup>
- Uma **instrução para discriminar** contra pessoas por qualquer dos motivos referidos numa característica protegida será considerado discriminação
- **Discriminação por associação**<sup>30</sup>, quando a vítima da discriminação não é ela própria a pessoa com a característica protegida, mas acaba por ser discriminada por estar associada, ligada, a uma pessoa com uma característica protegida ou a uma situação relacionada com uma situação protegida, como é o caso de uma pessoa despedida por ter participado num desfile pela igualdade, apesar de a sua orientação sexual ser a característica protegida<sup>31</sup>

#### Conselho da Europa, enquadramento jurídico

Para além das instituições e fontes de direito da UE, vale a pena recordar o Conselho da Europa (CdE), que é uma organização intergovernamental que se reuniu originalmente após a Segunda Guerra Mundial para promover, entre outras coisas, o Estado de direito, a democracia, os direitos humanos e o desenvolvimento social (ver Preâmbulo e artigo 1.º do Estatuto do Conselho da Europa).

Em 1950, os países membros do Conselho da Europa adotaram a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e dos Direitos Fundamentais, mais conhecida como Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH). Esta Convenção foi aberta à assinatura em Roma, em 4 de novembro

---

<sup>27</sup> Article 2, § 2, lett. (a), Employment Equality Directive (2000/78/EC)<sup>21</sup>

<sup>28</sup> Article 2, § 2, lett. (b), Employment Equality Directive (2000/78/EC)<sup>21</sup>

<sup>29</sup> Article 2, § 3, Employment Equality Directive (2000/78/EC)<sup>21</sup>

<sup>30</sup> This category has been for the first time stated by the European Court of Justice (CJEU, C-303/06, S. Coleman v. Attridge Law and Steve Law [GC], 17 July 2008) judging on a case where a mother claimed that she was treated unfavorably at work because her son was disabled. In that case CJEU held that this amounted to discrimination and harassment on the grounds of the disability of her child, so not because she has that characteristic but because of a characteristic of a person to whom she is linked and to whom has been associated.

<sup>31</sup> Poland, District Court in Warsaw (court of the second instance), V Ca 3611/14, 18 November 2015

de 1950, e entrou em vigor em 3 de setembro de 1953. Foi o primeiro instrumento a tornar efectivos e vinculativos alguns dos direitos enunciados na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

- A CEDH estabelece uma obrigação juridicamente vinculativa para os seus membros de garantir uma lista de direitos humanos a todas as pessoas sob a sua jurisdição, e não apenas aos cidadãos. A aplicação da CEDH é analisada pelo Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH), que aprecia os processos instaurados contra os Estados-Membros por qualquer pessoa que veja os seus direitos ao abrigo da CEDH infringidos ou violados. Para o que é relevante aqui, os artigos da CEDH que dizem respeito à discriminação LGBTQI+ são os seguintes
- Art. 8 CEDH: Afirma que todas as pessoas têm o direito ao respeito pela sua vida privada e familiar. O Tribunal considerou que o conceito de "vida privada" é um termo amplo, que engloba aspectos da identidade física e social de um indivíduo (Y.Y v. Turquia, 2015, § 56), pelo que elementos como a identificação do género, o nome e a orientação sexual e a vida sexual são abrangidos pela esfera pessoal protegida pelo artigo 8 (Sousa Goucha v. Portugal, 2016, § 27; B. v. France, 1992, § 63; Dudgeon v. the United Kingdom, 1981, § 41; Beizaras and Levickas v. Lithuania, 2020, § 109; Smith and Grady v. the United Kingdom, 1999, § 71). O artigo 8º protege igualmente o direito ao desenvolvimento pessoal e o direito de estabelecer e desenvolver relações com outros seres humanos e com o mundo exterior (Schlumpf v. Switzerland, 2009, § 77)
- Art. 14 CEDH Mesmo que este artigo não enumere explicitamente o sexo, a idade, a orientação sexual e a identidade de género, estas categorias estão incluídas na expressão "outro estatuto". No entanto, o âmbito de aplicação deste artigo é a proibição de discriminações na aplicação dos direitos da Convenção, pelo que - para alargar o seu âmbito de aplicação - o Pacto foi implementado com um Protocolo (o n.º 12), cujo art. 1. 1 estabelece que "Todas as pessoas devem poder exercer os seus direitos sem serem discriminadas por razões de género, cor da pele, convicções políticas ou religiosas, ou origem"<sup>32</sup>

As categorias de discriminação acima referidas desempenham aqui um papel muito importante, porque - fora do âmbito e do objetivo da jurisdição da UE - na sua jurisprudência, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) remete para a legislação da UE e para a jurisprudência do TJUE<sup>33</sup>

## Capacidade de tomada de decisões

O envelhecimento está por vezes correlacionado com doenças e condições que prejudicam as capacidades cognitivas das pessoas idosas e, por conseguinte, desafiam as suas capacidades de

---

<sup>32</sup> Italy, even if it signed this protocol, did not ratificate it so it stems that for Italy, this protocol did not entry into force.

<sup>33</sup> European Union Agency for Fundamental Rights and Council of Europe, *Handbook on European non-discrimination law*, pag. 19 and for an example, ,see ECtHR, Biao v. Denmark, No. 38590/10 [GC], 24 May 2016

autodeterminação e de tomada de decisões autónomas. Embora esta situação seja preocupante e complexa para qualquer pessoa idosa, pode ser mais difícil para as pessoas idosas LGBTQI+, e isto por duas razões principais:

### Autodeterminação

Uma primeira questão relacionada com o apoio, o tratamento e os cuidados é a da autodeterminação.

A autodeterminação é frequentemente descrita em termos da capacidade das pessoas para fazerem escolhas e gerirem as suas vidas. É mais do que uma simples questão de tomar decisões. Tem a ver com a forma como as decisões sobre si próprio (ou seja, sobre a identidade pessoal e a auto-expressão) são reconhecidas e aceites por outras pessoas. Ser LGBTQI+ é uma parte central da identidade, que as pessoas idosas com deficiência cognitiva receiam esquecer. Devido aos estereótipos e à persistência de uma abordagem biomédica da demência, a doença torna-se frequentemente a principal característica que define uma pessoa, dando menos atenção aos aspectos que a tornam única, como o seu género e a sua identidade sexual. Ter demência pode tornar gradualmente mais difícil para as pessoas LGBTQI+ gerir a sua identidade sexual e de género na vida quotidiana em diferentes contextos.

A gestão das identidades de género implica atender a uma série de sinais e expectativas diferentes no contexto das interações interpessoais, incluindo práticas, vestuário, maneirismos, tom de voz, maquilhagem, pêlos no corpo e estilos de comunicação, para citar apenas alguns. As deficiências relacionadas com a memória, a concentração, a atenção e o planeamento podem interferir com a gestão eficaz da identidade sexual/de género, e pode haver pouco apoio ou compreensão fora da comunidade LGBTQI+.<sup>34</sup>

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, isto significa que é importante prestar apoio às pessoas LGBTQI+ com demência para que exerçam a sua autodeterminação o mais possível, por exemplo, para respeitar a identidade de género que procuram comunicar, de modo a que a pessoa não só seja reconhecida pelas outras pessoas como aquilo que é, mas também continue a sentir que é aquilo que é, e tenha aquilo de que precisa para que isso aconteça.

### Tomada de decisões por procuração

A demência tem impacto na capacidade jurídica do doente e, a dada altura, torna-se necessário nomear alguém que seja reconhecido como representante legal da pessoa com demência, a fim de tomar decisões relacionadas, por exemplo, com a saúde, os cuidados ou as finanças. Embora isto seja verdade para qualquer pessoa que viva com demência, o facto de ser mais comum as pessoas LGBTQI+ recorrerem a redes de apoio alternativas e preferências de apoio, em comparação com os laços familiares tradicionais, torna-o ainda mais relevante para este grupo. De facto, mesmo que, de um ponto de vista estritamente judicial, os familiares não tenham qualquer direito a decidir em nome da pessoa com demência se não forem nomeados por um juiz, é verdade que lhes são

---

<sup>34</sup> Alzheimer Europe, Sex, gender and sexuality in the context of dementia: a discussion paper, 2021

frequentemente reconhecidos alguns privilégios e, pelo menos, consultados pelos profissionais de saúde e de assistência social.

Por outro lado, os prestadores de cuidados que não são membros da família legal ou biológica têm frequentemente poderes legais limitados para se envolverem nas questões de consentimento e de tomada de decisões que surgem no contexto do agravamento do declínio cognitivo, se não forem designados como procuradores de cuidados de saúde.<sup>35</sup> Por exemplo, os membros da comunidade LGBTQI+ sem nomeação legal descobriram que os seus parceiros não tinham capacidade para tomar decisões médicas. Os parceiros e os parentes fictícios também podem ser impedidos de entrar nas unidades de cuidados intensivos ou podem ser excluídos das conversas com o pessoal médico.<sup>36</sup> relações não tradicionais podem ser excluídas de várias formas, por exemplo, não podendo ter um papel ativo nos cuidados aos doentes terminais ou não tendo o seu luto reconhecido.<sup>37</sup> Na realidade, não se aplica nenhuma das regras por defeito para privilegiar os familiares mais próximos, porque todos os potenciais beneficiários ou fiduciários são estranhos à lei, com exceção dos parceiros legalmente reconhecidos.<sup>38</sup>

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, isto significa, por um lado, não negligenciar e reconhecer o papel dos parceiros íntimos, mas também dos amigos e das redes sociais informais e dar a oportunidade aos utilizadores de expressarem a sua vontade em termos de famílias de eleição. Por outro lado, significa fornecer informação e sinalização para organizações que possam apoiar as pessoas mais velhas LGBTQI+ nos aspectos legais, de modo a lidar com testamentos, testamentos em vida e procurações para decisões sobre cuidados de saúde.

## Dever dos profissionais de proteger os seus clientes em caso de abuso e discriminação

Os profissionais da área social e da saúde têm o dever geral de proteger os seus clientes dos riscos a que podem estar expostos. Embora esta questão possa ser disciplinada de forma mais específica nas legislações nacionais, existem documentos internacionais de referência que nos podem fornecer alguns princípios orientadores.

Se olharmos para o código de ética de um dos mais importantes profissionais de saúde, o **Código de Ética dos Enfermeiros** do Conselho Internacional de Enfermeiros (CEN), podemos afirmar que "os enfermeiros<sup>39</sup> tomar medidas adequadas para proteger os indivíduos, as famílias, as

---

<sup>35</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E., & Goldsen, J. (2018). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) older adults and their caregivers: Needs and competencies. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), 545-569.

<sup>36</sup> Buckey, J. W., & Browning, C. N. (2013). Factors affecting the LGBT population when choosing a surrogate decision maker. *Journal of social service research*, 39(2), 233-252.

<sup>37</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E., & Goldsen, J. (2018), cit.

<sup>38</sup> de Vries, B., Gutman, G., Soheilipour, S., Gahagan, J., Humble, Á., Mock, S., & Chamberland, L. (2022). Advance care planning among older LGBT Canadians: Heteronormative influences. *Sexualities*, 25(1-2), 79-98.

<sup>39</sup> É claro que não abrangem todas as profissões de prestação de cuidados, mas, como são reconhecidas como relevantes, estão incorporadas em entidades públicas, são amplamente regulamentadas, pelo que podem ser consideradas como paradigmáticas do profissional de prestação de cuidados.

comunidades e as populações quando a sua saúde é posta em perigo por um colega de trabalho, qualquer outra pessoa, política, prática ou utilização indevida de tecnologia”<sup>40</sup>

A partir desta norma, é possível inferir que os enfermeiros têm um dever de cuidado para com as pessoas que cuidam.

O dever de cuidado traduz-se em duas sub-obrigações:

- A obrigação de proteção, que diz respeito à proteção do cliente contra todas as fontes de perigo.
- A obrigação de controlo, que diz respeito ao controlo de certas fontes de perigo para todos os pacientes que podem ser tratados.

Nas profissões de prestação de cuidados, a figura do doente pode ser simultaneamente um objeto de proteção e uma fonte de perigo. Tanto quanto ainda se verifica aqui, o cliente idoso pode ser discriminado, mas também pode discriminar.

Centrando-nos no tema da nossa preocupação,

- O artigo 1.2 da CEN estipula que "os enfermeiros promovem um ambiente em que os direitos humanos, os valores, os costumes, as crenças religiosas e espirituais do indivíduo, das famílias e das comunidades são reconhecidos e respeitados por todos."
- O artigo 1.4, "Os enfermeiros mantêm a confidencialidade das informações pessoais e respeitam a privacidade, a confidencialidade e os interesses dos pacientes na recolha, utilização, acesso, transmissão, armazenamento e divulgação legais de informações pessoais". Este é um assunto muito sensível, uma vez que muitos LGBTQI+ mais velhos podem não se ter assumido ou podem não querer fazê-lo
- O artigo 1.8: "Os enfermeiros demonstram valores profissionais como o respeito, a justiça, a capacidade de reação, o cuidado, a compaixão, a empatia, a fiabilidade e a integridade. Apoiam e respeitam a dignidade e os direitos universais de todas as pessoas, incluindo doentes, colegas e famílias.";
- o artigo 1.10 "Os enfermeiros prestam cuidados centrados na pessoa e informados por dados concretos, reconhecendo e utilizando os valores e princípios dos cuidados de saúde primários e da promoção da saúde ao longo da vida."
- E, por último, mas não menos importante, o CEN - fornecendo as suas próprias linhas de orientação de aplicação - afirma que, ao "aplicar os Elementos do Código n.º 1," os enfermeiros, enfermeiros líderes e enfermeiros gestores prestam cuidados centrados nas pessoas, culturalmente adequados, que respeitam os direitos humanos e são sensíveis aos valores, costumes e crenças das pessoas, sem preconceitos ou discriminação injusta."<sup>41</sup>

De acordo com a Federação Internacional dos Trabalhadores Sociais, o trabalho social é "uma profissão baseada na prática e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social e a capacitação e libertação das pessoas. Os princípios da justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade colectiva e do respeito pelas diversidades são fundamentais para o trabalho social. Baseado nas teorias do trabalho social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o trabalho social envolve pessoas e

---

<sup>40</sup> Art. 2.9 of The International Council of Nurses, Code Of Ethics For Nurses, revised 2021

<sup>41</sup> The International Council of Nurses, Code Of Ethics For Nurses, revised 2021, p. 7

estruturas para enfrentar os desafios da vida e melhorar o bem-estar. A definição acima referida pode ser ampliada a nível nacional e/ou regional.”<sup>42</sup>

A este respeito, a **Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social** estipula:

- No Princípio 2, "Promoção dos Direitos Humanos", os assistentes sociais abraçam e promovem os direitos fundamentais e inalienáveis de todos os seres humanos, tal como se encontram refletidos nos instrumentos e convenções de direitos humanos, e respeitam e defendem o princípio da indivisibilidade dos direitos humanos e promovem todos os direitos civis, políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais. Reconhecendo que a cultura serve por vezes de disfarce para violar os direitos humanos, os assistentes sociais actuam como mediadores culturais para permitir a construção de consensos, encontrar um equilíbrio adequado entre direitos humanos concorrentes e defender os direitos dos indivíduos e grupos de pessoas marginalizados, estigmatizados, excluídos, explorados e oprimidos. Além disso, afirma que os assistentes sociais reconhecem que os direitos humanos têm de coexistir com a responsabilidade colectiva, compreendendo que os direitos humanos individuais só podem ser realizados no dia a dia se as pessoas assumirem a responsabilidade umas pelas outras e pelo ambiente e se trabalharem no sentido de criar relações recíprocas no seio das comunidades. Por último, afirma que os assistentes sociais fornecem às pessoas informações sobre os seus direitos e apoiam os esforços das pessoas para acederem aos seus direitos."
- No Princípio 3.1, "Desafiar a Discriminação e a Opressão Institucional", o código menciona que os assistentes sociais desafiam a discriminação por qualquer motivo. Reconhecem como a ideologia, as leis, as políticas, os regulamentos, os costumes ou as práticas podem criar desigualdades e impedir que os membros de determinados grupos recebam um tratamento equitativo e que devem trabalhar contra a discriminação institucionalizada e a opressão em todas as suas formas."

