escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos

Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca

Coimbra, fevereiro de 2021

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos

Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca

Orientador: Professor Doutor, Rui Filipe Lopes Gonçalves, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica

Coimbra, fevereiro de 2021

“Um povo que não respeita os avós é um povo sem memória e, consequentemente, sem futuro.”

Papa Francisco (2013)

À minha querida e doce filha,

Sofia!

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o culminar de uma longa sequência de acontecimentos. Qualquer expressão de agradecimento às pessoas que partilharam comigo esta caminhada, jamais conseguirá contemplar o verdadeiro significado e importância que tiveram na minha vida.

Ao Professor Doutor Rui Gonçalves, orientador deste estudo, o meu sincero agradecimento por nunca deixar de acreditar em mim, pela orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e úbere, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

A todos os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, e que prescindiram de algum do seu precioso tempo para a concretização das entrevistas, que autorizaram para a realização desta investigação, com testemunhos e vivencias únicas, tornando possível esta investigação.

À minha mãe, pelos conselhos preciosos, total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada, bem como pela leitura crítica e atenta das versões preliminares da tese, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.

Ao Bernardo, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio incondicional, agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso.

À minha família que soube compreender a minha ausência e me acompanhou e incentivou nos momentos mais difíceis.

E claro, à minha querida filha, Sofia, que amo incondicionalmente e que veio dar um novo sentido à minha vida. O sorriso dela é único e encorajou-me a continuar e concluir esta caminhada.

A todos o meu MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento Centros Saúde

APAV - Associação Portuguesa de Apio à Vítima

ARS - Administração Regional de Saúde

CCIG - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPVA - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

GNR - Guarda Nacional Republicana

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

INPEA - *International Network for Prevention of Elder Abuse*

OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde (em inglês *World Health Organization*)

PSP - Polícia de Segurança Pública

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UICISA:E - Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

WebQDA® - *Web Qualitative Data Analysis*

RESUMO

Vivemos um cenário de envelhecimento demográfico mundial. Os idosos estão frequentemente expostos a práticas que atentam contra os seus direitos. Muitos são vítimas de violência, não obstante, só uma pequena percentagem denuncia a situação vivenciada junto dos profissionais de saúde. Neste cenário, é reconhecido o papel dos enfermeiros na deteção de situações de violência contra os idosos, em particular, dos enfermeiros dos Serviços de Urgência que estão na linha da frente para o seu reconhecimento. É neste alinhamento que se conduziu um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência sobre violência contra os idosos. Para a sua concretização, realizaram-se 18 entrevistas audiogravadas a enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas, a exercer funções em Serviços de Urgência de Hospitais da Região Centro de Portugal, selecionados de acordo com o método de amostragem do tipo não probabilístico em bola de neve. Após transcrição de cada entrevista, o tratamento e análise dos dados obtidos foi suportado pelo software WebQDA® (*Web Qualitative Data Analysis*) e foram identificadas as categorias que refletiram a perceção dos enfermeiros sobre violência contra os idosos, nomeadamente: o seu conceito; visibilidade em geral e nos Serviços de Urgência; tipos e formas de deteção; intervenções realizadas; obstáculos à denúncia e intervenção; e estratégias de melhoria na atuação. Os enfermeiros consideram a violência contra os idosos uma problemática em crescimento e que a sua intervenção tem limitações, sobretudo dificuldades em abordar a problemática com as vítimas, garantindo uma intervenção eficaz e concisa. Reconhecem a necessidade de um trabalho permanente na consciencialização das práticas de enfermagem no cuidado às vítimas de violência, onde se possa assumir uma posição de envolvimento, de crítica e de reflexão sobre essas práticas e sobre os processos educativos. Remetem ainda, para a importância da comunicação em saúde como ferramenta favorecedora de relações organizacionais, interprofissionais e profissional/utente. Os resultados evidenciam a importância do reconhecimento da problemática, da sua consciencialização coletiva e da necessidade de implementação de estratégias que potenciem a qualidade dos cuidados de enfermagem em situações de violência contra idosos.

Palavras-chave: Enfermagem; Violência contra idosos; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

We are experiencing a world demographic aging scenario. Older people are often exposed to practices that violate their rights. Many of them, are victims of violence, however, only a small percentage report the situation experienced to health professionals. In this scenario, nurse's role in detecting situations of violence against the elderly is recognized, in particular, nurses from the Emergency Services who are at the forefront for their recognition. It is in this alignment that a descriptive study with a qualitative approach was conducted, with the objective of knowing the perception of nurses exercising functions in the Emergency Service on elder abuse. In order to achieve this, 18 audio-recorded interviews were conducted with general care nurses and specialist nurses, performing functions in Emergency Services of Hospitals in the Central Region of Portugal, selected according to the non-probabilistic snowball sampling method. After transcribing each interview, the treatment and analysis of the data obtained was supported by the WebQDA® software (Web Qualitative Data Analysis) and the categories that reflected the nurses' perception of elder abuse were identified, namely: its concept; visibility in general and in the Emergency Services; types and forms of detection; performed interventions; obstacles to reporting and intervention; and performance improvement strategies. Nurses consider elder abuse to be a growing problem and that their intervention has limitations, especially difficulties in addressing the problem with victims, ensuring an effective and concise intervention. They recognize the need for permanent work to raise awareness of nursing practices in caring for victims of violence, where they can assume a position of involvement, criticism and reflection on these practices and on educational processes. They also refer to the importance of health communication as a tool that favors organizational, interprofessional and professional/patients. The results show the importance of recognizing the problem, its collective awareness and the need to implement strategies that enhance the quality of nursing care in situations of elder abuse.

Keywords: Nursing; Elder Abuse; Emergency Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções).....28

Figura 2 - Perfil das pessoas idosas, vítimas de violência. 39

Figura 3 - Fases do processo-crime de violência. 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Violência contra as pessoas idosas: categorias, definições e seus indicadores. 36

Tabela 2 - Fatores de risco relativamente ao idoso vítima de violência. 40

Tabela 3 - Crimes mais frequentes na identificação de violência contra pessoas idosas, enquadrando a sua categoria, ação típica e moldura penal. 44

Tabela 4 - Orientações globais para uma atuação adequada dos enfermeiros no apoio à vítima. 59

Tabela 5 - Caracterização dos Serviços de Urgência da ARS Centro. 70

Tabela 6 - Caracterização dos participantes (N = 18). 75

Tabela 7 - Apresentação dos participantes quanto à sua categoria profissional e local de trabalho. 76

Tabela 8 - Identificação dos participantes quanto à categoria profissional e realização de formação na área de violência contra idosos. 76

Tabela 9 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Conceito de violência contra idosos". 85

Tabela 10 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Visibilidade da temática em geral". 87

Tabela 11 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Visibilidade da temática nos serviços de Urgência". 89

Tabela 12 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência". 92

Tabela 13 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros". 98

Tabela 14 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Obstáculos na identificação da violência"..... 101

Tabela 15 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Estratégias de melhoria"..... 105

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

PARTE I - ENQUADARAMENTO CONCEPTUAL 25

1. PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS 27

1.1. PESSOA IDOSA: CARACTERIZAÇÃO 29

1.2. VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: O RECONHECIMENTO SOCIAL 32

1.3. VIOLÊNCIA, ABUSO E MAUS-TRATOS: CLARIFICAR CONCEITOS 34

1.4. O IDOSO COMO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA 38

1.5. ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL 41

2. OS ENFERMEIROS E A VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS 51

2.1. PROTEÇÃO E APOIO AO IDOSO, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA 51

2.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO 55

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO E ESTUDO EMPÍRICO 65

1. METODOLOGIA DO ESTUDO 67

1.1. PROBLEMÁTICA E CONTEXTO DO ESTUDO 67

1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO 71

1.3. TIPO DE ESTUDO 72

1.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO 73

1.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO 77

1.6. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS 79

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 83

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 111

CONCLUSÃO 127

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 133

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da Entrevista

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado

APÊNDICE III – As 50 palavras mais frequentes das entrevistas

INTRODUÇÃO

Atendendo à realidade mundial, a violência é vista como um fenómeno emergente no atual cenário de envelhecimento demográfico. Este fenómeno tem vindo a ganhar visibilidade crescente, quer a nível internacional como nacional, tornando-se imprescindível proceder à sua compreensão nas diferentes dimensões, e, consequentemente, procurar o estabelecimento de ações sistémicas e resilientes.

Em Portugal, verificou-se um aumento demográfico da população idosa, sendo que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez no ano 2000, estando classificado como o 4º país da UE com mais idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

O envelhecimento é um processo dinâmico, onde a pessoa sofre transformações a nível físico, psicológico e social, de uma forma natural e gradual. Contudo, durante este processo, a pessoa idosa está frequentemente exposta a práticas que atentam contra os seus direitos mais elementares, podendo levar à ocorrência de violência contra os idosos (APAV, 2010).

O conceito "violência", sobreponível aos termos "abuso" e "maus-tratos", surgem associados ao termo anglo-saxónico "*elder abuse*". Estes assumem semelhanças quanto à sua definição, existindo uma problemática quanto ao estabelecimento de fronteiras conceptuais entre as suas terminologias, tornando difícil distinguir e gerar consensos (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012). No entanto, o conceito de violência, direcionados à população idosa, é descrito como:

> Qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incomodo a uma pessoa idosa. Estes atos podem ser de vários tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, refletir atos de negligência intencional, ou por omissão (World Health Organization, 2002b, p. 2).

Contudo, Fonseca, Gomes, Lobato Faria e Gil (2012) esclarecem que existem especificidades culturais que não podem ser ignoradas, pelo que os termos apropriados devem serem acauteladas no enquadramento normativo e jurídico-legal de cada país.

No âmbito nacional, existe uma sistematização das condutas de violência com correspondência a crimes tipificados no Código Penal português. Em termos

legislativos, a violência contra as pessoas idosas poderá ser classificada como um crime semipúblico ou público, dependendo dos pressupostos presentes na situação denunciada e da consequente qualificação do crime pelo Ministério Público (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016). Os regimes jurídicos visam proteger a dignidade, a integridade física e psíquica, a liberdade, a autodeterminação, a honra da vítima, bem como a vulnerabilidade e fragilidade (Albuquerque, 2010).

Apesar de ser um problema social de caracter global, o reconhecimento da existência de violência contra idosos aconteceu somente num passado recente e se transformou num tema de maior interesse social, político e mediático. Contudo, o processo de identificação e denúncia da violência contra os idosos constitui-se como complexo e intricado, pois consiste numa realidade multicausal, não implicando somente fatores sociais como culturais, familiares e individuais (APAV, 2010).

Contextualizando, num projeto realizado por Gil, Santos, Kislaya e Nicolau (2014), com o título “Envelhecimento e Violência”, constactou-se que apenas 35% das vítimas com mais de 60 anos apresentou queixa da situação de violência vivenciada, sendo que apenas 4,5% das denúncias envolveram um profissional de saúde. Perante o exposto, reconhece-se que a notificação de situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas.

Concretamente, os enfermeiros assumem um papel preponderante neste contexto, dado que estão, maioritariamente, na linha da frente para o reconhecimento de possíveis situações de violência nos seus contextos de trabalho.

O investimento dos enfermeiros nesta área surge enquanto profissionais que lidam com a saúde das pessoas, detentores de responsabilidade, bem como a função de colaborar com a Justiça e dar resposta, na íntegra, ao que é defendido no Código Deontológico dos Enfermeiros (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Em qualquer situação o ser humano é o foco de atenção do enfermeiro, mas quando se trata de pessoas vitimadas, a escuta ativa e o clima de confiança são ainda mais primordiais para estabelecer relações interpessoais de qualidade, num contexto de relação de ajuda. Por outro lado, a perspicácia e coragem, por parte dos enfermeiros, são fundamentais para que as situações de violência sejam notificadas. Decerto, reconhece-se que a averiguação desta temática seja realizada junto de enfermeiros que cuidem frequentemente de doentes idosos, tal como acontece nos serviços de Urgência.

Assim, emerge como questão central deste estudo: *Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos?*

Para responder à questão central do estudo, objetiva-se conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos, definindo como objetivos específicos:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre a violência contra idosos;

- Identificar quais as situações de violência contra os idosos percebidas por enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência;

- Identificar formas de deteção de situações de violência contra os idosos;

- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de violência contra os idosos;

- Identificar obstáculos percebidos pelos enfermeiros na presença de situações de violência contra os idosos;

- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros na abordagem de situações de violência contra os idosos.

