

A ditadura do tempo: perspetivas dos/as profissionais dos lares relativamente à violência contra a pessoa idosa institucionalizada

Rita Ferreira Alves de Jesus Campante

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A ditadura do tempo: perspetivas dos/as profissionais dos lares
relativamente à violência contra a pessoa idosa institucionalizada**

Rita Ferreira Alves de Jesus Campante

outubro, 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e
de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada
pela Doutora ***Sara Isabel Magalhães*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Doutora Sara Magalhães, não só pelo apoio imprescindível na realização deste estudo, mas pela sua infinita paciência, carinho e partilha de experiência que seguramente tornaram este trabalho muito mais rico.

À minha família, aqueles que são sempre os primeiros a acreditar em mim, por perdoarem as tantas ausências em jantares e atrasos nos telefonemas. Pelo conforto e abraço constante.

Aos meus pais, por me terem ensinado a importância e o valor que as palavras possuem e por me ensinarem a não desistir.

À Royal, à Maria, à Babi, à Ellen, à Tweety, à Roda, ao Pedro, ao Esteves, à Eunice e ao Toni os ombros amigos que estiverem e estão sempre à distância de uma chamada prontos para ouvir todos os desabafos e para me segurar em momentos de crise.

À Juliana, à Joana Mesquita, à Joana Tiago e à Bibi, por serem a definição de amizade constante e por estarem sempre presentes, independentemente das circunstâncias. O tempo fala por si e as histórias partilhadas não deixam espaço para dúvidas.

À Adriana, ao Bordas, ao T0, à (Fu)Mantiis, ao Marca Passo, à Sweet Power, uma família disfuncional, mas sem a qual este longo percurso não teria sido tão bonito. Obrigada por todo o apoio e paciência face à fraca eloquência para discursos.

Ao Alex, pelo Porto no Morro e por todas as memórias que ficam em analógico.

Aos/às participantes, pelo seu contributo na realização deste trabalho e, especialmente, pela sua partilha honesta de histórias que certamente não esquecerei.

Aos meus avós, Alda, Manuel e Lucília, a quem dedico este trabalho e para quem as minhas palavras nunca serão suficientes, um obrigada, pelo amor sem fim e por serem um exemplo incontestável na minha vida.

Resumo

A violência contra as pessoas idosas não é uma problemática recente, no entanto constitui uma realidade que é consideravelmente desvalorizada, o que poderá resultar do facto de estarmos numa sociedade em que esta população é profundamente discriminada. O envelhecimento da população, leva à necessidade de recorrer com maior frequência à institucionalização, um contexto ainda mais discriminatório e promotor de violência. Com este estudo pretendemos compreender quais são as perspetivas e atitudes dos/as profissionais que trabalham nestas instituições relativamente ao idadismo e à violência contra as pessoas idosas e como se posicionam face à mesma.

Desta forma realizaram-se entrevistas semiestruturadas a 7 profissionais que trabalham ou já trabalharam em instituições residenciais, com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos, sem focar numa classe de profissionais específica, o que resultou numa amostra com enfermeiros/as, auxiliares de geriatria, uma animadora sociocultural e uma administrativa. Posteriormente, procedeu-se à análise dos dados seguindo o método da análise temática (Braun & Clarke, 2006). Desta análise do discurso emergiram 4 temas: *As múltiplas facetas da violência*, *Fatores de vulnerabilidade*, *Cultura do silêncio* e *Dinâmicas institucionais*. Estes temas remetem para um reconhecimento geral por parte dos/as profissionais para a realidade da violência que existe nas instituições, refletindo ainda uma descrença na possibilidade de mudança.

As principais conclusões deste estudo que podem ser destacadas são a noção de que a violência nas instituições é sistémica, que o idadismo opera e contribui para a manutenção do ciclo de violência, e a impotência sentida pelos/as profissionais. Estas conclusões conduzem a algumas implicações práticas que implicam um repensar das instituições e do seu funcionamento, bem como, a uma posição crítica e de questionamento face às ideias estereotipadas sobre o que é ser idoso/a.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idadismo, Violência, Idosos, Institucionalização, Profissionais, Perceções

Abstract

Violence against older people is not a recent issue, however, it is a reality which is considerably undervalued, which may result from the fact that we live in a society where this population is deeply discriminated against. The ageing of the population leads to the need to resort more often to institutionalization, a context which is even more discriminatory and promoter of violence. This study aimed to understand the perspectives and attitudes of the professionals working in these institutions towards ageism and violence against older people and how they position themselves in relation to it.

Thus, semi-structured interviews were conducted with 7 professionals who work or have worked in residential institutions, aged between 24 and 52 years old, without focusing on a specific class of professionals, which resulted in a sample of nurses, geriatric assistants, a sociocultural animator and an administrative assistant. Subsequently, data were analyzed using the thematic analysis method (Braun & Clarke, 2006). Four themes emerged from this discourse analysis: *The multiple facets of violence*, *Vulnerability factors*, *Culture of silence* and *Institutional dynamics*. These themes point to a general recognition by the professionals of the reality of violence existing in the institutions, while also reflecting a disbelief in the possibility of change.

The main conclusions of this study which can be highlighted are the notion that violence in institutions is systemic, that ageism operates and contributes to the maintenance of the cycle of violence, and the powerlessness felt by the professionals. These conclusions lead to some practical implications which imply a rethinking of the institutions and their operation, as well as a critical and questioning position towards the stereotyped ideas of what it is to be an older person.

Keywords: Aging, Ageism, Violence, Elderly, Institutionalization, Professionals, Perceptions

Resumé

La violence à l'égard des personnes âgées n'est pas un problème récent, mais il s'agit d'une réalité qui est considérablement sous-estimée, ce qui peut résulter du fait que nous vivons dans une société où cette population est profondément discriminée. Le vieillissement de la population entraîne la nécessité de recourir plus souvent à l'institutionnalisation, un contexte encore plus discriminatoire et favorisant la violence. Cette étude visait à comprendre les perspectives et les attitudes des professionnels travaillant dans ces institutions à l'égard de l'âgisme et de la violence à l'égard des personnes âgées et la façon dont ils se positionnent par rapport à ces phénomènes.

Ainsi, des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 7 professionnels travaillant ou ayant travaillé dans des institutions résidentielles, âgés de 24 à 52 ans, sans se focaliser sur une classe spécifique de professionnels, ce qui a donné lieu à un échantillon d'infirmiers, d'assistants gériatriques, d'un animateur socioculturel et d'un employé administratif. Ensuite, les données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Quatre thèmes ont émergé de cette analyse du discours: *Les multiples facettes de la violence*, *Les facteurs de vulnérabilité*, *La culture du silence* et *Les dynamiques institutionnelles*. Ces thèmes indiquent une reconnaissance générale par les professionnels de la réalité de la violence existant dans les institutions, tout en reflétant également une incrédulité quant à la possibilité de changement.

Les principales conclusions de cette étude qui peuvent être soulignées sont la notion que la violence dans les institutions est systémique, que l'âgisme opère et contribue au maintien du cycle de la violence, et l'impuissance ressentie par les professionnels. Ces conclusions conduisent à des implications pratiques qui impliquent de repenser les institutions et leur fonctionnement, ainsi qu'une position critique et interrogative à l'égard des idées stéréotypées de ce qu'est une personne âgée.

Mots-Clés: Vieillissement, Ageisme, Violence, Personnes âgées, Institutionnalisation, Professionnels, Perceptions

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Resumé.....	vi
Índice	vii
Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
1. Envelhecimento e Idadismo	3
2. Violência contra a pessoa idosa.....	10
3. Institucionalização	14
Metodologia.....	22
1. Participantes	22
2. Método de recolha de dados	23
3. Método de análise de dados.....	24
Análise e Discussão de Resultados	26
1. Múltiplas Facetas da Violência	27
2. Fatores de Vulnerabilidade.....	30
3. Cultura do Silêncio	35
4. Dinâmicas Institucionais	39
5. Reflexões finais	44
Conclusão	47
Referências bibliográficas.....	49
Anexos.....	54
Anexo 1 – Guião de Entrevista	55
Anexo 2 – Consentimento Informado	57

Introdução

O presente estudo aborda as experiências de violência contra as pessoas idosas em contexto institucional. O acentuado aumento da população com idade avançada e as previsões que sustentam que este aumento se irá manter, a par do crescente reconhecimento deste fenómeno cada vez mais retratado pelos media, tornam este tema não só atual, mas ainda relevante, considerando a carência de medidas, intervenções e teorias que expliquem como esta situação se perpetua.

Esta investigação dá primazia ao contexto institucional, um contexto publicamente reconhecido como mais promotor de violência e a que cada vez mais famílias são obrigadas a recorrer, mas também ao discurso dos/as próprios/as trabalhadores/as, procurando compreender a sua experiência única e as suas perspetivas sobre o abuso que ocorre nestas estruturas residenciais.

Este trabalho terá como base teórica a perspetiva do idadismo, visando explicar a vitimação da população idosa através da discriminação e da violência sistémica, explorando como a discriminação contra este grupo e a falta de consciência sobre a mesma gera cada vez mais situações de abuso e violência.

A um nível estrutural esta dissertação encontra-se dividida em 4 secções: enquadramento teórico, metodologia, análise e discussão de resultados e conclusão. No enquadramento teórico são explorados os conceitos mais pertinentes para a presente investigação. Inicialmente é abordado o envelhecimento da população, caracterizando esta tendência demográfica e procurando compreender quais os desafios que acarreta, tanto para os indivíduos como para a sociedade. De seguida exploramos o conceito de idadismo compreendendo este conceito como inerente tanto à questão do envelhecimento como à questão da violência contra pessoas idosas. Por fim, são focadas as temáticas da violência e da institucionalização, destacando-se os pontos considerados mais pertinentes para uma caracterização de ambas. No que diz respeito à metodologia, esta secção engloba uma caracterização da amostra, e uma descrição da metodologia selecionada tanto para a recolha como para a análise dos dados, justificando as escolhas metodológicas feitas pela investigadora. Relativamente à análise e discussão de resultados, são apresentados os temas resultantes da análise realizada, e estes são discutidos à luz da literatura produzida até à data, sendo acompanhados de excertos dos discursos dos/as participantes, de forma a tornar esta narrativa mais fluída e intuitiva para o/a leitora. Finalmente segue-se a conclusão, na qual se

destacam as principais ideias do estudo, e são apresentadas as limitações do mesmo, bem como as implicações práticas da investigação e sugestões para estudos futuros.

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento e Idadismo

O envelhecimento populacional tem sido considerado como uma das mais significativas tendências demográficas do século (INE, 2015). Este fenómeno resulta não só do aumento da esperança média de vida e do decréscimo das taxas de natalidade, mas também dos avanços feitos na área da medicina que permitem uma maior longevidade (Estevens, 2017).

Em Portugal no período entre 1960 e 2001 a proporção da população idosa duplicou, passando de 8,00% para 16,4%, traduzindo-se num aumento da população idosa em 140% (INE, 2002). Uma tendência crescente corroborada pelos dados mais recentes apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2019), referentes ao ano de 2018, nos quais a população idosa correspondia a 21,8% da população residente no nosso país. Portugal é assim o terceiro país com população mais envelhecida da União Europeia (INE, 2019).

Apesar da importância de conhecermos as estatísticas de forma a podermos contextualizar o fenómeno crescente do envelhecimento populacional e os possíveis desafios que esta tendência demográfica acarreta, não devemos conceber o envelhecimento apenas através destes números, sendo que este é um processo de desenvolvimento humano que implica fatores socioculturais, económicos e políticos (Carvalho & Dias, 2011).

Então qual a definição do envelhecimento e quais os critérios que definem uma pessoa como idosa? Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002) considera-se pessoa idosa qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 60 ou 65 anos, dependendo da idade de reforma de cada país. Este critério, apesar de ser o mais utilizado para caracterizar a população em estudo, nem sempre é fiável pois não tem em conta todas as circunstâncias da vida do indivíduo.

Posto isto, e considerando a multiplicidade de fatores tanto biológicos como ambientais que influenciam o indivíduo, seria inapropriado tentar conceber o processo de envelhecimento como um processo homogéneo que decorre da mesma forma para todos/as os/as cidadãos/ãs. Como mencionado por Guillemard e Lenoir (1976, cit. in Gil & Santos, 2012), o envelhecimento não se prende com um processo apenas biológico, mas sim com o resultado de um processo de vida e com todas as escolhas e experiências prévias vivenciadas.

Assim, perante a ambiguidade característica do tema e a complexidade do mesmo, que inviabiliza uma definição única, diferentes autores oferecem perspectivas distintas sobre este processo desenvolvimental.

Alguns autores apontam que esta etapa da vida humana é marcada por uma alta prevalência de limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social (Ramos, 2003), apoiando-se assim na metáfora da colina que parte da premissa que a partir de uma determinada altura o desenvolvimento está relacionado com o declínio da funcionalidade e não com o crescimento (Paúl, 2006 cit. in Gonçalves, 2010).

Por sua vez, outros autores como Zimerman (2000, cit. in Carvalho & Dias 2011, p.165) defendem que a “velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças”, contestando a associação frequentemente realizada entre idade e doença. Nesse mesmo sentido, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2002, o conceito de Envelhecimento Ativo que pressupõe otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a aumentar a qualidade de vida dos idosos. A Organização Mundial da Saúde avança ainda que o conceito de atividade não se limita à capacidade física ou de trabalho dos indivíduos, mas sim à possibilidade de estes se manterem ativos no contexto familiar e da comunidade.

Um estudo conduzido por Gil e Santos (2012) demonstrou que esta falta de consenso não é observável apenas na esfera da literatura, mas também no discurso das próprias pessoas idosas. Quando questionados sobre qual o significado de envelhecer as opiniões dividiram-se entre quem considerava o envelhecimento como um processo normativo e positivo no qual ressaltavam o conhecimento e a experiência de vida adquirida, e quem percecionava o envelhecimento como uma fase de perdas, marcada pelo medo da doença, incerteza e possibilidade de futura dependência.

Existe uma constelação de possíveis trajetórias e fatores que interferem com o processo de envelhecimento, no entanto, já foram identificados na literatura certos aspetos que promovem um envelhecimento mais saudável, ou pelo contrário, uma experiência mais negativa.

As redes de suporte social e as relações com outros significativos, o papel social desempenhado pelos idosos e o estado de saúde real e percebido são elementos que contribuem significativamente para a perceção da qualidade de vida da população idosa. As

relações sociais adquirem uma maior importância nesta fase da vida uma vez que as redes sociais se vão tornando cada vez mais reduzidas e que as alterações funcionais podem dificultar a participação social da pessoa idosa (Cations et al., 2020).

A participação ativa na sociedade e a tentativa de se manterem ativos/as surgem também como tópicos centrais na discussão dos fatores que promovem um maior bem-estar, apontando-se o voluntariado (Martins, 2010) e outras atividades socioculturais como a participação em partidos políticos ou associações de bairro (INE, 2002), sublinhando-se a importância de permanecer ativo “O que é preciso é não parar ou ficar em casa sem fazer nada (...). Tem de se caminhar, andar e fazer sempre coisas” (Gil & Santos, 2012, p. 158).

Relativamente à saúde e à funcionalidade, estas variáveis ocupam também um papel de relevo na perceção de qualidade de vida e bem-estar nos/as idosos/as (Fonseca, 2006), concebendo a saúde em duas dimensões, a saúde real e a saúde percebida, isto é, a avaliação objetiva do estado de saúde e a avaliação subjetiva feita pelos indivíduos.

Por outro lado, alguns dos fatores conhecidos que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos passam pela diminuição da atividade física, a perda de capacidades cognitivas, a depressão e incapacidade de ajustamento do/a cuidador/a face às necessidades do/a idoso/a.