Embora os princípios mencionados acima se situem claramente do lado da proteção, outros princípios sublinham também claramente a dualidade do dever de assistência, como a proteção e o controlo no trabalho com os clientes dos assistentes sociais. Por exemplo:

- O princípio 3.2. estipula que os assistentes sociais trabalham no sentido de reforçar as comunidades inclusivas que respeitam a diversidade étnica e cultural das sociedades, tendo em conta as diferenças individuais, familiares, de grupo e de comunidade, mas que reconhecem que o respeito e a aceitação da diversidade não devem ser utilizados para alargar as fronteiras do relativismo moral, ao ponto de violar os direitos de alguns grupos de pessoas, incluindo o direito à vida (por exemplo, das mulheres e das minorias sexuais, étnicas e religiosas). Os assistentes sociais problematizam e desafiam as práticas culturais que limitam o aproveitamento integral dos direitos humanos."
- Além disso, se no Princípio 4 (Promoção do direito à autodeterminação) se afirma que os assistentes sociais reconhecem as pessoas como capazes e autodeterminantes (4.1), ao mesmo tempo estipula-se que os assistentes sociais respeitam e promovem os direitos das pessoas a fazerem as suas próprias escolhas e decisões, desde que isso não ameace os direitos e interesses legítimos de outros (4.2).

---

<sup>42</sup> <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> visited on the 02.03.2023



Impacto dos sentimentos espirituais e religiosos do pessoal no seu trabalho relativamente às pessoas LGBTQI+ e como gerir o "conflito de identidades" entre os hóspedes LGBTQI+ e o pessoal cuja religião/valores afectam (por exemplo, considerando "pecado") as questões sexuais ou a homossexualidade

A investigação efectuada nos Estados Unidos aponta normalmente a religião como um dos mais fortes indicadores das atitudes em relação à homossexualidade. No entanto, uma vez que a investigação foi realizada principalmente em países cristãos, não é claro como é que as religiões não judaico-cristãs moldam a opinião pública sobre a homossexualidade. Além disso, o trabalho em sociologia cultural sugere que o desenvolvimento económico e a estabilidade política podem desempenhar um papel importante na formação da opinião pública em relação a grupos e comportamentos não normativos, como a homossexualidade. Embora os estudos efectuados nos Estados Unidos e na Europa tenham tendido a centrar-se na influência das crenças religiosas pessoais e da filiação religiosa para compreender as atitudes em relação à homossexualidade, a cultura religiosa de uma nação também pode moldar as atitudes. A investigação sobre contextos religiosos sugeriu, de facto, que mesmo as pessoas que não são pessoalmente religiosas podem ser influenciadas pela cultura religiosa em que vivem.<sup>43</sup>

As tensões entre a religião e os direitos LGBTQI+ manifestam-se em termos de reivindicações concorrentes ao abrigo da CEDH, nomeadamente os artigos 8.º (vida privada e familiar), 9.º (liberdade de pensamento, consciência e religião), 10.º (liberdade de expressão) e 14.º (proíbe a discriminação na interferência de outros direitos da CEDH).

De facto, embora nem todos os ramos da religião nem todos os indivíduos religiosos sejam intolerantes para com as pessoas LGBTQ, alguns deles são eles próprios religiosos<sup>44</sup>, pode haver uma questão de saber se alguns pontos de vista religiosos são compatíveis com uma prestação de cuidados adequada. De acordo com a investigação, a defesa de valores contrários às suas crenças religiosas é suscetível de criar uma "incongruência de identidade" stressante para alguns prestadores de cuidados e uma experiência não autêntica para os beneficiários dos serviços.<sup>45</sup>

O preconceito é um fator importante, embora não seja o único, que determina se os indivíduos se envolvem ou não em discriminação ou assédio ou violência com base na identidade em relação a uma pessoa ou grupo de pessoas. No entanto, independentemente da sua forma e intenção, o preconceito tem sempre o potencial de causar danos porque reduz o valor, o estatuto ou a importância atribuída às pessoas do "outro grupo", razão pela qual deve ser reconhecido e abordado.<sup>46</sup>

Com base na investigação disponível, não é claro se, e em que medida, ter preconceitos contra a comunidade LGBTQI+ afecta a qualidade dos serviços prestados aos clientes pelo pessoal de enfermagem. De facto, de acordo com um estudo recente, uma pessoa cuja atitude não seja tão afirmativa em relação à comunidade LGBTQI+ continua a ser capaz de prestar serviços de acordo

---

<sup>43</sup> Adamczyk, A., & Pitt, C. (2009). Shaping attitudes about homosexuality: The role of religion and cultural context. *Social Science Research*, 38(2), 338-351.

<sup>44</sup> Westwood, S. (2022). Can religious social workers practice affirmatively with LGBTQ service recipients? An exploration within the regulatory context. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 1-21.

<sup>45</sup> Westwood, S. (2022), op. cit.

<sup>46</sup> Swift, H. J., Mahmood, L., & Abrams, D. (2016). Prejudice and unlawful behaviour: Exploring levers for change.

com as melhores práticas, mas quanto menos afirmativa for a sua atitude, menor será a probabilidade de prestar as melhores práticas. Noutro estudo realizado com enfermeiros psiquiátricos no Sul de Taiwan, foi determinada uma correlação positiva entre as suas atitudes homofóbicas e a disponibilidade para prestar cuidados a pacientes lésbicas e gays. Por exemplo, esta investigação concluiu que os enfermeiros psiquiátricos com atitudes negativas em relação aos homossexuais eram mais susceptíveis de ter menos intenção de lhes prestar cuidados<sup>47</sup>.

Assim, para ultrapassar esse preconceito e evitar os efeitos limitadores dessa perspetiva, os prestadores de cuidados precisam de formação adicional que se foque na vigilância contra os efeitos distorcedores do julgamento do preconceito, do estereótipo e do prejulgamento e devem aproveitar amplas oportunidades para fazer uma autorreflexão. Sem o reconhecimento dos seus próprios pensamentos, sentimentos, experiências e motivações, os prestadores de cuidados podem impor as suas próprias intenções aos seus clientes. A consciencialização destas perspetivas permite-lhes obter conhecimentos para futuras implicações práticas, mas separando adequadamente os preconceitos.<sup>48</sup> Os profissionais precisam de estar conscientes dos seus próprios valores relativamente à orientação sexual e integrá-los com os seus valores pessoais e profissionais, de modo a melhorar as suas competências práticas.

Isto pode ser encontrado, por exemplo, também na Declaração Global de Princípios Éticos do Serviço Social, onde se salienta que "Os assistentes sociais reconhecem que a necessidade de tal diferenciação, referida em 1.2, exige uma prática criticamente reflexiva. Enquanto assistentes sociais, nós (tal como as pessoas com quem nos relacionamos) trazemos para a relação de trabalho as nossas histórias, dores e alegrias, valores e as nossas orientações religiosas, espirituais e culturais. A reflexão crítica sobre a forma como o pessoal influencia o profissional e vice-versa deve ser a base da prática ética quotidiana."<sup>49</sup>

Embora os profissionais possam não concordar com os estilos de vida, crenças religiosas ou educação cultural dos doentes, todos os clientes merecem receber os cuidados mais competentes e solidários que possam ser prestados. Neste sentido, pode ser útil uma maior formação sobre o tema dos cuidados sem juízos de valor relativamente a doentes lésbicas, gays e bissexuais.

Além disso, a experiência de lidar com indivíduos LGBTQI+ é um fator importante para mudar as atitudes homofóbicas a favor destas pessoas. Estudos relevantes mostram que ter relações sociais com indivíduos LGBTQI+ e ter conhecidos LGBTQI+ estão relacionados com atitudes e crenças positivas em relação a estes indivíduos e podem contribuir para mudanças nas atitudes negativas. Por conseguinte, tal como foi teorizado por Allport, o contacto social é também uma estratégia que pode ser posta em prática para diminuir as atitudes homofóbicas do pessoal que presta cuidados.

---

<sup>47</sup> Hou, S. Y., Pan, S. M., Ko, N. Y., Liu, H. C., Wu, S. J., Yang, W. C., ... & Yen, C. F. (2006). Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 22(8), 390-397.

<sup>48</sup> Mecklenburg, C. A. (2020). *Attitudes and Practices of Social Workers Toward the LGBTQ Community* (Doctoral dissertation, Olivet Nazarene University, Bourbonnais, Illinois).

<sup>49</sup> The International Association of Schools of Social Work (IASSW), *Global Social Work Statement Of Ethical Principles*, principle 1.3

Atividade prática 2.1

<b>Nome da atividade</b>	<b>Preconceito, estereótipo e discriminação relativamente a pessoas LGBTQI+ mais velhas (Duração: 1h e 30 min)</b>
<b>Número de participantes</b>	Mínimo 3
<b>Objetivos</b>	O objetivo desta atividade é orientar os participantes na reflexão sobre as diferenças e as correlações entre preconceito, estereótipo e discriminação em relação às pessoas mais velhas LGBTQI+ em contextos de prestação de cuidados e sobre a forma como pode ser prestada uma boa qualidade de cuidados a todos os residentes.
<b>Descrição passo a passo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dividir os participantes em grupos de 3 a 6 pessoas</li> <li>2. Entregue a cada grupo um cartaz que represente esta imagem<sup>50</sup> <div data-bbox="746 824 1209 1310" data-label="Diagram"> <p>O diagrama mostra um contorno humano em azul. Três setas amarelas apontam para partes do corpo: uma para a cabeça rotulada 'S' (Stereotypes), uma para o peito rotulada 'P' (Prejudice) e uma para a mão esquerda rotulada 'D' (Discrimination). Cada seta tem um rótulo em inglês e português: 'STEREOTYPES How we think', 'PREJUDICE How we feel' e 'DISCRIMINATION How we act'. À direita do corpo, há uma seta vertical azul com '+' no topo e '-' no fundo.</p> </div> </li> <li>3. Convide cada grupo a discutir (permita +/- 20 minutos) e depois a escrever ao lado de cada título exemplos de estereótipos, preconceitos e discriminações relacionados com os cuidados a idosos LGBTQI+. Esclareça que não têm de escrever os seus pensamentos pessoais, mas podem referir-se a discussões que tenham ouvido ou a situações que tenham vivido.</li> <li>4. Voltem ao debate em grupo e partilhem os exemplos encontrados por cada grupo. De seguida, abram um debate: como é que os estereótipos, os preconceitos e as discriminações estão interligados? Porque é que é importante estarmos conscientes dos nossos próprios preconceitos e de como eles podem influenciar a nossa prática? (+/- 30 min.)</li> <li>5. Agora, dê a cada participante uma folha com a mesma imagem e peça-lhes para escreverem os seus próprios estereótipos e preconceitos em relação a um grupo de clientes (não</li> </ol>

<sup>50</sup> Source of the image: World Health Organization, Global report on ageism, 2021

	<p>necessariamente LGBTQI+, uma vez que podem não têm experiência direta) e, em caso afirmativo, qualquer situação em que reconheçam que não prestaram a mesma qualidade de cuidados aos membros destes grupos. <b>Esclareça que se trata de um momento de autorreflexão e que não lhes será pedido que partilhem.</b> Dê +/- 10 min.</p> <p>6. Abrir um debate (+/- 20 min): Como é que podemos garantir que a nossa prática mantém padrões elevados para todos os clientes, apesar dos nossos valores e ideias pessoais? É possível? Sim, não, porquê?</p>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	<p>Este exercício visa criar oportunidades de autorreflexão em relação ao facto de que todos nós podemos ter preconceitos ou sermos obrigados a trabalhar em situações que desafiam os nossos valores pessoais, mas que, como profissionais, temos de encontrar formas de evitar que isso tenha um impacto negativo na nossa prática. É importante orientar a discussão de uma forma que não seja julgadora, mas que tente suscitar estratégias e abordagens para apoiar os profissionais a desafiarem o seu próprio trabalho de uma forma construtiva.</p>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartazes com cópias da imagem acima (um por grupo)</li> <li>- Folhas A4 com cópias da imagem acima (uma por participante)</li> <li>- Marcadores</li> </ul>

#### Atividade prática 2.2

<b>Nome da atividade</b>	Conflito de valores/caminho para a conciliação (Duração: 1 hora e 30 minutos)
<b>Número de participantes</b>	Todo o público
<b>Objetivos</b>	Encontrar e compreender as razões subjacentes à posição de resistência com base em valores e necessidades pessoais. Encontrar uma solução para as conciliar.
<b>Descrição passo a passo</b>	<p>A audiência será dividida em dois grupos. Cada grupo receberá a descrição de um caso (excerto de uma jurisprudência real) em que um valor religioso pessoal entra em conflito com a condição LGBTQI+ numa situação em que o detentor do valor religioso tem de prestar serviços a um cliente LGBTQI+.</p> <p>Um grupo apoiará e defenderá o titular do cargo de assistente social de valores religiosos, um grupo apoiará e defenderá a pessoa LGBTQI+ como potencial cliente de trabalho social.</p>

	<p>Depois de cada exposição, cada pessoa de um grupo diferente pode passar para o outro grupo se, devido à discussão ouvida, tiver mudado de ideias</p> <p>Após a mudança, cada grupo discutirá uma forma de conciliar a posição conflituosa</p>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	O objetivo é dar espaço a cada posição e, ao mesmo tempo, discutir a forma como o prestador pode garantir que o seu valor não se tornou um preconceito e uma discriminação na prestação do serviço e que o cliente não obriga o prestador a mudar os seus pensamentos e valores
<b>Recursos</b>	Uma cópia da descrição do caso para cada participante

### CENÁRIO A SER DISTRIBUÍDO

Tom é assistente social e um cristão dedicado, para quem a Bíblia é a palavra de Deus com autoridade. Tom publicou uma série de comentários na sua conta do Facebook sobre uma notícia de destaque num sítio Web de notícias. A notícia dizia respeito à detenção de uma funcionária de uma conservatória do registo civil por desrespeito da ordem de um tribunal, na sequência da sua recusa em emitir licenças de casamento a casais do mesmo sexo devido às suas convicções religiosas cristãs sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Tom contribuiu com cerca de vinte mensagens para o sítio Web de notícias do Facebook em resposta a comentários de outros. Os comentários de Tom incluíam declarações e observações que exprimiam pontos de vista sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo e a homossexualidade:

"... O casamento entre pessoas do mesmo sexo é um pecado, quer o aceitemos ou não"

"...A homossexualidade é um pecado, independentemente da forma como o queiramos vestir"

"... [A homossexualidade] é um ato perverso e Deus odeia esse ato"

"...Deus odeia o pecado e não o homem"

"...Um dia Deus acabará com todas as doenças e todo o sofrimento. Ele também se livrará do diabo, que é o autor de toda a maldade. Esse dia chegará certamente. Mas lembrem-se que Ele também julgará todos aqueles que se entregaram a todas as formas de actos perversos, como a homossexualidade".

Incluiu também uma série de citações bíblicas:

"...Se um homem se deitar com um macho como com uma mulher, ambos cometeram uma abominação. Levítico 18:22"

"...Tal como Sodoma e Gomorra e as cidades circundantes, que também se entregaram à imoralidade sexual e perseguiram o desejo sexual, servem de exemplo, sofrendo um castigo de fogo eterno. Judas 1".

"...Por esta razão, Deus entregou-os a paixões desonrosas. Porque as suas mulheres trocaram as relações naturais pelas que são contrárias à natureza; e os homens, do mesmo modo, abandonaram as relações naturais com as mulheres e consumiram-se de paixão uns pelos outros; homens que praticavam actos impudicos com homens e recebiam em si mesmos a devida pena pelo seu erro: Romanos 1:26-28".

Estas publicações foram levadas anonimamente ao conhecimento do Health and Care Professions Council (HCPC). O Conselho considerou que Tom estava a violar dois requisitos profissionais estabelecidos no código de conduta do HCPC:

- (a) manter elevados padrões de conduta profissional e
- (b) certificar-se de que o seu comportamento não prejudica a confiança do público na profissão.

Como consequência, Tom foi banido da Ordem dos Profissionais de Saúde e Cuidados.

**O grupo A** deve adotar a posição de Tom, defendendo a ideia de que, apesar das suas convicções pessoais, ele pode continuar a exercer a profissão de assistente social sem que isso tenha impacto nos seus clientes.