Especificando, relativamente à escolha do âmbito da pesquisa, pode-se enunciar que se tratou não só de uma questão de interesse pessoal e profissional, mas, sobretudo, pelo facto de se inserir num domínio de primordial importância para o Enfermeiro Especialista, especificamente o da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Consciente de que, no contexto da formação especializada em enfermagem, urge a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos e competências conducentes com a potencial ação diferenciada no seio das equipas de trabalho.

Com vista a uma melhor organização e compreensão da temática selecionada, a presente introdução inicia-se com uma breve descrição das atuais conceções referentes à temática da violência contra os idosos e a pertinência de conhecer a perceção dos enfermeiros sobre esta temática, fundamentada nas vivências e contextos de trabalho.

Por conseguinte, será apresentado um enquadramento teórico, onde se preconiza a contextualização da temática, elucidando a caracterização do idoso, a clarificação de conceitos (violência, abuso e maus-tratos), a apresentação da legislação vigente face ao contexto em estudo e, ainda, a caracterização do papel preponderante dos enfermeiros na intervenção da violência contra os idosos.

Segue-se o enquadramento metodológico deste projeto, referenciando as questões de pesquisa, o processo e recursos utilizados para a obtenção da documentação, bem como o método detalhado da seleção e análise dos dados. Concretamente, com base

na questão e objetivos elaborados para esta investigação, a metodologia idealizada consiste num estudo descritivo de abordagem qualitativa. Objetivamente, a sua concretização prende-se através da realização de uma entrevista semiestruturada a um conjunto de participantes selecionados de acordo com o método de amostragem do tipo não probabilístico em bola de neve (inseridos nos critérios de seleção pré-definidos). Preconiza-se que o tratamento e análise dos dados obtidos sejam beneficiados com recurso ao software WebQDA® (*Web Qualitative Data Analysis*).

Na terceira parte, designada de estudo empírico, integram-se a apresentação e análise dos dados, bem como a discussão dos mesmos com a abordagem a outros estudos de outros autores.

No final, será apresentada uma conclusão onde serão evidenciadas as principais conclusões do projeto e as suas implicações para o contexto prático de cuidados, conhecimento e investigação em enfermagem, bem como enumeradas as limitações inerentes ao estudo e algumas sugestões pertinentes para investigações futuras neste âmbito da enfermagem.

PARTE I - ENQUADARAMENTO CONCEPTUAL

1. PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

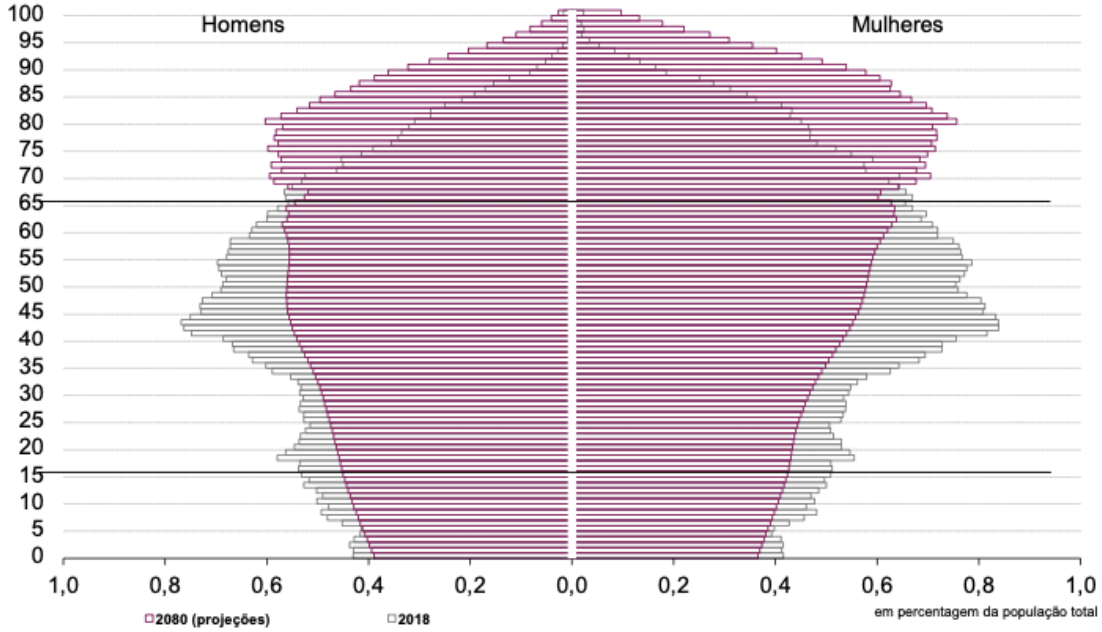
Atualmente, a evolução da medicina e a melhoria crescente das condições de vida, particularmente nos países industrializados, tem tido como consequência a maior longevidade dos cidadãos.

Repare-se que nos últimos anos a população idosa cresceu substancialmente em todo o mundo. O envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu site oficial refere que "a população global de pessoas com 60 anos ou mais vai mais que dobrar, passando de 900 milhões em 2015 para cerca de 2 mil milhões em 2050" (traduzido de World Health Organization, 2020, s.p.).

Segundo o INE (2019), em 2018 verificou-se em Portugal um decréscimo no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos), em contrapartida com aumento do número de pessoas idosas (pessoas com 65 e mais anos). Em termos percentuais, em 2018, a população residente em Portugal era composta por 13,7% de jovens, 64,5% de pessoas em idade ativa e 21,8% de idosos, revelando que estamos perante uma tendência para o envelhecimento demográfico. Este processo acentuar-se-á, tanto pela redução da proporção de jovens na população total, como pelo aumento da proporção de população com 65 ou mais anos, tendências estas que são visíveis no perfil das pirâmides etárias (Figura 1). Não obstante, o índice de envelhecimento, que compara a população idosa com a população jovem, poderá duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159,4 para 291,0 idosos por cada 100 jovens (INE, 2019).

Figura 1 - Pirâmides etárias, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções).



Fonte: Adaptado do INE, I.P. - Estimativas anuais da população residente e Projeções da população residente, 2018 (INE, 2019).

A idade avançada assume algumas especificidades, nomeadamente no plano dos cuidados de saúde, do apoio social e do enquadramento familiar, bem como da tutela jurídica, que devem ser devidamente regulados, de modo a garantir em todas as fases da vida o respeito pela dignidade da pessoa humana (Ministério da Justiça, 2015). Contudo, os cidadãos idosos estão frequentemente expostos a práticas que atentam contra os seus direitos mais elementares, cuja defesa importa assegurar.

A OMS apresenta alguns factos atuais no seu site oficial, que nos alertam para a problematização desta temática. Repare-se (traduzido de World Health Organization, 2020):

- Cerca de 1 em cada 6 pessoas com 60 anos ou mais experimentou alguma forma de abuso em ambientes comunitários durante o ano passado;
- As taxas de abuso de idosos são altas em instituições como lares de idosos e instalações de cuidados de longo prazo, com 2 em cada 3 funcionários relatando que cometeram abuso no ano passado;
- O abuso de idosos pode levar a lesões físicas graves e consequências psicológicas a longo prazo;

- Prevê-se que o abuso de idosos aumente, pois, muitos países, estão enfrentando um envelhecimento rápido da população.

O contexto de violência contra o idoso está associado às mudanças observadas nos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto da pessoa idosa (Gonçalves, 2006). Antigamente, o idoso gozava de reconhecimento social, respeito e poder, e comportava a garantia de transmissão de conhecimentos e tradições, numa sociedade onde a experiência ligada à idade era considerada um valor. No entanto, Gonçalves (2006) refere que nas últimas décadas, as alterações na estrutura social, no contexto familiar, nas atitudes e nos valores, estão provavelmente na génese do problema, complementadas pelo aumento da esperança média de vida e avanços nas ciências médicas que permitiram o prolongamento dos anos de vida em doentes com patologias crónicas.

1.1. PESSOA IDOSA: CARACTERIZAÇÃO

É difícil envelhecer num mundo que se empenha em ser jovem, parecer jovem. Os custos desta atitude cultural cada vez mais instituída são múltiplos, mas situam sempre as pessoas idosas nas franjas da sociedade (APAV, 2010).

A idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008). A pessoa mais velha, na maioria das vezes, é definida como idosa quando chega aos 60 anos, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Ao longo da literatura, quando se referem a esta pessoa mais velha, não há um consenso na terminologia adequada a utilizar, pelo que se encontram os termos idoso(s) ou pessoa(s) idosa(s). Ao longo deste trabalho, procurou-se respeitar os termos utilizados pelos diferentes autores ao longo das suas obras.

Concretamente, Zimerman (2000) carateriza o idoso como: "(…) o velho é um mais: tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível" (p. 20). Ser velho é difícil de definir e é ainda mais difícil definir a velhice pela sua multidimensionalidade e consequentemente o envelhecimento.

Então, como compreender o envelhecimento? Este domínio é mais rico em factos que em teorias, onde a pesquisa tem sido sobretudo orientada para a resolução de problemas concretos, têm surgido também diversas abordagens teóricas que explicam o envelhecimento, transformando-o em objeto disciplinar. Assim, a Biologia, a

Psicologia, a Sociologia e a Antropologia são ciências que, entre outras, têm vindo a estudar e a conceptualizar o envelhecimento. Como é evidente, nenhuma delas, por si só, pode dar resposta à complexidade deste objeto de estudo (APAV, 2010).

Porém, a Gerontologia é a disciplina que, reunindo hoje numerosos investigadores e especialistas em todo o mundo, e de áreas científicas variadas, tem por objeto de estudo todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à ação do tempo no organismo – a esta ação chamamos envelhecimento –, independentemente de qualquer fenómeno patológico (Fontaine, 2000). Assim, para melhor conhecermos este processo, procuramos compreender os domínios referentes à idade biológica, psicológica e social.

Relativamente à idade biológica, Schneider e Irigaray (2008) definem como as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana. Neste processo, compreende-se a perda de capacidades autónomas da pessoa idosa, levando a que esta fique dependente de outros. A definição de dependência apresentada no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, consiste na:

> (…) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável, em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (p. 3857).

Efetivamente, a dependência traz consigo problemáticas e constrangimentos, tanto para o recetor de cuidados como para o prestador de cuidados, pois a dependência força a um relacionamento continuado entre duas pessoas, muitas vezes interferindo numa esfera pessoal do idoso: a sua intimidade (Sousa & Figueiredo, 2006).

O conceito de idade psicológica pode ser entendido em dois sentidos. Nomeadamente, o primeiro relacionado com a relação que existe entre a idade cronológica e às capacidades psicológicas, tais como perceção, aprendizagem e memória, as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo (Neri, 2007). O segundo conceito de idade psicológica relaciona-se com a subjetividade de idade, dependente de como cada pessoa avalia a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento com outras pessoas de sua idade (Neri, 2007). Em complemento, a idade psicológica pode também ser definida pelos padrões de

comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida e tem uma influência direta na forma como as pessoas envelhecem (Schneider & Irigaray, 2008).

No que concerne à idade social, Schneider e Irigaray (2008) caracterizam-na pela obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. A medida da idade social é composta por performances individuais de papéis sociais e envolve características como o tipo de vestuário, hábitos e linguagem, bem como o respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. Ela também se relaciona com as idades cronológica e psicológica.

De acordo com Pinheiro (2011), o conceito de idoso em Portugal não é totalmente explícito, havendo uma variação quanto à noção de idoso entre os 60 e os 65 anos de idade. O mesmo autor (2011) acrescenta que:

> No domínio estatístico, entende-se que é aquele que tem idade igual ou superior a 65 anos. Numa perspetiva sociológica, considera-se que, na hipótese de se estar perante alguém que exercia uma atividade profissional remunerada, o que interessa é a altura de aposentação, variável em razão da idade; e, até há pouco, a idade de reforma era, normalmente, 65 anos. Atualmente a idade de reforma é 65 (com penalizações) e 66 anos sem penalizações no valor de reforma. No Direito Civil português, considera-se sempre contraído sob o regime de separação de bens o casamento celebrado por quem tenha sessenta anos de idade (artigo 1720º, n.º 2, al. b), do Código Civil); em princípio, não pode adotar quem tiver mais de 60 anos (artigo 1979º, n.º 3, e artigo 1992º, n.º 2); no Regime de Arrendamento Urbano, ainda aplicável aos contratos antigos, e no Novo Regime de Arrendamento Urbano, há regras que estabelecem um tratamento de favor a quem tiver mais de 65 anos; no artigo 6º, al. a), do Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro, sobre acolhimento familiar, alude-se à pessoa idosa "como sendo aquela que tem idade igual ou superior a 60 anos" (p. 413).