A pouca atividade física que poderá derivar de uma perda das capacidades físicas associadas à idade, poderá contribuir para o aparecimento de doenças crónicas (Matsudo et al., 2000), sendo necessário ressaltar que de acordo com a investigação a maioria dos efeitos adversos na saúde relaciona-se com a imobilidade e má adaptação e não com patologias crónicas (Kuroda & Israell, 1988, cit in. Matsudo et al., 2000). Na mesma linha, o decréscimo das capacidades cognitivas é também um dos aspetos mais abordados na investigação sobre o envelhecimento (Paúl, 1997, cit in. Gonçalves, 2010) que constitui um obstáculo à qualidade de vida percebida pelo/a idoso/a, desafiando a possibilidade de um envelhecimento saudável.

A depressão é também um fator de risco para o envelhecimento bem-sucedido, sendo uma realidade que afeta entre 10% a 15% da população idosa (Burns et al., 2002 cit in. Gonçalves, 2010). Esta perturbação pode impossibilitar um envelhecimento bem-sucedido não só pelas suas características, mas também pelo facto de muitas vezes os/as idosos/as serem diagnosticados com demência ao invés de depressão, uma vez que é comum os indivíduos apresentarem sintomas de ordem fisiológica como perda de memória e alterações

neuropsicológicas (Gonçalves, 2010), o que poderá impedir uma resposta de tratamento adequada.

Assim, esta multiplicidade de variáveis, que remetem tanto à dimensão social, psicológica e biológica, estão em constante interação e acabam por se influenciar mutuamente.

Relativamente ao estudo do envelhecimento, é ainda relevante salientar a mudança de paradigma cultural que ocorreu nas últimas décadas. Se no passado a idade era relacionada com a noção de experiência e conhecimento, e a pessoa idosa tinha reconhecimento social, respeito e poder (Gonçalves, 2006; Nelson, 2005), atualmente impera uma sociedade marcada por uma cultura de estereótipos que valorizam os símbolos da juventude (Ferreira-Alves & Novo, 2006), consequentemente levando à desvalorização e marginalização da população idosa. A população idosa reconhece estas mudanças nas normas sociais que se traduzem numa imagem negativa associada a quem envelhece, gerando um contexto de aceitação e tolerância perante situações de violência (Mysyuk et al., 2016; Angus & Reeve, 2006).

Esta mudança de paradigma traduz-se numa discriminação contra a população idosa, levando a que, em 1969, Butler designasse pela primeira vez esta discriminação com base na idade como idadismo. Palmore (2001) defende que, à semelhança do racismo e sexismo, o idadismo se prende com o preconceito e discriminação contra uma categoria de pessoas, uma premissa que foi também defendida por Butler na definição original que propôs sobre o idadismo na qual refletia sobre o critério que gerava a discriminação (Butler, 1989). No entanto, apesar das evidentes semelhanças entre o sexismo, o racismo e o idadismo, surge uma grande diferença entre as mesmas, uma vez que no caso do sexismo e do racismo, esta discriminação ocorre com base em características estáveis que não se alteram com o decorrer do ciclo de vida, ao contrário do que acontece com a discriminação com base na idade, uma vez que aí todos os indivíduos estão vulneráveis a tornarem-se vítimas desta discriminação (Sargent-Cox, 2017; Palmore, 2015).

O idadismo constitui assim uma forma de discriminação que está adjacente a uma infinidade de comportamentos, atitudes e preconceitos que se verificam nas interações quotidianas e que colocam em causa a dignidade e individualidade da pessoa idosa (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Ferreira-Alves e Novo (2006), procuraram então compreender qual seria a percepção das pessoas mais velhas face à exposição a situações de discriminação. Os resultados obtidos revelam que estas compreendem quando estão a ser vítimas de discriminação. Mais de metade da amostra afirmou já ter sido vítima de discriminação, constatando-se que existem formas de discriminação que são mais recorrentes, sendo as mais referidas pelos/as idosos/as a desvalorização do seu sofrimento, a assunção de surdez e a incapacidade de compreensão devido à idade.

Esta situação tem ganho um maior reconhecimento, não só no domínio público e no campo da investigação científica, mas também na percepção dos próprios indivíduos. Em 2014 foi conduzido um estudo entre 28 países europeus tendo os resultados demonstrado que a percepção de discriminação sentida com base na idade foi mais prevalente do que a discriminação sentida pelos indivíduos com base no género e etnia, isto é, tendo sido o tipo de discriminação mais reportada pelos/as participantes por comparação com o sexismo e o racismo (Ayalon, 2014).

O idadismo corresponde assim a um cenário discriminatório que promove uma desvalorização da individualidade em torno de uma identidade de grupo, sendo retratado por Ferreira-Alves e Novo (2006) como um “apagar” das questões identitárias do indivíduo como o género ou a escolaridade, uma vez que “não há homens idosos ou mulheres idosas, apenas idosos!” (Ferreira-Alves & Novo, 2006, p. 74). Palmore (2015) menciona ainda que esta forma de discriminação tem como base da sua manutenção e reprodução as representações generalistas das pessoas idosas através da comunicação social, dos *media*, da literatura e do discurso social. Por norma estes estereótipos relacionados com a idade têm como fundamento preconceitos negativos e reduzem as pessoas idosas a um grupo homogéneo muitas vezes retratado pela fraqueza, doença e demência.

As crenças idadistas, aliadas ao crescimento acentuado da população idosa, acabam por se traduzir no aumento, ou pelo menos no reconhecimento, das situações de violência contra este grupo.

Uma realidade já trazida para a discussão, pelo menos no contexto da investigação, trata-se do impacto direto que o idadismo tem nas pessoas idosas, sendo um dos mais referenciados as consequências adversas que tem para a saúde dos indivíduos, quer seja a saúde física como a saúde mental (Pascoe & Richman, 2009). A título de exemplo poderemos apontar a depressão e/ou os sintomas depressivos que parecem aumentar ou ser

potenciados quando os indivíduos têm percepções negativas sobre envelhecer ou quando se percebem como um fardo para as famílias (Bai et al., 2016; Freeman et al., 2016). A satisfação com a vida é também outra variável afetada pelo idadismo, sendo que os indivíduos que reportam já ter passado por experiências discriminatórias devido à sua idade reportam níveis de satisfação com a sua vida inferiores (Browning, Penning & Wu, 2020).

No estudo realizado por Chang e seus colaboradores/as (2020) sobre o impacto do idadismo na saúde das pessoas idosas, os/as autores/as, identificam a tendência crescente de idadismo dentro das estruturas de saúde, em que os/as profissionais cada vez mais expressam atitudes idadistas, provocando um aumento da discriminação sistémica contra as pessoas idosas. Encontramos ainda no âmbito da discriminação perpetuada pelos/as profissionais da saúde, o papel que ocupam os profissionais da saúde mental, que não raras as vezes consideram que os/as utentes não têm problemas psicológicos que exijam terapia, sendo apenas pessoas solitárias que querem alguém, neste caso o/a terapeuta, que as ouça (Nelson, 2011).

Mas este efeito sentido de forma direta não reflete todas as consequências indiretas, não reflete o porquê de esta ter sido considerada por como uma “doença social” (Palmore, 2015), não engloba a vertente sistémica que o idadismo traz consigo. O idadismo é uma forma de discriminação com base num pressuposto simples, mas que encontramos extremamente enraizada de diferentes formas na sociedade, na economia, na política, na esfera do emprego e da saúde, traduzindo-se assim numa forma de discriminação estrutural.

No contexto laboral, podemos mencionar os resultados de Brodmerkel e Barker (2019) que propõe no seu estudo como o idadismo pode ser encontrado no mundo do trabalho e como os/as funcionários/as mais velhos/as experienciam e reconhecem esta discriminação, aliando também a uma justificação económica que passa por contratar funcionários/as mais jovens e com menos experiência como uma forma de redução de custos.

No contexto da saúde e da investigação científica verifica-se também uma falta de representatividade, mesmo em estudos cujos resultados afetam, principalmente a população idosa, nomeadamente a nível de ensaios clínicos sobre medicamentos frequentemente utilizados pela população idosa com patologias crónicas (Konrat et al., 2012).

Relativamente à economia tornam-se evidentes os pressupostos que imperam e guiam as decisões tomadas. Angus e Reeve (2006) demonstram como o governo australiano calcula as suas receitas e despesas através de um rácio de dependência, dividindo a

população entre aqueles/as que pagam impostos, isto é, o grupo dos 14 aos 64 anos, e aqueles/as que não pagam impostos, ou seja, pessoas com mais de 65 anos. Esta divisão da população espelha claramente a raiz idadista do sistema económico, caracterizando assim todas as pessoas com mais de 65 anos como um grupo dependente.

Partindo desta mesma linha de raciocínio verificamos que a extensão da violência sistémica gerada pelo idadismo no contexto económico não termina com esta divisão, mas antes multiplica-se. Apesar de se conferir este estatuto de dependência aos/às jovens e aos/às idosos/as encontramos uma grande diferença entre ambos que culmina na produtividade. Se os/as jovens são considerados como futuros produtores de riqueza e impulsionadores da economia, esta produtividade económica não é associada aos/às idosos/as o que se traduz num escasso e insuficiente investimento nas infraestruturas sociais necessárias para a população idosa (Angus & Reeve, 2006).

Ainda no panorama económico podemos encontrar a um nível micro o idadismo. Se procurarmos exemplos concretos deparamo-nos com um leque de produtos e indústrias que transmitem, de forma explícita, a visão que a sociedade tem sobre a questão do envelhecimento. Por exemplo, na indústria da cosmética encontramos inúmeros produtos que prometem reverter os efeitos do envelhecimento (Palmore, 2015), e na indústria dos cartões de aniversário, deparamo-nos com os postais, encobertos com humor, que refletem a mensagem que infelizmente estamos um ano mais velhos (Nelson, 2005), tornando assim o envelhecimento um inimigo ou um “mal comum” que deverá ser combatido.

Torna-se assim urgente e necessário começar por desafiar esta discriminação que já está tão presente que quase não percebemos a sua real dimensão e o espaço que ocupa na vida quotidiana. Na realidade, o idadismo é fortemente desconsiderado como um problema social, sendo que em 2014, Levy e colaboradores/as conduziram um estudo com enfoque nas redes sociais, nomeadamente, no Facebook, onde verificaram que as descrições pejorativas e ofensivas sobre os idosos não constituíam uma violação às normas da rede social de proibição de discurso de ódio, que por sua vez impedem o discurso ofensivo baseado na raça, género, sexo, nacionalidade, etnicidade, religião, orientação sexual, doença e desabilidade das pessoas, mas não tem qualquer forma de impedimento quando se trata da idade.

Sargent-Cox (2016) conclui que estamos inseridos numa sociedade idadista, o que implica que de alguma forma todos temos crenças idadistas internalizadas, uma ideia apoiada

por Nelson (2011) que afirma que até indivíduos com atitudes positivas perante os/as idosos/as falam de forma diferente com a população mais velha.

2. Violência contra a pessoa idosa

A violência contra a população mais envelhecida não constitui um problema recente, no entanto, foi apenas em 1970 que esta problemática começou a ser alvo da atenção pública e de investigação (Jackson, 2018). Esta maior visibilidade é resultado do envelhecimento global (Santos, 2013), sendo que o envelhecimento implica uma maior vulnerabilidade do indivíduo, o que poderá constituir um fator de risco para a ocorrência da violência (Gil & Santos, 2012).

Gonçalves (2006) menciona no seu trabalho a transversalidade do fenómeno da violência contemplando que qualquer pessoa é vulnerável ao abuso independentemente da sua etnia, religião e estatuto socioeconómico. Embora a violência já tenha sido declarada como um problema de saúde pública, é necessário conceber este problema para lá da esfera da saúde, pois este implica também questões sociais e criminais (Carrilho et al., 2015).

Um inquérito realizado pela Comissão Europeia (2008) evidencia que a maioria dos europeus considera que os idosos são um grupo vulnerável a violência psicológica ou física (64% e 52%, respetivamente). Aproximadamente metade dos europeus percebe a violência contra a população mais velha como um problema comum no seu país (47%) e 65% dos europeus considera que as pessoas em idade mais avançada e em condição de dependência são vítimas de violência e negligência.

A violência contra as pessoas idosas poderá ser definida como “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação adequada, que ocorre no âmbito de qualquer relação onde existe uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha” (OMS, 2002, p. 126-127). Esta forma de violência inclui atos de violência, maus-tratos e/ou negligência, tanto em contexto de comunidade como em contexto institucional, e diz respeito a um dos grupos mais vulneráveis da sociedade. (Lowenstein, 2009).

Perel-Levin (2008), no âmbito da redação de um relatório da Organização Mundial da Saúde identifica cinco formas de violência contra esta população: (a) a violência física, (b) a violência psicológica ou emocional, (c) a violência financeira, (d) a violência sexual e (e) a negligência. A violência física (a) refere-se a todas as atitudes que têm como finalidade causar dor física e ferimentos (Perel-Levin, 2008). Alguns exemplos de violência física

passam por sobremedicar, esbofetear, empurrar, atirar objetos, forçar a alimentação e utilização de restrições físicas de forma inadequada visando a imobilização do indivíduo (Collins, 2006; Perel-Levin, 2008). A violência psicológica ou emocional (b) implica o sofrimento e angústia provocada através de ameaças, agressões verbais, humilhação, infantilização entre outros (Ferreira-Alves, 2005; Perel-Levin, 2008). A violência financeira (c) diz respeito ao uso ilegal ou impróprio de bens, fundos e propriedades da pessoa idosa por parte do cuidador, contemplando ações como o roubo, a venda de propriedades, a transferência de dinheiro ou propriedade sem consentimento ou até mesmo forçada (Perel-Levin, 2008). A violência sexual (d) concerne todas as formas de contacto sexual sem consentimento ou cujo significado o idoso não compreende, incluindo toques, assédio sexual e violação (Ferreira-Alves, 2005; Perel-Levin, 2008). Esta forma de abuso é a menos reconhecida, detetada e reportada (Smith et al., 2017). Por fim, a negligência (e) é a forma de violência que implica uma recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa (Perel-Levin, 2008). A negligência pode refletir-se na ineficácia em providenciar alimentação, roupa, higiene e cuidados médicos, sendo que a negligência médica implica o adiamento em procurar tratamentos médicos, ignorar doenças crónicas ou não providenciar a medicação necessária (Collins, 2006; Perel-Levin, 2008). O abandono pode ser considerado a forma mais extrema de negligência e ocorre quando o responsável por auxiliar ou cuidar da pessoa deserta (Jackson, 2018).

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) registou entre 2013 e 2018 5.482 vítimas idosas, predominando o género feminino (78.95%) entre as vítimas e uma forma de vitimação continuada. No entanto estes números não devem ser considerados como representativos a nível da prevalência deste fenómeno, uma vez que muitos casos não chegam a ser reportados.

Ferreira-Alves (2005) refere que segundo a Associação Americana de Psicologia (1999), por cada caso reportado, existirão cinco casos não referenciados ou não identificados. O autor propõe então a Teoria do Iceberg de forma a explicar a baixa denúncia face a situações de violência e maus-tratos. Esta teoria postula que o abuso visível é apenas uma pequena percentagem face ao número total de situações de abuso (Ferreira-Alves, 2004), existindo três níveis de visibilidade, 1) aquele que é reportado, 2) o que é identificado, mas não reportado às autoridades competentes, e por fim 3) o que não é identificado nem reportado.

São vários os fatores que contribuem para esta invisibilidade e baixa taxa de denúncia. Entre eles destacam-se a negação tanto por parte do agressor como da vítima, o medo e vergonha da vítima, o receio em perder o contacto com o/a agressor/a, a falta de confiança nos recursos médicos e sociais disponíveis, a hesitação dos médicos em identificar situações de abuso bem como o conhecimento insuficiente dos/as profissionais de saúde em reconhecer os sinais de alerta (Gonçalves, 2006; Mysyuk et al., 2016). A maioria das vítimas refere apenas ter reportado o abuso quando este teria atingido um ponto limite, esperando até ao último momento possível. A violência contra a pessoa idosa está prevista na lei e implica uma punição para os agressores, no entanto é necessário sensibilizar as vítimas, os/as profissionais e mesmo a comunidade a denunciar estas situações (Barbosa, 2015).