**O grupo B** deve adotar a posição do Conselho das Profissões de Saúde e Cuidados, defendendo a ideia de que Tom não pode exercer a profissão de assistente social e deve ser banido.

De seguida, os dois grupos devem discutir se é possível encontrar uma mediação aceitável entre as duas posições e como.

# MODULO 3

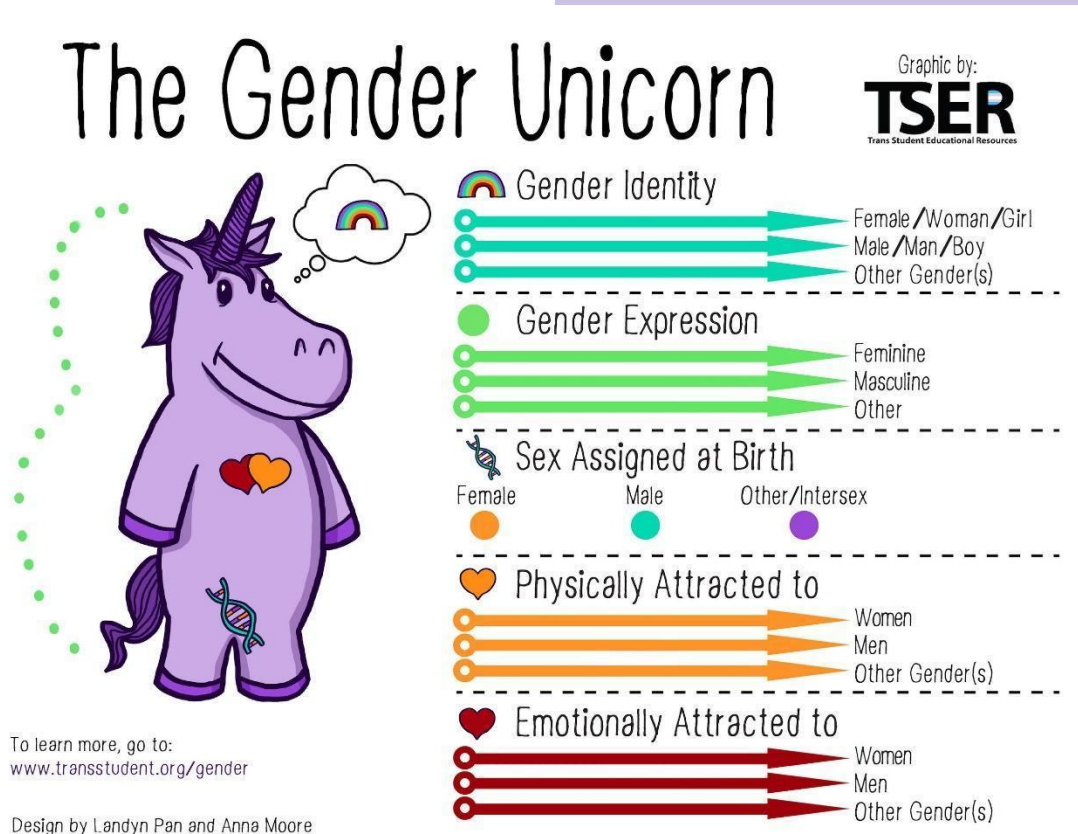
GUIA PARA UMA  
LINGUAGEM INCLUSIVA E  
DESENVOLVIMENTO DO  
"GLOSSÁRIO"

## MODULO III

### Guia para uma linguagem inclusiva e desenvolvimento do "Glossário"

O módulo específico faz parte da formação para profissionais de saúde sobre questões relacionadas com o género, a sexualidade e a comunidade LGBTQI+. É o terceiro módulo de todo o currículo de formação e o seu tema é a linguagem, os pronomes e os termos inclusivos. A utilização de linguagem inclusiva é uma parte fundamental da criação de um ambiente acolhedor e de confiança onde todos se sintam incluídos. Por isso, este módulo contém definições, explicações e sugestões. Como mencionado acima, o grupo-alvo são os profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas e, indiretamente, as pessoas idosas LGBTQI+ que recebem serviços de cuidados.

Identidade de género, sexo e orientação sexual: Qual é a diferença?



<https://transstudent.org/gender/>

### GÉNERO

Geralmente, consideramos que existem apenas dois pólos de género (masculino e feminino) porque a nossa sociedade pensa no género de uma forma binária. No entanto, muitas



possibilidades de género situam-se entre os dois pólos "feminino-masculino", ou fora do espectro "masculino-feminino".

### EXPRESSÃO DO GÉNERO

Estas são as diferentes formas como as pessoas expressam a sua identidade de género (aparência) e a representam socialmente. Pode ser bastante feminina, mais masculina, mais andrógina... Estamos a falar de formas de vestir, de andar e de se movimentar, de usar ou não maquilhagem, de falar, de usar este ou aquele atributo físico (como o penteado, os pêlos no corpo, etc.).

### IDENTIDADE DE GÉNERO

A identidade de género refere-se à forma como alguém se define a si próprio, é o género com o qual uma pessoa se identifica. Quando a identidade de género corresponde ao género atribuído à nascença, chamamos-lhes pessoas cisgénero. Mas pode ser diferente, como é o caso das pessoas transgénero.

### SEXO

Um conjunto de características biológicas (genéticas, epigenéticas, endócrinas, esqueléticas, ...) utilizado para dividir os seres humanos em duas categorias estritas: "masculino" e "feminino".

### DESIGNAÇÃO SEXUAL

A designação sexual é a decisão tomada pelo médico no momento do nascimento da criança, após observação dos órgãos genitais do bebé, de assinalar a casa M (masculino) ou F (feminino) na certidão de nascimento.

### ORIENTAÇÃO SEXUAL

É a atração sexual ou a ausência de atração sexual por outra pessoa (homem, mulher ou pessoa de outro sexo). Pode ser-se heterossexual, homossexual, bissexual, assexual, etc.

## Linguagem Inclusiva

### O que é a linguagem inclusiva?

A linguagem é uma das principais categorias que contribuem para as mudanças que promovem a diversidade e a inclusão. Utilizar palavras positivas que reconheçam a diversidade das pessoas e demonstrem dignidade e respeito pela forma como descrevem os seus próprios corpos, géneros e relações. Uma linguagem inclusiva é uma forma de comunicação livre de depreciação, preconceito, discriminação e estereótipos. É uma forma de falar e escrever que reconhece e

valoriza a diversidade e promove a igualdade. Implica evitar uma linguagem insensível, depreciativa ou ofensiva para certos grupos de pessoas, como os que se baseiam na sua raça, género, sexualidade, capacidade ou qualquer outro aspeto da sua identidade. Embora muitas pessoas não utilizem linguagem ofensiva, há muitos casos em que uma linguagem quotidiana aparentemente inocente pode fazer com que as pessoas se sintam desconfortáveis e/ou excluídas. A linguagem inclusiva ajuda a criar um ambiente acolhedor e respeitoso para todas as pessoas, independentemente da sua origem. Ajuda também a quebrar barreiras e promove a compreensão e a aceitação das diferenças. Ao utilizar uma linguagem inclusiva, podemos promover uma sociedade mais inclusiva e equitativa.

### Pronomes

A utilização de pronomes é uma forma de as pessoas se referirem umas às outras e a si próprias. Uma pessoa pode ser homem, mulher, nenhum dos dois ou ambos, utilizando um conjunto de pronomes que podem ou não corresponder às expectativas sociais associadas a essa identidade de género. Devemos utilizar os pronomes correctos para validar e respeitar a identidade de género de cada pessoa. Se não tivermos a certeza de quais são os pronomes de alguém, podemos perguntar-lhe respeitosamente: "Que pronomes usas?". Caso contrário, podemos utilizar o pronome "eles/elas".

### Como usar uma linguagem inclusiva

Aqui estão algumas dicas:

- Devemos compreender e respeitar a diferença entre orientação sexual e identidade de género.
- Não devemos assumir o género de uma pessoa. Não devemos utilizar incorretamente ou assumir os pronomes de uma pessoa.
- Não devemos mencionar o género, a sexualidade, etc. de uma pessoa, a menos que seja relevante.
- Devemos ser neutros em termos de género sempre que não estivermos a falar de um indivíduo específico. Utilizar eles/elas em vez de ela/ele ou ele/ela.

- Devemos incluir as identidades não binárias, utilizando frases como independentemente do género, todos os géneros ou género diferente, em vez de homens e mulheres, ambos os géneros ou género oposto.
- Quando falamos de um indivíduo, devemos utilizar a linguagem que ele utiliza para se referir a si próprio. Devemos aceitar e respeitar a forma como as pessoas definem o seu género e a sua sexualidade. Quando não tivermos a certeza, devemos perguntar.
- Não devemos assumir que toda a gente é heterossexual. Por exemplo, devemos evitar utilizar "esposa" ou "marido" porque estas palavras pressupõem que todas as relações são heterossexuais. Em vez disso, podemos utilizar parceiro/cônjuge.
- Devemos evitar perguntar às pessoas o que é que elas "preferem". Ser LGBTQI+ não é uma preferência ou uma escolha.
- Devemos evitar criar invisibilidade. As pessoas LGBTQI+ são frequentemente tornadas invisíveis nas conversas, no discurso público e na representação cultural e mediática.
- Devemos evitar estereotipar as pessoas LGBTQ+. Colocar limitações ou expectativas nos indivíduos pelo facto de pertencerem a um determinado grupo é prejudicial, ofensivo e discriminatório. Desafiar piadas queerfóbicas e comentários depreciativos, falando e nomeando-os como tal, contribui para a criação de um ambiente inclusivo da diversidade sexual e de género.
- Devemos evitar expressões que menosprezem ou trivializem as diversas experiências e desejos sexuais das pessoas LGBTQ+.
- Devemos evitar as microagressões. As microagressões referem-se a comportamentos ou interacções quotidianas, intencionais ou não, que podem parecer insultuosas ou hostis e que algumas pessoas consideram inofensivas.
- Devemos utilizar uma linguagem centrada na pessoa e evitar despersonalizar as pessoas referindo-nos a elas de forma categórica. Em vez de lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros, devemos utilizar lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e pessoas LGBTQ+.
- Devemos evitar termos que pressuponham que uma pessoa de um determinado género ocupa um posto de trabalho. Em vez de empregadas de limpeza ou polícias, devemos utilizar pessoal de limpeza ou agentes da polícia.

- Devemos evitar utilizar termos ou expressões paternalistas que possam causar ofensa ou perpetuar estereótipos. Evitar frases como "isso é tão gay" e "e eles estão a experimentar".

E se eu me enganar?

As pessoas podem ter receio de ofender ou ficar constrangidas se utilizarem a palavra, o nome ou o pronome errado, especialmente as pessoas trans e as pessoas com diversidade de género. O importante é tentar utilizar uma linguagem respeitosa e, se cometer um erro, pedir imediatamente desculpa e continuar a conversa. Não há problema em cometer um erro. A prática leva à perfeição, por isso continue a tentar - é perfeitamente normal cometer erros e mesmo os membros das comunidades LGBTQ+ nem sempre utilizam os termos correctos. Se cometer um erro, peça desculpa e continue a conversa ou altere o seu trabalho, se for caso disso. Mas os erros repetidos demonstram falta de respeito e podem ser muito incómodos. Se continuarem ou forem deliberados, podem constituir assédio moral ou discriminação, o que é ilegal.

## Glossário

### Significado de LGBTQI+

O acrónimo LGBTQI+ é uma abreviatura que engloba diversas sexualidades, géneros e características sexuais.

#### LGBTQI+

Acrónimo de Lésbica, Gay, Bissexual, Transgénero, Queer, Intersexo. O "+" refere-se a todas as identidades, orientações e expressões não representadas no acrónimo. Em suma, a todas as outras realidades.

Ser LGBTQI+ nunca é uma escolha, é uma condição natural e impossível de mudar, tal como ser heterossexual ou cisgénero. As pessoas LGBTQI+ estão distribuídas de forma homogénea pelo mundo e ao longo do tempo, mas nem todos os cidadãos têm a mesma oportunidade de o experimentar ou expressar. Considera-se que entre 5% e 15% dos seres humanos podem ser definidos ou auto-definidos como LGBTQI+. Pessoas LGBTQI+ come together under this acronym because they are victims of somewhat similar systems of oppression and invisibility, but all these letters also represent different realities of life.

*As três primeiras letras do acrónimo, LGB, são orientações sexuais:*

#### LÉSBICA

Adjetivo utilizado para designar uma mulher homossexual, ou seja, uma mulher que se sente romântica e/ou sexualmente atraída por mulheres.

#### GAY

Adjetivo utilizado para designar um homem homossexual, ou seja, um homem que se sente romântica e/ou sexualmente atraído por homens.

Atenção! "Homossexual" conota frequentemente um diagnóstico médico ou um desconforto com pessoas homossexuais/lésbicas. "Queremos fazer um melhor trabalho de inclusão dos nossos empregados homossexuais."

#### BISEXUAL

Atração física, sexual, emocional ou romântica por dois ou mais géneros.

#### TRANSGÉNERO, TRANS

Diz-se de uma pessoa cuja identidade de género difere da que lhe foi atribuída à nascença de acordo com o sexo (biológico). A abreviatura é "trans".

Os cidadãos transgéneros podem decidir fazer diferentes formas de transições, físicas ou não, para atingir o seu ponto de conforto, ou seja, a expressão, o modo de vida que mais corresponde à sua identidade de género.

Diz-se que as pessoas cuja identidade de género está de acordo com o género que lhes foi atribuído à nascença, de acordo com o seu sexo biológico, são "cisgénero".

/!\Abolir: "transexual". O termo "transexual" é um termo desatualizado que data do século XIX, ideológico, patologizante e discriminatório. Por favor, utilize antes o termo transgénero. Deve ser utilizado como adjetivo, tal como "gay", "lésbica", etc.: por exemplo, "um homem trans" em vez de "um trans".

### QUEER

É uma pessoa cujo sexo, género, orientação sexual, identidade de género e/ou expressão de género difere das expectativas da sociedade, ou é considerada "não conforme, não tradicional, fora da categoria". Este termo, portanto, define todas as letras do acrónimo LGBTQI+.

### INTERSEXO

As pessoas intersexo nascem com características sexuais (como cromossomas, órgãos genitais ou estruturas hormonais) que não correspondem inteiramente à categoria masculina ou feminina, mas que pertencem a ambas ao mesmo tempo. Em muitos países, as crianças intersexo cujo sistema reprodutor é considerado "não conforme" ao masculino ou ao feminino são ainda mutiladas à nascença para as "normalizar" de acordo com critérios heteronormativos e cisnormativos.

Estima-se que o número de nascimentos com características intersexuais se situe entre 1 e 2% em todo o mundo.

/Abolir: "Hermafrodita": Hermafrodita é uma palavra estigmatizante, imprecisa e com um historial médico negativo.

Termos úteis adicionais:

### CISGÉNERO / CIS

Uma pessoa cuja identidade de género corresponde ao género que lhe foi atribuído à nascença

### COMING OUT, OUTING

Coming out: assumir-se significa revelar informações muito pessoais e íntimas a alguém, como a sua orientação sexual ou identidade de género.

Outing: é revelar a orientação sexual, a identidade de género ou as características sexuais de uma pessoa LGBTQI+ sem o seu consentimento explícito. A saída do armário pode expor estas pessoas a situações muito embaraçosas ou mesmo muito perigosas. Da mesma forma, é totalmente inadequado obrigar alguém a assumir-se. Ou seja, encorajar ou mesmo forçar alguém a revelar a sua pertença à comunidade LGBTQI+ quando não o deseja ou não se sente preparado para o fazer.

## DISCRIMINAÇÃO

Discriminação significa interferência em termos de direitos e oportunidades. Trata-se de um tratamento injusto de uma pessoa devido ao seu género, sexualidade, idade, peso, etnia, religião, deficiência, etc. A discriminação pode assumir muitas formas diferentes, desde actos de ódio pessoal até à negação institucional de privilégios normalmente concedidos a outros grupos de indivíduos.

## AMIGO DOS LGBTQI+

Podemos usar a expressão "friendly" no sentido de "bem-vindo" quando falamos de um lugar, ou de um espaço, mas também pode ser usada quando falamos de uma pessoa.