A pessoa idosa vivencia um processo de envelhecimento, caracterizado por ser complexo e multifatorial. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo. Para além de que este processo, também designado por velhice, consiste numa construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008). Assim, torna-se necessário compreender o envelhecimento, contrariando os estereótipos e preconceitos inerentes à relação com o ser humano e à cultura de cada

sociedade, que depende de investimentos socioeducativos e socioculturais a longo prazo (Neri, 2007).

1.2. VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: O RECONHECIMENTO SOCIAL

O reconhecimento da vitimização das pessoas idosas foi lento, mas hoje é um fenómeno cada vez mais evidente dentro do atual processo de envelhecimento da população mundial (APAV, 2010).

Repare-se que só nos inícios dos anos 80, do século XX, é que a violência contra as pessoas idosas começou a ser reconhecida como um grave problema social, vindo a público através da denúncia por parte de profissionais que trabalhavam diretamente com as pessoas idosas vitimadas (APAV, 2010). Foi um tema pouco explorado e quase exclusivamente tratado pelos profissionais de saúde e pelos assistentes sociais. Talvez por isto, por ter estado sob o domínio da prática, a literatura sobre pessoas idosas vítimas de violência doméstica, mesmo sendo em mulheres, no período anterior aos finais da década de 80 e início da de 90 é relativamente escassa (Dias, 2004).

Em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV (2010) a consciência social sobre fenómenos como a violência doméstica contra as mulheres desenvolveu-se no período do final dos anos 80 aos inícios do século XXI. Apesar de, nos anos 80, muitos problemas sociais já se encontrarem assumidos pela sociedade civil e pelo Estado, esse era um problema sobre o qual ainda se encobria os assuntos relativos à intimidade e privacidade familiar, na qual se reconheciam sobretudo mulheres e crianças como as principais vítimas. Porém, algumas organizações da sociedade civil não ficaram indiferentes a esta emergência social e que ultrapassaram o próprio Estado em matéria de prevenção e combate à violência doméstica. Na prática, essas organizações foram as pioneiras na aplicação da prevenção e do combate a este flagelo, ou seja, no apoio direto às vítimas e seus familiares e amigos.

Por isso, uma vez que já era indubitável a existência deste fenómeno pela sociedade e pelo Estado, passou a ser chamado na generalidade pela inequívoca designação de Violência Doméstica. Expressava-se assim o conceito de que numa família, num domicílio, podia realmente haver uma forma grave e criminosa de violência (APAV, 2010).

À semelhança da violência doméstica contra as mulheres, o reconhecimento político do fenómeno da violência contra as pessoas idosas também se desenvolveu em Portugal no período de uma década. Isto é, foram precisos dez anos de constante alerta por parte

de profissionais e instituições para que este fenómeno começasse a emergir do silêncio e da ignorância em que se mantinha (APAV, 2010).

> Decisivo foi o Ano Internacional das Pessoas Idosas – 1999, no qual o tema da violência foi proposto pela APAV, começando a ser desenvolvido um longo trabalho de reflexão, busca de conhecimento, aproximação às vítimas, formação de profissionais e, transversalmente, foi tentado um avivamento frequente da consciência social e uma chamada de atenção dos decisores políticos (APAV, 2010, p. 43).

Concretamente, algumas iniciativas devem ser distinguidas pelos feitos conseguidos na luta contra este fenómeno emergente. A APAV (2010) destaca as campanhas de sensibilização pública realizada pela própria associação, a publicação de manuais de procedimentos para técnicos, a formação de grupos de trabalho de peritos (como é o caso do Grupo de Trabalho da Direção-Geral de Saúde (DGS) para a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas) e a celebração do Dia Internacional de Sensibilização Sobre a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas – 15 de Junho, promovido pela *Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA). Neste dia, várias entidades, públicas e privadas, apostam numa forma geral e eficaz de prevenção deste fenómeno, que consistem em alertar a consciência social para a sua existência e, simultaneamente, para a sua prevenção.

Facilmente se depreende que a violência contra as pessoas idosas terá relação com mudanças observadas ao nível dos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto dos mais velhos nas sociedades atuais. Uma vez que, outrora, gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder, de serem possuidores de sabedoria, ou do conhecimento provado ou adquirido por toda uma experiência de vida. Pode-se ainda relacionar este flagelo com o aumento da esperança média de vida, com os avanços médicos e farmacêuticos, e, também, com as alterações demográficas e sociais não acompanhadas da criação de recursos necessários para dar resposta às novas necessidades que foram surgindo. Ou seja, será uma realidade multicausal, não implicando somente fatores sociais como fatores culturais, familiares e individuais. Em concreto, estudos realizados em diferentes culturas e estudos comparativos entre países têm demonstrado que qualquer pessoa idosa pode ser vítima, independentemente do seu nível sociocultural, etnia ou religião (Minayo, 2003).

1.3. VIOLÊNCIA, ABUSO E MAUS-TRATOS: CLARIFICAR CONCEITOS

Decerto, existem várias definições de "Violência", no geral, e de "Violência Contra os Idosos", em que cada uma espelha diferentes entendimentos conceptuais, ideológicos, culturais ou científicos sobre fenómenos tão complexos e multidimensionais.

Os conceitos de "Violência", no geral, formulados por organizações internacionais de impacto relevante nesta área, tais como a Organização das Nações Unidas e a OMS, assentam em pressupostos comuns: "um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança e uma consequência que provoca um efeito, obrigatoriamente traduzido num dano físico e/ou mental" (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012, p. 151).

Considere-se as definições propostas pela OMS, onde no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, o conceito de "Violência", no geral, surge definida como:

> o uso intencional de força física ou poder, sob a forma de ameaça real, contra si mesmo, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, do qual resulte, ou exista a probabilidade de resultar, uma lesão física ou psicológica, morte, atraso de desenvolvimento, ou qualquer forma de prejuízo ou privação (World Health Organization, 2002b, p. 5).

A definição mais universal de "Violência Contra os Idosos" é a adotada desde 1995 pela *Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse*, utilizada inclusive pela OMS (2002a), na sua "Declaração de Toronto Para a Prevenção Global de Maus-Tratos a Pessoas Idosas", onde está patente que:

> os maus-tratos de pessoas idosas define-se como a ação única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança (p. 2).

Relativamente à natureza dos atos, a OMS, no relatório aqui citado, identifica quatro formas essenciais de violência: a física, a sexual, a psicológica e a privação ou negligência. No entanto, quando abordada no âmbito relativo à violência contra a pessoa idosa, às categorias referidas acrescenta-se a violência financeira ou material (World Health Organization, 2002a). Refletidamente, apesar do uso generalizado do conceito de violência, quando se reporta aos idosos a terminologia usada é o conceito de abuso, pelo que se depreende facilmente não existir uma uniformidade oficial nos termos utilizados (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012).

Concretamente, na diversa literatura sobre a temática, podemos encontrar diferentes nomenclaturas para o este fenómeno, havendo, assim, necessidade de clarificar a terminologia fundamental a utilizar no mesmo, de forma a responder a questões como: "De que se fala quando se usa a expressão violência? O que é o abuso? O que são os maus-tratos? O que significa negligência?"

Numa primeira abordagem a esta temática, conseguiu-se perceber a dificuldade na identificação de uma matriz conceptual clara entre as diferentes terminologias adotadas. De facto, o uso dos conceitos de "Abuso" e "Maus-tratos" surge de uma forma quase sinónima, tal como sucede na Declaração de Toronto de 2002, sobre abuso de pessoas idosas (World Health Organization, 2002a), ou no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (World Health Organization, 2002b), que, nas suas múltiplas traduções, recorre a ambos os termos sem distinção. Na versão em língua inglesa, o termo utilizado é "*elder abuse*" (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012).

O termo "Abuso de pessoa idosa", genericamente designado na literatura internacional como "*elder abuse*" ou "*mistreatment*", encontra-se definido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, como a "ação ou omissão, intencional o não, da qual resulta sofrimento desnecessário, lesão, dor, a perda ou a violação dos direitos humanos, e consequentemente uma diminuição da qualidade de vida do idoso" (World Health Organization, 2002b, p. 126). Neste contexto, evidencia-se uma diferença face ao conceito de violência, traduzida pela aceitação de ausência de intenção.

No entanto, assumem-se semelhanças entre as conceções de "Violência" e "Abuso" quanto às diversas formas que os conceitos podem apresentar, reconhecendo-lhe a OMS cinco grandes categorias, em tudo idênticas às enunciadas no âmbito do conceito de violência, designadamente: o abuso físico, o abuso psicológico ou emocional, o abuso financeiro ou material, o abuso sexual e a negligência (World Health Organization, 2002b).

Em acréscimo, o conceito de "Maus-tratos" é igualmente utilizado em sinonímia com os termos "Violência" e "Abuso", visto que também surge associado ao termo anglo-saxónico "*elder abuse*" (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012), tornando-se em mais uma forma de tradução dos conceitos apresentados.

Neste contexto, considerando as ténues fronteiras conceptuais entre "Violência", "Abuso" e "Maus-tratos", facilmente se compreende a incerteza relativamente à existência de uma opção única quanto ao conceito a utilizar. Porém, de modo a facilitar a interpretação da temática, optou-se por apresentar as definições de "Violência" e "Violência Contra os Idosos" pela sua maior abrangência e por se tornarem mais claras

para o senso comum e, naturalmente, também para os meios profissionais implicados no tema. Não deixando, claro, de fazer menção aos termos “Abuso” e “Maus-tratos”, quando a sua tradução ou transcrição assim o obriga.

Relativamente à tipologia de “Violência Contra os Idosos”, internacionalmente tem sido classificada em diferentes tipos, como já foi descrito anteriormente, sendo que, quase nunca estes tipos surgem isoladamente. Isto é, segundo a APAV (2010), quando uma pessoa idosa é vitimada, nunca o é apenas num dos tipos de violência, mas na combinação de um, dois ou todos os tipos de violência.

Concretamente, numa análise transversal da literatura, a sistematização mais usual assenta em cinco categorias: abuso físico, abuso psicológico, negligência, abuso financeiro e abuso sexual (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016). Todas estas diferentes manifestações de violência enunciadas acarretam um sofrimento associado a cada situação e têm impacto na saúde e bem-estar da pessoa idosa. Em acréscimo, a *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) identifica, ainda, outros dois tipos de violência contra os idosos que perspetivam uma atitude geral que atualmente as sociedades manifestam quanto ao envelhecimento e às pessoas idosas, que são a violência Estrutural e Social e a Falta de Respeito e Preconceito contra as Pessoas Idosas.

Para uma melhor apropriação dos conceitos, na Tabela 1 apresentam-se discriminadas as várias categorias de violência contra as pessoas idosas identificadas, bem como as suas definições e indicadores específicos.

Note-se que não se deve descurar que todos os tipos de violência têm múltiplos indicadores, sinais e sintomas, embora a sua presença, por vezes não confirme ou indique necessariamente a existência de vitimização (Hoover & Polson, 2014).

Tabela 1 - Violência contra os idosos: categorias, definições e seus indicadores.

Categorias	Conceitos	Indicadores
Abuso físico	Conjunto de ações ou agressões que possam vir a causar dor ou dano físico. É importante ter especial atenção aos relatos da vítima e/ou do familiar que não se correlacionam com o tipo de lesão e/ou sinais físicos e sintomas (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).	A pessoa idosa violentada fisicamente normalmente apresenta hematomas, lesões, feridas infetadas, queimaduras e fraturas inexplicadas. Outras manifestações comuns são queixas somáticas como cefaleias, palpitações, dor crónica e queixas gastrointestinais.