De acordo com a Declaração de Toronto (2002), não é suficiente apenas identificar os casos de abuso, mas antes desenvolver estruturas adequadas em todos países que garantam uma resposta eficaz e possivelmente previnam o problema. Gil e Fernandes (2011) mencionam a escassez de respostas de intervenção adequadas, reforçando que os/as profissionais que lidam com situações desta natureza contribuem para uma naturalização da violência como problema social.

A investigação neste domínio carece de teorias específicas, sendo que a maioria das teorias utilizadas provém de outros temas de investigação relacionados com a violência, nomeadamente a violência conjugal ou a violência com crianças (Jackson, 2018). A escassez de teorias específicas e a aplicação de teorias desenhadas para outros temas revela-se problemática visto que muitas destas teorias menosprezam conceitos como a violência financeira e a negligência (Jackson, 2018), desta forma não permitindo uma completa compreensão do fenómeno e limitando a elaboração de intervenções.

A violência contra a pessoa idosa, à semelhança de outras formas de violência, comporta consequências graves e nocivas que se refletem na qualidade de vida e no bem-estar do/a idoso/a e são semelhantes quer este ocorra no contexto institucional quer ocorra no seio familiar (Cichowsky, 2015).

As repercussões do abuso verificam-se tanto a nível físico como mental, sendo que na generalidade as consequências psicológicas e emocionais são as que apresentam um maior impacto a curto e longo prazo (Gil & Santos, 2012). A culpa, a baixa autoestima e baixa autoeficácia, os sentimentos de vergonha, humilhação, medo e ansiedade bem como a mudança nos padrões de normas e valores representam alguns dos efeitos da vitimação

(Cichowsky, 2015; Mysyuk et al., 2016), que poderão dar origem a depressões e perturbações psicológicas (Cichowsky, 2015). Em alguns casos o abuso poderá mesmo levar à morte, algo para o qual a Organização Mundial da Saúde alerta afirmando que por vezes as causas da morte de pessoas idosas declaradas como naturais, acidentais ou desconhecidas são na realidade uma consequência de situações de abuso e negligência (OMS, 2002).

A nível dos fatores de risco, salientam-se a *idade*, quanto mais velho maior o risco de abuso, sendo esta variável mais associada ao abuso físico e emocional; o *género*, nomeadamente o género feminino que apresenta uma maior vulnerabilidade à violência, em particular à negligência; e a *perceção de saúde* fortemente associada com a violência financeira, psicológica/emocional e com a negligência (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). A crescente dependência da pessoa idosa para a realização de determinadas atividades e o stress que poderá gerar no/a cuidador/a são também relevantes fatores de risco para esta se tornar vítima de abuso (Hirsch, 2001, cit in. Ferreira-Alves, 2005). Esta maior dependência leva a outro fator de risco que se refere à institucionalização, uma vez que pessoas idosas institucionalizados geralmente apresentam índices de dependência e debilidade física mais elevados (Gonçalves, 2010).

Apesar da singularidade de cada indivíduo e do vasto leque de respostas que cada um terá para lidar com uma situação de violência é essencial conhecer a perspetiva da vítima de forma a ser possível implementar medidas de prevenção e intervenções adequadas (Barbosa, 2015; Mysyuk et al., 2016). Mysyuk e colaboradores (2016) apresentam no seu trabalho algumas das razões que as vítimas consideram ter originado a situação de abuso e a sua continuidade. A dependência mútua e desequilíbrios de poder, a solidão e a marginalização da pessoa idosa na sociedade, são as explicações dadas pelas próprias vítimas para justificar o cenário de violência experienciado.

Algumas pessoas vitimizadas referem ainda que foram complacentes com a situação de abuso, o que terá gerado mais violência ou permitido uma continuidade da situação. Outras vítimas consideram que as circunstâncias fugiam do seu controlo e que não conseguiam evitar (Mysyuk et al., 2016). As vítimas sentiram-se desesperadas, frustradas e angustiadas por não conseguirem alterar a situação, muitas vezes culpando-se a si mesmas e acreditando que de alguma forma contribuíram para a ocorrência do abuso (Mysyuk et al., 2016).

Em suma, a violência contra as pessoas idosas poderá ser considerada como um evento de vida stressante ou como um evento traumático (Roepke-Buehler et al., 2015), o que poderá levar ao desenvolvimento de estratégias de *coping* desadequadas e crenças nocivas como auto-culpabilização e desconfiança de terceiros, sendo que esta experiência ditará as suas futuras vivências (Cations et al., 2020).

Apesar das consequências resultantes da experiência de vitimação serem semelhantes quer em contexto institucional, quer em contexto de comunidade, é essencial compreender de que forma o contexto influencia e pode promover a violência contra a pessoa idosa. Nesse sentido, importa explorar as especificidades e características do cenário institucional e quais os fatores que poderão comprometer a qualidade de vida e segurança destas pessoas, consequentemente proporcionando um ambiente marcado pelo abuso.

3. Institucionalização

A partir dos anos 70 emergiram múltiplas estruturas de apoio à população idosa, inclusive os lares, uma vez que até à data as únicas instituições de resposta social existente eram os asilos que acolhiam pessoas em situação de mendicidade, invalidez ou idade avançada, representando uma imagem de solidão e pobreza, onde a pessoa ficaria até à morte, o que atualmente contribui para a imagem negativa dos lares (ISSS, 2003 cit. in Gonçalves 2010). Estas instituições carregam uma forte conotação negativa, sendo que 63% dos portugueses considera ineficazes e fracos os serviços destes estabelecimentos (Gil & Fernandes, 2011).

As estruturas residenciais surgem como uma forma de dar resposta às necessidades da população mais idosa, necessidades estas que outrora recaíam exclusivamente sobre a família, mas que atualmente poderão ser endereçadas pela via institucional, uma vez que o apoio familiar e das redes de amizade ou vizinhança poderão não ser suficiente para satisfazer as necessidades da pessoa idosa (Guedes, 2007). Perante estas situações, a institucionalização pode constituir a única alternativa viável, sendo geralmente a última opção tanto para a família como para a própria pessoa (Guedes, 2007).

São várias as motivações para recorrer à institucionalização, os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia podem levar à decisão de institucionalização, bem como o isolamento e a ausência de uma rede de apoio, sendo que situações como quedas ou o aparecimento de doenças são situações específicas que poderão preceder o processo de institucionalização (Guedes, 2007).

A perda da figura conjugal é também um motivo identificado que leva a recorrer à institucionalização, não só pela saudade e insegurança sentidas, mas também pelo medo de estar sozinho/a e não ter ninguém que possa socorrer num momento de adversidade (Guedes, 2007).

A institucionalização também pode ser fruto de uma decisão autónoma da pessoa idosa que poderá querer manter a independência da descendência e não tornar-se uma “sobrecarga”, ou por sua vez pode ser uma decisão tomada pela pessoa que resulta do distanciamento emocional da família, da incapacidade em estabelecer uma comunicação ou uma relação afetiva com os mesmos, refletindo uma desvinculação e afastamento e sugerindo relações conflituosas ou de indiferença da família para com a pessoa idosa (Guedes, 2007).

Outra razão que poderá levar à institucionalização prende-se com os recursos habitacionais e económicos, muitas vezes relacionados com a degradação ou mesmo perda da habitação própria que resultam da dificuldade em conciliar as despesas domésticas, de saúde e de cuidado pessoal (Guedes, 2007), uma situação suportada pelos dados do Instituto Nacional de Estatística (2002) que aponta esta população como uma das mais desfavorecidas a nível financeiro.

Independentemente das causas que levam à institucionalização é fundamental compreender que esta etapa requer uma rutura com o contexto de vida da pessoa, contexto esse que geralmente já é marcado por diversas perdas quer estas sejam a nível funcional ou a nível das suas redes sociais (Guedes, 2007).

O contexto de rutura aliado à conotação negativa das instituições residenciais leva a que poucas pessoas encarem a institucionalização de forma tranquila (Gonçalves, 2010).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) realçam a importância que a habitação na sua própria residência tem para as pessoas idosas, fundamentando que o conceito de casa não é limitado pelo espaço físico, mas antes por um local de segurança, intimidade e identidade, sendo assim “um depósito de lembranças, permitindo a continuidade entre o passado e o presente” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 cit. in Guedes, 2007, p.181-182).

Será então possível que uma instituição residencial providencie um ambiente de segurança e identidade igual ou semelhante à habitação prévia da pessoa idosa? Uhlenberg (1997) considera que essa não configura uma opção possível uma vez que a possibilidade de partilhar quarto com um estranho, as refeições institucionais, os horários fixos, não ter uma

opinião sobre a organização e decoração do quarto e ainda a questão de ser cuidado por pessoas com uma atitude indiferente é uma realidade incompatível com a ideia de um lar. O autor sublinha ainda três problemas destas estruturas residenciais. Em primeiro lugar surge o custo excessivo exigido pela instituição. Em segundo lugar o autor aponta qualidade dos cuidados prestados aos idosos incluindo as situações de abuso. Por fim o autor realça a desumanização inerente à institucionalização, mencionando assim a perda de autonomia e privacidade, sendo que as decisões quotidianas cabem aos responsáveis da instituição e nunca à pessoa que reside na mesma, facultando ainda vários exemplos da perda de privacidade que são recorrentes nas instituições como deixar as portas dos quartos dos utentes abertas (Uhlenberg, 1997).

A regulamentação dos lares é muitas vezes suportada pela premissa de proteção, no entanto estas justificações apenas espelham a representação socialmente construída do que é ser uma pessoa idosa (Barenys, 1990, cit in. Guedes 2007), neste caso poderemos verificar que esta ideia se prende com estereótipos de que o/a idoso/a não será competente para tomar as suas próprias decisões. Estas normas que vão desde a imposição de horários até a limitações como não ter a chave do próprio quarto para que estes não se fechem lá dentro, constituem uma forma de limitação da liberdade e autonomia da pessoa idosa que segundo Barenys (1990, cit in. Guedes 2007) é um atentando à personalidade e individualidade. Assim os/as residentes acabam por ser subjugados/as a um conjunto de regras e práticas recorrentes com as quais poderão não concordar vendo-se numa situação em que os/as profissionais que trabalham na instituição poderão exigir e impor, levando a que estes se sintam diminuídos/as, perdendo o direito de rejeitar tais normas impostas uma vez que estas assentam numa premissa de proteção (Guedes, 2007).

Outra questão preocupante no contexto da institucionalização prende-se com a despersonalização das pessoas. Na prestação de cuidados de higiene, transferência ou até alimentação os/as profissionais tratam os/as utentes como objetos de trabalho, apresentando uma atitude instrumental sem qualquer interação social ou respeito pelos indivíduos (Vaz, 2009). Auxiliares e técnicos/as que trabalham nestas instituições, não raras as vezes, apresentam baixas qualificações e uma baixa motivação para prestar cuidados a esta população vulnerável (Uhlenberg, 1997). Adicionalmente, num estudo conduzido por Bužgová & Ivanová (2011) quase um terço da amostra referiu que não existia um único funcionário em quem confiasse totalmente, o que poderá ser um indicador dos cuidados ou da forma como os cuidados nestas instituições são prestados.

As próprias pessoas idosas demonstram um desconforto perante estes contornos da situação institucional, revelando medo e aversão aos cuidados prestados, sentimentos de solidão, perda de individualidade, desocupação e inatividade e um desagrado em receber ordens de terceiros (Peace, Kellaher, & Willcocks, 1997 cit. in Vaz, 2009). Apesar das instituições concederem os serviços de auxílio e uma ajuda instrumental, o seu ambiente e os fatores previamente mencionados que desagradam os/as utentes poderão contribuir para o desenvolvimento de perturbações depressivas, tendo a depressão uma prevalência mais elevada em idosos institucionalizados por comparação com pessoas idosas que residem na comunidade (Vaz, 2009). As pessoas mais velhas institucionalizadas apresentam baixos níveis de qualidade de vida (Vieira, 2003 cit. in Gonçalves, 2010) sendo que por norma associam esta etapa da vida a uma tristeza que advém da solidão e isolamento (Pires, 2009).

O estudo conduzido por Carrilho e respetiva equipa de investigação (2015) revelou que embora os/as utentes possam gostar de residir na instituição isto não implica que não exista violência na mesma, tendo sido reportada por 33.1% da população inquirida. A satisfação perante os cuidados oferecidos pelo lar não implica uma satisfação total, sendo que as pessoas institucionalizadas podem manifestar um desagrado relativamente à família, à falta de autonomia e a limitações funcionais (Carvalho & Dias, 2011), assim demonstrando que a qualidade de vida se relaciona com diferentes aspetos.

Ao discutirmos a questão da institucionalização a adaptação do/a idoso/a ao ambiente institucional é também uma dimensão relevante que deve ser tida em conta. Considera-se que o ambiente familiar é um determinante fundamental para uma boa adaptação da pessoa à instituição, sendo a manutenção da proximidade com amigos e familiares próximos essencial para uma adaptação bem-sucedida. Falamos de uma boa adaptação quando o/a idoso/a é capaz de superar as suas dificuldades, resolver conflitos e alcançar uma satisfação e realização socialmente aceitáveis (Carvalho & Dias, 2011).

Outra questão que pode interferir na adaptação será o motivo que levou a recorrer à institucionalização, sendo que pessoas que se encontram na instituição por falta de apoio familiar se consideram mais adaptadas do que pessoas que recorreram à instituição por precisarem de ajuda para cuidar-se, sendo a questão da autonomia um outro fator determinante para o bem-estar e adaptação (Carvalho & Dias, 2011).

As situações de abuso em contexto institucional são identificadas em todos os países onde estas instituições existem (OMS, 2002) sendo este o contexto onde os/as idosos/as estão

mais vulneráveis a situações de violência (Weinmeyer, 2014). Ferreira-Alves e Novo (2006) suportam esta afirmação com base no seu estudo sobre o idadismo, que revelou que pessoas idosas institucionalizadas tinham uma percepção de discriminação superior em comparação com os idosos que residiam na comunidade.

As condutas abusivas no meio institucional que se verificam com maior frequência são o abuso verbal, o abuso físico, o abuso financeiro, o uso excessivo de restrições, a sub- ou sobre-medicação, e ainda os processos de infantilização, desumanização (são ignorados e não é respeitada a sua privacidade), despersonalização (não existe uma consideração das suas necessidades pessoais) e vitimação (agredidos na sua integridade física e moral) (Dias, 2005).

Alguns exemplos de abuso psicológico no contexto institucional consistem em ameaçar os/as utentes, gritar, utilizar uma linguagem paternalista ou imprópria, humilhar a pessoa idosa, fazer referência aos utentes como “dementes” ou “acamados” o que implica um desrespeito pela dignidade do utente (Bužgová & Ivanová, 2009). A negligência também é um domínio que prevalece neste contexto, surgindo relatos de negligência na higiene ou negligência médica, podendo os utentes ser ignorados em situações em que expressam dores insuportáveis (Bužgová & Ivanová, 2009).

A nível da violência física a conduta abusiva mais mencionada na literatura é o uso excessivo de restrições físicas. As restrições físicas são quaisquer dispositivos, materiais ou equipamentos que impedem ou que são usados com o objetivo de impedir o movimento e a posição da pessoa, sendo que estes dispositivos não são facilmente removidos pelo indivíduo (coletes, lençóis, faixas) (Gastmans & Milisen, 2006). Outra forma menos mencionada a nível das restrições passa pela restrição química através da administração de sedativos, antipsicóticos e ansiolíticos em excesso (Gastmans & Milisen, 2006). Assim, estes métodos acabam por ser mais traumáticos do que terapêuticos para as pessoas idosas, que referem sentimentos de vergonha, perda de dignidade e respeito-próprio, perda de identidade, ansiedade, agressão, isolamento social e desilusão (Gastmans & Milisen, 2006)

Os fatores que explicam a violência que ocorre em contexto institucional remetem para três planos distintos: As explicações que têm origem na própria instituição e nas suas políticas, as razões que remetem para características dos cuidadores e as razões que se prendem com características das pessoas institucionalizadas.