Exemplo: "este café é gay-friendly, ou seja, os gays são bem-vindos", "este médico é trans\* friendly" significa que recebe corretamente as pessoas trans\*.

## VIH

Vírus da imunodeficiência humana. Atualmente, a infeção pelo VIH não pode ser curada, mas os medicamentos anti-retrovirais (ARV) podem manter a infeção sob controlo e evitar o aparecimento da sua doença de desenvolvimento, a SIDA. As pessoas com VIH que seguem uma terapia antirretroviral eficaz e cuja carga viral é, portanto, indetetável, não transmitem o vírus durante as relações sexuais, mesmo sem proteção.

Uma pessoa infetada com o vírus VIH é chamada seropositiva.

## HOMOFOBIA

A homofobia agrupa todas as atitudes negativas que podem levar à discriminação ou à perseguição (assédio, rejeição, violência, etc.) de uma pessoa ou de um grupo de pessoas com base na homo-bissexualidade, real ou percebida. A homofobia pode ser dividida em lesbofobia (rejeição das lésbicas), gayfobia (rejeição dos gays) ou bifobia (rejeição dos bissexuais).

## TERAPIA HORMONAL (TH)

Utilização ou bloqueio de hormonas como a testosterona, o estrogénio ou a progesterona num processo de transição de género. A TH provoca uma série de transformações no corpo, algumas reversíveis e outras irreversíveis, para desenvolver características sexuais secundárias masculinas ou femininas.

## INVISIBILIDADE

Discriminação direta ou indireta através da qual as necessidades, os desejos, os direitos, as opções de vida ou a produção cultural e intelectual de uma minoria são ignorados, ridicularizados ou tornados inacessíveis. A invisibilidade afecta, entre outras coisas, as minorias sexuais e de género.

## LGBTQI-FÓBICO

Relativo à discriminação contra pessoas LGBTQI+.

## MISGENDERING

Errar o género é utilizar, intencionalmente ou não, um pronome ou um género que não corresponde à identidade de género de uma pessoa.

## NÃO-BINÁRIO

Ser não-binário é não se identificar com o esquema binário de género "masculino-feminino". É um termo abrangente que inclui, entre outros, pessoas que se identificam tanto com homens como com mulheres, ou com nenhum dos dois. Estas pessoas preferem frequentemente utilizar pronomes neutros para se dirigirem a elas.

## NORMATIVIDADE: HETERONORMATIVIDADE, CISNORMATIVIDADE

A heteronormatividade é a presunção de que a heterossexualidade é a norma válida e que as relações heterossexuais são o padrão para determinar o que é normal (válido) ou não.

A cisnormatividade é a presunção de que ser cisgénero é a norma válida e que o quadro da binaridade de género deve servir de referência para determinar o que é normal (válido) ou não.

## OUTING/DIVULGAÇÃO

O outing consiste em revelar a orientação sexual de uma pessoa LGBTQI+, a sua identidade de género ou as suas características sexuais. Nunca devemos revelar alguém sem o seu consentimento expresso, pois isso pode expô-lo a situações muito embaraçosas ou mesmo muito perigosas. Da mesma forma, é totalmente inapropriado obrigar alguém a assumir-se, ou seja, encorajar ou mesmo forçar uma pessoa a revelar a sua pertença à "comunidade LGBTQI+" quando esta não o deseja ou não está preparada para o fazer.

## PATOLOGIZAR

Considerar ou tratar alguém ou algo como patológico, ou seja, tratá-lo como não saudável ou anormal.

## TRANSIÇÃO

Período durante o qual as transformações psicossociais e corporais são mais marcadas, numa pessoa que empreendeu a mudança do seu papel social (por exemplo, para viver "como uma



mulher") e/ou modificou a sua aparência física (por exemplo, através de depilação, administração de hormonas ou cirurgia genital).

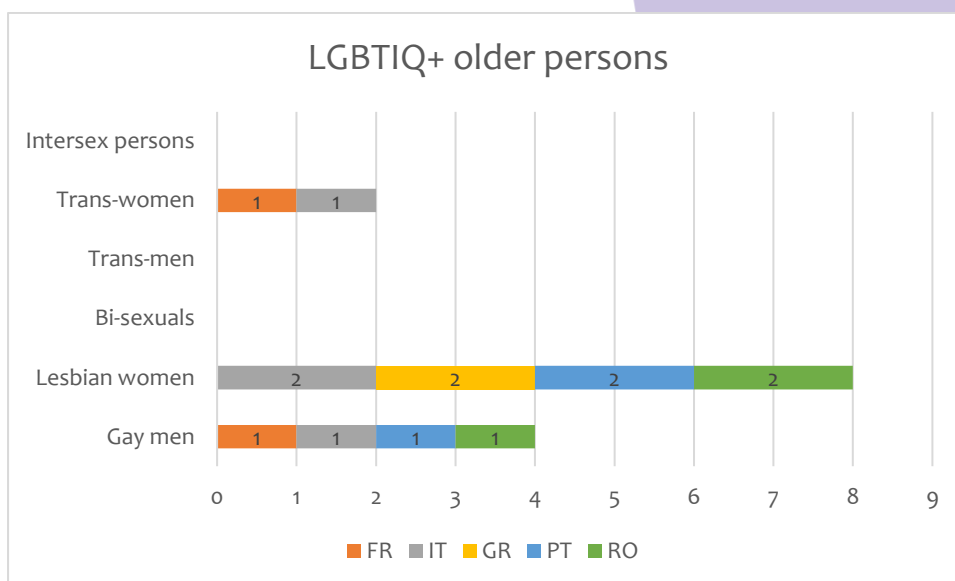
A transição ocorre a três níveis: social, médico e legal. Pode optar por tratar apenas de um nível, de dois, dos três ou de nenhum. Cada um vive a sua transição como deseja. A transição não é uma obrigação.

### TRANSFOBIA

Medo/rejeição irracional que um indivíduo pode sentir em relação a uma pessoa trans. A transfobia pode manifestar-se através de discriminação e intolerância (discriminação na contratação, habitação...), violência física (agressões, violações, assassinatos, ...), verbal (insultos), psicológica, e a recusa de considerar uma pessoa no género que corresponde à sua zona de conforto.

É importante notar que a experiência de cada um sobre o seu género e sexualidade é única e válida. É importante ouvir e respeitar a auto-identificação de cada indivíduo e utilizar uma linguagem que seja apropriada e respeitosa para com ele.

### Gráficos de diversidade



Actividades práticas: reflexão sobre as práticas de cuidados / estudos de casos

Atividade prática 3.1

<p><b>Nome da atividade</b></p>	<p><b>Cenário de Linguagem Inclusiva Role-Play</b></p>
<p><b>Número de participantes</b></p>	<p><b>Grupo sou pares</b></p>
<p><b>Objetivos</b></p>	<p>Praticar a utilização de linguagem inclusiva em situações da vida real e sensibilizar para o impacto da linguagem nos indivíduos e nas comunidades.</p>
<p><b>Descrição passo a passo</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divida os participantes em pequenos grupos ou pares.</li> <li>2. Dê a cada grupo um cenário relacionado com a utilização de linguagem inclusiva. Eis alguns exemplos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Um amigo apresenta-lhe o seu parceiro que usa os pronomes eles/elas. Não sabem bem como se dirigir a eles e querem ter a certeza de que estão a utilizar o pronome correto.</li> <li>b) Está num casamento e o casal que se vai casar é composto por mulheres. Não sabe bem como se referir a eles durante a conversa e quer certificar-se de que está a utilizar uma linguagem respeitosa e inclusiva.</li> <li>c) Um amigo diz-lhe que tem um género não binário. Não está familiarizado com o termo e quer ter a certeza de que está a utilizar a linguagem correcta quando se refere a ele.</li> <li>d) Está num local público e ouve alguém utilizar linguagem ofensiva para se referir a alguém que é LGBTQIA+. Quer intervir, mas não sabe como o fazer de forma segura e eficaz.</li> </ol> </li> <li>3. Peça a cada grupo para representar o cenário, com uma pessoa a assumir o papel de orador e os outros a assumirem o papel de ouvinte(s).</li> <li>4. Após a encenação do cenário, peça aos ouvintes para darem feedback ao orador sobre a sua utilização da linguagem. Isto pode incluir</li> </ol>

	<p>comentários positivos sobre a utilização de linguagem inclusiva, bem como sugestões para a utilização de linguagem mais inclusiva no futuro.</p> <p>5. Depois de cada grupo ter completado o seu cenário, peça a cada grupo que partilhe a sua experiência com o grupo maior e debata a importância de utilizar uma linguagem inclusiva em situações da vida real.</p>
Comentários/dicas para os dinamizadores	<p>Incentive os participantes a pensar em formas de utilizar uma linguagem inclusiva na sua vida quotidiana e a continuar a informar-se sobre as diferentes comunidades e identidades. Peça-lhes para reflectirem sobre as seguintes questões: <i>O que é que constituiu um desafio para a utilização de uma linguagem inclusiva no cenário?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que estratégias utilizou para garantir que estava a utilizar uma linguagem inclusiva?</li> <li>○ Como é que acha que a utilização de linguagem inclusiva pode ter impacto nos indivíduos e nas comunidades?</li> </ul>
Rcursos	<a href="https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms">https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms</a>

## Atividade prática 3.2

Nome da atividade	"Glossário Misto"
Número de participantes	Ajudar os participantes a compreender as definições básicas dos termos do glossário LGBTQIA+ e incentivá-los a refletir sobre a importância de utilizar uma linguagem inclusiva.
Materiais	Um conjunto de cartões com termos do glossário LGBTQIA+, tesoura, canetas e papel.
Objetivos	Ajudar os participantes a compreender as definições básicas dos termos do glossário LGBTQIA+ e incentivá-los

	a refletir sobre a importância de utilizar uma linguagem inclusiva.
Descrição passo a passo	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Recorte os termos do glossário LGBTQIA+ em cartões separados, certificando-se de que cada cartão tem apenas um termo.</li><li>2. Distribuir aleatoriamente os cartões pelos participantes.</li><li>3. Peça aos participantes que dediquem alguns minutos a olhar para o termo nos seus cartões e a escrever a sua definição. Sublinhe que não devem procurar a definição na Internet ou pedir ajuda a outros.</li><li>4. Após um determinado período de tempo (por exemplo, 5 minutos), convide os participantes a levantarem-se e a encontrarem um parceiro.</li><li>5. Peça aos participantes para se colocarem lado a lado com os seus parceiros e partilharem as suas definições do termo nos seus cartões.</li><li>6. Depois de ambos os participantes terem partilhado as suas definições, peça-lhes que comparem as suas respostas e discutam quaisquer semelhanças ou diferenças.</li><li>7. Repita o processo com um novo parceiro, até que todos os participantes tenham tido a oportunidade de comparar as suas definições com as de vários outros participantes.</li><li>8. Conclua a atividade convidando os participantes a partilharem quaisquer ideias ou observações sobre a importância de utilizar uma linguagem inclusiva e sobre a forma como a compreensão</li></ol>

	<b>das definições dos termos do glossário LGBTQIA+ pode ajudar.</b>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	<b>Antes de iniciar a atividade, certifique-se de que estabelece o ambiente para um ambiente respeitoso e inclusivo, onde todos os participantes se sintam à vontade para partilhar os seus pensamentos e experiências. Alguns participantes podem ter muita experiência e conhecimentos relacionados com os termos do glossário LGBTQIA+, enquanto outros podem ter uma exposição limitada. Esteja preparado para apoiar e orientar os participantes com diferentes níveis de conhecimento e compreensão.</b>
<b>Recursos</b>	<a href="https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms">https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms</a>

## Referências

Equality, Diversity & Inclusion Inclusive Language Guide, City of Glasgow College

(2018) LGBTIQ Inclusive Language Guide, Victorian Government(2019)

Gender-inclusive language guidelines (English): Promoting gender equality through the use of language, UN Women

Inclusive language guidelines, Chartered Insurance Institute (2018)

Inclusive Language Guidelines, Faculty for Social Wellbeing, University of Malta

(2018) NHS guidelines, <https://service-manual.nhs.uk/content/inclusive-language>

<https://www.theequalityproject.org.au/blog/lgbtiqa-inclusive-language-guide>

<https://www.babraham.ac.uk/sites/default/files/media-directories/inclusive%20language%20guidelines.pdf>

<https://www.glaad.org/>

# MODULO 4

## CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

## MODULO IV

### Cuidados centrados na pessoa

#### Introdução e objectivos de aprendizagem do modulo

Nos cuidados centrados na pessoa, os profissionais de saúde e de assistência social trabalham em colaboração com as pessoas que utilizam os serviços, procurando assegurar que estas desenvolvem os conhecimentos, as competências e a confiança de que necessitam para gerir a sua própria saúde de forma mais eficaz e tomar decisões informadas sobre a sua própria saúde e que os cuidados são adaptados às necessidades do indivíduo, procurando assegurar que as pessoas são sempre tratadas com dignidade, compaixão e respeito.

Os cuidados centrados nas pessoas não são uma prática comum, sendo muitas vezes prestados "às" ou "para" as pessoas e não "com" elas, e parece haver dificuldade em incluir as pessoas nas decisões, sendo os seus objectivos abordados apenas em termos de resultados clínicos específicos.<sup>51</sup>

Esta abordagem está a ganhar mais popularidade à medida que cresce e se desenvolve, e tem muitos princípios fundamentais que são benéficos para a reabilitação e recuperação.

Este módulo explora os cuidados centrados na pessoa. Mais especificamente, irá explorar e analisar a importância dos cuidados centrados na pessoa em instituições que cuidam de idosos e, em particular, de pessoas LGBTQI+, e como podem ser desenvolvidos. No final deste módulo, esperamos aprender a:

- saber mais sobre a abordagem, definição e princípios dos cuidados centrados na pessoa
- Estar mais consciente da importância dos cuidados centrados na pessoa, dos benefícios e dos desafios da sua implementação
- Compreender a importância da empatia e da compreensão dos residentes em geral e dos residentes LGBTQI+ em particular, para implementar os cuidados centrados na pessoa

#### Abordagem centrada na pessoa

#### Definição de valores centrados na pessoa no domínio da saúde e dos cuidados sociais

Não existe consenso quanto à definição de "cuidados centrados na pessoa" e estes estão associados a muitos princípios e actividades diferentes. Isto deve-se, em parte, ao facto de os cuidados centrados na pessoa dependerem das necessidades, circunstâncias e preferências do indivíduo que recebe os cuidados e de serem ainda uma área emergente e em evolução.

---

<sup>51</sup> <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>

No início da década de 1960, o psicólogo Carl Rogers foi o primeiro a utilizar o termo "centrado na pessoa" em relação à psicoterapia (e já tinha utilizado "centrado no cliente" na década de 1950). Embora diferente em muitos aspectos do significado atual de "cuidados centrados na pessoa", um elemento-chave que ambas as abordagens partilham é a empatia - a vontade do profissional de suspender o julgamento e apreciar a perspectiva do utilizador do serviço. Rogers chamou-lhe "consideração positiva incondicional".

No final da década de 1970, o psiquiatra americano George Engel promoveu a passagem de um modelo médico para um modelo biopsicossocial de saúde - um modelo que é agora utilizado para explicar a mudança necessária para prestar cuidados centrados na pessoa e que está alinhado com o Modelo de Cuidados Crónicos desenvolvido nos EUA na década de 1990 para colmatar as deficiências detectadas na forma como as pessoas com doenças prolongadas eram apoiadas. Em 2001, o Instituto de Medicina incluiu a "centralização no doente" como um dos seus seis objectivos de qualidade dos cuidados.<sup>52</sup> Durante a década seguinte, as ideias de centralização na pessoa começaram a surgir com uma regularidade crescente na Europa, especialmente nos modelos de cuidados de saúde.

Os cuidados centrados na pessoa são um conceito que afecta o processo de pensamento e a forma como as responsabilidades quotidianas são desempenhadas pelo pessoal de saúde/social e pelos prestadores de cuidados.

A Health Foundation identificou um quadro que inclui quatro princípios de cuidados centrados na pessoa<sup>53</sup>:

1. Oferecer às pessoas dignidade, compaixão e respeito.
2. Oferecer cuidados, apoio ou tratamento coordenados.
3. Oferecer cuidados, apoio ou tratamento personalizados.
4. Ajudar as pessoas a reconhecerem e desenvolverem os seus próprios pontos fortes e capacidades para que possam viver uma vida independente e gratificante.