Tabela 1 (continuação) - Violência contra as pessoas idosas: categorias, definições e seus indicadores.

Categorias	Conceitos	Indicadores
Abuso psicológico	Consiste na produção de sofrimento, aflição ou angústia na pessoa idosa, mediante agressão verbal, ameaça, intimidação, humilhação, infantilização, chantagem emocional, manipulação, desvalorização da pessoa idosa, e/ou desvalorização dos seus direitos, impedindo-a de tomar decisões (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).	Pode-se manifestar através de atos verbais e atitudes manipulativas, mas também através de atos não-verbais como o silêncio, a indiferença e o isolamento social.
Negligência	A negligência e a omissão de cuidados são termos utilizados de forma similar na literatura da área para referir-se à recusa ou inadequação, intencional ou não, de prestação de cuidados sociais e/ou de saúde imprescindíveis para satisfazer as necessidades da pessoa idosa. Ainda que não seja de todo consensual, o abandono da pessoa idosa pode ser integrado neste tipo de violência (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).	A desidratação, a desnutrição e o descuido da higiene pessoal da pessoa idosa, bem como a falta de assistência médica que possa colocar em risco a sua saúde física agravando a sua situação clínica.
Abuso financeiro (ou material)	Uso desautorizado ou abusivo dos recursos financeiros e/ou materiais da própria pessoa idosa, como por exemplo impedindo-o do controlo e uso do seu próprio dinheiro ou dos seus bens, assim como do seu património, ou retirando dinheiro e objetos sem o seu consentimento, obrigando-a a assinar documentos/procurações e a fazer donativos (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).	Mudanças bruscas no testamento e/ou em documentos financeiros, movimentos sem o seu consentimento ou perante coação financeira bem como a subtração de objetos sem a permissão da pessoa idosa.
Abuso sexual	Desenvolvimento de qualquer contacto íntimo, que obrigue e force a pessoa idosa a ter conversas ou condutas sexuais sem o seu consentimento (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).	Presença de sangramento vaginal ou anal ou algum tipo de dor sem etiologia esclarecida, hemorragias e/ou infeções genitais ou doenças venéreas inexplicáveis.
Violência estrutural e social	Trata-se de qualquer comportamento político praticado por partidos, governos ou outras instituições que promova ou facilite a discriminação negativa dos mais velhos na vida social, cultural, política e económica (APAV, 2010).	A falta de recursos para apoiar as pessoas idosas, a falta de rendimentos (reformas ou subsídios), a falta de acolhimento (inexistência de subsídios para a habitação ou de equipamentos específicos).

Tabela 1 (continuação) - Violência contra as pessoas idosas: categorias, definições e seus indicadores.

Categorias	Conceitos	Indicadores
Falta de respeito e preconceito contra as pessoas idosas	Trata-se de qualquer comportamento que signifique desrespeito e discriminação negativa em relação aos mais velhos. Certas imagens das pessoas idosas, sobretudo veiculadas pela Publicidade, podem ser preconceituosas ao tentar escapar a *miserabilismos* e ridicularização. No fundo, manifestam um preconceito em relação à própria natureza e, logo, à maioria das pessoas idosas, que estão marcadas, naturalmente, pelos seus processos de envelhecimento. Ser velho passa, assim, a ser pouco estético e pouco atrativo (APAV, 2010).	Veiculação de certas mensagens na Publicidade e na Comunicação Social, mas também por instituições, e que tendam a ser *miserabilistas* (por exemplo, "Mais Avozinhos Internados neste Natal"; "Lar Já Pertinho do Céu") ou ridicularizantes (por exemplo, "Velha de Noventa Anos Ainda Arranja Namorados"). Apresentarem figurantes mais novos ou muito maquilhados para disfarçar as marcas naturais do envelhecimento (por exemplo, as rugas) estão a promover uma visão idealizada dos mais velhos, sobretudo dos que consomem determinados produtos de estética ou de lazer.

Para além dos diversos sinais e sintomas possivelmente associados aos vários tipos de abuso de idosos, também é importante conhecer os fatores de risco que predispõem os indivíduos idosos a situações abusivas.

1.4. O IDOSO COMO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

A pessoa idosa, enquanto vítima de violência, pode ter alguns atributos e/ou particularidades que nos permitam identificar um perfil. Embora o abuso possa ser perpetrado por familiares, cuidadores ou outras pessoas de confiança, tem-se verificado que, na maioria dos casos, os abusadores são familiares da vítima (Almeida, Santos, & Vieira, 2020). Destes, a maioria pertence à família nuclear, nomeadamente cônjuges/parceiros (atuais ou anteriores) ou descendentes, contudo, há ainda referência a outros familiares como uma parte relativamente significativa dos abusadores, como irmãos(ãs), sobrinhos(as) e cunhados(as) (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014; Vognar & Gibbs, 2014; Gil et al., 2015). Além destas categorias de abusadores, o projeto Envelhecimento e Violência identificou ainda amigos/vizinhos como possíveis agressores em 11,6% das situações (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014).

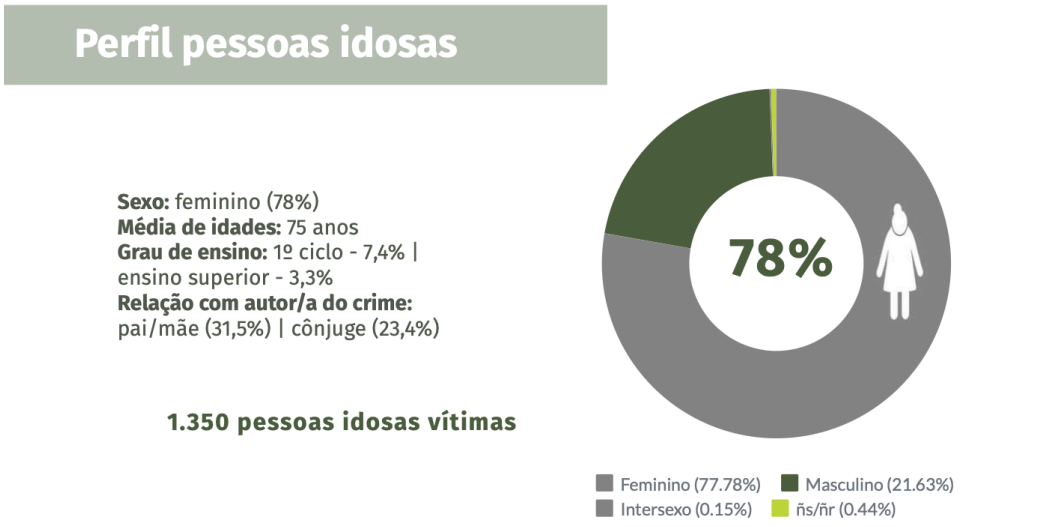
A APAV (2020) identifica no seu relatório um perfil das vítimas de violência (Figura 2), sendo que nas pessoas idosas realça o serem do sexo feminino, terem uma idade média superior a 75 anos, ter um nível básico de escolaridade (havendo também referência ao

nível superior de escolaridade) e ter um grau de parentesco com o suposto agressor (podendo ser de pai/mãe ou conjugue).

Quando se aborda o impacto da exposição da pessoa idosa à violência é importante ter em consideração não só os fatores de risco, como também os de proteção, os quais podem, respetivamente, diminuir ou aumentar o impacto da exposição à violência (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Em plano concreto, Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016) entendem como Fatores de Risco, "um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de ocorrência de violência face à pessoa idosa" (p. 47). Estes podem ser classificados como dinâmicos/modificáveis, ou seja, que são passíveis de sofrerem alterações; ou estáticos/não modificáveis, ou seja, que não podem ser alterados.

Figura 2 – Perfil das pessoas idosas, vítimas de violência.



Fonte: Adaptado de APAV, 2020.

A violência contra idosos é o resultado de uma interação complexa de fatores individuais (relacionados com a própria vítima e com o agressor), relacionais, sociais, culturais e ambientais. Diferentes estudos realizados neste campo (Sethi et al., 2011; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016) exibem os fatores de risco agrupados em três grupos: de forte evidência científica (referindo-se aqueles que estão unanimemente validados pela investigação), de potencial ou possível evidência (quando a certeza disponível é limitada ou ambígua) e contestados (aqueles que não apresentam evidência clara de acordo

com os estudos publicados). Para uma melhor compreensão, na Tabela 2 são ilustrados os fatores de risco relativamente à pessoa idosa.

Importa lembrar que a presença de fatores de risco não implica necessariamente que vão ocorrer situações de violência, porém, existe uma maior probabilidade que tal se verifique.

Tabela 2 - Fatores de risco relativamente à pessoa idosa vítima de violência.

CONTESTADO	POTENCIAL	FORTE
NÍVEL INDIVIDUAL		
VÍTIMA IDOSA		
	Sexo feminino Idade (>74 anos) Dependência financeira Depressão	Dependência funcional Demência Deterioração do estado de saúde físico e/ou mental
AGRESSOR		
Burnout	Sexo masculino Problemas comportamentais Isolamento social	Depressão Abuso de substâncias (álcool ou drogas)
NÍVEL RELACIONAL		
Violência intergeracional	Relacionamento difícil atual e/ou passado Ser cônjuge ou descendente da vítima	Dependência financeira do agressor face à pessoa idosa Dependência emocional e/ ou habitacional do agressor face à pessoa idosa Coabitação do agressor e da vítima
NÍVEL COMUNIDADE		
	Ausência de apoio social	Isolamento ou escasso contacto social da vítima
NÍVEL SOCIEDADE		
	Estereótipos negativos e discriminação baseada na idade Normas culturais e tradições que perpetuam uma cultura de violência	

Fonte: Adaptado de Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016.

Contudo, ainda que os fatores de proteção não sejam tão estudados como os fatores de risco, estes deveram ser sinalizados e analisados para que ambos os fatores possam ser levados em conta na sinalização e avaliação das vítimas de violência (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Assim, Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016) definem como Fatores de Proteção "um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de ocorrência de violência contra a pessoa idosa" (p. 51).

Concretamente, alguns estudos constituem como fatores de proteção com forte evidência científica o apoio social informal (por parte da família, dos amigos, da vizinhança) e formal (dos serviços sociais e de saúde) proporcionado à pessoa idosa (Sethi et al., 2011; Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016).

Outros autores acrescentam que se deve prestar especial atenção aos laços e redes sociais estabelecidos, como amigos e vizinhos (Gil, Santos, Kislaya, & Nunes, 2014), bem como à vigilância médica (Santos & Vieira, 2014), que podem potenciar ou inibir a vulnerabilidade para a ocorrência de violência. No projeto Envelhecimento e Violência, a educação foi identificada como um fator protetor contra o abuso, sendo que quanto maior for o nível de instrução de um indivíduo menor a probabilidade de sofrer atos abusivos (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014).

Fonseca, Gomes, Lobato Faria e Gil (2012) constatam que, além de todos estes fatores enumerados, existem especificidades culturais que não podem ser ignoradas, tais como os ordenamentos jurídicos estatais, dado que estas também moldam as condutas de violência, devendo ser acauteladas no enquadramento normativo e jurídico-legal de cada país.

Assim, surge um novo problema, relacionado com a operacionalização dos fenómenos de violência, traduzindo-os em condutas, de modo a criar uma correspondência terminológica que permita uma investigação coerente e sem divergências de significados (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012).

1.5. ENQUADRAMENTO JURÍDICO-LEGAL

A prática de violência contra pessoas idosas pode ocorrer em diversos contextos. A APAV (2010) enuncia e descreve cinco contextos que poderão ser mais comuns:

- Na rua: a pessoa idosa pode ser vitimada quando está numa rua, tornando-se alvo fácil para diversos agressores, não só para assaltantes, mas também para aqueles que agem contra si com preconceito em função da sua idade (e.g., ir na rua e ouvir um grupo de adolescentes gritar: *Olha a velha, já nem sabe andar e ainda tem a mania de vir à loja!*);

- Em casa, morando sozinha: estando a pessoa idosa a morar sozinha, pode ser vitimada, quer seja por familiares que a visitam (e.g., por um neto toxicodependente que visita a avó apenas quando precisa de dinheiro e opta por roubá-la), quer seja por estranhos (e.g., burlões ou assaltantes);

- Em situação de incapacidade: a pessoa idosa pode estar em situação de não poder gerir autonomamente a sua pessoa e os seus bens, e sem representante legal que o faça. Está, assim, sujeita à intervenção não legitimada de familiares e/ou amigos, de prestadores de cuidados (designadamente no domínio da saúde), que podem determinar (sem legitimidade) o seu internamento, a alienação dos seus bens; ou podem cometer abusos de ordem material e financeira;

- Em família/violência doméstica: a pessoa idosa é um dos membros mais fragilizados de uma família, a par das crianças e das mulheres. Ou desde sempre, ou a partir de um determinado momento, passa a viver com os filhos e/ou netos. Na hierarquia familiar, apesar de serem os mais velhos, raramente ocupam o lugar de topo, onde se concentram poderes tão determinantes como financeiro, organizativo, de liderança, de influência e de decisão. Como as crianças, se não abaixo das crianças, as pessoas idosas estão cada vez mais desprovidas de intervenção, sendo remetidas para a base da pirâmide familiar. Neste lugar, torna-se alvo frágil de violência doméstica.