Assim, idosos/as com limitações físicas e cognitivas são mais suscetíveis a tornarem-se vítimas de abuso (Conner et al., 2011), da mesma forma, idosos/as que não mantenham um contacto com a família estão em maior risco e idosos/as com demência ou características de personalidade como hostilidade ou agressividade despoletam uma maior resposta de agressividade no/a cuidador/a (Bužgová & Ivanová, 2009).

No que concerne às causas atribuídas à estrutura institucional as justificações referem-se ao baixo treino dos/as profissionais, a elevadas cargas de trabalho e horários, ambientes físicos precários, má organização do serviço e falta de pessoal o que leva a que os/as técnicos/as façam as tarefas pelos/as residentes ao invés de os/as deixar fazer sozinhos/as, comprometendo a sua autonomia, sendo mencionado pelos/as mesmos/as que devido à falta de funcionários/as estes também não têm tempo suficiente para dedicar aos/às utentes (Bužgová & Ivanová, 2009; Gonçalves, 2006).

No que diz respeito aos/às profissionais são mencionados motivos como o *burnout*, os problemas pessoais e uma educação insuficiente (Bužgová & Ivanová, 2009). Uma questão problemática que sobressai na investigação sobre os fatores que contribuem para a ocorrência da violência passa pela naturalização e legitimação de técnicas já identificadas como abusivas por parte dos/as profissionais, servindo como exemplo as restrições físicas e sobredosagem de medicação (Gil & Fernandes, 2011). Estas técnicas são defendidas pelos/as profissionais como uma forma de promover a segurança, a proteção ou o controlo comportamental do doente, sendo consensual entre profissionais que será preferível “aceitar o sofrimento psicológico causado pela contenção física do que aceitar um ferimento físico causado por uma queda” (Gil & Fernandes, 2011, p. 9).

A violência que decorre no contexto institucional à semelhança da violência que ocorre no contexto da comunidade apresenta também baixas taxas de denúncia. No estudo realizado por Carrilho e seus colaboradores (2015), apenas 13 dos 45 idosos que reportaram ter sido vítimas de violência apresentaram queixa, sendo que a maioria realizou a queixa junto da administração da instituição.

O que contribui então para esta cultura de silêncio em torno do abuso? Os diferentes atores apresentam motivações distintas para não reportar as situações de abuso. As pessoas idosas poderão não reportar o abuso devido à elevada vulnerabilidade e dependência, medo de não ser ouvidas ou ser consideradas culpadas pelo abuso, vergonha, medo derivado de ameaças e até mesmo o desconhecimento dos seus direitos ou incapacidade em reconhecer

que determinados atos constituem atos ilegais. Os/as profissionais da instituição podem não reportar o abuso por questões de lealdade para com os/as colegas, pelo seu próprio envolvimento mesmo que implícito, por medo dos/as colegas ou por não saber quando é a altura apropriada para reportar. A família não reporta por medo do bem-estar do/a idoso/a, por não acreditarem na ocorrência ou por não terem outra alternativa para onde levar a pessoa (Clough, 1999).

Estaremos então perante situações únicas de abuso ou uma violência institucional? É necessário distinguir entre situações de abuso e negligência de violência institucional, na qual os próprios princípios da instituição são abusivos (OMS, 2002), e situações ou episódios de violência isolados. Decalmer (1993, cit. in Glendenning, 1999) sugere que a violência institucional é a realidade mais comum.

Band-Winterstein (2013) reflete sobre como as práticas institucionais e o idadismo se relacionam, sugerindo que a negligência tem por base crenças idadistas, isto é, a ideia de que as pessoas idosas devem ficar deitadas durante horas devido a cansaço ou doença parte da concepção de que os/as utentes acamados/as ou com limitações do foro cognitivo não passam de objetos, o que não só corresponde a uma percepção idadista mas a respostas de negligência por parte dos/as profissionais das instituições. Poderemos ainda refletir sobre como todas as regras e funcionamento das instituições previamente descritas neste trabalho partem também de uma perspetiva em que os/as residentes idosos/as não são concebidos como pessoas com vontades próprias, expectativas, e necessidades individuais, mas antes como indivíduos desprovidos de qualquer identidade própria, anulando assim, a personalidade e características únicas de cada um/a.

E como é que o sistema institucional, tendo raízes idadistas, promove a negligência e a violência contra as pessoas idosas? Ao priorizar os interesses da instituição ao invés dos interesses dos/as utentes, dado que perante situações de abuso a resposta da instituição passa por avisos ao/à alegado/a agressor/a ou por ignorar o sucedido. Uma das sugestões propostas pela autora para combater estas respostas de negligência baseadas no idadismo passa por conceber o/a idoso/a como uma pessoa com um passado e um futuro (Band-Winterstein, 2013).

As instituições não são concebidas para produzir estes efeitos adversos na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas que poderão estar dependentes e vulneráveis, no

entanto é o próprio ambiente institucional que leva a estas consequências prejudiciais (Uhlenberg, 1997).

Neste sentido, sentimos que é urgente consciencializar a população desta sublime, mas incontestável forma de discriminação e questionar se a violência não será apenas uma manifestação explícita das crenças discriminatórias invisíveis, mas presentes na sociedade atual.

O estudo que apresentaremos de seguida terá como principais objetivos compreender de que forma os/as profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas concebem, identificam e abordam a temática da violência contra as pessoas idosas institucionalizadas. Procura-se ainda perceber o papel que as/os profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas atribuem ao idadismo, e suas expressões verbais e comportamentais, na manutenção das condutas discriminatórias, violentas e/ou abusivas dentro das instituições.

Neste sentido, foram formuladas as seguintes questões de investigação às quais procuraremos responder: 1) De que forma as/os profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas concebem, identificam e abordam a temática da violência contra a pessoa idosa?; 2) Que papel atribuem os/as profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas ao idadismo, e suas expressões verbais e comportamentais, na manutenção das condutas discriminatórias, violentas e/ou abusivas dentro das instituições?; 3) Quais os principais fatores apontados pelas/os profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas para a ocorrência de condutas discriminatórias, violentas e/ou abusivas nas instituições?; 4) De que forma as políticas das instituições possibilitam e/ou promovem condutas que podem ser consideradas discriminatórias, violentas, abusivas e/ou idadistas?; 5) Qual a perceção das/os profissionais de estruturas residenciais para pessoas idosas face a estas políticas institucionais e os possíveis impactos psicológicos experienciados em consequência pela pessoa idosa?

Metodologia

1. Participantes

Os/as participantes desta investigação são profissionais que trabalham, ou que já trabalharam, em estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal. O processo de recrutamento deu-se através da divulgação do estudo nas redes sociais da investigadora e através da sua rede de contactos pessoal. Não existiu nenhuma tentativa de contacto com os lares tendo em conta a temática sensível em estudo, e de forma a proteger os/as profissionais, seguindo as recomendações da Comissão de Ética da FPCEUP.

A amostra deste estudo (ver tabela 1) é composta por 7 participantes, com idades compreendidas entre os 24 e os 52 anos, sendo que 6 participantes se identificam com o género feminino, e 1 com o género masculino. Relativamente à sua formação e função desempenhada no local de trabalho, 2 dos/as participantes são enfermeiros/as, 3 são auxiliares de geriatria, 1 é animadora sociocultural e 1 é administrativa da instituição. Quanto à experiência de trabalho em instituições, verifica-se que o período temporal de trabalho mínimo é de 2 anos e o período temporal máximo é de 7 anos.

O término do recrutamento deveu-se à limitação temporal imposta para a realização do presente estudo, uma questão evidenciada por Gaskell (2002) que reflete sobre o limite de entrevistas que é possível conduzir e analisar, tendo em conta as condicionantes temporais que envolvem o trabalho do/a investigador/a.

Participantes	Género	Idade	Função Desempenhada	Localização da Instituição	Anos de Profissão
E1	F	24	Administrativa	Vila Real	2 anos
E2	M	31	Enfermeiro	Porto	4 anos
E3	F	34	Auxiliar	Porto	5 anos
E4	F	43	Animadora Sociocultural	Lisboa	5 anos
E5	F	30	Enfermeira	Lisboa	5 anos
E6	F	48	Auxiliar	Porto	2 anos
E7	F	52	Auxiliar	Porto	5 anos

Tabela 1 – *Dados sociodemográficos dos/as participantes*

2. Método de recolha de dados

A metodologia adotada para o desenvolvimento deste estudo foi a metodologia qualitativa por considerarmos que esta seria a que melhor se adaptaria aos objetivos da presente investigação. Partindo de um pressuposto interpretativo, a metodologia qualitativa configura assim uma abordagem que entende a complexidade, confusão e contradição das características do mundo real, no entanto permitindo construir padrões de significados (Braun & Clarke, 2013). A metodologia qualitativa assume ainda a importância do contexto para os indivíduos, considerando que estes são influenciados e influenciam o contexto, existindo assim múltiplas realidades ou visões sobre o mesmo fenómeno, uma vez que estas visões são pautadas pela subjetividade das experiências e interpretações de cada um (*idem*).

De acordo com Gaskell (2002) a metodologia qualitativa não tem intenção de contar opiniões, mas antes explorar as diferentes representações que existem sobre a mesma problemática.

Esta metodologia possibilita também uma aproximação às experiências e percepções de grupos frequentemente marginalizados promovendo uma maior compreensão das suas vivências e dos significados que atribuem às mesmas (Braun & Clarke, 2013), o que constitui uma mais valia tendo em conta a população alvo deste estudo.

Como instrumento para a recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada, que segundo Gaskell (2002) é o método mais adequado quando se procura explorar em profundidade as vivências do indivíduo bem como quando a temática em estudo poderá revelar alguma sensibilidade. A entrevista semiestruturada permite assim ao/a investigador/a uma intencionalidade nas questões elaboradas de forma a conduzir o/a entrevistado/a a abordar os tópicos pertinentes para a investigação, enquanto, simultaneamente, oferece espaço aos/às participantes para uma narrativa fluída que poderá ter em conta novos pontos, inicialmente não contemplados pelo/a investigador/a.

A elaboração do guião da entrevista (cf. Anexo 1) teve por base uma revisão da literatura sobre o envelhecimento, a institucionalização e a violência, de forma a aprofundar estas temáticas e posteriormente adaptá-las à experiência dos/as profissionais entrevistados/as. Após a realização da primeira entrevista, procederam-se a algumas alterações da mesma no sentido de simplificar algumas questões. Importa apontar que o guião de entrevista se divide em duas partes, uma que diz respeito à temática em estudo, e

uma segunda que aborda os dados sociodemográficos dos/as participantes de forma a ser possível fazer uma caracterização da amostra.

As entrevistas foram conduzidas em videochamada através da plataforma Zoom, uma vez que à data da realização desta dissertação, e da recolha de dados, a pandemia SARS COV 2 - COVID 19, não permitiu a realização das entrevistas no seu formato tradicional. Neste sentido, as investigadoras recorreram às plataformas disponíveis para efeito de recolha de dados, garantido as condições necessárias para a gravação das entrevistas.

No início de cada entrevista foi apresentado aos/às participantes um consentimento informado (cf. Anexo 2), bem como as linhas gerais da investigação. Os/as entrevistados/as foram ainda informados que a qualquer momento poderiam desistir e terminar a entrevista. No momento final da entrevista os/as participantes foram questionados acerca da possibilidade de acrescentar alguma informação adicional que considerassem relevante.

3. Método de análise de dados

Para analisar os dados foi selecionado o método da análise temática, uma metodologia de cariz qualitativo, utilizada para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, organizando e descrevendo um conjunto de dados detalhadamente (Braun & Clarke, 2006).

A abordagem de análise foi predominantemente dedutiva na fase de recolha de dados, uma vez que a construção do guião implicou uma revisão da literatura previamente desenvolvida sobre a temática em estudo. Em contrapartida, a abordagem utilizada na análise dos dados obtidos foi uma abordagem indutiva, uma vez que a construção dos temas se deu com base nos dados, apesar do envolvimento inicial com a literatura.

O referencial teórico selecionado como base de análise seguiu uma perspetiva construcionista social, que evidencia como as experiências, a realidade, e os significados atribuídos resultam dos discursos que operam na sociedade, explorando assim a influência do contexto e da sociedade sobre o indivíduo e a sua perceção do mundo (Braun & Clarke, 2006). Esta perspetiva foi considerada pelas investigadoras como a mais apropriada para o presente estudo que visa compreender as perspetivas dos/as profissionais face a um fenómeno que ocorre num contexto específico, sendo que este quadro teórico postula que as experiências e os significados são socialmente produzidos e reproduzidos, e não inerentes aos sujeitos (Burr, 1995, cit. in Braun & Clarke, 2006).

A análise temática seguiu as etapas propostas por Braun e Clarke (2006), iniciando-se com a *Familiarização com os dados*. Esta etapa da investigação envolveu a transcrição das entrevistas e uma releitura das mesmas, na qual se iniciou uma busca de significados e padrões nos dados. Após esta fase que envolveu um maior envolvimento com as entrevistas, procedemos para a segunda fase proposta pelas autoras - a *Produção de códigos iniciais* - que consistiu numa identificação das características mais interessantes dos dados, segundo a visão da investigadora, que posteriormente foram organizadas em códigos. De seguida, partimos para a terceira fase - *Pesquisa de temas* - na qual os códigos previamente identificados foram agrupados em potenciais temas mais amplos. Na quarta fase - *Revisão de temas* - realizou-se uma refinação dos temas, que consistiu na revisão dos códigos, e dos próprios temas, dando origem ao mapa temático (cf. Figura 1). A quinta fase - *Definição e nomeação dos temas* - prendeu-se com um maior aperfeiçoamento das especificidades dos temas, uma definição clara dos mesmos e a nomeação de cada tema. A última fase da análise - *Redação do relatório* - remeteu para a análise final e escrita dos resultados. Nesta fase são integrados os excertos mais expressivos e ilustrativos, e procede-se à análise final. É esperado que esta análise final, reflita uma narrativa dos dados concisa, coerente, lógica e interessante (Braun & Clarke, 2006).

Análise e Discussão de Resultados

Neste capítulo da dissertação procederemos à apresentação dos resultados da análise realizada, bem como à discussão dos mesmos com base na literatura desenvolvida sobre a temática da violência contra a pessoa idosa institucionalizada.

Weinmeyer (2014) defende que o contexto institucional é o contexto onde as pessoas idosas estão mais vulneráveis a situações abusivas, sendo esta teoria corroborada pelos/as participantes do presente estudo. Os/as participantes identificaram os seus respetivos locais de trabalho como locais onde poderiam ocorrer situações que pusessem em causa a dignidade e o respeito pela pessoa idosa.

Da análise dos dados emergiram quatro temas que serão explorados nesta secção da investigação – *As múltiplas facetas da violência*, *Fatores de vulnerabilidade*, *Cultura do silêncio* e *Dinâmicas institucionais* – apesar de serem descritos separadamente, para fins de análise, importa compreender que existe uma interligação entre todos os temas e subtemas. Os temas supracitados serão acompanhados de excertos das entrevistas, para uma maior compreensão da intencionalidade dos discursos e da análise realizada.