A maioria das definições de cuidados centrados na pessoa tem vários elementos comuns que afectam a forma como os sistemas de cuidados de saúde são concebidos, geridos e prestados:

- A missão, a visão, os valores, a liderança e os factores de melhoria da qualidade do sistema de cuidados de saúde estão alinhados com os objectivos centrados no doente.
- Os cuidados são colaborativos e acessíveis. Os cuidados certos são prestados no momento certo e no local certo.
- Os cuidados centram-se no conforto físico e no bem-estar emocional.
- As preferências, os valores, as tradições culturais e as condições socioeconómicas da pessoa e da família são respeitadas e estas são consideradas parte da equipa, desempenhando um papel nas decisões a nível do doente e do sistema. Para tal, a informação é partilhada de forma completa e atempada para que os doentes e as suas famílias possam tomar decisões informadas.

---

<sup>52</sup> Committee on Quality of HealthCare in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

<sup>53</sup> Dr Alf Collins' thought paper for the Health Foundation, measuring what really matters. Available from: [www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters](http://www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters)



## Patient-Centered Care



NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Figura 1 - Cuidados centrados no doente: o doente no centro do processo de prestação de cuidados. Os objectivos e valores do doente são a principal prioridade. Família envolvida em todas as fases.

Este conceito foi concebido para criar um plano de cuidados adaptado a cada indivíduo e prestado de forma a que este se sinta completamente à vontade, combinando os conhecimentos dos profissionais de saúde com os conhecimentos pessoais do doente sobre o seu corpo, os seus valores, os seus sentimentos e as suas capacidades.

### Princípios dos cuidados centrados na pessoa

Embora as diferentes organizações possam escrever os seus princípios de formas ligeiramente diferentes, todas partilham os mesmos valores.

Eis um resumo destes princípios valiosos<sup>54</sup>:

#### Respeitar o indivíduo

É importante conhecer o doente como pessoa e reconhecer as suas qualidades únicas. O doente tem os seus próprios valores pessoais, crenças, limites e perspectivas. É vital não só compreender estes aspetos da pessoa, mas também respeitá-los e incorporá-los no plano de cuidados.

#### Tratar as pessoas com dignidade

<sup>54</sup> <https://ajcasemanagement.com/person-centred-care-principles-definitions-examples/>

Isto implica comunicar com o doente de uma forma respeitosa, ouvir o que ele tem para dizer e ter em conta as suas opiniões. Significa também manter a sua dignidade e evitar o constrangimento ou a vergonha.

### **Compreender as suas experiências e objectivos**

Para criar um plano de cuidados de longa duração bem sucedido, é importante conhecer a experiência de vida do doente, o seu estado atual e os seus objectivos para o futuro. Isto ajudá-lo-á a compreender melhor o indivíduo e permitir-lhe-á adaptar melhor os cuidados.

### **Manter a confidencialidade**

É fundamental garantir a confidencialidade da pessoa, não só para o seu bem-estar, mas também para criar confiança e criar uma relação produtiva. Este princípio pode ser abordado estabelecendo com a pessoa quais as informações que ela deseja partilhar com amigos, familiares ou outros profissionais.

### **Dar reesponsabilidade**

Uma abordagem de cuidados centrados na pessoa ajuda o doente a realizar sozinho o maior número possível de atividades quotidianas. Isto é importante para encorajar o desenvolvimento das capacidades do doente e criar mais confiança no seu percurso de recuperação. No entanto, nesta abordagem, os limites da pessoa devem ser reconhecidos e não devem ser levados demasiado longe.

### **Coordenação dos cuidados**

Para que a recuperação seja adequada, deve haver coordenação e cooperação nos cuidados prestados à pessoa, minimizando a possibilidade de causar confusão, stress, ansiedade ou um retrocesso na recuperação.

### **Prática centrada na pessoa**

As práticas centradas na pessoa são utilizadas em equipas e organizações para garantir que a atenção se centra no que é importante para as pessoas que recebem apoio e para as suas famílias.

As práticas centradas na pessoa podem ser vistas como uma "caixa de ferramentas" ou uma variedade de formas de ouvir e recolher informações com as pessoas. Como qualquer outra ferramenta, só são eficazes se o utilizador tiver desenvolvido as competências para as utilizar e continuar a melhorá-las através da prática e do feedback com os outros. Trabalhar desta forma garante que as pessoas são verdadeiramente ouvidas e estão no centro de todas as decisões. Para garantir que os planos são implementados e que a pessoa continua a ser apoiada de formas que fazem sentido para ela, as práticas centradas na pessoa devem ser integradas na prática diária a todos os níveis das organizações.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> NDP Factsheet What is a person-centred approach? file:///C:/Users/CCOMP/Desktop/bestModulo4/2016-10-person-centred-approach.pdf

## A relação entre empatia e os cuidados centrados na pessoa

A empatia, ou a capacidade de imaginar o que outra pessoa pode estar a sentir ou a pensar, é uma componente central e está frequentemente presente nas definições de cuidados centrados na pessoa.<sup>56</sup>

A ligação entre os cuidados centrados na pessoa e a empatia também parece lógica, porque sem compreensão interpessoal, é difícil centrar um plano de cuidados em torno do doente. Mas há aspetos dos cuidados centrados na pessoa que vão para além da empatia, por exemplo, relacionados com a continuidade do trabalho em equipa e a coordenação desses cuidados.<sup>57</sup>

Por que razão é importante e os benefícios dos cuidados centrados na pessoa

O principal objetivo e benefício dos cuidados centrados no doente é melhorar os resultados de saúde individuais e não apenas os resultados de saúde da população, embora os resultados da população também possam melhorar. Não são apenas os doentes que beneficiam, mas também os prestadores e os sistemas de saúde, através de<sup>58</sup>:

- Melhoria dos índices de satisfação dos pacientes e das suas famílias.
- Melhoria da reputação dos prestadores entre os consumidores de cuidados de saúde.
- Melhoria da motivação e da produtividade dos médicos e do pessoal auxiliar.
- Melhor atribuição de recursos.
- Redução das despesas e aumento das margens financeiras ao longo de todo o processo de prestação de cuidados.

Os cuidados centrados na pessoa têm muitas vantagens, tanto para os doentes como para os profissionais. Os benefícios para a pessoa que recebe os cuidados são<sup>3</sup>:

- Sentir-se-ão mais responsáveis, motivados e independentes quando seguirem um plano em que tenham participado e que seja adaptado às suas necessidades específicas (médicas, emocionais, pessoais e sociais).
- O paciente sentir-se-á mais confortável e positivo em relação ao serviço que está a receber, o que cria um ambiente muito melhor tanto para o indivíduo como para o profissional.
- A qualidade dos cuidados é melhorada, o que pode acelerar a recuperação.

Existem também muitos benefícios para o prestador de cuidados. Nomeadamente, o ambiente positivo é mais acessível quando os cuidados se centram nas necessidades das pessoas, e é mais

<sup>56</sup> Scholl I, Zill JM, Härter M, et al. An integrative model of patient-centeredness – A systematic review and concept analysis. PLOS ONE 2014;9(9): e107828. doi: 10.1371/journal.pone.0107828

<sup>57</sup> [https://eprints.soton.ac.uk/433982/1/Therapeutic\\_empathy\\_and\\_person\\_centred\\_care\\_Accepted\\_Manus\\_cript.pdf](https://eprints.soton.ac.uk/433982/1/Therapeutic_empathy_and_person_centred_care_Accepted_Manus_cript.pdf)

<sup>58</sup> <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>

provável que os doentes se empenhem mais nos seus planos de cuidados e de medicação. A longo prazo, o interesse dos doentes pela sua saúde pode aumentar se estiverem envolvidos na tomada de decisões no processo de recuperação, e todos estes benefícios criam serviços mais eficientes em termos de custos e de tempo.

Há muitas provas que demonstram que o envolvimento ativo da pessoa nos seus cuidados de saúde pode melhorar uma série de factores, incluindo a experiência do doente, a qualidade dos cuidados e os resultados em termos de saúde. Os exemplos são os seguintes:

- Ajudar os doentes com doenças prolongadas a gerir a sua saúde e os seus cuidados pode melhorar os resultados clínicos. Quando as pessoas desempenham um papel mais colaborativo na gestão da sua saúde e dos seus cuidados, é menos provável que recorram a serviços hospitalares de urgência.<sup>59</sup> É também mais provável que cumpram os seus planos de tratamento<sup>60</sup> e tomar os seus medicamentos corretamente.<sup>61</sup>

- Os doentes que têm a oportunidade e o apoio para tomar decisões sobre os seus cuidados e tratamentos em parceria com os profissionais de saúde estão mais satisfeitos com os seus cuidados<sup>62</sup> são mais susceptíveis de escolher tratamentos baseados nos seus valores e preferências do que nos do seu médico,<sup>63</sup> e tendem a optar por tratamentos menos invasivos e dispendiosos.<sup>64</sup>
- As pessoas que têm mais conhecimentos, competências e confiança para gerir a sua saúde e os cuidados de saúde têm mais probabilidades de adotar comportamentos de saúde positivos e de obter melhores resultados em termos de saúde.<sup>65</sup>
- Os cuidados centrados nas pessoas também são bons para os profissionais de saúde. À medida que o envolvimento dos doentes aumenta, o desempenho e a moral do pessoal registam um aumento correspondente.<sup>66</sup>

---

<sup>59</sup> De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, May 2011. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves)

<sup>60</sup> De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, July 2012. [www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)

<sup>61</sup> National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>

<sup>62</sup> De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, July 2012, p.9. [www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)

<sup>63</sup> O'Connor AM, et al. Modifying unwarranted variations in healthcare: shared decision making using patient decision aids. Health Affairs, web exclusive, 7 October 2004.

<sup>64</sup> De Silva D. Helping people share decision making, The Health Foundation, June 2012, p.12. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves). See also evidence emerging in the US suggesting that use of patient decision aids, a tool used in shared-decision making, can reduce costs: Arterburn D, et al. Introducing decision aids at group health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. Health Affairs, 8 Feb. 2013.

<sup>65</sup> Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation. The King's Fund, 2014

<sup>66</sup> The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can. London: The King's Fund, 2012.

Quais são os obstáculos e os fatores que facilitam os cuidados centrados na pessoa?

Há muitos fatores, a todos os níveis do sistema de saúde, que podem funcionar como barreiras ou facilitadores do desenvolvimento e da integração dos cuidados centrados na pessoa nos cuidados de saúde gerais.

A nível nacional, há uma série de fatores, como os sistemas de pagamento, que podem apoiar ou dificultar os cuidados centrados na pessoa na prática. Nos serviços de saúde, os processos e sistemas organizacionais também podem afetar as tentativas de implementação dos cuidados centrados na pessoa.

Mais fundamentalmente, a cultura organizacional pode ter uma grande influência no facto de as equipas e os indivíduos se sentirem motivados e capazes de trabalhar de uma forma centrada na pessoa. O apoio e a adesão dos líderes seniores, actuando como defensores da mudança, podem ter um efeito poderoso. Incentivar e capacitar o pessoal para mudar os serviços localmente, em vez de impor soluções, e reunir uma equipa central para impulsionar a mudança também pode ajudar muito.

Além disso, as características pessoais dos indivíduos podem afetar a medida em que estes querem ou são capazes de se envolver na sua saúde e nos seus cuidados. Estas características incluem o seu contexto social e cultural, o seu estado ou condição de saúde e as suas crenças e preferências. É importante ter em conta estes fatores ao conceber intervenções e abordagens.

Em última análise, todos os níveis do sistema de saúde, incluindo as políticas locais e nacionais, a liderança e a gestão organizacionais, bem como os profissionais de saúde, os doentes e os utentes dos serviços, têm um papel a desempenhar na criação das condições e circunstâncias adequadas para que os cuidados centrados na pessoa floresçam.

Como podemos saber se os cuidados são centrados na pessoa?

Não é fácil avaliar se os cuidados são centrados na pessoa, uma vez que compreendem uma combinação de actividades que dependem do doente e da situação em questão, variando, portanto, de pessoa para pessoa.

Uma abordagem centrada na pessoa significa concentrar-se nos elementos dos cuidados, do apoio e do tratamento que são mais significativos para o doente, a sua família e os profissionais. Assim, antes mesmo de pensar em medir, a prioridade é identificar o que é mais importante para eles, sem fazer suposições.

O ponto de partida é considerar uma experiência de cuidados (por exemplo, uma consulta externa ou um internamento para cirurgia) em termos dos princípios descritos acima e avaliar em que medida os cuidados demonstram cada um dos princípios.

## Cuidados centrados na pessoa para adultos mais velhos LGBTQI+

*“We are never too old to experience healing— physical, spiritual, emotional, or psychosocial” (p.4).<sup>67</sup>*

As pessoas mais velhas LGBTQI+ enfrentam barreiras no acesso aos cuidados, afectando a sua capacidade de receber cuidados centrados na pessoa na velhice, o que é fundamental para a prevenção e gestão da fragilidade, incapacidade e doença. As políticas de saúde, a conceção e a prestação de serviços têm impacto na capacidade do sistema de saúde para satisfazer as necessidades das pessoas mais velhas LGBTQI+ em todos os níveis e tipos de cuidados.<sup>68</sup>

As pessoas mais velhas LGBTQI+ têm sido uma população muito afectada por disparidades de saúde a todos os níveis dos cuidados de saúde, o que leva muitas pessoas mais velhas LGBTQI+ a evitar e adiar os cuidados de saúde por receio de serem maltratados, desrespeitados e até prejudicados.

Os cuidados centrados na pessoa enfatizam a sua humanidade, reconhecendo que cada indivíduo é multidimensional e que a saúde e o bem-estar derivam da interligação destas diferentes dimensões ao longo das nossas vidas. Embora a orientação sexual e a identidade de género sejam fundamentais para a identidade individual e as experiências de vida, os prestadores de cuidados de saúde têm muito poucos conhecimentos e formação para cuidar de indivíduos LGBTQI+, o que faz com que os cuidados centrados na pessoa não sejam ótimos e adequados.<sup>18</sup>

O respeito, a abertura, a decência e a gentileza são essenciais para os cuidados centrados na pessoa idosa LGBTQI+, e não devem existir rótulos ou actos de discriminação. Desta forma, estes cuidados podem catalisar e cultivar a cura e criar ambientes e organizações mais saudáveis e felizes que beneficiam toda a gente.

Neste tipo de cuidados, conhecer a história de vida da pessoa pode ajudar a avaliar, planear e implementar os cuidados. É importante que isto aconteça através da criação de canais de comunicação com as pessoas mais velhas, para que estas se sintam seguras para comunicar abertamente as suas necessidades individuais, preocupações e sentimentos aos profissionais. Os adultos mais velhos podem obter benefícios para a saúde da sua própria reminiscência. A reminiscência pode ajudar a reduzir a depressão, a solidão e o isolamento.<sup>18</sup>

A heteronormatividade e a discriminação têm de ser eliminadas em todo o sistema de cuidados de saúde para se atingir o objetivo da política de saúde de apoiar todos as pessoas mais velhas para que gozem de saúde e bem-estar. A heteronormatividade nos sistemas de saúde pode ser vista nos formulários de avaliação dos serviços, que não recolhem informações sobre a orientação sexual e a identidade de género. O conhecimento desta informação poderia influenciar os planos de cuidados e levar o pessoal a envolver a "família escolhida"; a utilizar pronomes preferidos; a incluir parceiros do mesmo sexo; a ajudar na colocação adequada de quartos em lares de idosos; e

---

<sup>67</sup> Steelman RE, Chaplain S. Person-Centered Care for LGBT Older Adults. JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING 2018; 44(2). doi:10.3928/00989134-20180110-01

<sup>68</sup> Roe L, Galvin M. Providing inclusive, person-centred care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery. J Nurs Manag. 2021;29: 104–108. DOI: 10.1111/jonm.13178

a garantir que as pessoas mais velhas LGBTQI+ são tratadas da forma que teriam escolhido no fim da vida.<sup>19</sup>

Em conclusão, há provas de que as necessidades de apoio e de saúde das pessoas mais velhas LGBTQI+ nem sempre são adequadamente atendidas pelos sistemas de saúde. Sem formação adequada, estes podem não estar preparados para trabalhar com idosos LGBTQI+. Por conseguinte, é necessária mais investigação sobre a capacidade dos serviços de saúde para prestar cuidados de saúde adequados às pessoas LGBTQI+ e a criação de oportunidades de educação e formação associadas.