- Em instituições: quando internada numa instituição ou numa unidade de saúde, a pessoa idosa pode ser vitimada. Referimos especialmente dois exemplos: quando é abandonada numa unidade de saúde pelos seus familiares, mesmo tendo alta médica para sair; ou quando vive num centro residencial, onde é vítima de uma deficiente prestação de cuidados, bem como de crimes de maus-tratos, do crime de ameaça, do crime de injúria, entre outros.

Assim sendo, a violência contra idosos poderá ocorrer de diferentes formas em diferentes contextos. Importa, então, compreender como se enquadra a violência contra as pessoas idosas na legislação nacional.

As autoras Fonseca, Gomes, Lobato Faria e Gil (2012) procuraram encontrar uma sistematização das condutas de violência que contemplassem uma correspondência com os crimes tipificados no Código Penal português. Esta sistematização teve por base cinco grandes grupos de "Violência", análogos aos propostos pela OMS, designadamente "violência física", "violência psicológica", "violência sexual", "violência financeira" e a "negligência".

Estas correspondências poderão apresentar variações ou diferenças de país para país e nem todos os casos apresentam uma correspondência pacífica. Há, sim, semelhanças

entre conceitos e crimes, os quais poderão facilitar a identificação dos mesmos no momento de compreender a pessoa idosa como vítima (APAV, 2010).

Relativamente às denominações da tipologia de "violência", estas surgem de forma clara da terminologia jurídica portuguesa, designadamente (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012):

- **Violência física -** consiste em todos os atos e condutas que causem dano à integridade física (corpo) e saúde dos indivíduos;
- **Violência psicológica -** constitui-se nas ameaças e as condutas que visam a humilhação, a diminuição psicológica, o isolamento e que prejudiquem a saúde psicológica, a autodeterminação e o desenvolvimento individual;
- **Violência sexual -** contempla as ações destinadas a obrigar alguém a manter contacto sexual com outrem contra a sua vontade, nas suas diferentes formas, recorrendo à intimidação, ameaça, violência física ou a qualquer outra ação que diminua ou anule a vontade da pessoa alvo da mesma;
- **Violência financeira -** abrange as situações em que existem condutas que têm como objetivo a obtenção de um determinado benefício ilegítimo, de natureza financeira ou patrimonial;
- **Negligência -** enquanto conduta violenta sujeita a participação penal, é diferente do conceito descrito como uma conduta violenta, sem graduação na gravidade/intencionalidade do comportamento, tipificada na literatura sobre a temática dos maus-tratos a pessoas idosas, caracterizado por "recusa ou não cumprimento da obrigação de cuidar que impende sobre alguém que tem outrem a cargo" (Robert Cario, 2006, referido por Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012). Enquanto que, nos Direitos Civil e Penal, a "negligência" consiste na omissão do dever de diligência, em que o dano (responsabilidade civil / direito civil) ou o crime (direito penal) tiveram na sua base uma conduta não dolosa (não intencional) (Prata, 2016).

Em Portugal, podem encontrar-se alguns crimes que corresponderão àqueles conceitos, mas existem outros em que será discutível em qual poderemos enquadrar. Interessa-nos, acima de tudo, que, sejam como conceitos, sejam como crimes, determinados atos que vitimam as pessoas idosas sejam reconhecidos e que possam ser desenvolvidos, em consequência, adequados processos de apoio com vista à sua autonomização quanto aos efeitos negativos da vitimação (APAV, 2010).

Na Tabela 3, com base no Código Penal português, estão descritos alguns dos crimes que serão mais frequentes, bem como a sua ação típica, categoria e moldura penal.

Importa referir que, em termos de compreensão destes crimes e da apresentação de denúncias ou de queixas por parte das vítimas, e demais procedimentos jurídicos, estarão sempre mais habilitados os advogados e/ou juristas. Porém, todos devemos estar adequadamente informados e agir em consonância com o enquadramento legal vigente.

Tabela 3 - Crimes mais frequentes na identificação de violência contra pessoas idosas.

CRIMES	AÇÃO TÍPICA	MOLDURA PENAL
EXPOSIÇÃO OU ABANDONO		
CRIME PÚBLICO Artigo 138º do Código Penal	Colocar em perigo a vida de outras pessoas: A - Expor a vítima em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se; B - Abandonar a vítima sem defesa, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravamentos.
OFENSA À INTEGRIDADE FÍSICA		
SIMPLES: CRIME SEMIPÚBLICO GRAVE: CRIME PÚBLICO Artigos 143º, 144º, 145o, 146º e 148º do Código Penal	Ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa. Grave, se da ofensa resultar: A - Privação de importante órgão ou membro ou desfiguração grave e permanente; B - Afetação grave da capacidade de trabalho, das capacidades intelectuais ou de fruição sexual ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem; C - Provocação de doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; D - Provocação de perigo para a vida.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Grave: prisão de 2 a 10 anos.
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA		
CRIME PÚBLICO Artigo 152º do Código Penal	Infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, de modo reiterado ou não, a (...) Pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravamentos.
MAUS-TRATOS		
CRIME PÚBLICO Artigo 152º A do Código Penal	Infligir maus-tratos físicos ou psíquicos ou tratar cruelmente, empregar em atividades perigosas, desumanas ou proibidas, sobrecarregar com trabalhos excessivos, a pessoa que esteja ao seu cuidado, a trabalhar ao seu serviço ou a pessoa menor ou particularmente indefesa.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravamentos.
AMEAÇA		
CRIME SEMIPÚBLICO Artigo 153º do Código Penal	Ameaçar com a prática de crime contra a vida, a integridade física, a liberdade pessoal, a liberdade e a autodeterminação sexual ou bens patrimoniais de considerável valor.	Prisão até 1 ano ou multa até 120 dias. Há agravamentos.

Tabela 3 (continuação) - Crimes mais frequentes na identificação de violência contra pessoas idosas.

CRIMES	AÇÃO TÍPICA	MOLDURA PENAL
COAÇÃO		
SIMPLES: CRIME SEMIPÚBLICO GRAVE: CRIME PÚBLICO Artigo 154º do Código Penal	Coagir para uma ação contra a sua vontade, por meio de violência ou ameaça.	Prisão até 3 anos ou multa. Há agravamentos.
SEQUESTRO		
CRIME PÚBLICO Artigo 18º do Código Penal	Deter, prender, manter presa ou detida outra pessoa ou de qualquer forma privá-la da liberdade.	Prisão até 3 anos ou multa. Há agravamentos.
COAÇÃO SEXUAL		
CRIME SEMIPÚBLICO Artigo 163º do Código Penal	A - Constranger outra pessoa, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, a sofrer ou praticar, consigo ou com outrem, ato sexual de relevo. B - Constranger outra pessoa, abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, ato sexual de relevo.	A - Prisão de 1 a 8 anos. B - Prisão até 3 anos. Há agravamentos.
VIOLAÇÃO		
CRIME PÚBLICO Artigo 164º do Código Penal	A - Constranger outra pessoa, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, a sofrer ou praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; B - Constranger outra pessoa, abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; sofrer introdução vaginal ou anal de parte do corpo ou objetos.	A - Prisão de 3 a 10 anos. B - Prisão até 3 anos. Há agravamentos.
FURTO		
SIMPLES: CRIME SEMIPÚBLICO QUALIFICADO: CRIME PÚBLICO Artigos 203º e 204º do Código Penal	Subtrair coisa móvel alheia, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: prisão de 1 a 8 anos ou multa até 600 dias.

Tabela 3 (continuação) - Crimes mais frequentes na identificação de violência contra pessoas idosas.

CRIMES	AÇÃO TÍPICA	MOLDURA PENAL
ROUBO		
CRIME PÙBLICO Artigo 210º do Código Penal	Subtrair, ou constranger a que lhe seja entregue, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa, coisa móvel alheia, por meio de violência contra outra pessoa, de ameaça ou perigo iminente para a vida ou para a integridade física, ou pondo-a na impossibilidade de resistir.	Prisão de 1 a 8 anos. Há agravamentos.
BURLA		
SIMPLES: CRIME SEMIPÚBLICO QUALIFICADO: CRIME PÚBLICO Artigos 217º e 218º do Código Penal	Determinar outrem, por meio de erro ou engano sobre factos que astuciosamente provocou, à prática de atos que lhe causem, ou causem a outra pessoa, prejuízo patrimonial, com intenção de obter para si, ou para terceiros, enriquecimento ilegítimo.	Simples: até 3 anos de prisão ou multa. Qualificado: prisão de 2 até 8 anos ou multa até 600 dias.
EXTORSÃO		
CRIME PÚBLICO Artigos 223º do Código Penal	Constranger outra pessoa, por meio de violência ou de ameaça com mal importante, a uma disposição patrimonial que acarrete, para ela ou para outrem, prejuízo, com intenção de conseguir para si ou para terceiro enriquecimento ilegítimo.	Prisão até 5 anos. Há agravamentos.
ABUSO DE CONFIANÇA		
SIMPLES: CRIME SEMIPÚBLICO QUALIFICADO: CRIME PÚBLICO Artigo 205º do Código Penal	Apropriar-se ilegitimamente de coisa móvel que lhe tenha sido entregue por título não translativo de propriedade.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: prisão de 1 a 8 anos ou multa até 600 dias.

Fonte: Adaptado de APAV (2010).

A maioria dos estudos internacionais considera muito frequente a violência contra as pessoas idosas praticada pelas suas próprias famílias e que cerca de 90% dos casos acima dos 60 anos de idade ocorrem em ambiente doméstico. Demonstram também que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges das vítimas (Minayo, 2003).

A nível nacional, a violência doméstica contra as pessoas idosas é uma realidade já reconhecida socialmente, contudo ainda pouco conhecida (APAV, 2010). A verdade é que o Relatório Anual de 2019 da APAV (2020) revela que "a maioria dos crimes assinalados diz respeito aos crimes contra as pessoas (95,9%), com especial relevo para os crimes de Violência Doméstica (79%)" (p. 6). Concretamente, em 2019 houve cerca de 1350 idosos, vítimas de violência, o que corresponde a 4 idosos por dia, 26 idosos por semana (APAV, 2020).

Em Portugal, como na generalidade dos ordenamentos jurídicos europeus, a proteção da pessoa idosa, ainda que não apresentando um quadro normativo específico, encontra-se salvaguardada no âmbito do conceito de "pessoa particularmente indefesa em razão da idade", cujo propósito visa a sua proteção. De igual modo, a Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, revista pela Lei n.º 130/2015, de 4 de setembro, que aprova o regime jurídico da prevenção da violência doméstica e da proteção e assistência das vítimas, prevê, na alínea b) do seu artigo 2º, as "vítimas especialmente vulneráveis", o que se concluiu que, para o legislador português, a idade avançada carece de igual defesa normativa (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Atendendo ao referido artigo, verifica-se que os bens jurídicos em causa visam proteger a dignidade, a integridade física e psíquica, a liberdade, a autodeterminação, a honra da vítima, bem como a vulnerabilidade e fragilidade. Também neste tipo de crime, a ilicitude da conduta é especialmente conferida e agravada pela relação familiar, parental ou de dependência existente entre a pessoa idosa e o agressor (Albuquerque, 2010).