O organizador central dos temas é o idadismo, uma vez que a discriminação contra a pessoa idosa com base na sua idade é inerente a todos os temas que emergiram da análise, e, tendo em conta a sua manifestação, ainda que implícita, no discurso dos/as participantes. Segue-se o mapa temático (cf. Figura 1) que ilustra a relação entre os temas e o organizador central:



Figura 1 – Mapa Temático

1. Múltiplas Facetas da Violência

A violência contra a pessoa idosa é um fenómeno reconhecido a nível mundial, sendo identificado pela Organização Mundial da Saúde (2002) como existente em todas as instituições residenciais. Este constitui um fenómeno transversal a qualquer pessoa como foi referido por Gonçalves (2006), o que significa que qualquer pessoa idosa, independentemente das suas características, poderá, eventualmente, ser vítima de abuso.

Nesse sentido, encontramos nos dados obtidos através dos/as nossos/as participantes, um retrato desta realidade procurando neste tema explorar, de acordo com a experiência de cada um/a deles/as, a percepção que têm da violência, de forma a compreender como concebem a violência contra a pessoa idosa e de que forma é que esta se manifesta.

Segundo Perel-Levine (2008) existem cinco formas de violência contra esta população, nomeadamente a violência física, a violência psicológica/emocional, a violência financeira, a violência sexual, e, por fim, a negligência. Relativamente à violência física esta pode ser considerada como a violência mais facilmente identificada, como foi referido por uma das participantes *“logo inicialmente, não é só, mas essa é a mais visível”* (E3), podendo consistir em diversas ações desde agressões físicas, à utilização de restrições físicas desnecessárias e à alimentação forçada. Seguem-se alguns dos relatos providenciados pelos/as participantes:

“(...) Até de pessoas que por algum motivo estão tão doentes que já estão numa fase final da vida e estão a morrer e não querem comer, e é natural não querer comer quando estamos perto do fim, e obrigarem as pessoas a comer. Depois as pessoas vomitarem” (E4)

“É, essa dona X, a dona dava tanta porrada nela, tanta, pancada nela, dava tapa na cara dela, soco, ela tava ensocada” (E7)

A violência financeira que implica a utilização de fundos, bens e propriedades da pessoa idosa sem o seu consentimento é também uma das formas de violência recorrente nas instituições: *“Há situações de roubos de anéis ou aquelas bolas de ouro e coisas assim desse género, há situações desse género...”* (E2).

No entanto, a violência, como foi referido anteriormente, não se concebe apenas nestes contornos, sendo muitas vezes de uma índole emocional ao invés de física, passando por processos de infantilização, desumanização e despersonalização (Dias, 2005), até à negligência de cuidados (Bužgová & Ivanová, 2009). Assim, a violência psicológica pode

consistir num vasto conjunto de atitudes que passam pela humilhação, pelos insultos, e por ameaças à pessoa idosa. Analisemos alguns exemplos:

“Pode não ser uma coisa muito intencional, mas o chamar “ai este avôzinho” “este doentinho”, pronto e efetivamente isso é minimizar e diminuir o outro e isso poderá de facto de alguma forma constituir violência” (E5)

“Responder-lhes mal, não os deixar fazer certas coisas, não os deixar ser, não é, no fundo é um bocado disso. Lá está venho outra vez buscar o tratá-los como bebês, ou tratá-los como um tapete, tá ali.” (E3)

A negligência, que consiste na ausência de cuidados e que se pode verificar a nível da alimentação, higiene, e cuidados médicos é também mencionada pelos/as nossos/as participantes:

“Nos lares também, havia colegas que os viam sujos e não eram capazes de os mudar só para não terem trabalho” (E6)

“É não respeitar, o desejo e a vontade da pessoa... É contrariá-la, é não a ouvir, não dar atenção (...) É ignorar a pessoa por completo, é assumir que não é uma pessoa” (E4)

Podemos constatar que praticamente todas as formas de violência descritas por Perel-Levine (2008) foram verificadas nas instituições, sendo reconhecidas como tal pelos/as profissionais. A única forma de violência que não foi mencionada pelos/as mesmos/as foi a violência sexual, o que poderá espelhar a visão dos/as profissionais de não assumir a dimensão de sexualidade na vida da pessoa idosa, menosprezando assim a possibilidade de ocorrer uma situação que implique contacto sexual, resultando assim num menor reconhecimento e sinalização destes casos em que o abuso é de natureza sexual como já foi reportado por Smith e colaboradores/as (2017).

Neste sentido, surgem as percepções discriminatórias que têm por base o idadismo, um conceito indissociável da violência contra as pessoas idosas, sendo que muitas das vezes se poderá apresentar como seu preditor. Distinguindo-se assim como um conjunto de crenças redutoras sobre estas pessoas, que passam a ser observadas como integrantes de um grupo homogéneo, sendo eliminadas todas as suas particularidades e correspondentemente todas as suas características identitárias, em consequência da integração neste “novo” grupo (Ferreira-Alves & Novo, 2006). A discriminação nas instituições é um ponto no qual os/as participantes, revelam alguma discordância no sentido da sua existência, contudo é possível inferir através do seu discurso inúmeros exemplos da sua manifestação:

“(...) ou lá está não ter em conta muitas das vezes aquilo que eles dizem, aquilo que eles pedem, às vezes não há tanto essa atenção com eles, temos mais em conta se calhar aquilo que a filha de um deles nos liga e diz “olhe a minha mãe tem uma dor no braço” “aí tem?” se calhar ele já tinha dito, mas nós não assumimos muito isso como uma realidade” (E1)

“Por vezes, claro que não é sempre, mas por vezes podemos pensar “ah não é nada, não é nada disso que está a dizer” “ele está confuso”, então isso acontece muito sim.” (E1)

Este exemplo que ilustra a importância que é conferida à opinião da família, ao invés da opinião expressa pela pessoa idosa, identificando as necessidades da pessoa institucionalizada como uma não realidade, e implicando a intervenção familiar para que as necessidades da pessoa idosa sejam supridas, remonta à conclusão proposta por Ferreira-Alves e Novo (2006) sendo que os autores propõem que as pessoas idosas institucionalizadas apresentam uma percepção superior de discriminação, por comparação com a população idosa que reside na comunidade, exaltando aspetos como “ser ignorado”, “ser tratado com menos dignidade ou respeito” e “assumir incompreensão”.

A par desta caracterização do contexto institucional como mais promotor de discriminação, será ainda necessário refletir nas conclusões que Sargent-Cox (2016) apresenta, recordando que estamos inseridos numa sociedade idadista, e que deste modo, todos/as possuímos algumas crenças discriminatórias, ainda que de uma forma inconsciente. Esta questão leva-nos a considerar de que forma estas representações discriminatórias, conscientes ou inconscientes, surgem no discurso dos/as entrevistados/as, contemplando também como irão impactar os cuidados e serviços de apoio prestados à população em causa, levando assim a uma normalização de situações de índole discriminatória. A título de exemplo, podemos atentar nos seguintes excertos, que revelam uma assunção de que todas as pessoas idosas terão um horário para se deitar e acordar semelhante, e que, de uma forma geral, todas as pessoas idosas apreciam uma rotina estável, ignorando, desta forma, qualquer tipo de diferenças entre indivíduos e concebendo-os como iguais, o que sugere que nem sempre as crenças discriminatórias dos/as profissionais são conscientes e identificadas pelos/as próprios/as como tal, levando, assim, a uma normalização destas crenças, uma vez que não são consideradas como nocivas:

“É assim, estamos a falar de uma faixa etária que provavelmente faz sentido que se deite e se levante cedo, já o faziam antes, a maior parte das pessoas, os nossos avós, muitos deitam-se 20:00h/21:00h, por aí” (E2).

“Porque os idosos, eles funcionam muito por rotinas” (E1)

A naturalização das situações discriminatórias, que parte das crenças idadistas internalizadas, não é o único fator problemático que contribui para esta narrativa de violência, verificando-se assim, também, uma normalização de condutas abusivas, que de acordo com os/as profissionais parecem adquirir uma vertente de inevitabilidade:

“cheguei a ver uma colega mandar assim uma bofetada, o berrar, o “esteja quieto” ou assim, mas isso, opá pronto, também é assim, nós temos que perceber que há pessoas com doenças mentais, às vezes é necessário, isto é como uma criança não é, mas pronto” (E3).

Poderemos compreender como estas práticas, nem sempre identificadas como atos de violência no seu formato tradicional, impactam de forma direta os/as residentes destas estruturas institucionais, *“porque respondem mal e isso para eles... eles ficam sentidos com isso”* (E1). Os exemplos a curto prazo da experiência de vitimação focam-se principalmente na questão emocional (Gil & Santos, 2012). De acordo com Mysyuk (2016) os/as idosos/as vítimas de violência reportam sentimentos como desespero, frustração, desesperança e angústia, ressaltando que as pessoas que sofreram maus-tratos por pessoas que não faziam parte do seu agregado familiar teriam alterado as suas normas e valores, resultando numa perda de confiança em terceiros.

2. Fatores de Vulnerabilidade

Gonçalves (2006) defendeu que qualquer pessoa está vulnerável a tornar-se uma vítima de violência, contudo, alguns fatores parecem potenciar este fenómeno, ou, pelo menos, aumentar a probabilidade de situações de abuso.

Neste tema centraremos a nossa atenção nos fatores que são frequentemente indicados como potenciadores de violência, procurando compreender de que forma determinadas características, tanto das vítimas como dos/as profissionais que trabalham nestas estruturas residenciais poderão suscitar e promover episódios de violência.

A capacidade funcional da pessoa idosa surge como um dos principais fatores de risco para as situações de abuso,

“quanto mais frágil e mais dependente a pessoa, mais dependente dos outros, sem dúvida que está mais disponível, não é disponível, está mais, quer dizer, é mais fácil exercer violência sobre ela, seja, sejam pessoas mais velhas seja qualquer tipo de pessoa” (E4).

Tal como apontado por Ferreira-Alves e Sousa (2005) a percepção de saúde da pessoa idosa constitui um fator de risco, sendo que quanto pior seja a sua percepção de saúde, mais vulnerável estará a situações abusivas.

Esta variável contribui para a percepção que os/as profissionais têm sobre o risco de denúncia, uma vez que poderão acreditar que os/as utentes já não farão queixa:

“Foi, foi, porque as senhoras estavam lúcidas e que piram, falaram, primeiro caso foi com uma que era brasileira, e essa brasileira começou aos gritos com uma nova e empurrando ela e ela falou pros filhos, que essa brasileira não sabia que essa senhora estava lúcida” (E7)

“Porque há utentes que já não têm capacidades de falar e contar as coisas “ah aquela menina hoje de manhã tratou-me mal” e é por isso que acontece sim” (E1)

O grau de dependência e a capacidade funcional da pessoa idosa pode também gerar a necessidade de recorrer a restrições físicas, uma das formas identificadas por Gonçalves (2010) como um dos exemplos de violência mais frequente nas instituições. No entanto, esta situação poderá consistir num abuso quando é utilizada de forma excessiva, ou poderá ser vista como uma forma de proteção quando pretende evitar que os/as utentes se magoem *“compreendo que para segurança de alguns às vezes pode ser, pode ser, necessário, mas acho que deve ser a última das últimas opções” (E4)*, tendo sido reconhecida pelos/as participantes como utilizada apenas em casos de segurança dos/as residentes.

A autonomia é ainda uma das áreas que poderá ser mais afetada com a perda da capacidade funcional, representando assim, um fator de risco para a ocorrência de situações de abuso: *“Se és acamada, não consegues fazer nada, tens que te sujeitar aquilo que te fazem, se ainda te consegues movimentar já... Já não é bem assim não é.” (E6)*. A autonomia e capacidade de auto-cuidado já foram reconhecidas como características fundamentais para o bem-estar e adaptação da pessoa idosa ao processo de institucionalização (Carvalho, 2011), uma ideia que é corroborada pelos/as entrevistados/as:

“A autonomia dá um pouco mais de liberdade à pessoa, não para ela fazer o que quiser, porque não pode também, mas pelo menos ter, sei lá, como alguns faziam lá que começavam a mandar vir connosco, que não queriam tomar banho ou que não queriam ir comer ou porque não queriam tomar a medicação” (E6).

Esta afirmação demonstra-nos como a autonomia ocupa um papel de relevo na vivência dos/as residentes, permitindo-lhes expressarem-se relativamente às suas vontades e desejos enquanto seres humanos.

No entanto, a autonomia já terá sido também reconhecida como um dos aspetos que será negativamente influenciado após a institucionalização (Uhlenberg, 1997)

“em pouco tempo as pessoas também esmorecem, aconteceu isso com a minha avó eu vi, a minha avó entrou no lar impecável passado pouco tempo nem lia livros nem nada, estava completamente... Perdeu, perdeu” (E4).

Assim, a perda de capacidade funcional aliada a uma percepção de perda da autonomia sugere que as pessoas idosas se tornem progressivamente mais dependentes dos/das cuidadores/as, consequentemente potenciando mais episódios de abuso:

“(...) as pessoas deixam de se sentir capazes de tomar decisões porque acham que não têm depois tanto sentido, ou seja, que a sua vida já não faz sentido, e, portanto, isto acaba por ser em catadupa e acabam inclusive por desistir um bocadinho da sua vida. E acabam por se entregar mais e ficar mais dependentes, tanto física como psicologicamente, do outro.” (E4)

“(...) para quem tem algumas capacidades eu acho que ir para um lar é morrer. (E3)

No contexto de violência dentro das instituições os/as profissionais assumem a figura de agressores/as, contudo os seus comportamentos e atitudes não apresentam uma origem comum, podendo remeter para diversos fatores. A falta de formação destes/as profissionais é uma das variáveis que parece reunir o consenso de todos/as os/as participantes, que identificam esta questão como uma das principais para a existência de abuso e maus-tratos dentro das instituições:

“Acho que existe uma correlação entre pessoas com menos formação a abusar mais da boa vontade e da ingenuidade” (E2)

“Porque as equipas passam por situações difíceis com as quais elas próprias não sabem lidar, as cuidadoras profissionais vêm-se em situações complicadíssimas, não têm ninguém com quem falar, portanto elas acabam por encontrar uma solução que até pode não ser a melhor” (E4)

A par da escassa formação, é exaltado também o facto dos/as profissionais exercerem esta profissão por uma questão de necessidade ao invés de gosto ou vontade:

“E muitas das vezes eu penso que é por parte das funcionárias e penso mesmo que é porque muitas das vezes não, não gostam daquilo que estão a fazer” (E1)

“As pessoas acham que só têm aquele tipo de trabalho e, portanto, a oferta de mercado de trabalho aquilo que lhes permite, tendo em conta o seu currículo, ou a sua experiência, apenas lhe dá acesso ou lhe dá propostas aquele tipo de instituições e, portanto, acabam muitas das vezes por não ser vocacionadas para aquele tipo de trabalho, mas acabam por aceitar por necessidade” (E5)

“(...) porque antigamente Rita, só trabalhava nisso quem gostava muito, hoje não, toda a gente precisa disso” (E7)

Esta conjuntura que engloba a necessidade dos/as trabalhadores/as aliada à baixa formação no que diz respeito a cuidados geriátricos, remete aos fatores apontados por Uhlenberg (1997) como fatores de risco para a violência. Contudo, estes não se apresentam como únicos, sendo as condições laborais como a sobrecarga horária, a fraca remuneração, e a falta de pessoal apontadas como possíveis causas para a violência institucional (Gonçalves, 2006). Os/as participantes corroboram esta ideia:

“Completamente, sim, claro, porque tu estás ali horas e horas e horas sozinha a trabalhar, a tratar de 30 ou 40 doentes numa manhã alguma coisa vai falhar, mesmo que tu não queiras que falhe, vai falhar, a realidade é essa.” (E3)

“Depois muitas das vezes o burnout e o cansaço associado, a falta de horários convenientes, a falta depois, a remuneração muitas das vezes...” (E5)

Será então importante compreender como estas condições laborais impactam os/as profissionais e de que forma influenciarão os cuidados prestados às pessoas que residem nestas instituições. Através do discurso dos/as participantes deste estudo podemos concluir que estes compreendem como as condições laborais comprometem o seu trabalho, nomeadamente a falta de funcionários/as, isto é, o desequilíbrio entre o número de utentes e o número de trabalhadores/as na instituição, revelando que nem sempre conseguem dar uma resposta adequada às necessidades das pessoas idosas

“Então, pouca gente a trabalhar para tantos idosos, ok? Logo isso faz com que nós não podemos dar atenção às pessoas, as coisas são feitas a correr” (E3).