Actividades práticas: reflexão sobre as práticas de cuidados / estudos de casos

#### Atividade prática 4.1

<b>Nome da atividade</b>	Quais são as minhas necessidades de cuidados, apoio e tratamento?
<b>Número de participantes</b>	Mínimo 4
<b>Objetivos</b>	O objetivo desta atividade é levar os participantes a refletir sobre as suas necessidades em termos de cuidados, apoio e tratamento, que poderão ser contempladas no seu plano de cuidados.
<b>Descrição passo a passo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. explicar o objetivo e a finalidade do exercício</li> <li>2. Entregue a cada pessoa uma folha de papel A4, para o caso de quererem escrever a sua reflexão</li> <li>3. Convidar cada pessoa a refletir, tentando identificar os aspectos e necessidades que devem ser abordados no seu plano de cuidados, em parceria com os prestadores de cuidados.</li> <li>4. Regressar ao grupo e partilhar as reflexões de cada um.</li> <li>5. Abrir um debate: Existe alguma dificuldade em identificar e comunicar as nossas necessidades de cuidados? O que é que acham que é importante incluir nos planos de cuidados? O que é que os profissionais e os prestadores de cuidados informais devem considerar prioritário? Como é que gostaria de ser tratado/cuidado?</li> </ol>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	Este exercício destina-se a encorajar oportunidades de autorreflexão e de reflexão em grupo sobre a auto-identificação das necessidades de cuidados, apoio e tratamento, realçando a importância da comunicação dessas necessidades e da participação ativa da pessoa na definição do seu plano de cuidados. É importante orientar a discussão de forma a refletir sobre a importância dos

	cuidados centrados na pessoa de uma forma empática, apoiando os profissionais a desafiarem construtivamente o seu próprio trabalho.
<b>Recursos</b>	- Folhas de papel A4 (uma para cada pessoa)

## Atividade prática 4.2

<b>Nome da atividade</b>	Abordagem centrada na pessoa: da teoria à prática
<b>Número de participantes</b>	Mínimo 4
<b>Objetivos</b>	O objetivo desta atividade é orientar os participantes na reflexão sobre a forma como a abordagem dos cuidados centrados na pessoa pode ser transposta para a prática dos cuidados nos seus locais de trabalho.
<b>Descrição passo a passo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. explicar o objetivo e a finalidade do exercício</li> <li>2. Entregue a cada pessoa uma folha de papel A4, para o caso de quererem escrever a sua reflexão.</li> <li>3. Convide cada pessoa a refletir, tentando identificar se uma abordagem centrada na pessoa é utilizada no seu local de trabalho, na prestação de cuidados? Em caso afirmativo, que medidas e princípios são aplicados? Se não, quais são as barreiras/dificuldades identificadas para a sua aplicação?</li> <li>4. Regressar ao grupo e partilhe as reflexões de cada um.</li> <li>5. Abrir um debate sobre o tema, procurando compreender de que forma as instituições que prestam cuidados aplicam ou podem aplicar a abordagem centrada na pessoa. Identificar os benefícios e as barreiras dos cuidados centrados na pessoa em contextos práticos de prestação de cuidados.</li> </ol>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	Este exercício destina-se a encorajar oportunidades de autorreflexão e de reflexão em grupo sobre o modo como a abordagem dos cuidados centrados na pessoa pode ser aplicada em contextos de cuidados práticos. É importante orientar a discussão para refletir sobre a importância dos cuidados centrados na pessoa e a sua transposição para os seus locais de trabalho, apoiando os profissionais a desafiarem construtivamente o seu próprio trabalho.
<b>Recursos</b>	- Folhas de papel A4 (uma para cada pessoa)



### Atividade prática 4.3

<b>Nome da atividade</b>	Cenários inspirados em casos reais para se familiarizar com as necessidades e dificuldades que as pessoas LGBTQI+ enfrentam
<b>Número de participantes</b>	Mínimo 4
<b>Objetivos</b>	O objetivo desta atividade é orientar os participantes na reflexão sobre diferentes cenários inspirados em casos reais para se familiarizarem com as necessidades e dificuldades que as pessoas LGBTQI+ enfrentam.
<b>Descrição passo a passo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dividir os participantes em grupos de 3 a 6 pessoas</li> <li>2. Forneça a cada grupo um caso de estudo</li> <li>3. Convide cada grupo a discutir os estudos de caso, tentando identificar se as necessidades das pessoas idosas foram satisfeitas e se os cuidados seguiram uma abordagem centrada na pessoa? Se houve cenários de incidência de discriminação, violação e isolamento da comunidade LGBTQI+?</li> <li>4. Regressem ao grupo e partilhem as reflexões encontradas por cada grupo.</li> <li>5. Abrir um debate: Como é que podemos desenvolver a nossa prática de cuidados centrada nas necessidades das pessoas, especialmente das pessoas mais velhas LGBTQI+?</li> </ol>
<b>Comentários/dicas para os dinamizadores</b>	Este exercício tem como objetivo criar oportunidades de autorreflexão e de reflexão em grupo sobre estudos de caso em que as necessidades das pessoas idosas, particularmente as pessoas idosas LGBTQI+, são identificadas e a abordagem de cuidados utilizada é analisada. É importante orientar a discussão de uma forma que reflita sobre a importância dos cuidados centrados na pessoa e de uma forma que não seja julgadora, mas que tente suscitar estratégias e abordagens para apoiar os profissionais a desafiar o seu próprio trabalho de uma forma construtiva.
<b>Recursos</b>	- Folhas A4 com um estudo de caso (uma por grupo)

### **CASO DE ESTUDO 1**

*“Duas amigas minhas, Vera e Zayda, estavam juntas há 58 anos. Quando a doença de Alzheimer de Vera se tornou demasiado grave, Zayda transferiu-a para uma residência assistida.*

*Zayda mal podia confiar a verdade à família ou aos vizinhos, quanto mais a estranhos, por isso ela e Vera tornaram-se "irmãs". Muito mais tarde, após a morte de Vera, Zayda precisou de se mudar para um lar assistido. Tinha muitas, muitas fotografias do amor da sua vida, mas não se atrevia a mostrá-las na sua nova casa. Os outros residentes falavam de maridos, filhos e netos, mas ela sentia-se demasiado vulnerável para contar a verdade. Zayda estava escondida e terrivelmente isolada.”*

### **CASO DE ESTUDO 2**

*Um casal homossexual, Pedro e António, que estava junto há mais de 30 anos, tinha medo de contar a verdade aos filhos e ao resto da família, partilhando a sua história apenas com alguns amigos próximos. Quando Pedro desenvolveu sintomas de demência, foi muito difícil porque, embora António tivesse uma procuração, a filha de Pedro queria controlar as decisões porque era da família. Por fim, decidiram institucionalizar o Pedro, uma vez que os sintomas de demência começaram a ser mais evidentes, embora o Pedro continuasse a reconhecer o António como seu companheiro. António continuou a passar os seus dias com Pedro no lar, mas sem revelar a natureza da sua relação, o que limitava a sua privacidade. Eventualmente, uma das enfermeiras apercebeu-se da ternura entre os dois homens e fez a seguinte pergunta: "Vocês são parceiros?" António foi capaz de responder: "Sim, é verdade". A enfermeira encorajou-os a assumirem um compromisso um com o outro antes que o parceiro com demência ficasse gravemente doente ou morresse. A enfermeira assistiu à cerimónia privada e eles puderam expressar abertamente os seus sentimentos e "formalizar" simbolicamente a sua relação. A partir desse dia, a enfermeira ajudou-os a ter alguma privacidade no lar de idosos, respeitando a sua vontade de não revelar a sua relação.*

### CASO DE ESTUDO 3

*“Iris Young é uma mulher cisgénero de 88 anos (sexo feminino atribuído à nascença) a quem foi diagnosticada demência moderada. Foi internada numa unidade de cuidados continuados para doentes com demência há seis meses. É casada com Rob e celebraram o seu 65.º aniversário de casamento em 2018.*

*Iris faz amigos facilmente e desenvolveu uma relação mais próxima com outra residente da unidade, Raven. Raven é uma mulher de 82 anos, de origem indígena, que se identifica como tendo dois espíritos. Nos últimos meses, sabe-se que Iris e Raven passam algumas horas por dia sentadas juntas e que se abraçam frequentemente quando se despedem.*

*Rob está feliz por Iris ter uma amiga. Mais recentemente, a Iris e a Raven têm andado de mãos dadas e a beijarem-se. O Rob veio hoje visitar a Iris e encontrou-a a ela e à Raven abraçadas na cama da Iris.”*

# MODULO 5

UM AMBIENTE SEGURO E  
INCLUSIVO NA PRESTAÇÃO  
DE CUIDADOS A PESSOAS  
IDOSAS LGBTQI+

## MODULO V

### Um ambiente seguro e inclusivo na prestação de cuidados a pessoas idosas LGBTQI+

#### Objetivos de aprendizagem

Ao longo deste módulo, iremos abordar:

- Práticas inclusivas nas unidades de cuidados de saúde para promover cuidados inclusivos
- Como adotar uma atitude ativa contra a discriminação
- Boas posturas profissionais a adotar
- 2 actividades dinâmicas para debater os temas do módulo

#### Práticas inclusivas nos estabelecimentos de prestação de cuidados

Este capítulo tem como objetivo mostrar os desafios que temos de ultrapassar para tornar as instalações de cuidados de saúde e os lares de idosos mais amigos das pessoas LGBTQI+.

Antes de tentarmos desenvolver um ecossistema de cuidados de saúde mais inclusivo, devemos analisar uma problemática específica que envolve estereotipadamente as pessoas idosas: a sexualidade, ou mais especificamente: "não-sexualidade".

A sexualidade nos lares e nas instituições de saúde: os limites que temos de ultrapassar  
Vários inquéritos sobre a sexualidade na terceira idade apontam a velhice como um fator determinante para o declínio da atividade sexual, uma constatação que se verifica em vários contextos nacionais.

Não só a sexualidade é um tema muito tabu no seio desta população e dos seus cuidadores, como é globalmente assumido que as pessoas mais velhas não têm relações íntimas. Esta afirmação é ainda mais evidente no caso das pessoas idosas que não vivem sozinhas e que são acompanhadas a longo prazo por uma instituição. As suposições são: há mais dificuldades prioritárias que enfrentam diariamente, especialmente questões de saúde, e a sua sexualidade não é uma grande preocupação para as suas famílias e para os seus prestadores de cuidados. Isto verifica-se ainda mais quando a pessoa, independentemente do género ou da orientação sexual, perdeu o seu parceiro. Não só é difícil assumir que querem ter outra relação (platónica ou íntima), mas ainda mais se estiverem envolvidas questões sexuais.

Além disso, uma vez que o controlo da natalidade não é, nessa idade, um problema real quando as pessoas idosas têm capacidades reprodutivas reduzidas, há ainda menos prevenção sexual e sensibilização para as doenças sexualmente transmissíveis.

A nossa investigação mostrou que as pessoas mais velhas se isolam quando e porque não podem exprimir-se sexualmente no lar onde vivem. O estigma vem tanto dos residentes como dos profissionais. Para evitar este tipo de isolamento, é aconselhável trabalhar o tema da sexualidade para tornar o ambiente um lugar seguro, para que as pessoas possam falar mais livremente sobre a sexualidade, sentindo-se confortáveis e sem julgamento. Este ambiente é o primeiro passo para libertar a palavra, sem abordar imediatamente a orientação sexual ou o género.

O que podemos fazer para criar este ambiente?

- Estabelecer um clima de confiança com as pessoas idosas para que elas possam confidenciar aos profissionais sobre a sexualidade em geral, se assim o desejarem, mas também, mais especificamente, sobre a sexualidade e as relações no lar.
- Fale com eles sobre as visitas de estranhos e a privacidade e sobre como tornar os quartos do lar de idosos mais privados para que os residentes se sintam à vontade para receber pessoas.
- Comunicar (através de cartazes, intervenções de saúde na sala de convívio, durante um exame de saúde) sobre as doenças sexualmente transmissíveis e as diferentes formas de as prevenir.
- Estabelecer um clima de confiança entre os residentes

### Como é que o fazemos?

- Respeitar a sua privacidade: se um residente é sexualmente ativo e não quer falar sobre isso, ou não tem problemas médicos relacionados com isso para discutir com os cuidados de saúde, não há necessidade de abordar o assunto. Por outro lado, deixe claro que os profissionais podem estar abertos a falar sobre o assunto, se necessário: é possível fazer cartazes que promovam o diálogo com os profissionais de saúde. Isto também se aplica aos residentes que não são activos e não querem falar sobre o assunto.
- Disponibilizar preservativos e lubrificantes numa máquina de venda automática ou livremente na unidade de saúde, para que não tenham de pedir a alguém para os ir buscar se não se sentirem à vontade.
- Não falar de questões sexuais na presença da família. De facto, não pergunte nem fale sobre isso a um residente à frente de qualquer outra pessoa. Alguns familiares têm dificuldade em aceitar que o seu progenitor possa ter uma relação num estabelecimento de saúde ou não conseguem imaginá-lo com outra pessoa significativa, especialmente se o parceiro anterior tiver morrido.
- Normalizar o sexo fora das relações. Este tópico pode ser difícil de introduzir quando algumas pessoas idosas só tiveram uma relação ou só tiveram uma pessoa significativa, não fora do casamento. Normalizar a existência de sexo fora do casamento e de sexo fora de qualquer tipo de relação exclusiva sem julgamento pode ajudar a libertar a palavra e criar um ambiente seguro para aqueles que gostariam de falar.
- Se ambos os casais residirem no lar de idosos e se sentirem confiantes para falar sobre a sua relação, certifique-se de que sabem que um terapeuta sexual pode intervir
- Comunicar e promover o consentimento nas instalações. Isto pode ser feito com cartazes ou dias de sensibilização para sublinhar a existência de perigo e violência, sem esquecer de mencionar a violação conjugal. Mais uma vez, estes actos de prevenção funcionam independentemente da orientação sexual ou do género.

Gestão do tempo nos lares de idosos e nas instituições de saúde: os limites que temos de ultrapassar

Uma dificuldade que não podemos excluir antes de mergulharmos na nossa problemática é o aumento da população atendida nas unidades de saúde e a sobrecarga dos profissionais. De facto, os cuidados são mais difíceis no apoio às actividades diárias (como enfermagem, alimentação, animação, etc.), mas também no apoio aos residentes com deficiências físicas ou mentais. Infelizmente, tornou-se cada vez mais difícil para os nossos profissionais dedicar o tempo que gostariam a todos os residentes, especialmente aqueles com necessidades especiais. Com esta

sobrecarga, os cuidados prestados carecem de actividades relacionais e a rotatividade destes profissionais é muito elevada.

Outra dificuldade que os nossos profissionais podem enfrentar e que é independente do género e da orientação sexual das pessoas mais velhas: a forma como gerem o tempo nestas instalações.

Escusado será dizer que temos falta de mão de obra neste tipo de instalações. O tempo é precioso e os profissionais de saúde já estão a correr diariamente para satisfazer as necessidades das pessoas mais velhas. Esta é uma variável que temos de ter em consideração quando trabalhamos no sentido de uma maior inclusão nos nossos sistemas.

Além disso, alguns lares de idosos são concebidos como hospitais, como um local para receber cuidados de saúde, e é difícil integrar o facto de serem efetivamente o lar das pessoas mais velhas e não apenas um local para receber tratamentos. Uma vez que tem de ser considerado como um lar, a sua privacidade deve ser respeitada, assim como a sua sexualidade.

A heteronormatividade é um obstáculo a bons cuidados de saúde, independentemente da idade, mas pode ser ainda mais problemática com as pessoas mais velhas.