Como se pode constatar na Tabela 3, em termos legislativos, a violência contra as pessoas idosas é classificada como um crime de ordem semipúblico ou público, dependendo dos pressupostos presentes na situação denunciada e da consequente qualificação do crime pelo Ministério Público em função da reiteração ou não da prática do crime; coabitação entre vítima e agressor; dependência económica da vítima; e consequências biopsicossociais da violência (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

De modo a compreender melhor estes dois tipos de crimes, Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016) explicam que:

- Nos crimes semipúblicos - é necessária a apresentação da queixa por parte da vítima ou do seu representante legal, no prazo máximo de 6 meses, podendo haver lugar à desistência do procedimento criminal, e não é atribuído o Estatuto de Vitima (Lei n.º 130/2015, de 04 de setembro) com implicações diretas nos apoios prestados, na priorização dos mesmos, respostas sociais existentes, isenção de taxas moderadoras, bem como procedimentos de emergência na proteção à vítima;

- Nos crimes públicos - logo que o Ministério Público tenha conhecimento da sua ocorrência (conhecimento este que pode ser obtido de diferentes formas que não dependem necessariamente da apresentação de queixa por parte da vítima, mas sim da denúncia do crime por qualquer pessoa ou entidade) tem obrigatoriamente de determinar o início de um inquérito e proceder à investigação dos factos. Mesmo que a vítima venha a informar que não deseja procedimento criminal, o que acontece muitas

vezes, sobretudo quando as vítimas são progenitoras e os denunciados são seus descendentes.

Ainda Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016) esclarecem quanto à tomada de conhecimento da ocorrência de um crime de violência contra os idosos por parte do Ministério Público, que pode acontecer de forma presencial (conhecimento direto), reportado por outra autoridade judiciária (magistrado judicial ou do Ministério Público) ou por um órgão de polícia criminal (Polícia Judiciária, Polícia de Segurança Pública - PSP, Guarda Nacional Republicana - GNR, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras), ou através de alguém que soube da ocorrência de um crime e o denunciou ao Ministério Público ou às Forças de Segurança.

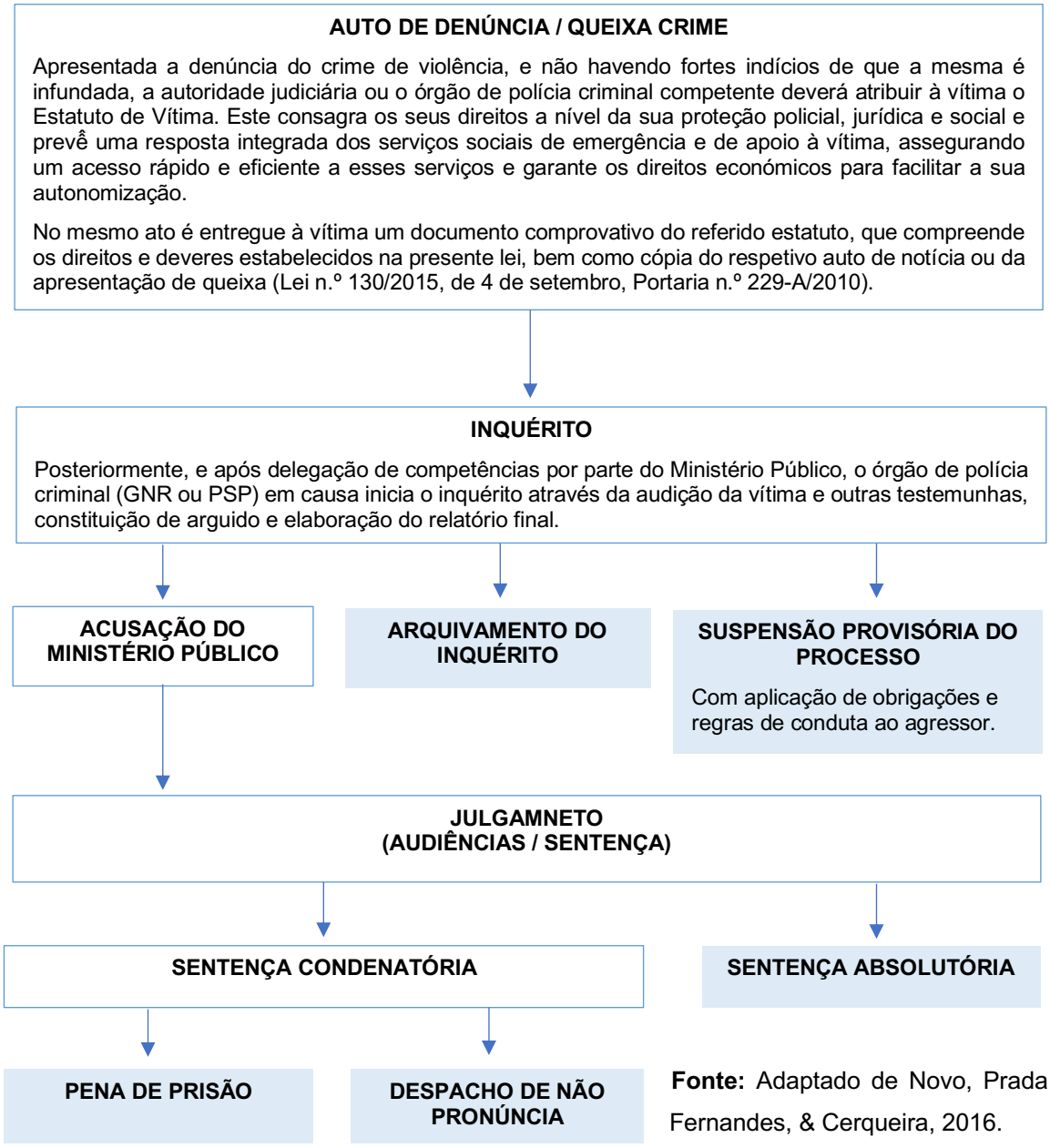
Importa referir que a denúncia de natureza criminal deve ser feita nos termos gerais, sempre que possível através de formulários próprios, nomeadamente auto de notícia ou auto de denúncia, enquanto a denúncia anónima só determina a abertura de inquérito se dela se retirarem indícios da prática de crime através das informações objetivas.

Para compreender melhor todo o processo da realização de uma denúncia ou queixa crime, o Figura 3 explane de forma sumariada e com algumas explicações dos tramites necessários ao seu desenvolvimento e possíveis conclusões.

No Relatório Anual 2019 da APAV (2020), os números de referenciações efetuadas demonstram bem a representatividade da associação junto das comunidades locais e das restantes instituições com as quais trabalha. Certo é que o número de referenciações efetuadas por estabelecimentos de saúde situa-se nos 4,9% das referenciações totais efetuadas em 2019 (APAV, 2020). Querendo isto dizer que, os profissionais de saúde realizam referenciações de situações de violência para a APAV. E particularmente situações de violência contra pessoas idosas? Certo é que, como já foi referido, a dimensão desta problemática só se tornou visível nos mecanismos de justiça graças às denúncias continuadas aos longo de décadas pelos profissionais de saúde.

Deste modo, reconhece-se a necessidade do conhecimento da legislação em vigor pelos profissionais envolvidos no atendimento a vítimas e que, assim, possam estar preparados para identificar e efetuar a denúncia dos crimes de natureza pública de que tomem conhecimento no exercício das suas funções, designadamente dos crimes de violência contra a pessoa idosa.

Figura 3 - Fases do processo-crime de violência.



Fonte: Adaptado de Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016.

Particularmente, reconhece-se que a notificação de situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. Em concreto, torna-se claro o papel preponderante dos enfermeiros neste contexto, dado que estão, maioritariamente, na linha da frente para o reconhecimento de possíveis situações de violência nos seus contextos de trabalho.

2. OS ENFERMEIROS E A VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

Perante este fenómeno, torna-se fundamental assegurar a dignidade e segurança da pessoa idosa. E, para tal, é imprescindível a colaboração entre profissionais que desenvolvem os processos de apoio às pessoas idosas vítimas de violência, em particular, dos enfermeiros. Espera-se que, enquanto atores empenhados, ativos, reflexivos, que estendam o seu papel de forma a permitir à pessoa idosa resguardar a sua identidade pessoal e relacional, sem descurar a sua pertença e a participação na comunidade em que estão inseridos (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Como se tem vindo a constatar, a abordagem da violência contra a pessoa idosa é multifacetada e multidimensional, podendo gerar dúvidas. Os profissionais que se deparam com este fenómeno, defronta-se muitas vezes com hesitações de ser capaz, ou não, de identificar, diagnosticar e intervir nos casos de violência, debatendo-se com dilemas e interrogações perante a diversidade de problemas (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Os conceitos relativos à temática são difusos ou demasiado abrangentes, perpetuando diversas inferências e interpretações, que podem pôr em causa as decisões de quem tem a responsabilidade de diagnosticar e classificar cada caso. Deste modo, torna-se urgente fazer uma reflexão sobre estes conceitos e, principalmente, sobre a forma como se aborda a proteção e a promoção dos direitos das pessoas idosas pelos organismos com responsabilidade de intervenção e pelos seus profissionais.

Importa lembrar que, qualquer intervenção de apoio à vítima idosa deve ser efetuada após esta prestar o seu consentimento livre e esclarecido, sendo que esta pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016). E que, de acordo com APAV (s.d.), “a informação é uma necessidade crucial das vítimas de crimes” (p. 19).

2.1. PROTEÇÃO E APOIO AO IDOSO, VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Frequentemente, as vítimas desconhecem quer a dimensão criminal dos atos violentos exercidos contra si quer os seus direitos, ou seja, não se identificam como vítimas e não procuram a ajuda a que têm direito (CIG et al., 2016).

Contudo, as pessoas idosas, vítimas de violência, na maioria dos casos, recusam ajuda, por receio de sofrer represálias – sobretudo de serem obrigadas a deixar a sua casa, ou a casa da sua família, para irem para uma instituição (APAV, 2019).

Com efeito, o facto de a pessoa que agride a pessoa idosa ser familiar pode justificar relutância no pedido de apoio a outros(as) familiares, a amigos(as) ou vizinhos(as), bem como a solicitação de apoio externo e/ou a tomada de medidas legais (APAV, 2019). Em acréscimo, há ainda aqueles que sofrem violência de forma dissimulada, o que dificulta a perceção de que estão a ser vítimas de um crime (APAV, 2010).

Facilmente se depreende que a intervenção na violência familiar, na qual se inclui a violência doméstica contra a pessoa idosa, envolve uma significativa complexidade, pela consanguinidade dos laços, pela existência de pactos de confiança, pela história familiar e pelas relações sociais complexas e profundas (Lopes & Gemito, 2016).

Deste modo, consideremos que existem duas formas de atuação na violência contra idosos, que passa pela sinalização e pela denúncia. Ambas podem ocorrer em comunhão, porém, em caso se dúvida na existência ou não do crime de violência contra idosos, a sinalização é essencial na triagem em termos de planeamento da intervenção.

A sinalização da vítima não deve ser vulgarizada nem burocratizada, pois uma efetiva articulação em rede poderá reduzir o risco de re-vitimização, potenciar a segurança da vítima e ajudar na tomada de decisões imediatas. Assim, será necessário ter em consideração as seguintes noções (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016):

- Integrar as perceções fornecidas pelas pessoas idosas e outras fontes;
- Identificar os fatores de risco e os indicadores de situações de violência atendendo à natureza, frequência, duração e intensidade da violência e ao nível de risco (baixo, moderado, elevado ou extremo);
- Identificar os fatores de proteção (individuais, familiares e extrafamiliares).

Relativamente ao nível de risco, tendo por base a integridade física e psíquica da pessoa idosa, Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016) consideram quatro níveis:

Baixo: quando, apesar da existência de fatores de risco, a sua gestão pode ser realizada através de serviços de suporte à pessoa idosa;

Moderado: quando um ou mais fatores de risco estão presentes, indicando já a necessidade de alguma intervenção;

Elevado: quando os fatores de risco identificados sugerem que a violência contra a pessoa idosa é iminente, requerendo uma intervenção adequada e imediata;

Extremo: quando os fatores de risco presentes podem potenciar o risco de morte da vítima.