Os/as profissionais parecem reconhecer como, por vezes, a violência poderá ser uma resposta face às condições laborais a que estão submetidos/as:

“Você está há 8 horas a ouvir berros, guinchos, as cabeças chega a uma altura que... pronto, pode passar mil e uma coisas, não digo pela nossa que nunca me aconteceu, mas imagino que há pessoas se calhar com menos disponibilidade mental e acabem por sucumbir dado à tentação de... pronto, eu não queria usar uma palavra tão feia, mas de serem violentos, o cansaço físico e mental, imagine o que é você estar, cá está, 8h com as costas a doer e a pedir para fazer isto aqui e a pessoa não quer fazer e cospe-nos na cara, imagino que seja muito complicado para às vezes controlar” (E2)

“É pouca gente para o tipo de trabalho que existe, as pessoas também não se podem esticar muito, não é, eu às vezes via por mim, eu tou cansada, a minha disponibilidade não vai ser a mesma, se calhar também errei” (E3)

Esta questão sugere que os/as trabalhadores/as poderão percecionar este fenómeno da violência contra os/as residentes como uma resposta de causa-efeito, na qual a causa reside nas suas condições laborais que não permitem uma forma de funcionamento diferente, produzindo o efeito, que por sua vez corresponde à situação de violência, considerando assim que não existe uma intencionalidade maliciosa por detrás das condutas abusivas, mas que esta resultará da exaustão dos/as mesmos/as. Ainda no âmbito do reconhecimento das causas que geram as respostas violentas os/as profissionais apontam a inexistência de organismos de controlo laboral, o que leva a uma facilitação da ocorrência de situações de abuso, bem como a perceção que os mesmos têm dos/as utentes residentes, que contribui para uma pouca seriedade relativa ao ambiente de trabalho, não considerando assim, os/as residentes como clientes, e o seu trabalho como um serviço:

“Aqueles pessoas estavam a ser cuidadas por nós, estavam a usufruir de um serviço e porque acho que muitas das vezes é mais fácil colocar as coisas neste patamar, dizer “nós estamos a prestar serviço a determinada pessoa” (E5)

“Nós temos em Portugal um problema, muitos dos auxiliares em Portugal não têm formação específica de auxiliar, portanto, como não têm carteira, se fizerem alguma asneira, não têm a quem responder. No meu caso por exemplo, se eu roubo dinheiro a um residente vou ter problemas com a Ordem e nunca mais trabalho como enfermeiro, pronto e não há isso em Portugal com os auxiliares, como eles não têm carteira profissional, não têm receio de o fazer” (E2)

Esta questão remete-nos para uma postura de permissividade excessiva, que tanto advém da inexistência de normas institucionais, mas também da atitude leviana dos/as trabalhadores/as perante as pessoas idosas

“muitas das vezes as pessoas esquecem-se que estão a cuidar daquelas pessoas que são clientes de um serviço, e que nós estamos a prestar um serviço, apesar de ser um serviço de saúde é um serviço” (E5).

Dias e Carvalho (2011) defendem que a preservação da rede de contactos da pessoa idosa, nomeadamente com os seus amigos e familiares, constitui um elemento essencial para uma boa adaptação ao processo institucional. Considerando ainda a família, Bužgová e Ivanová (2009) apontam que pessoas idosas que não mantenham contacto com a família apresentam um risco acrescido de serem vítimas de maus-tratos nas instituições. Assim, a família surge também como um potencial fator de risco, ou, como um fator protetor, e os/as profissionais reconhecem-no, considerando que a família poderá ser a primeira fonte a detetar os sinais de abuso *“ou quando realmente existe um familiar que é mais atento e às vezes se apercebe,*

pronto, que existem maus-tratos” (E1), mas também, considerando que estes poderão permitir a continuidade do mesmo devido ao seu desinteresse pela pessoa idosa:

“As próprias funcionárias sabem, não é, sabem quem é que liga todos os dias, quem é que quer saber, como é que está, não sei quê, e quem passa um mês inteiro que não diz nada” (E1)

“Nós temos uma senhora que por acaso eu nunca lhe levei nada, mas as minhas colegas já se fartaram de lhe levar roupa, ela não tinha roupa, é mesmo, e os familiares são pessoas que têm dinheiro não é, se eles pagam um lar privado eles têm dinheiro, e também existe um bocado esse desinteresse por parte das famílias, existe as duas vertentes sem dúvida” (E1)

3. Cultura do Silêncio

Parece existir uma incongruência ao abordarmos a questão da violência nas instituições, sendo amplo o reconhecimento deste fenómeno, tanto por parte dos atores envolvidos neste cenário como por parte do público em geral, mas sendo reduzidas as taxas de denúncias da mesma.

Neste tema procuraremos então compreender quais as motivações que levam os/as profissionais a não reportar estes quadros de violência, bem como perceber de que forma este silêncio sobre o contexto abusivo é mantido, permitindo assim, uma continuidade nas situações de abuso.

Gonçalves (2006) aponta como uma das razões para esta cultura do silêncio por parte dos/as trabalhadores/as a negação da violência, por sua vez, Clough (1999) identifica a possibilidade de envolvimento, ainda que implícito, e o medo dos/as colegas como possíveis justificações. Uma das participantes partilha a sua experiência:

“Eu falava assim pra doutora, porque eles costumam ter consulta uma vez por semana, ou de 15 em 15 dias, “doutora é que eles batem nela” sabe o que é que a médica falou pra mim? “faça o seu trabalho, fique calada, faz de conta que não viu nada” (E7).

As represálias para os/as profissionais que poderão resultar da denúncia ou da comunicação entre colegas sobre práticas que um/a não considere corretas surge também como um fator que poderá contribuir para a baixa denúncia:

“Porque eu fui mandada embora por último porque eu falei pra minha colega “Pelo amor de deus fala baixo com a dona X, o que é isso?” (E7).

É ainda assumida uma posição de passividade por parte dos/as trabalhadores/as no que diz respeito a reportar estas situações ou tomar uma posição ativa no sentido de apresentar uma queixa formal ou fazer uma denúncia, expondo assim uma atitude de desresponsabilização, na qual se identificam como personagens sem qualquer tipo de poder, desta forma aceitando que as situações de índole violenta continuem. Podemos analisar alguns exemplos retirados do discurso dos/as participantes:

“É como digo, em turnos meus não, que eu tenha conhecimento não, mas já vi coisas que só... Marcas que só podem acontecer com isso, ok?” (E2)

“(...) mas eu também, o meu papel era, de pouco, de pouco poder, e, portanto, o que eu podia fazer não tinha autoridade sobre as cuidadoras. Eu era uma técnica, mas nem sequer estava nas instituições todos os dias, ou como voluntária ainda menos, e, portanto, aquilo que eu fiz foi comunicar às diretoras, não sei se elas fizeram...” (E4)

A necessidade de manter o posto de trabalho foi também um motivo apresentado para a baixa denúncia destes casos, como se poderá retirar do seguinte excerto:

“Eu ficava horrorizada com aquilo então o que eu tinha de fazer era disfarçar, sair, fazer de conta que eu não via, porque eu tinha a minha filha para sustentar” (E7).

Contemplando ainda o papel dos/as funcionários/as depreende-se nos seus discursos e nas atitudes descritas que surge uma dissociação entre a pessoa idosa e o/a profissional em questão. Neste sentido, os/as participantes abordam a questão do seu próprio envelhecimento e da possibilidade de eles/as próprios/as virem a integrar uma estrutura residencial quando abordam o tema no sentido de uma mudança positiva, ao invés de quando abordam as condições, por vezes abusivas, que se verificam no presente sobre as pessoas idosas institucionalizadas às quais conferem uma inevitabilidade ou minimizam possíveis impactos das situações que consideram ser necessárias para o funcionamento das instituições:

“E se nós não fizermos nada agora um dia vamos ser nós, se formos para uma instituição.” (E4)

“De hoje para amanhã todos nós vamos envelhecer, assim o esperemos, e todos nós provavelmente iremos precisar de estruturas que nos deem apoio e suporte” (E5)

“Se calhar eu não gostava que me fizessem isso, mas também às vezes fazemos é porque é mesmo preciso” (E1)

De facto, esta idealização que afasta o *self* atual dos participantes da sua possível situação no futuro pode ser suportada com base na premissa do idadismo. Pope (2017) defende que

o idadismo leva a que os seres humanos deixem de se identificar não só com a população idosa, mas com a sua própria humanidade, referindo-se assim a uma alienação na qual o indivíduo nega e evita o seu futuro.

Apesar desta dissociação, os/as participantes revelam também um sentimento de impotência face às políticas institucionais, mencionando não ser capazes de continuar a trabalhar no mesmo local devido às condições e/ou condutas praticadas, uma questão que poderá explicar o quão enraizada a violência está nestas instituições, levando a que os/as trabalhadores/as se sintam incapazes de enfrentar e/ou denunciar situações abusivas por considerarem que não existirá uma mudança, o que, inevitavelmente, acabará por contribuir para a manutenção deste silêncio que surge no contexto institucional:

“Vim-me embora porque não tinha estômago para ver aquilo” (E6)

“Eu já me despedi de um lar porque não conseguia ver o que estava a acontecer ali. Por exemplo trabalhei num lar em (...) e aquilo era uma falta de higiene incrível, era um avacalho a todos os níveis, e eu despedi-me, disse que me vinha embora, que não trabalhava ali mais, não conseguia, saí de lá a chorar” (E3)

Esta perceção dos/as profissionais das estruturas residenciais que parte do pressuposto que a violência continuará a existir e que os/as trabalhadores/as não são capazes de fazer frente a esta problemática, constata-se também na aposta apresentada pelos/as entrevistados/as que consideram que a melhor forma que as instituições terão de prevenir futuras situações de abuso passará por uma maior vigilância, desta forma colocando a tónica da responsabilidade de deteção e denúncia em terceiros, mas também transparecendo a visão de que o cenário institucional continuará a ser violento e abusivo e que a única solução será a do controlo dos/as funcionários/as:

“Maior vigilância, o que é muito, muito difícil de se fazer, aí já se entrava em meios um pouco complicados, que é com camaras, nós podemos poderíamos colocar camaras nos corredores mas nos quartos nem sei se é permitido, acho que nem deve ser permitido portanto acaba por se calhar ser impossível, era uma forma de controlar este tipo de situações ou de vigiar esse tipo de situações” (E2)

“Haver mais supervisão, porque muitos dos técnicos que eu conheço, diretoras técnicas, nomeadamente, não acompanham o dia-a-dia, do que se passa na instituição, muitas vezes não saem do gabinete, bastava saírem e andarem a passear e olhar, porque vê-se, viam o que é que se passava” (E4)

“(...) como nós estamos sempre no escritório, ter uma figura lá dentro que pudesse controlar mais as situações e também se algo não estivesse a correr tão bem reportar-nos a nós” (E1)

Uma outra causa que justifica este silêncio sobre a violência dentro as instituições passa pelo desconhecimento por parte dos/as diretores/as técnicos/as e/ou das famílias das pessoas vitimizadas:

“É assim, eu acho que essas situações de abusos ou maus-tratos acontecem, eu acho que acontecem sempre por parte das funcionárias e fora da vista dos superiores porque, aliás muitas das vezes eu acredito até que haja diretores que nem têm conhecimento dessas situações e depois há coisas que acontecem de facto nas costas” (E1).

Carrilho (2015) constata no seu estudo que é comum as pessoas idosas não abordarem a ocorrência de violência junto dos seus familiares, optando por relatar as situações apenas internamente, sendo que Dias (2005) refere que as pessoas idosas poderão ter medo de represálias caso apresentem queixa, não tendo muitas das vezes conhecimento sobre os seus direitos legais. O desconhecimento dos familiares sobre as situações que ocorrem nas instituições passará também, pelo comportamento e pelas atitudes que os/as profissionais adotam na presença da família: *“Vi as pessoas a serem maltratadas e depois o parente chegava e era só sorrisinho “ah a fulana tá ótima, tá muito boa não é minha querida, não é”” (E7).*

Ainda que este desconhecimento seja um fator que influencia largamente, e, inclusive, permita uma continuidade no ciclo de abuso, existem também situações em que a família tem conhecimento da situação, mas aceitam a mesma, ou por não terem possibilidades financeiras para recorrer a outros serviços ou por não existirem vagas em diferentes instituições

“e por muito que às vezes aconteçam coisas menos boas os próprios familiares sujeitam-se a isso porque pronto também sabem que é um serviço mais barato e que não há mais opções no mercado, também não há muitas vagas, e até são coisas que deixam passar...” (E1).

O abandono dos idosos nas instituições, que corresponde, numa primeira análise, a uma forma de violência contra a pessoa, constitui também uma resposta por parte da família que revela aceitação do ambiente institucional violento, e também uma falta de investimento pessoal na pessoa idosa institucionalizada:

“muitas das vezes as pessoas deixam lá os utentes e pronto, e pagam, para nós tá tudo ótimo, e nunca mais querem muito saber e isto é um bocado mau de se dizer, mas isto acontece, também às vezes é um bocado falta de interesse dos familiares” (E1).

Assim sendo, podemos concluir que a família pode constituir um fator protetor e quebrar o ciclo de abuso, ou, por sua vez, poderá assumir uma posição de cumplicidade ajudando na manutenção deste ciclo de abuso.

4. Dinâmicas Institucionais

Na realidade, já se sabe que a violência existe dentro das instituições, já tendo sido largamente exploradas na literatura, e neste trabalho, as diversas formas que esta poderá assumir. No entanto, importará compreender de que forma essa violência contra a pessoa idosa institucionalizada poderá ter origem não nas ações dos/as profissionais, mas antes nas regras e políticas institucionais, constituindo assim uma violência institucional.

Assim, este tema aborda as regras e políticas institucionais que regem o funcionamento das instituições e que moldam o dia-a-dia das pessoas que nela residem, compreendendo o impacto que apresentam na vivência e na qualidade de vida das pessoas institucionalizadas.

Ao assumirmos que estamos inseridos numa sociedade idadista e que todos nós teremos, de alguma forma, crenças discriminatórias enraizadas, será expectável que a regulamentação das instituições prossiga este padrão. Ao refletir sobre estas políticas generalistas que ignoram as especificidades de cada residente, e, considerando que todas elas são formuladas pelos/as técnicos/as e nunca pelas pessoas que residem nas instituições, podemos entender que estas partem de um pressuposto discriminatório segundo o qual se concebe a pessoa idosa como incapaz de tomar decisões e desprovida de qualquer sentido de identidade.

Deste modo as regras institucionais assumem contornos limitadores, constringindo a pessoa idosa tanto a nível da sua liberdade pessoal, como a nível da sua possibilidade de escolha, sendo as políticas descritas por uma das participantes como: *“são tão, tão, restritivas e tão limitadoras de tudo que as pessoas acabam por... as pessoas mais velhas não podem fazer nada”* (E4). Os/as participantes constatam no entanto que esta limitação de liberdade imposta às pessoas idosas acaba por ser internalizada pelas mesmas, acabando estas por aceitar as imposições das instituições, mesmo quando não estão de acordo com as mesmas *“Elas já não pediam porque já sabiam qual era a regra”* (E7).