#### O que Podemos fazer:

- Trabalhar com profissionais
- Trabalhar com residentes
- Trabalhar com a comunidade LGBTQI+ idosa

#### Como é que o fazemos:

- Planear sessões de sensibilização para o pessoal do estabelecimento: isto inclui todas as pessoas que trabalham ou estão envolvidas com os residentes. Esta sessão pode durar algumas horas ou um dia. Pode escolher quem intervém e não tem de reunir todos os funcionários ao mesmo tempo. Mas pode ser programada de forma a que todos participem uma vez. Estas sessões têm de ser programadas para falar sobre diversidade e inclusão em geral, quer se trate de sexualidade, género, etnia, política, etc. Outras sessões podem ser programadas apenas em torno do estigma LGBTQI+. Aconselha-se que estas sessões sejam dinâmicas e divertidas e que se faça um briefing sobre o vocabulário específico que gira em torno da comunidade.
- Planear com antecedência dias de sensibilização no lar ou nas instalações: fazer intervir um orador externo nas instalações pode ajudar a facilitar a discussão, porque os residentes sabem que podem não voltar a ver essa pessoa e podem abrir-se mais facilmente.
- Formar um profissional em particular para ser o referente LGBTQI+. Pode ser um psicólogo, um terapeuta sexual ou qualquer outro profissional de saúde que trabalhe a tempo inteiro no estabelecimento: isto significa que o residente que pedir para falar com ele não será estigmatizado porque esta pessoa de referência é competente noutros assuntos. Esta pessoa deve estar consciente das dificuldades de "voltar ao armário", dos tratamentos hormonais a que as pessoas transgénero podem ser submetidas e de outros problemas que a comunidade enfrenta diariamente.
- Torne a bandeira LGBTQI+ visível. Pode colocá-la como autocolantes no elevador, ter uma pequena bandeira ao lado da bandeira nacional na entrada, fazer com que o seu pessoal use pins na roupa durante o mês do orgulho. Não precisa de a exibir em demasia: basta fazê-la existir, para que os residentes e os visitantes possam tomar consciência da sua

existência na instituição e compreender que se trata de uma instalação acolhedora e segura.

- Se um residente ou um visitante perguntar o significado da bandeira: ofereça uma definição amável e benevolente. Não julgue as pessoas que não sabem. Elas podem ser boas aprendizes ou podem apenas ter dificuldade em dar um nome ao assunto.
- Não forçar alguém a sair do armário.

## Regras institucionais e proteção LGBTQI+

Este capítulo tem por objetivo analisar o trabalho institucional realizado a nível internacional e indicar o interlocutor certo a quem se deve dirigir em caso de discriminação. Veremos também o que pode ser feito para garantir uma assistência benevolente e inclusiva a longo prazo. Este currículo destina-se especificamente a profissionais de lares de idosos e de cuidados de saúde, mas a formação deve estar disponível também fora dos estabelecimentos de saúde. As questões de género e de orientação sexual têm de ser abordadas na escola para os futuros profissionais e não apenas dentro das instalações. O objetivo é mudar as visões e sensibilizar os profissionais avançados e especializados que não receberam este tipo de formação na escola. Não se trata de uma formação única, mas de uma sensibilização a longo prazo.

### O direito à sexualidade, saúde sexual e educação sexual

O direito à sexualidade faz parte dos Direitos Humanos: é uma continuidade dos direitos fundamentais que se aplica à sexualidade. Isto significa que fazem parte dos direitos de personalidade, o direito à privacidade e o direito à dignidade.

#### O trabalho do ACNUD

O ACNUDH (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos) é um departamento do Gabinete dos Direitos Humanos das Nações Unidas. Trabalha para promover e proteger os direitos humanos que são garantidos pelo direito internacional e estipulados na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. O ACNUDH está empenhado em lutar contra todo o tipo de discriminação e sublinha que as pessoas da comunidade LGBTQI+, que já são discriminadas, enfrentam discriminações adicionais relacionadas com a etnia, a idade, a deficiência, o estatuto socioeconómico...

De facto, o ACNUDH está empenhado em trabalhar com as diferentes partes interessadas, os Estados, as instituições nacionais de direitos humanos e a sociedade civil em prol da inclusão.

- Em primeiro lugar, na própria entidade das Nações Unidas: o ACNUDH está empenhado em garantir a igualdade de género na organização.
- O ACNUDH está empenhado em trabalhar com os Estados com o objetivo de reformar a legislação e as políticas discriminatórias que promovem a discriminação entre homens e mulheres, a fim de as alinhar com o direito internacional em matéria de direitos humanos.
- Trabalha para transformar as normas sociais discriminatórias e os estereótipos de género prejudiciais, a fim de abrir caminho a estruturas sociais e relações de poder mais equitativas para todos os géneros; e ajuda a facilitar a participação equitativa de mulheres, homens e



peçoas com identidades de género diversas na vida civil, política, económica, social e cultural.

- Por último, mas não menos importante, o ACNUDH actua no sentido de eliminar a violência baseada no género e de garantir o usufruto dos direitos de saúde sexual e reprodutiva para todas as peçoas.

#### A acessibilidade da saúde sexual e da educação sexual

A saúde sexual é fundamental para o bem-estar dos indivíduos, dos casais, das famílias e para o desenvolvimento global das comunidades e dos países.

De facto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a capacidade de os indivíduos alcançarem saúde e bem-estar sexual depende de vários fatores:

- O seu acesso a informação de qualidade sobre sexo e sexualidade;
- Os seus conhecimentos sobre os riscos que podem enfrentar e a sua vulnerabilidade às consequências adversas de uma atividade sexual não protegida;
- O seu acesso a cuidados de saúde sexual;
- Viverem num ambiente que afirme e promova a saúde sexual.

A saúde sexual inclui questões relacionadas com a orientação sexual, a identidade de género, a expressão sexual, as relações e o prazer. É importante mencionar também as condições e consequências negativas que estão incluídas na saúde sexual, tais como:

- infecções com o VIH (vírus da imunodeficiência humana), ( IST) infecções sexualmente transmissíveis e suas possíveis consequências: cancro, infertilidade, etc.
- gravidez indesejada e aborto
- disfunção sexual
- endometriose
- violência sexual
- e, por último: práticas nocivas como a mutilação genital feminina

É por isso que é necessário um ambiente mais inclusivo e seguro nos lares de idosos e nas unidades de saúde: o residente pode sentir-se suficientemente confiante para pedir ajuda e os profissionais de saúde bem informados podem detetar as dificuldades do doente e responder e intervir de forma mais rápida e eficaz.

A educação sexual deve estar disponível em todas as idades: não só inclui explicações sobre a anatomia e a prevenção, como também deve sublinhar os seguintes temas:

- respeito, segurança e ausência de discriminação ou violência
- diversidade sexual e formas de expressão sexual
- a importância de desconstruir as normas de género, os papéis, as expectativas e as dinâmicas de poder que as influenciam.

Como é que a lei e a sociedade protegem a comunidade LGBTQI+

Este ponto tem também como objetivo explicitar a quem recorrer quando se é discriminado. Mesmo que os países adoptem leis específicas, há trabalho a fazer para que a mentalidade mude com a sociedade.

A quem recorrer em caso de discriminação:

Este capítulo aplica-se se for vítima de discriminação, mas também se for testemunha de discriminação e a vítima aceitar a sua ajuda nesta matéria.

Se o facto ocorrer no interior do estabelecimento e for um ataque de outro residente:

Contactar o profissional de saúde durante o tempo livre. Este tempo privilegiado a sós com um profissional pode ser um momento de troca, de escuta e de apoio.

Para obter mais apoio, contacte as associações LGBTQI+ da sua zona, muitas delas são competentes em diferentes matérias:

- Ter uma linha telefónica anónima de atendimento e apoio
- Serviço de chat online
- Formulário de testemunho online
- Serviço de suporte legal

Estas ferramentas, que estão principalmente disponíveis em linha, podem ser difíceis de utilizar por pessoas idosas: é por isso que pode ser necessário um apoio adicional do profissional de saúde. Torne estes instrumentos visíveis e acessíveis ao público, especialmente se a vítima não quiser falar diretamente com um profissional conhecido.

se testemunhar um comportamento ou uma linguagem discriminatória por parte de um colega profissional de saúde: esta questão é da competência dos Recursos Humanos do estabelecimento. É necessário abordar o assunto e a sanção virá daí.

Se isso não melhorar a situação: deve contactar o serviço público local. A lei pune especificamente os insultos, a difamação, a violência e a discriminação com base na orientação sexual real ou suposta da vítima. Isto é conhecido como abuso, difamação, violência e discriminação LGBTQI+. Se for vítima ou testemunha destes actos, pode alertar os serviços de emergência e denunciar os factos. Se for vítima, pode apresentar uma queixa.

#### Dia internacional contra a homofobia, a transfobia e a bifobia

O Dia Internacional contra a Homofobia, a Transfobia e a Bifobia tem lugar a 17 de maio e é uma celebração mundial das diversidades sexuais e de género. Foi lançado em 2004 e é celebrado em mais de 130 países, incluindo 37 países onde os actos entre pessoas do mesmo sexo são ilegais. Este evento foi criado para chamar a atenção para a violência e a discriminação de que é vítima a comunidade LGBT. Este evento reúne milhões de pessoas (recorde de 200 milhões de pessoas atingidas em 2014) em todo o mundo. Para mostrar visibilidade e apoio, o lar de idosos ou a unidade de saúde podem organizar um microevento relacionado com o tema para aumentar a consciencialização, enquanto desfrutam de um momento festivo e de convívio.

### Posturas profissionais a serem adotadas: Do's e Don'ts

Para fazer mudanças, precisamos de implementar cuidados mais inclusivos e benevolentes ou adaptar algumas práticas. Alguns estabelecimentos já estão muito empenhados em garantir um ambiente seguro e inclusivo, outros estão de facto envolvidos na luta contra a discriminação, mas carecem de algum acompanhamento e apoio específico para as pessoas LGBTQI+ que dele necessitam. De facto, criar serviços destinados à comunidade LGBTQI+ para responder às suas

necessidades especiais é uma ideia interessante, mas fazer com que se sintam em casa e permitir que se sintam confortáveis numa instituição já existente é melhor!

Eis o que fazer e o que não fazer para apoiar da melhor forma possível a comunidade LGBTQI+ idosa:

#### Do's:

- Certifique-se de que o lar de idosos ou as instalações são um local para viver e não um hospital. Os residentes que estão institucionalizados, na sua maioria, deixaram a sua casa para lá viver. Além disso, não se esqueça de que vão viver na instituição para o resto das suas vidas. É fundamental compreender que estas instituições não são apenas um local para receber cuidados diários, mas também a sua nova casa. Certifique-se de que eles podem ter um lugar pessoal e desfrutar da sua privacidade quando necessário. (não apenas para questões sexuais)
- Considerar a sexualidade e a vida afectiva como uma necessidade humana. De facto, o envelhecimento é tão universal como o amor. É importante ter em conta que os residentes não são apenas pessoas idosas e doentes. São humanos e têm as mesmas necessidades que qualquer outra pessoa em termos de vida sexual e afectiva. Ter uma relação numa idade avançada é tão válido como noutra idade mais jovem.
- Sensibilizar para a questão do consentimento. Tanto em questões sexuais como em questões afectivas e médicas. Isto significa: se estiver a fazer um exame ou procedimento médico, certifique-se de que pede o consentimento quando precisar de tocar no doente e explique porque é que ele precisa de ser tocado em determinadas áreas. Isto também se aplica ao despir-se.
- Certifique-se de que explica um exame ou procedimento médico antes de o efetuar. Um residente pode não se sentir confiante para o fazer ou para falar sobre a sua transição, mesmo que isso possa ser relevante para o exame. Dê tempo à pessoa, especialmente se o exame médico não for urgente.
- Se um residente se assumir para si, pode perguntar-lhe sobre os seus parceiros se ele se sentir confiante para falar sobre isso. Isto significa: ter a mesma conversa que teria com uma pessoa heterossexual cisgénero. Algumas pessoas sentem-se pouco à vontade para fazer perguntas sobre a vida pessoal de uma pessoa LGBTQI+: não o faça. O pior que pode fazer é ignorar o assunto como se fosse um elefante na sala. Não sussurre: use uma voz normal ou então vai parecer que falar de "coisas gay" é mau ou tabu. Claro que não deve ser demasiado barulhento.
- Não falar apenas sobre a sua sexualidade e género. Há muitos temas para discutir, e falar apenas sobre isso reduz a pessoa à sua orientação ou sexualidade: ela é muito mais do que isso enquanto pessoa.
- Eduque-se e faça alguma pesquisa. A pessoa LGBTQI+ que conhece pode explicar-lhe algumas coisas, mas não espere que ela seja o seu professor pessoal. Além disso, não parta do princípio de que se alguém é LGBTQI+, sabe tudo sobre a comunidade LGBTQI+.
- Tente fazer um esforço com os pronomes e a escrita inclusiva. Não tenha medo de perguntar se não tem a certeza dos pronomes que alguém utiliza. Não hesite em comunicar aos seus colegas de trabalho quais os pronomes que uma pessoa utiliza. Se vir alguém a usar um pronome incorreto na sua presença, chame a atenção (se a pessoa estiver a falar com ela)).
- Se o orçamento o permitir: fornecer camas médicas com capacidade para duas pessoas.

#### Don'ts:

- Não fazer suposições. Não assuma a orientação sexual ou o género de alguém. Não é possível saber se alguém faz parte da comunidade LBTQI+ só de olhar para essa pessoa.
- Não force nem exerça pressão sobre alguém para que se revele. Se a pessoa se sentir confiante para lhe falar sobre o assunto, guarde-o para si e não fale dele a mais ninguém. Mesmo que não seja explicitamente um segredo, isso não significa que deva ser revelado. Alguns residentes podem assumir-se perante os outros residentes e profissionais do lar e falar livremente sobre a sua orientação e género, mas não querem assumir-se ainda perante a sua família. Devemos respeitar esta decisão.
- Quando e se falar de sexo: não limitar as relações sexuais apenas ao sexo com penetração. De facto, o sexo pode ser visto e feito de muitas formas e o sexo com penetração é normalmente um preconceito heteronormativo. Muitas pessoas heterossexuais e LGBTQI+ incluem outras formas na relação sexual que são normalmente vistas como parte dos preliminares. Tenha em consideração que existem tantas formas de fazer sexo como seres humanos na Terra.
- Quando e se falar de sexo: não julgar uma prática sexual específica. O prazer é particular a cada indivíduo e, desde que os participantes o consintam, não há nada de errado nisso.
- Não deixar passar piadas LGBTQI+-fóbicas. Se ouvires alguém contar uma piada LGBTQI+-fóbica: chama-o à atenção: é assim que as coisas mudam.

## Situações específicas a ser consideradas

### 1. Preocupações com a demência e o consentimento

Uma questão importante e bastante complicada coloca-se quando os residentes sofrem de qualquer tipo de demência. Esta é uma questão que preocupa tanto os profissionais de saúde como as famílias e levanta a questão de como ter a certeza de que o consentimento é dado ou compreendido por uma pessoa com demência no contexto das relações sexuais.

Só porque um residente tem Alzheimer não significa que não precise de carícias, contacto físico, etc.. Antes pelo contrário! Há estudos que provam que os contactos físicos e as demonstrações de afeto podem ser bastante benéficos.

Como ter a certeza de que não ocorreu nenhum incidente entre dois residentes? É aconselhável estar atento a esses residentes específicos e tentar detetar qualquer mudança de comportamento. Os profissionais têm cada vez mais formação e conhecem bem os seus residentes. Podem garantir o máximo possível o consentimento da pessoa e detetar uma mudança de comportamento preocupante.

### 2. Saber como reagir a um comportamento problemático

Quando existe, a vida sexual nos lares de idosos ou noutras instituições não se resume a casais de mãos dadas, ou mesmo a residentes que têm relações sexuais nos seus quartos, nem sempre com a mesma pessoa. Por vezes, ocorrem situações de exibição física ou verbal que podem colocar os profissionais numa posição difícil. Como o respeito é recíproco, algumas atitudes não têm cabimento num espaço tão público e visitado. É aconselhável manter a calma mas ser firme na proibição de comportamentos problemáticos, recordando de forma pedagógica as regras do estabelecimento e da vida em comunidade.