Há que ter em consideração que os profissionais que trabalham diretamente com a população idosa e/ou com a sua família encontram-se numa situação privilegiada para detetar atempadamente situações de violência intrafamiliar. A sinalização precoce de potenciais vítimas e agressores é extremamente relevante na prevenção da violência, bem como das diversas consequências e danos que podem advir (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Por outro lado, quando a vítima ultrapassa as resistências e obstáculos e toma a decisão de romper com a situação violenta, ou quando o profissional de saúde percebe que a pessoa é vítima de violência, deverá ser apresentada uma queixa-crime inicia-se um processo-crime e seguir os tramites já enunciados anteriormente (Figura 3).

No caso da violência contra a pessoa idosa, quando a vítima não denuncia a situação, os profissionais devem saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a sua revelação. Contudo, importa perceber que o profissional tem o dever de a apoiar a vítima, seja qual for a sua decisão, de a informar clara e objetivamente dos seus direitos e dos procedimentos a tomar, bem como das implicações e consequência de cada um deles (CIG et al., 2016).

Na intervenção com a vítima idosa, o profissional pode defrontar-se com uma situação de estado de emergência ou com uma situação de crise (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016).

Em plano concreto, a situação de emergência sugere toda e qualquer situação vivenciada pela pessoa que parece pôr em causa a sua integridade física e /ou psicológica e ultrapassa as capacidades que tem no momento para a superar ou para lidar com as circunstâncias adversas dela resultantes (Dias, 2009). A severidade e duração da situação de emergência resultam sobretudo de três condições (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009):

- O grau de violência com que foi ameaçada a integridade da pessoa;
- A capacidade da própria pessoa para confrontar o problema;
- A intervenção ou auxílio imediato que a pessoa recebe após o acontecimento traumático.

Por seu turno, a intervenção em situação de crise acontece quando a pessoa idosa se confronta com um momento transitório, de reorganização do próprio ou da vida, estando temporariamente sem recursos suficientes para a resolução de uma situação

problemática, o qual necessita de ajuda por técnicos especializados para alcançar uma resolução positiva (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009).

Ressalte-se que a crise não comporta um estado patológico, mas uma reação normal de adaptação a circunstâncias anormais, e associa-se a outros mecanismos de sobrevivência psicológica e emocional das vítimas de violência continuada (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2016). No entanto, caso este estado se perpetue no tempo poderá dar origem a diversos problemas e psicopatologias, tais como distúrbios cognitivos, de atenção e memória, até às perturbações emocionais e, em casos extremos, ideação e tentativas de suicídio (Manita, Ribeiro, & Peixoto, 2009).

Assim, como defesa dos interesses da pessoa idosa, vítima de violência, podemos atender aos seguintes procedimentos urgentes:

- **Afastamento da vítima da residência habitual** - esta retirada e encaminhamento tem como objetivo primário o estudo da situação e a elaboração de um plano de segurança, que deve ser elaborado pelas autoridades policiais e, subsidiariamente, pelas estruturas locais de apoio à vítima – Art. 29º, do n.º 2 da Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro (CIG et al., 2016; APAV, 2019);
- **Serviços de informação -** o Art. 11º, da Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, introduzido pela Lei n.º 129/2015, de 30 de setembro, tal como descreve a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) et al. (2016), estabelece que o Estado tem o dever de assegurar "à vítima a prestação de informação adequada à tutela dos seus direitos, designadamente sobre os serviços de apoio e as medidas legais disponíveis, garantindo que a mesma é prestada em tempo útil e em língua que a vítima compreenda" (p.154). Este serviço de informação compreende (CIG et al., 2016):

  - duas linhas telefónicas: a linha 800 202 148 – sistema de informação a vítimas de violência doméstica; e a linha 144 – Linha Nacional de Emergência Social;

  - os centros de Atendimento;

  - os gabinetes de atendimento e informação à vítima, criados e a funcionar nos postos das autoridades policiais.

- **144 - Linha Nacional de Emergência Social (LNES)** - é um serviço público, de âmbito nacional, que funciona 24 horas por dia, para proteção de todas as pessoas que se encontrem em situação de emergência social, beneficiando de prioridade as situações de violência doméstica, abandono, desalojamento e sem abrigo (CIG et al., 2016; APAV, 2019);

- **Estruturas de atendimento** - dispõem de equipas pluridisciplinares, que asseguram o atendimento, apoio e reencaminhamento das vítimas, com vista à sua proteção, devendo proceder-se de imediato ao diagnóstico da situação. O serviço é gratuito e não exige a apresentação de qualquer documentação (CIG et al., 2016; APAV, 2019);
- **Casas de Abrigo** - são unidades residenciais destinadas a proporcionar acolhimento temporário a mulheres vítimas de violência doméstica, que, por razões de segurança, não podem permanecer na sua residência (CIG et al., 2016; APAV, 2019);
- **Respostas de acolhimento de emergência** - as respostas de acolhimento de emergência são unidades residenciais que visam o acolhimento urgente de vítimas do mesmo sexo, pelo período necessário à avaliação da sua situação, assegurando a proteção da sua integridade física e psicológica (CIG et al., 2016; APAV, 2019).

Quando um idoso vítima de violência, independentemente de ter já apresentado queixa ou não, toma a iniciativa de romper com o ciclo da violência e procurar ajuda, os profissionais têm a obrigação ética e deontológica de estar preparados para lhe oferecer um adequado e eficaz atendimento e/ou encaminhamento (CIG et al., 2016).

Contudo, as pessoas idosas, muitas vezes, não se identificam como vítimas de violência doméstica/familiar e, como tal, não procuram ajuda e/ou apoios. Sendo este um fenómeno dotado de grande complexidade, não existem fórmulas universias capazes de responder a todas as necessidades.

Assim, reitera-se que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, deverão deter um conjunto de competências e uma base de conhecimentos sólidos, de forma a garantir uma assistência e intervenção eficaz, na provisão de recursos e o acesso das pessoas idosas a direitos. Não descurando que a compreensão da violência na população idosa deve considerar as características individuais e a forma particular como cada indivíduo e a respetiva família vive e reage às particularidades sociais.

2.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

A sociedade está cada vez mais exigente e não permite erros ou distrações, esperando uma atuação profissional, avançada, sofisticada, mas ao mesmo tempo dotada de sensibilidade, características estas tão próprias da profissão de enfermagem. Os enfermeiros são, na maioria das vezes, os profissionais que estabelecem o primeiro contacto com as pessoas que recorrem aos serviços de saúde, independentemente do

motivo. Com frequência, o verdadeiro motivo da ida a um serviço de saúde não é explicito e cabe ao enfermeiro colher dados que lhe permitam fazer o diagnóstico correto da situação, detetar a hipótese de suspeita de violência ou interpretar a existência implícita de um pedido de ajuda, para poder atuar e encaminhar a vítima de acordo com as suas potenciais ou reais necessidades (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001), enuncia os princípios que o enfermeiro deve ter subjacente na tomada de decisão com que orienta o seu exercício profissional autónomo, descritos nos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, que são a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o seu bem-estar e satisfação enquanto pessoa. Estes pilares são elementares para o mandato social da profissão de enfermagem e, particularmente, para o caso da prestação de cuidados à pessoa idosa vítima de violência.

Em qualquer situação o ser humano é o foco de atenção do enfermeiro, mas quando se trata de pessoas vitimadas, é fundamental que este detenha um determinado perfil de competências pessoais e técnicas. Ou seja, o atendimento de pessoas idosas vítimas de violência impõe ao enfermeiro um conhecimento e compreensão dos fenómenos de vitimação, bem como as suas dinâmicas, impacto e enquadramento legal. Concomitantemente, obriga ao conhecimento e preparação para a implementação dos procedimentos, ações e estratégias de intervenção mais adequadas a cada caso, assim como competências ao nível da organização e gestão do atendimento e da intervenção no caso (APAV, 2019). Estas particularidades serão fulcrais para conseguir estabelecer relações interpessoais de qualidade, num contexto de relação de ajuda, que permitam que o silêncio seja quebrado e a verdade possa ser partilhada (Vaz & Catita, 2000).

Relativamente às competências pessoais, estas dizem respeito às características pessoais do enfermeiro e ao modo como estas se adequam à missão à qual procura responder. Ou seja, trata-se de competências primordiais em qualquer profissão de natureza assistencial, assumindo-se, por essa razão, como particularmente determinantes para os profissionais que trabalham no contacto com qualquer vítima de crime ou violência, tais como pessoas idosas (APAV, 2019).

Consideram-se como competências pessoais as (APAV, 2019):

- Competências relacionais - referem-se ao modo como o enfermeiro gere as suas relações humanas, considerando-se como bom indicador da sua competência para conviver e relacionar-se com todas as pessoas implicadas em cada caso;
- Competências de autogestão emocional - diz respeito ao modo como, pessoalmente, o enfermeiro gere e regula a manifestação das suas emoções, em

particular perante situações e circunstâncias de maior desafio e exigência. Reconhece-se que o atendimento a pessoas idosas, vítimas de crime ou violência, acarretam elevada exigência emocional, depreendendo, assim, o importante papel desempenhado pelas competências de autogestão emocional do profissional na qualidade do seu trabalho;

- Tolerância e respeito - o enfermeiro deve demonstrar um comportamento não etnocêntrico, respeitando os valores e costumes culturais das vítimas, dos seus familiares e amigos(as), desde que não colidam com as normas institucionais ou leis vigentes;
- Compaixão e empatia pelo sofrimento da vítima - o enfermeiro deve ser sensível à situação vivida e relatada pela vítima. Ou seja, deverá ser capaz de compreender os significados e sentimentos da vítima relativamente à situação experienciada, bem como demonstrar empatia com o desconforto e mal-estar que provocam. Contudo, isto não significa sentir pena da vítima, se descontrole e chore com a vítima, mas antes ser capaz de a compreender, procurando apreender a realidade vivida segundo a perspetiva da própria vítima.

Por seu turno, a APAV (2019) reconhece como competências técnicas as que dizem respeito à natureza do trabalho técnico que o profissional desenvolve ao nível do atendimento às pessoas idosas, vítimas de violência. Tratam-se, na verdade, de um conjunto de competências objetivas que podem incluir (APAV, 2019):

- Competências académicas (e/ou experiência profissional e/ou as suas aptidões) - associadas à habilitação com curso superior numa área relacionada com as exigências do atendimento, neste caso, correspondendo à formação em enfermagem;
- Formação específica e especializada - importante que o enfermeiro possua formação específica no âmbito de apoio a vítimas de crime e violência e que, em concreto, esteja devidamente habilitado através de formações específicas que o qualifique para o apoio das pessoas idosas vítimas de violência. Igualmente importante é que essas competências sejam continuamente atualizadas e promovidas, incluindo pelo acesso a oportunidades de formação contínua de relevo para a melhor qualidade na prestação de apoio e atendimento;
- Competências específicas - exigidas para a prática profissional na instituição ou serviço onde o profissional se encontra integrado.

Em verdade, os profissionais só poderão intervir naquilo que conhecem e, sendo este um problema complexo e sensível, exige de todos os profissionais que nele atuam, uma

aprendizagem constante, uma maior sensibilidade para a complexidade do problema, bem como uma atuação mais humanizada (APAV, 2010).

O investimento na formação por parte dos enfermeiros portugueses, na temática acerca da violência em todos os seus domínios, surge porque acreditam que, enquanto profissionais que lidam com a saúde das pessoas, têm a responsabilidade de reger a sua conduta, não só em função da colaboração com a justiça, mas, essencialmente, mediante os valores universais defendidos pelo Código Deontológico para a profissão. Tais como a defesa da liberdade e dignidade da pessoa e o dever de assegurar a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética e/ou o bem comum (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Para além das competências pessoais e técnicas enunciadas, a APAV (2019) identifica um conjunto de condições pessoais que o enfermeiro deverá comportar, de modo a zelar pela manutenção de condições pessoais para o cumprimento adequado das responsabilidades, que transcendem as competências adquiridas pela formação pessoal e profissional. Concretamente (APAV, 2019):

- Ter uma atitude positiva perante o *stress*;
- Partilhar experiências relativas aos casos em curso com outros profissionais da equipa de trabalho, sem que tal comprometa o seu dever de confidencialidade;
- Reconhecer e respeitar os limites do próprio corpo, assegurando períodos mínimos de descanso e relaxamento;
- Reconhecer e respeitar as normas básicas de saúde e bem-estar pessoal;
- Ser capaz de identificar os momentos em que, face à ausência de condições pessoais – decorrente da vivência das pressões quotidianas e/ou de outros problemas –, não está capaz de intervir junto das vítimas.