O quotidiano das pessoas é desta forma fortemente marcado pelo controlo que é imposto por parte dos/as cuidadores/as, revelando a inexistência de uma independência no

sentido de organização das atividades diárias, sendo assim os/as utentes forçados/as a pedir permissão para tudo: *“Têm que pedir autorização para tudo, quase, normalmente até ouvem um não. Portanto acabam por desistir provavelmente”* (E4). As razões que levam a que estes pedidos sejam negados podem partir tanto do pressuposto de garantia de “segurança” da pessoa idosa como das regras das instituições que envolvem a sua organização, como por exemplo, negar alimentação fora do horário estabelecido. Seguem-se alguns exemplos:

“Há sítios onde não deixam a pessoa sair da porta, pronto, a Rita saberá, para o jardim, até para o jardim. “Ah hoje está muito frio, hoje não pode ir lá para fora”” (E4)

““Aí vai cair, vai cair não pode ir, não pode aí”, “Não pode ir para o pé da janela porque está frio” sei lá, coisas deste género” (E4)

“Entre o pequeno-almoço e o almoço elas gostavam de ter alguma coisinha para comer, uma fruta, uma coisinha para petiscar, mas não tinha, era um copo com água” (E7)

“Elas não têm liberdade para usufruir do conforto que eles têm, porque quem é que não gosta de deitar um pouquinho depois do almoço e descansar um pouquinho? Principalmente as pessoas de idade, e eles não podem fazer isso, não podem bagunçar nada, não podem tirar nada do lugar” (E7)

Esta constante proibição e necessidade de pedir autorização aos/às trabalhadores/as espelha a visão institucional que consiste numa constante assunção de que as pessoas idosas já não estarão aptas para tomar decisões e negando todas as vontades expressas pelas mesmas. Os/as profissionais parecem compreender como esta falta de liberdade e restrição constante afeta a vivência daqueles que vivem subjugados a estas regras

“parecem-me demasiado restritivas, ou seja, eu percebo que as instituições se preocupem com o bem-estar das pessoas e a sua segurança, etc, mas isso não pode impedir que elas vivam e é o que acaba por acontecer” (E4).

Guedes (2007) menciona no seu estudo que é comum que as pessoas institucionalizadas acabem por assumir uma representação de “eu” degradado face às imposições dos/as trabalhadores/as e à incapacidade de resistir às políticas impostas pela instituição, devido ao seu estado de saúde e/ou à maior dependência de cuidados que poderão apresentar. A descrição feita por uma das participantes relativamente à atitude dos/as profissionais ilustra esta perceção de poder e de imposição sobre as pessoas institucionalizadas:

“toda a gente tem que comer e esta a hora de almoçar e, portanto, toda a gente vai ter que fazer aquilo que nós decidirmos e mandarmos” (E4).

Uma atitude que também é frequentemente assumida pelos/as profissionais e que se manifesta em diversos contextos e/ou atividade quotidianas nas instituições, comprometendo o seu sentido de identidade e tendo repercussões na qualidade de vida dos/as residentes passa pela valorização da individualidade do/a residente, ou, neste caso, pela falta dela:

“Os profissionais em geral acham “ah a senhora não se importa, ela não se importa, tanto faz, a camisola amarela ou verde, tanto faz, não interessa, ela não se importa” ninguém lhe perguntou, mas as pessoas assumem que os outros, que os mais velhos, não têm... não têm gostos, não têm vontades” (E4)

“Se há uma pessoa que toda a sua vida se deitou à uma da manhã, porque é que, agora, estando institucionalizada às nove da noite terá que ter a luz apagada e estar a dormir? Efetivamente e em termos biológicos acaba por ser uma violência, porque a pessoa não está habituada, durante toda uma vida se deitou à uma da manhã e nós estamos a obrigar que a partir das 21h aquela pessoa esteja no seu quarto, de luz apagada, deitada numa cama” (E5)

A individualidade da pessoa idosa já é posta em causa quando esta atinge uma determinada idade devido à discriminação com base na idade e à consequente resposta social (Ferreira-Alves, 2006), sendo este sentimento de perda de identidade acentuado com o ingresso numa instituição como refere Gonçalves (2010) apontando uma erosão da individualidade nos cuidados prestados nestas estruturas residenciais.

Segundo Uhlenberg (1997), o autor que defendeu que uma instituição residencial nunca seria semelhante a uma casa, a desumanização é inerente ao processo de institucionalização, apontando a perda de autonomia e privacidade das pessoas como fatores que contribuem significativamente para esta desumanização daqueles/as que residem nestas instituições.

Relativamente à privacidade esta é uma variável que é reportada por todos/as os/as participantes como extinta com a institucionalização. No discurso dos/as entrevistados/as encontramos vários exemplos que nos permitem concluir que esta privacidade é raramente conseguida no contexto institucional, muitas vezes não sendo respeitado o espaço da pessoa idosa:

“O casal vai para a suíte, um dos cônjuges morre e a pessoa devia ficar lá também até falecer... Mas eles, eles punham outra pessoa, se fosse um homem metiam outro homem, se fosse uma mulher metiam outra mulher. Deixava de haver privacidade não é. Mas mesmo nos quartos, mesmo nos quartos, acho que a privacidade não... um quarto tinha 4 mulheres a privacidade não é assim muita” (E6)

“Até porque mesmo nessas em que têm a chave, eu assistia muitas vezes, eu fazia questão de bater à porta antes de entrar que é o quarto das pessoas não é, mas eu via que as cuidadoras, era pff, abre a porta e entra” (E4)

Um outro tópico que surge frequentemente no discurso dos/as profissionais prende-se com os horários e as rotinas da instituição. Este é um ponto que surge no discurso dos/as participantes como uma forma de organização inflexível, no qual as opiniões se dividem sobre se estas serão adequadas e benéficas:

“Acho que isso está adequado porque tem mesmo que ser, quer dizer, tem que haver também um bocadinho de regras, não é porque se não tipo eles levantavam-se quando quisessem e não pode ser, são muitos utentes num lar e poucas empregadas, a gente também tem que haver um certo controlo de horários nas tarefas” (E6)

“Tá mal feito. Opá para mim tá mal feito porque muitas vezes eles, eles acordam, e vão tomar o banho, e dependendo dos horários, mas normalmente aquilo é sempre igual, é acorda, vais tomar banho, vais tomar pequeno-almoço, passado um bocado já estás a almoçar, depois passado um bocado já estás a comer e o jantar é bué de cedo, que é para os deitar cedo, pronto, é um dia muito corrido, sempre igual” (E3)

Neste sentido, os/as profissionais debruçam-se também sobre a organização diária da vida dos/as utentes, descrevendo o dia-a-dia dos/as residentes como monótono e repetitivo:

“Aquilo é tão esquematizado que eles no fundo até têm segurança no lar, não vai acontecer nada, acordas, levantas-te, vais para uma mesa e sentas-te, levantas-te da mesa e sentas-te no sofá, aquilo é assim tudo automatizado parece um robot, não é, quem lá trabalha a mesma coisa e para eles também” (E3)

“(...) Tão a viver sentados não fazem nada, parece que tão ali encostados a um canto e olha quando chegar a tua hora fixe” (E6)

“Eles têm o horário de acordar, para começar a arranjar-se, para ir para o pequeno-almoço, para depois começar a fazer as atividades com a psicomotricista, depois têm o horário para ir à casa de banho antes do almoço, e é tudo assim” (E1)

Ainda na temática dos horários, os/as profissionais reconhecem que as necessidades pessoais de cada utente não são atendidas, e frequentemente, nem sequer são questionadas

“nunca vi ninguém perguntar à senhora se queria em lugar de ser a primeira a tomar banho às seis da manhã se queria ser a última, (...) os técnicos é que decidiam tudo acerca dos horários, daquilo que eu conheço” (E4).

Esta dinâmica de exclusão das pessoas idosas da discussão das condições de funcionamento é uma prática recorrente, como já será possível concluir, no entanto, os/as cuidadores/as reconhecem os efeitos nefastos desta exclusão das pessoas sobre os seus próprios cuidados

“o facto de não respeitarmos muitas vezes o timing do outro não é, nomeadamente a história dos cuidados de higiene, da história do levantar, aquelas determinadas horas que são impostas, não é? (...) e, portanto, os cuidados de higiene têm que ser perentoriamente de manhã, os levantes têm que ser perentoriamente de manhã mesmo que a pessoa não tenha disponibilidade ou que não se sinta capaz de” (E5).

Aliado a esta desconsideração das vontades e desejos dos/as utentes surge a dinâmica que expõe um cuidado grupal ao invés de individual, no qual se pode compreender que os cuidados são prestados em fases, em etapas, e que até uma “etapa” do dia estar completa por todos/as os/as residentes, não se prossegue para a seguinte, mesmo que isto implique consequências nocivas para os/as utentes: *“só que a gente só podia dar o pequeno-almoço depois que estivessem todas na mesa, e então uma tinha que ficar esperando pela outra, e estavam cheias de fome” (E7).*

Segundo Band-Winterstein (2013) o idadismo prevalece a um nível macro nas instituições, sendo promovido pela visão de que não fará sentido gastar dinheiro com as pessoas idosas, desta forma seguindo-se um modelo de custo-benefício no qual o lucro da instituição adquire uma maior importância do que a prestação de um serviço adequado. Os/as participantes do nosso estudo partilham da mesma experiência, considerando que as condições das instituições muitas vezes negligenciam os cuidados por uma questão monetária

“acho que tendo em conta custo-benefício, e, ou seja, para serem mais vantajosos monetariamente para quem os detém acabam por tentar minimizar ao máximo os custos e tentar aumentar ao máximo os ganhos” (E5).

Esta questão poderá consistir na redução de custos

“percebia perfeitamente que o material era cortado ao máximo, e eu não percebia muito bem porque a nível de higiene não faz sentido, principalmente para o pessoal acamado, eles fazem xixi na cama e fazem várias vezes ao dia” (E4),

mas também no incumprimento dos parâmetros legais que são exigidos para o funcionamento destas instituições como é adiantado por vários/as profissionais:

“Eu sei que há instituições que funcionam mal em alguns aspetos, que estão sobrelotadas, que têm mais utentes do que aquilo que deveriam ter, sei que isso acontece muito mesmo” (E1)

“As regras são muito claras, nomeadamente no que diz respeito aos espaços que as instituições têm que ter, mesmo a nível de metros quadrados, funcionários por residente, tudo e mais alguma coisa, ou seja, a coisa está bem documentada, está bem, mas nem sempre é cumprido... O que eu tenho visto

até à data a maior parte das coisas que não foi cumprida foi a nível de funcionários, ou seja, falta de funcionários” (E2)

A problemática da ilegalidade é amplamente identificada pelos/as participantes ainda que apenas uma das entrevistadas tenha mencionado já ter trabalhado numa instituição ilegal. Ainda assim, os/as profissionais reconhecem que esta é uma realidade presente no nosso país, sustentando assim uma violência institucional:

“Acho que isso acontece ainda que é os lares ilegais, ainda existe, aliás com isto do Covid, não sei se talvez não estejas a par, mas com isto do Covid conseguiu perceber-se isso porque principalmente com os pedidos da vacinação e tudo contra a Covid apareceram instituições que não eram licenciadas e que afinal tinham idosos e afinal tinham de vacinar e pronto” (E1)

“É que aquilo lá era um apartamento, porque o lar mesmo é um lar no X (localização da instituição) chama-se X, e a mãe comprou esses dois apartamentos, e são dois apartamentos que eles têm alugados, mas aquilo não era legal porque todos os recibos que vinham debaixo do X (nome da instituição). Então como aquilo, o X (nome da instituição) não tinha vaga a mãe para ajudar o filho mandava os utentes lá para cima (para os apartamentos)” (E7).

5. Reflexões finais

Os temas apresentados revelam uma relação não só por estarem intimamente ligados à problemática em estudo neste trabalho, mas antes pela forma como se influenciam mutuamente. Em relação às “Múltiplas Facetas da Violência” remetem para um reconhecimento do contexto abusivo institucional e ainda para a identificação de práticas violentas. No entanto compreendemos que em relação ao idadismo este não é tão amplamente reconhecido pelos/as profissionais, apesar da sua significativa recorrência nos discursos dos/as mesmos/as. Assim pudemos compreender como esta forma de discriminação opera de uma forma subtil, muitas vezes não reconhecida, levando assim à naturalização de atitudes e práticas violentas, ainda que os/as profissionais não reconheçam esta ligação.

No que diz respeito aos “Fatores de Vulnerabilidade” será importante salientar a capacidade funcional da pessoa idosa, que se configura como um fator de risco para a violência não só pelo facto da pessoa estar numa situação de maior dependência perante o/a cuidador/a, mas uma vez que isto conduz a uma perceção de perda de autonomia na pessoa idosa e para o/a cuidador/a poderá significar que a pessoa não tenha já capacidade de

comunicação, o que leva a que o/a cuidador/a perceba o risco de denúncia como mais baixo. A falta de formação e de motivação surgem também como importantes fatores de risco, sendo que esta é uma profissão que exige um grande esforço físico e emocional por parte dos/as trabalhadores/as que apontam estes pontos como grandes causas para a ocorrência de episódios de violência. É também necessário destacar as condições laborais dos/as profissionais, que incluem uma sobrecarga horária, uma fraca remuneração, e falta de pessoal para dar resposta ao número real de utentes. Neste sentido é relevante compreender como o discurso dos profissionais reflete uma ideia de “causa-efeito”, considerando que é devido a estas precárias condições laborais que as situações de abuso ocorrem, revelando assim uma postura permissiva ou de compreensão perante os fatores que levam a episódios de abuso. Por fim, importa mencionar a família, que pode também constituir um fator de vulnerabilidade quando demonstra um desinteresse pela pessoa idosa institucionalizada, desta forma, não estando consciente sobre as experiências abusivas vivenciadas pelo/a idoso/a na instituição.

Relativamente à “Cultura do Silêncio”, que remete para a baixa denúncia e comunicação sobre o ambiente institucional violento, compreendemos as diferentes motivações de cada parte envolvida. No que concerne aos/as profissionais são indicados como motivos para a manutenção deste silêncio a necessidade de manter o posto de trabalho, as represálias que podem advir de uma denúncia, e até mesmo a pressão que poderão sentir pelos/as colegas para não reportar situações de cariz abusivo. Os/as participantes do presente trabalho revelaram ainda uma postura de dissociação entre si próprios/as e os/as utentes, compreendendo que um dia poderão ingressar numa instituição residencial mas encarando esta situação no sentido de uma mudança positiva, em contraste com o seu discurso atual que se prende com uma inevitabilidade das situações abusivas. Esta questão remete-nos para a impotência sentida pelos/as profissionais perante as políticas institucionais, sendo que os/as mesmos/as adotam uma postura de desresponsabilização na denúncia, colocando esta responsabilidade em terceiros ou considerando que a sua denúncia não terá valor, chegando mesmo a abandonar o local de trabalho por referirem que não conseguiam trabalhar em determinados locais devido às condições a que as pessoas idosas eram submetidas. O desconhecimento por parte dos/as diretoras e famílias é ainda uma das justificações apresentadas pelos/as nossos/as participantes, que mencionam que estas situações muitas vezes ocorrem sem o seu conhecimento, apontando que é frequente uma mudança no comportamento dos/as funcionários/as na presença dos/as mesmos/as. Por fim, a família

surge novamente como um fator que poderá contribuir positiva ou negativamente, sendo que os/as entrevistados/as referem que muitas das vezes a família poderá ter conhecimento sobre a situação mas não reportar por não ter possibilidades financeiras para recorrer a outro serviço, por não ter nenhum outro lugar para onde levar a pessoa idosa, ou mesmo pelo desinteresse pela pessoa institucionalizada.