Actividades práticas: reflexão sobre as práticas de cuidados / estudos de casos

Atividade prática 5.1

Nome da atividade	Debate em direto/em movimento "Qual é a sua posição?" (Duração da atividade: 1 hora)
Número de participantes	Mínimo 4 a máximo 15
Objetivos	<p>Um debate em movimento consiste em apresentar uma proposta a um grupo e, em seguida, pedir aos participantes que tomem fisicamente uma posição a favor ou contra, indo para um lado da sala ou para o outro, correspondendo à afirmação ou à negação. Após um período de reflexão para desenvolver argumentos, o debate é lançado com a seguinte regra: formular argumentos para explicar a sua posição e mudar de "lado" se os argumentos da outra parte forem convincentes.</p> <p>O debate em movimento permite assim que os participantes elaborem e justifiquem a sua opinião através da construção de argumentos. A sua posição física indica a sua posição teórica e envolve-os na reflexão ("porque estou aqui?") tanto quanto na escuta dos argumentos, enquanto o seu movimento reflecte concretamente a sua atividade intelectual.</p> <p>Esta atividade tem como objetivo compreender os estereótipos associados à sexualidade das pessoas idosas. No final da atividade, um debate ajudará a desconstruir estes estereótipos, permitindo que cada participante dê o seu contributo.</p>
Descrição passo a passo	<ol style="list-style-type: none"> <li>I. Esta atividade é um debate em direto/movimento que tem lugar numa sala vazia. O objetivo da atividade é deslocarmo-nos pela sala de acordo com a resposta que damos às perguntas colocadas.</li> <li>II. O moderador diz as afirmações (que encontrará abaixo). A sala é dividida em duas: a parte esquerda significa "discordo totalmente" e a parte direita significa "concordo totalmente", o que faz com que o meio seja "neutro".</li> <li>III. Após cada afirmação, os participantes elaboram a sua resposta e justificam a sua posição física na sala. Quando todos tiverem especificado a sua opinião, o moderador explica a resposta.</li> <li>IV. As afirmações que o moderador deve fazer são as seguintes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Após a menopausa, a mulher tem cada vez menos desejo sexual</u></li> </ul> <p>Solução: Falso! A menopausa não significa o fim da vida sexual da mulher. É verdade que ela deixa de ter ciclos menstruais, de ovular e a sua fertilidade pára. Embora o desejo possa mudar, este mantém-se ao longo da vida. Se o desejo de uma mulher na menopausa diminui, isso deve-se frequentemente ao facto de ela ter estado numa relação durante muito tempo e de a rotina se ter instalado. Estudos demonstraram que uma</p> </li> </ol>

mulher na menopausa que conhece um novo parceiro tem tanto desejo como uma mulher de 30 anos...

- as pessoas mais velhas já não estão interessados em sexo

Solução: Falsa! As emoções, as fantasias, a imaginação erótica não têm idade; existem durante toda a vida e até à nossa morte. A sexualidade é parte integrante da vida e, enquanto houver vida, a sexualidade também está presente.

- Com a idade, nos casais, a ternura acaba por substituir a sexualidade

Solução: Falsa! A ternura existe nos casais de todas as idades e faz parte da sexualidade e é complementar ao desejo sexual. Como muitas pessoas não conseguem imaginar a vida sexual de pessoas muito idosas, imaginam-nas de mãos dadas com ternura, sem quererem acreditar que existe vida sexual depois dos 70 anos.

- À medida que envelhecem, deixam de ser suficientemente desejáveis para ter relações sexuais

Solução: Falso! Na sexualidade, é claro que é importante desejarmo-nos uns aos outros. É verdade que uma pessoa que envelhece e já não se sente desejável pode ver o seu desejo sexual bloqueado. Mas se ela se cuidar e continuar a amar o seu corpo e o prazer que ele lhe pode proporcionar, se souber apreciar a intimidade dos corpos, o desejo persiste aos 80 anos ou mais. O problema é que na nossa sociedade, onde predomina a juventude, é preciso ter muito carácter para se convencer de que se é desejável apesar da idade avançada.

- À medida que envelhecemos, temos cada vez menos sexo.

Solução: Não é bem verdade. É verdade que, a partir dos 50 anos para as mulheres e dos 55 para os homens, a frequência das relações sexuais diminui. Passa de uma média de 8 encontros sexuais por mês para 5 por mês. Esta taxa mantém-se pelo menos até aos 69 anos, que é a idade em que os estudos param. E é provável que esta taxa se mantenha muito mais tarde, mas isso não está estudado.

- Um dia, a sexualidade pára completamente com o avançar da idade

	<p>Solução: Falso, a paragem das relações sexuais está ligada a problemas e não à idade. A sexualidade nunca pára, pois a imaginação erótica e os pensamentos sexuais fazem parte da sexualidade. Quando as relações sexuais cessam com a idade, é por causa da ausência de um parceiro, nomeadamente por causa da viuvez ou da separação.</p> <p>Caso contrário, num casal saudável, a sexualidade ativa pode continuar para toda a vida. Por outras palavras, a ereção e a lubrificação vaginal continuam a funcionar. E nos casais que se dão bem sexualmente, uma disfunção erétil grave ou uma impotência não os impede de continuar a ter uma vida sexual ativa, porque a penetração não é a única forma de ter relações sexuais...</p> <p style="text-align: center;">- <u>A evolução da sexualidade ao longo dos anos depende do carácter</u></p> <p>É verdade. Uma pessoa muito narcisista (eu sou o mais belo, o melhor, eu admiro-me, eu quero deslumbrar) sente muitas vezes que as mudanças no seu corpo devido ao envelhecimento são insuportáveis. Têm, por isso, mais dificuldade em integrar estas mudanças mantendo uma vida sexual ativa. Terão dificuldade em aceitar as mudanças sexuais impostas pela idade.</p> <p>Do mesmo modo, as pessoas perfeccionistas procuram a eficácia e o desempenho. Se a sua sexualidade não acompanhar o seu perfeccionismo, têm tendência a perder o interesse.</p> <p>Outras pessoas muito ansiosas, ditas evitadoras, com falta de autoestima, sentir-se-ão rapidamente ansiosas com as mudanças no funcionamento do seu corpo sexual. Consequentemente, têm tendência a evitar as relações sexuais à medida que envelhecem.</p>
Comentários/dicas para os dinamizadores	Certifique-se de que esta atividade é livre de juízos de valor. Alguns participantes podem não ter os conhecimentos necessários para responder.
Recursos	<p>V. Uma sala onde os participantes possam deslocar-se</p> <p>VI. A lista das questões</p>

### Atividade prática 5.2

Nome da atividade	Questionário sobre estereótipos de género
Número de participantes	Mínimo 2
Objetivos	Um estereótipo de género é uma visão generalizada ou preconceito sobre atributos ou características que devem ser possuídos

	<p>por, ou os papéis que são ou devem ser desempenhados por, homens e mulheres: é uma CRENÇA. Este questionário tem como objetivo levar os participantes a refletir sobre os estereótipos associados à comunidade LGBTQI+.</p>
<p>Descrição passo a passo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>I. O formador tem uma lista de perguntas às quais os participantes podem responder verdadeiro ou falso ou escolher entre diferentes opções.</li> <li>II. Depois de cada pergunta, os participantes mostram a resposta que escreveram no quadro branco.</li> <li>III. Segue-se um debate com a explicação da resposta correcta.</li> <li>IV. As perguntas que o moderador deve fazer são as seguintes:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <u>Qual é o símbolo da comunidade LGBTQI+??</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Uma estrela de 6 pontas</li> <li>B) Uma Bandeira de arco-íris</li> <li>C) Uma rosa colorida</li> </ol> <p>Solução: Resposta B</p> </li> <li>2) <u>O que significa o T de LGBT??</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Transgénero</li> <li>B) Transformer</li> <li>C) Telepático</li> </ol> <p>Solução: Resposta A</p> </li> <li>3) <u>Durante a maior parte do século XX, muitos investigadores associaram frequentemente a homossexualidade ao que?</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Religião</li> <li>B) Psicologia</li> <li>C) Genética</li> <li>D) Educação</li> </ol> <p>Solução: Resposta D</p> </li> <li>4) <u>A homossexualidade é uma doença e pode ser tratada</u> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> </li> <li>5) <u>Os indivíduos bi-sexuais têm mais probabilidades de trair os seus parceiros</u> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> </li> </ol> </li> </ol>



	<p>6) Os membros da comunidade LGBTQI+ são conhecidos por terem múltiplos parceiros e por terem uma libido mais elevada do que as pessoas heterossexuais cisgénero</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>7) Se uma mulher acha outra mulher bonita, pode ser lésbica</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>8) Uma pessoa não se pode definir como transgénero se não tiver mudado cirurgicamente o seu sexo anatómico</p> <p>Verdadeiro/falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>9) As pessoas transgénero são todas gays</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>10) As pessoas transgénero estão apenas "confusas" quanto ao seu género</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Soluções: Falso</p> <p>11) Os homossexuais preferem frequentemente parceiros muito jovens</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>12) Todas as drag queens são gays</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p> <p>13) Intersexual e transgénero são a mesma coisa</p> <p>Verdadeiro/Falso</p> <p>Solução: Falso</p>
--	---

Comentários/dicas para os dinamizadores	Certifique-se de que esta atividade é livre de juízos de valor. Alguns participantes podem não ter os conhecimentos necessários para responder.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um pequeno quadro branco por participante e marcadores de quadro branco</li> <li>- É possível colocar as perguntas num Kahoot para o tornar 100% digital.</li> </ul>

## Atividade adicional

Encontrará 3 filmes LGBTQI+ para ver com uma breve descrição:

**Blue is the warmest color (2013):** O filme segue Adèle, uma adolescente que se apaixona por uma estudante mais velha chamada Emma, que é aspirante a pintora. A protagonista, que é uma introvertida estudante de 15 anos do liceu que namora com um rapaz da escola: Thomas. Ao passar por uma mulher de cabelo azul, por quem se sente imediatamente atraída, tem fantasias vívidas com ela e começa a experimentar beijos com uma das suas amigas. Emma e Adèle acabam por se encontrar e os amigos da escola de Adèle começam a ostracizá-la, suspeitando que ela é lésbica. Ao longo do filme, Adèle descobre o desejo, a liberdade e sente-se incomodada com a sua sexualidade.

**Love, Simon (2018):** Simon Spier, 17 anos, é um adolescente que esconde a sua homossexualidade. Frequenta a Creekwood High School, nos subúrbios de Atlanta, com os seus três melhores amigos. Um dia, Simon fica a saber que outro adolescente homossexual da sua escola acabou de se assumir anonimamente na Internet, sob o pseudónimo "Blue". Também anonimamente, Simon começa a comunicar com este rapaz. Os dois adolescentes depressa se confidenciam um ao outro e criam uma verdadeira ligação. Mas quando as mensagens que troca com "Blue" caem nas mãos erradas, a vida de Simon começa a mudar.

**Crush (2022):** Uma aspirante a artista é forçada a juntar-se à equipa de atletismo do liceu, aproveitando a oportunidade para perseguir a rapariga por quem há muito tem um fraquinho. Mais tarde, porém, apaixona-se por um inesperado colega de equipa e descobre o que é o verdadeiro amor.

## Conclusão

Para concluir este módulo, podemos dizer que, antes de abordar as dificuldades que a comunidade LGBTQI+ idosa pode enfrentar em lares de idosos e unidades de saúde, precisamos de rever os estereótipos sobre a sexualidade das pessoas idosas em geral. De facto, admitir que as pessoas

idosos podem ter uma sexualidade é um grande passo para uma maior inclusão da comunidade LGBTQI+. De facto, ao libertar a palavra sobre a sexualidade em geral, torna-se mais fácil explicar que a heterossexualidade não é a única sexualidade existente. Um trabalho de consciencialização e abertura de mentalidades é crucial para tornar estas instituições mais amigas da comunidade LGBTQI+ e permitir que esta comunidade se sinta em casa, como qualquer outro indivíduo.

Para além disso, podemos partilhar algumas ideias e sugestões para tornar o lar de idosos mais amigo das pessoas LGBTQI+. Estas sugestões podem ajudar a criar confiança e beneficiar todos os residentes, independentemente da sua orientação sexual e identidade de género.

Além disso, podemos abordar quais as leis internacionais que visam proteger a comunidade LGBTQI+ e quais os serviços a que devemos recorrer quando somos vítimas de discriminação. Isto pode variar de país para país, dependendo das acções que são tomadas contra estas discriminações. Para além disso, foram enumerados mais conselhos profissionais para ajudar os residentes a sentirem-se mais em casa e foram abordadas algumas vigilâncias para comportamentos problemáticos específicos.

Por fim, foram apresentadas duas actividades dinâmicas para acompanhar este currículo e ultrapassar os estereótipos que podemos ter sobre a sexualidade das pessoas mais velhas e a comunidade LGBTQI+.

O que é preciso lembrar: Se o lar de idosos ou a unidade de saúde está relacionado com um lugar de vida e de cuidados, é também o reflexo da nossa sociedade em que parece ser ainda a norma de orientação sexual: a de ser heterossexual. Por isso, não se esqueça de que a desconstrução da heteronormatividade no lar de idosos é uma continuidade do que a nossa sociedade em geral precisa de trabalhar.

## Fontes

CASTANET Victor, “L’homosexualité, interdite de séjour en Ehpad”. *Le Monde*, Mars 2019

Une maison de retraite LGBT: <https://youtu.be/goJVAVf9mvg>

Podcast: “Les seniors LGBT+”, par Hors Case

About gender equality and the human rights of women and LGBTI persons, OHCHR and Women’s human rights and gender equality: [OHCHR and women’s human rights and gender equality | OHCHR](#)

Minilex, “Les droits fondamentaux liés à la sexualité”, Droit de l’Homme et droits fondamentaux.  
[Les droits fondamentaux liés à la sexualité | Minilex](#)

United Nations Human Rights (Office of the High Commissioner) – LA Covid-19 et les droits de l’Homme des personnes LGBTQI+, 17 March 2020: [Newsletter \(ohchr.org\)](#)

United Nations Human Rights (Office of the High Commissioner) “Gender Stereotyping and the judiciary: a workshop guide”: [Gender Stereotyping and the Judiciary: A Workshop Guide | OHCHR](#)

OHCHR Human rights of LGBTI People tool : free online course accessible : [OHCHR Human Rights of LGBTI People Tool | ITCILO](#)

World Economic Forum, LGBTI Inclusion, « 3 ways to protect LGBTI rights across the world », May 17, 2021

Infirmiers.com, « L’homosexualité en Ehpad : un double tabou qu’il nous faut briser » ; 11 septembre 2020 : [L’homosexualité en EHPAD : un double tabou qu’il nous faut briser | Infirmiers.com](#)

Age village : Le site d’infos des seniors et des aidants, « sexualité en Ehpad, des limites difficiles à dépasser » : [Sexualité en EHPAD, des limites difficiles à dépasser - agevillage](#)

SOS Homophobie, Intervention et formation pour Adultes: [Nous contacter | SOS homophobie \(sos-homophobie.org\)](#)

World Economic Forum : « all too often LGBT+ people are invisible » : This is what must change », 6 January 2020 : [What can we do to create a more inclusive society for LGBT+ people? | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

World Economic Forum : « 5 LGBT Films you can watch right now », 17 May 2016 : [5 LGBT films you can watch right now | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

The muse, “11 simple ways you can make your workplace more LGBTQ Inclusive.” 6 January 2022: [11 Simple Ways You Can Be More LGBTQ-Inclusive at Work | The Muse](#)

Cap retraite, “Les personnes LGBT ont-elles une place en maison de retraite?”: [Tout savoir sur la prise en charge des personnes LGBT en maison de retraite | Cap Retraite](#)

La mutuelle Générale, “7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées”, 20 Octobre 2017: [7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées | La Mutuelle Générale \(lamutuellegenerale.fr\)](#)

Le devoir, “L’homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence” 4 Mai 2009: [L’homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence | Le Devoir](#)

Amnesty International, « 5 fausses idées sur les personnes intersexes », 31 Octobre 2018 : [5 fausses idées sur les personnes intersexes - Amnesty International France](#)



*Este documento é o resultado de um projeto financiado pelo Programa ERASMUS+ (convite 2021), gerido pela Agência Nacional Francesa.*

*Project n° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303*

## PARTNERS