Focando nas “Dinâmicas Institucionais” percebemos que ainda que estas partam de uma premissa de “proteção” da pessoa idosa, na realidade partem de pressupostos discriminatórios que concebem a pessoa idosa como incapacitada, e acabam por assumir um papel extremamente restritivo na vida da pessoa institucionalizada. Desta forma compreendemos estas políticas como geradoras também elas de um ambiente violento, e que promove os atos de violência que são praticados pelos/as funcionários/as. Os/as participantes descrevem assim as políticas institucionais como limitadoras, referindo a necessidade que as pessoas idosas têm de pedir permissão para realizar qualquer tipo de atividade, sendo não raras as vezes os seus pedidos negados. Outro ponto que foi frequentemente mencionado pelos/as entrevistados/as foi a desvalorização da opinião da pessoa idosa, sendo estas excluídas de praticamente todas as decisões e nunca tendo em conta as suas preferências, expectativas e desejos. A privacidade e as questões ligadas à organização e funcionamento da instituição como os horários e/ou as rotinas dos/as residentes surgem também como pontos negativos apresentados pelos/as participantes, que, no entanto, apresentam uma visão dicotómica sobre as mesmas. Se por um lado compreendem que existe uma necessidade de organização de forma a que o funcionamento da organização seja cumprido, por outro lado reconhecem as rotinas e horários como monótonos e sem diversidade, assumindo que terão um impacto negativo nos/as idosos/as institucionalizados/as. Por fim, é ainda abordada a questão da redução de custos e das ilegalidades que acontecem nestas estruturas residenciais. Os/as profissionais afirmam que esta é uma realidade muito presente nos lares portugueses, mencionando assim, a redução de custos para benefício financeiro da instituição, bem como o incumprimento legal das normas estabelecidas, por exemplo a nível de número de funcionários/as. Todas estas dinâmicas e políticas de funcionamento, baseiam-se em pressupostos extremamente discriminatórios, traduzindo-se em ambientes violentos e negligentes, e, consequentemente numa baixa qualidade de vida daqueles/as que residem nas mesmas.

Urge, neste sentido, continuar a dar visibilidade a estas situações e promover estratégias de combate e prevenção de violências.

Conclusão

No desenvolvimento do presente estudo procuramos compreender a perspetiva dos/as profissionais que trabalham em estruturas residenciais para pessoas idosas relativamente à temática da violência contra as mesmas, explorando como estes/as profissionais concebem a mesma e de que forma consideram que se manifesta.

A presente investigação conduz assim a três grandes conclusões. Em primeiro lugar podemos apontar o idadismo como uma “doença invisível”, uma vez que a sua manifestação, quer através da linguagem, quer através de práticas, é frequentemente desconsiderada e raramente identificada como problemática, o que conduz a uma normalização e internalização de estereótipos sobre as pessoas idosas, que acabam por traduzir-se em práticas com efeitos nefastos.

A segunda conclusão que apresentamos neste estudo é que a violência contra as pessoas idosas institucionalizadas é sistémica. Ao considerarmos a amostra da presente investigação podemos classificar a amostra como heterogénea, tanto a nível da função desempenhada na instituição como a nível de formação, e, no entanto, todos/as os/as participantes mencionam as mesmas situações e as mesmas dificuldades, independentemente das instituições, o que sugere um padrão de violência e não casos pontuais. Esta conclusão permite-nos compreender a violência como uma narrativa circular em que todos os temas abordados formam um ciclo abusivo nas instituições que se revela difícil quebrar, por exemplo, podemos compreender como as condições laborais dos/as profissionais não permitem que os/as funcionários/as dediquem tempo suficiente aos/às utentes, o que consequentemente leva a uma diminuição da autonomia dos/as mesmos/as, o que por sua vez conduzirá a uma maior dependência física, que constitui, por si só, um fator de vulnerabilidade de violência. Os cenários de relações possíveis entre as variáveis exploradas neste trabalho revelam-se inúmeros e refletem a ligação intrínseca entre os temas abordados, expondo assim a violência como um conceito complexo e multifacetado.

A última conclusão prende-se com o papel de impotência percecionado pelos/as profissionais perante as condutas que reconhecem como desadequadas e/ou violentas. Ainda que nos seus discursos identifiquem os/as colegas de profissão como os/as agressores, os/as participantes do nosso estudo reforçam que muitas das vezes não existe um outro modo de atuação, quer pelas políticas institucionais, quer pelas suas condições laborais, quer pela incapacidade de denúncia.

Relativamente às implicações práticas deste estudo, consideramos que, tendo em conta a complexidade da problemática abordada, futuramente, será necessária a adoção de políticas públicas que visem uma maior fiscalização destas instituições, um processo de seleção mais criterioso relativamente a quem pode trabalhar nestas instituições, bem como, uma maior sensibilização para a denúncia de situações que impliquem qualquer forma de abuso e que ponham em causa a integridade da pessoa idosa.

Sugerimos ainda um investimento na formação dos/as profissionais que incida também sobre a questão do idadismo, de forma a que seja possível desconstruir estas ideias estereotipadas sobre os/as idosos/as, e, consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos/as profissionais nas estruturas residenciais.

Para estudos futuros propomos, inicialmente, que a amostra seja constituída por pessoas idosas institucionalizadas, de forma a entendermos, na primeira pessoa, quais são as suas experiências enquanto residentes. Propomos ainda investigações que tenham como foco a relação entre a autonomia da pessoa idosa e as crenças idadistas internalizadas pelos/as próprios/as, no sentido de compreender como estas variáveis se influenciam mutuamente.

Relativamente às limitações do estudo apontamos como ponto principal a recolha de dados, uma vez que a recolha decorreu durante o período pandémico, e que os/as profissionais estavam bastante condicionados devido ao seu trabalho, o que constituiu um desafio no estabelecimento de contacto com os/as mesmos/as. Contemplamos ainda que a problemática deste estudo é um tema sensível e que nem todos/as profissionais se sentirão confortáveis a discutir estas questões ou a partilhar as suas vivências.

De uma forma geral julgamos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos com este trabalho, explorando as experiências dos/as profissionais que trabalham em instituições residenciais, e as suas perspetivas sobre a violência contra as pessoas idosas que vivem institucionalizadas, contribuindo para uma maior consciencialização e para um conhecimento mais amplo deste fenómeno bem como dos temas adjacentes.

Referências bibliográficas

- Angus, J., & Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to “aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152. <https://doi.org/10.1177/0733464805285745>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2013). *Estatísticas APAV – Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018*. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2013_2018.pdf. Acedido em: Junho 2020
- Ayalon, L. (2014). Perceived age, gender, and racial/ethnic discrimination in Europe: Results from the European social survey. *Educational Gerontology*, 40(7), 499-517.
- Bai, X., Lai, D. W. L., & Guo, A. (2016). Ageism and Depression: Perceptions of Older People as a Burden in China. *Journal of Social Issues*, 72(1), 26–46. <https://doi.org/10.1111/josi.12154>
- Band-Winterstein, T. (2013). Health care provision for older persons: The interplay between ageism and elder neglect. *Journal of Applied Gerontology*, 34(3), NP113-NP127.
- Barbosa, A. (2015). *Prevalência dos maus-tratos sobre idosos no concelho de Barcelos: estudo com profissionais* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Brodmerkel, S., & Barker, R. (2019). Hitting the ‘glass wall’: Investigating everyday ageism in the advertising industry. *The Sociological Review*, 67(6), 1383–1399. <https://doi.org/10.1177/0038026119837147>
- Browning, S. D., Penning, M. J., & Wu, Z. (2020). Perceived Age Discrimination: Implications for Mental Health and Life Satisfaction in Middle and Later Life—a Research Note. *Canadian Studies in Population*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s42650-020-00035-7>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 243-246.
- Butler, R. N. (1989). Dispelling ageism: The cross-cutting intervention. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503(1), 138-147.
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing ethics*, 18(1), 64-78.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33(1), 121-135.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

- Cations, M., Laver, K. E., Walker, R., Smyth, A., Fernandez, E., & Corlis, M. (2020). The case for trauma-informed aged care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(5), 425-429.
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.022085>
- Cichowsky, S. (2015). *Perceções acerca da violência contra pessoas idosas: A perspetiva do idoso* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Clough, R. (1999). 10 The abuse of older people in institutional settings. *Institutional Abuse: Perspectives Across the Life Course*, 205.
- Collins, K. A. (2006). Elder maltreatment: a review. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 130(9), 1290-1296.
- Commission Européenne (2008), *Que Peut Faire l'Union Européenne pour Protéger la Dignité des Personnes Agées et Prévenir Leur Maltraitance?*, Bruxelles: CE, DG Emploi, Affaires Sociales et Égalité des Chances
- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y., & Post, L. A. (2011). Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: Evidence from structural equation modeling. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 21-33.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273.
- Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos* 56, 41-63.
- Ferreira-Alves, J. (2004). *Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. Polícia e Justiça, n.º esp. (2004)*, 133-151.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.
- Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga. *Estudo preliminar*. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426540419013.pdf>. Acedido em: Fevereiro 2021
- Ferreira-Alves, J. (2005). *Avaliação do Abuso e Negligência de pessoas idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos*. Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish

- Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132-138.
- Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 148-152.
- Guedes, J. (2007). *O Internamento em Lar e a Identidade dos Idosos* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Gil, A. P., & Fernandes, A. A. (2011). “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Forum Sociológico II*(21), 111-120.
- Gil, A. P., & Santos, A. J. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 151-175.
- Glendenning, F. (1999). Elder abuse and neglect in residential settings: the need for inclusiveness in elder abuse research. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1-2), 1-11.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(6), 739-45.
- Gonçalves, R. (2010). *Avaliação do Abuso no Idoso em Contexto Institucional: Lares e Centros de Dia* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). Estatísticas Demográficas 2018. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2. Acedido em: Junho 2020
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32.
- Jackson, S. L. (2018). Introduction and Overview of Elder Abuse. In, Jackson, S. L. *Understanding Elder Abuse: A Clinician's Guide* (pp. 3–22). Washington, D.C.: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000056-001>
- Konrat, C., Boutron, I., Trinquart, L., Auleley, G.-R., Ricordeau, P., & Ravaud, P. (2012). Underrepresentation of Elderly People in Randomised Controlled Trials. The Example of Trials of 4 Widely Prescribed Drugs. *PLoS ONE*, 7(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033559>
- Levy, B. R., Chung, P. H., Bedford, T., & Navrazhina, K. (2014). Facebook as a Site for Negative Age Stereotypes. *The Gerontologist*, 54(2), 172–176. <https://doi.org/10.1093/geront/gns194>
- Lowenstein, A. (2009). Elder Abuse and Neglect — “Old Phenomenon”: New Directions for Research, Legislation, and Service Developments: (2008 Rosalie S. Wolf

- Memorial Elder Abuse Prevention Award—International Category Lecture). *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 278-287.
- Martins, R. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *Millenium*, 38, 243-251.
- Matsudo, S. M., Keihan, V., Matsudo, R., & Barros Neto, T. L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8(4), 21-32.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J., & Lindenberg, J. (2016). How older persons explain why they became victims of abuse. *Age and ageing*, 45(5), 696-702.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of social issues*, 61(2), 207-221.
- Nelson, T. D. (2011). Ageism: The Strange Case of Prejudice Against the Older You. In, Wiener, R. L. & Willborn, S. L. *Disability and Aging Discrimination* (pp. 37-47). New York: Springer Science+Business Media.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *World Report on Violence and Health*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Palmore, E. (2015). Ageism Comes of Age. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 70(6), 873-875. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv079>
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4). <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pires, S. (2009). *Violência sobre idosos*. Amadora: Câmara Municipal da Amadora/Gabinete de Ação Social.
- Pope, A. (2017). A psychological history of ageism and its implications for elder suicide. In, McCue, R. E., & Balasubramaniam, M. *Rational Suicide in the Elderly* (pp. 63-74). Cham: Springer.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 793-797.

- Roepke-Buehler, S. K., Simon, M., & Dong, X. (2015). Association between depressive symptoms, multiple dimensions of depression, and elder abuse: A cross-sectional, population-based analysis of older adults in urban Chicago. *Journal of aging and health*, 27(6), 1003-1025.
- Sargent-Cox, K. (2017). Ageism: we are our own worst enemy. *International psychogeriatrics*, 29(1), 1-8.
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, problemas e práticas*, 72, 53-77.
- Smith, D., Bugeja, L., Cunningham, N., & Ibrahim, J. E. (2017). A systematic review of sexual assaults in nursing homes. *The Gerontologist*, 00, 1–15.
- Uhlenberg, P. (1997). Replacing the nursing home. *Public Interest*, 73-84.
- Vaz, S. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado - Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Weinmeyer, R. (2014). Health law statutes to combat elder abuse in nursing homes. *Virtual Mentor, American Medical Association Journal of Ethics*,

Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista

Gostaria de começar por agradecer a sua disponibilidade.

Relembro também que toda a nossa conversa é totalmente confidencial, a sua participação será anonimizada e a gravação posteriormente destruída. De qualquer forma, se por alguma razão considerar que não se sente confortável poderá interromper e desistir desta entrevista a qualquer momento.

1. Gostaria de começar pedindo-lhe que me fale da sua experiência enquanto profissional de uma estrutura residencial para pessoas idosas.
2. Acredita que existe discriminação contra as pessoas idosas?
 - 2.1. De que forma é que esta discriminação se manifesta?
 - 2.2. Na sua opinião, considera que esta discriminação influencia o apoio prestado à pessoa idosa?

Como sabe esta entrevista pretende dar conta da perceção de profissionais destas estruturas face à violência contra pessoas idosas.

3. Se pudesse explicar o que é para si violência contra pessoas idosas o que diria?
4. Na sua opinião esta violência contra pessoas idosas existe em estruturas residenciais?
 - 4.1. Já presenciou ou ouviu algum relato de violência em alguma instituição?
 - 4.2. Que formas de violência considera serem mais comuns nestas estruturas?
5. Acha que as pessoas idosas institucionalizadas têm liberdade para tomar as suas próprias decisões?
 - 5.1 E privacidade?
6. De que forma considera que a autonomia da pessoa idosa influencia o seu bem-estar e a qualidade de vida?
7. Como descreveria as políticas dos lares relativamente à segurança e bem-estar das pessoas idosas?

- 7.1. Como descreveria as regras das instituições relativamente aos horários estabelecidos? (a nível das refeições, horário para dormir/acordar)
- 7.2. E como encara o uso de restrições físicas?
8. Que fatores considera que poderão levar a situações de abuso?
- 8.1. De que forma é que as instituições poderiam evitar futuras situações de abuso?
9. Já teve de tomar uma posição, durante a sua vida profissional, face a algum incidente que o tenha deixado desconfortável?
10. Se lhe fossem pedidas sugestões para minimizar a possibilidade de ocorrerem situações de violência e/ou abuso nestas estruturas residenciais o que diria?
11. Tem algum outro aspeto que gostaria de partilhar e que eu não tenha abordado?

Para finalizar gostaria apenas de recolher apenas alguns dados sociodemográficos.

Dados Sociodemográficos

1. Sexo/Género:
2. Idade:
3. Anos de profissão:
4. Formação base:
5. Concelho em que se localiza a Instituição:

Muito obrigada!

Anexo 2 – Consentimento Informado



Consentimento Informado

No âmbito da realização da Dissertação de Mestrado sobre as perspetivas dos/as profissionais dos lares relativamente à violência contra a pessoa idosa institucionalizada da estudante Rita Ferreira Alves de Jesus Campante, sob a orientação da Doutora Sara Isabel Magalhães, solicitamos a sua colaboração através da resposta a uma entrevista.

Pedimos ainda a sua permissão para que a mesma seja gravada de forma a que seja possível uma posterior transcrição dos dados. Dada a natureza académica do presente trabalho, garantimos que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. Garantimos ainda que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas e anonimização da sua participação.

Salvaguardamos assim a total confidencialidade dos participantes e o seu anonimato, e recordamos que a participação é totalmente voluntária podendo desistir a qualquer momento e sem qualquer repercussão.

Poderá entrar em contacto com a equipa de investigação caso deseje que as suas respostas não sejam incluídas no estudo, ou se pretender ter acesso aos dados produzidos pela investigação no final da mesma.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração,

Rita Campante

up201605916@fpce.up.pt

Após a informação supramencionada, declaro que aceito participar na investigação apresentada e que consinto a gravação em áudio da mesma.

Assinatura do/a participante:

Data ____/____/____