A manifestação da suspeita ou a deteção pelo profissional de enfermagem contribui para a rutura do silêncio, o que pressupõe um primeiro passo na compreensão do problema. Em contrapartida, a não identificação ou o não reconhecimento de uma situação de violência como condicionante de um problema de saúde, pode conduzir a uma nova vitimização e contribuir para a cronicidade dos maus-tratos, bem como para a medicalização continuada do problema (Perdigão et al., 2014).

Deste modo, os enfermeiros que contactam com os idosos vítimas de violência desempenham um papel importante no modo como a vítima processa os acontecimentos que experienciou, atuando também no curso da sua recuperação,

cabendo-lhes a responsabilidade de evitar ao máximo a ocorrência de fenómenos de vitimação secundária (APAV, 2019).

Para tal, a APAV (2019, citando Machado & Gonçalves, 2003) apresenta algumas orientações globais para uma atuação adequada por parte dos enfermeiros, e outros profissionais, no apoio à vítima, enunciado na Tabela 4.

Tabela 4 - Orientações globais para uma atuação adequada dos enfermeiros no apoio à vítima.

OBJETIVOS	ATITUDES
Valorizar a denúncia	Reforçar a coragem e civismo ao comunicar o crime
Validar a experiência	Escuta empática Normalizar as reações apresentadas
Reestabelecer o controle	Dar informação de forma inteligível Não substituir a vítima na tomada de decisões Respeitar as escolhas da vítima
Romper com a ideia de "caso único"	Fornecer informações sobre o crime e sua prevalência
Prevenir a culpabilização	Não criticar Enquadrar as reações da vítima no contexto emocional do ato Valorizar tentativas prévias de proteção (no caso de crimes continuados), ainda que possam ter sido ineficazes Evitar a utilização de expressões do tipo "porque é que não..." e "devia ter..." e recomendar o mesmo à família da vítima
Prevenir o evitamento	Recomendar o retomar progressivo de atividades Evitar a hiperprotecção por familiares e amigos/as (sem negligenciar a segurança da vítima)
Promover o processamento emocional e cognitivo da experiência	Não aconselhar a vítima a "esquecer tudo" e recomendar às pessoas próximas que não o façam Sugerir a partilha de sentimentos e receios com aqueles em quem confia, recomendando aos últimos que mantenham uma posição de disponibilidade para a escuta, sem pressionarem à partilha
Prevenir novos crimes	Discutir estratégias de segurança Elaborar plano de segurança com a vítima
Prevenir o isolamento	Mobilizar o suporte social

Fonte: Adaptado de APAV (2019).

Neste âmbito percebe-se que a relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa idosa vítima de violência é de reconhecida importância, na medida em que a tomada de decisão de rompimento, ou não, por parte da vítima, pode estar muito dependente do modo de atuação do profissional de enfermagem. Concretamente, o modo de atuação do profissional de enfermagem no atendimento à pessoa idosa vitimada, pode ser determinante para o seu restabelecimento de saúde, em particular e, no geral, para toda a sua vida pelo apoio que pode facultar para a resolução dos seus problemas.

Por conseguinte, o primeiro contacto com a pessoa idosa, vítima de violência, é muito importante em qualquer intervenção. Esta primeira abordagem à vítima pode definir e determinar o estabelecimento de uma relação de confiança que permita ao enfermeiro orientar, com qualidade, de forma adequada e em função das necessidades da vítima, o tratamento a dar a cada caso (APAV, 2019). Assim, sugere-se alguns dos cuidados a ter no primeiro contacto com a vítima (APAV, 2019):

- Acreditar no relato da vítima;
- Incentivar a vítima a falar sobre a situação de vitimação, porém, sem a pressionar;
- Respeitar a confidencialidade, tendo em conta os seus limites;
- Não emitir juízos de valor;
- Normalizar a experiência de vitimação e as variadas consequências associadas à mesma;
- Explicar à vítima que existem outras pessoas a viver situações semelhantes à sua, quebrando a noção de "caso único";
- Transmitir à vítima que não é responsável pela situação de violência, auxiliando-a a lidar com possíveis sentimentos de auto culpabilização;
- Desencorajar a vítima a tentar modificar o comportamento do/a agressor/a;
- Não pressionar a vítima a tomar decisões;
- Encaminhar a vítima para instituições ou serviços que a possam apoiar, avaliar as suas necessidades e disponibilizar o apoio adequado, consoante a sua situação;
- Respeitar a leitura que cada vítima apresenta da sua situação específica, mesmo que esta seja contrária à visão do profissional;
- Estar preparado para intervir numa situação de crise.

Em complemento, deve-se ter em atenção outros tipos de condutas e atitudes que possam comprometer o atendimento à vítima e consequente desencadeamento, não só no primeiro contacto, mas também em contactos posteriores, tais como (APAV, 2019):

- O atendimento não pode, sob nenhuma circunstância, constituir risco para as vítimas;
- Não acreditar no relato da vítima;
- Querer tomar decisões pela vítima (evitar expressões como "você não deve", "você deve" ou "você está errado(a)");

- Nunca tomar decisões sem a autorização prévia da vítima; respeitar as suas decisões, sem reforçar condutas de regresso à situação de risco;
- Nunca oferecer à vítima uma falsa segurança, é importante não minimizar o problema e o seu impacto (evitar expressões como “isto não vai ser o fim do mundo, vamos falar sobre algo mais agradável” ou “eu tenho a certeza de que você vai ficar bem... com o tempo, vai passar”);
- Não intervir de forma impulsiva, pois a impulsividade pode levar a vítima a desistir de pedir apoio;
- Não adotar uma postura de superproteção em relação à vítima;
- Não demonstrar interesse excessivo por detalhes da vitimação que a vítima não tenha vontade de revelar, porém, não se deve abordar o assunto como segredo ou tabu;
- Não utilizar o humor de forma inapropriada ou fazer autorrevelações desnecessárias;
- Não se deve consolar a vítima ou aconselhar de forma desadequada, só com o objetivo de a tranquilizar;
- Não prestar excessiva informação à vítima num primeiro contacto;
- Não colocar questões que possam provocar reações emocionais agudas;
- Evitar interpretar ou diagnosticar (com expressões como “você está a fazer isso porque...”);
- Evitar avisos e ordens de comando (tais como “se você não fizer...vai arrepender-se”);
- Evitar oferecer soluções (com expressões como “eu acho que você deveria...”);
- Evitar uma atitude de infatilização da pessoa idosa, respeitando o princípio da autonomia da vítima;
- Ter em consideração na sua intervenção que a ocultação da situação de vitimação é recorrente no caso das pessoas idosas por envolver, maioritariamente, familiares/cuidadores próximos da mesma.

De acordo com APAV (2019), é importante que os enfermeiros “tenham consciência de si mesmos enquanto seres permeáveis à influência social e cultural, assim como percecionar que as suas crenças e atitudes podem influenciar a sua prática profissional, devendo assumir as suas limitações na intervenção com a população idosa (p. 102).

A disponibilidade dos enfermeiros para escutarem a vítima, olharem para ela, é essencial para que esta se sinta confiante e o centro de intervenção por parte destes profissionais. As questões ligadas à confidencialidade e segurança destacam-se de entre os aspetos mais importantes no contacto com uma pessoa que foi vítima de crime

ou violência. Deste modo, a APAV (2019) sugere que a confidencialidade deverá ocorre mediante três aspetos fundamentais:

- O profissional está a trabalhar com pessoas em estado de sofrimento, devendo-lhes o máximo respeito diante da situação delicada, muitas vezes íntima, que lhe é apresentada;
- Deve respeito a uma ética profissional ou a um código deontológico associado à sua profissão, que consagra o conceito de segredo profissional;
- Deve ter em atenção que qualquer fuga de informação, deliberada ou acidental, poderá colocar em risco a integridade física, e até mesmo a vida, ou os bens patrimoniais das pessoas apoiadas, bem como, dos seus familiares e/ou amigos. Pode ainda colocar em causa a segurança e/ou a integridade dos colegas de trabalho do profissional, bem como a dos seus familiares e/ou amigos.

Decerto, é imprescindível manter a confidencialidade para o atendimento adequado à vítima. Note-se que, no contacto com terceiros, tais como profissionais de outras instituições, relevantes para o apoio à vítima, é importante o seu expresso consentimento para a partilha de informações que lhe digam respeito. Esta conduta, para além de ser essencial no contacto com vítimas, permite também estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa que recorre ao serviço ou instituição (APAV, 2019).

Em suma, de acordo com a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG, 2016), as intervenções dos profissionais de enfermagem junto das vítimas, tal como todos os outros profissionais, devem pautar-se de princípios orientadores, como sejam o princípio da defesa dos direitos humanos, o princípio da igualdade e da não discriminação, o princípio da autonomia da vontade e do consentimento, o princípio da confidencialidade e do anonimato, o princípio da segurança, o princípio da qualidade, o princípio da cooperação e o princípio da gratuitidade.

Para além dos princípios orientadores, as intervenções dos profissionais de enfermagem que se encontram nos serviços que prestam cuidados às vítimas, devem ter por base requisitos mínimos, de acordo com CIG (2016). Esta Comissão agrupa-os em quatro grandes categorias: a Intervenção, a Estrutura, os Recursos Humanos e, a Articulação interinstitucional e Cooperação.

Relativamente à Intervenção especializada com vítimas de violência, esta “deve ser assegurada por organizações de entidade pública, independentes, sem fins lucrativos, cujo objeto seja, entre outros, a promoção dos direitos humanos e da igualdade de

género, e o combate a todas as formas de violência e discriminação" (CICG, 2016, pp. 15-16). O momento em que a vítima procura a rede de apoio, é o início do processo. A intervenção deve ser intensiva, focalizada e limitada no tempo, dirigida a problemas do momento e com objetivos específicos. Sempre que se justifique, a vítima deverá ser orientada para uma intervenção a médio ou longo prazo, no sentido do seu fortalecimento (CIG, 2016).

No que se prende com a Estrutura, são requisitos mínimos a segurança da vítima que procura apoio dos serviços, assim como a segurança dos profissionais que a apoiam e, outras pessoas envolvidas na situação de violência (CIG, 2016).

Os requisitos mínimos para os Recursos Humanos referem-se a toda a equipa de profissionais que exercem funções nos serviços de apoio à vítima de violência. E tem início na seleção e contratação de pessoal técnico e não técnico que fazem formação sobre esta temática (CIG, 2016).

Por fim, na Articulação Interinstitucional e Cooperação os requisitos mínimos incluem a intervenção com base numa visão holística da situação da vítima, considerando a singularidade de cada pessoa, o seu percurso de vida, as circunstâncias presentes e as excitativas de futuro. Assim, esta intervenção engloba todos os serviços de apoio como sejam os serviços de saúde, educação, segurança social, forças de segurança e justiça, entre outros. Esta intervenção requer-se multidisciplinar e com o objetivo do trabalho em rede (CIG, 2016).

Em suma, todas as instituições devem desenvolver um trabalho multidisciplinar, com o objetivo máximo de dar uma resposta a todas as necessidades da vítima. Esta resposta deve ser dada a vários níveis, tais como social, legal, médico, psicológico, entre outros (CIG, 2016).

Em plano concreto, a problemática da violência contra a pessoa idosa requer uma intervenção multifatorial, interdisciplinar e detentora de um vasto conhecimento para atuar de forma assertiva e adequada em cada caso de vitimização. Para tal, torna-se imperativo conhecer as condições de ocorrência e os fatores de risco associados, para conseguir traçar um caminho para a definição de uma estratégia de intervenção pública.

Reconhece-se, assim, a importância dos enfermeiros na abordagem à pessoa idosa vítima de violência, dado que, frequentemente, são os primeiros a contactar com a vítima, que muitas vezes se encontra em perigo de vida, e, sobretudo, que saibam adequar a sua atuação e que conheçam os procedimentos a adotar, de maneira a que se possam identificar, sinalizar e encaminhar todas as situações de violência (Perdigão et al., 2014).

Perante o exposto, considera-se importante conhecer a perceção que os enfermeiros têm sobre violência contra os idosos nos seus contextos de trabalho, neste caso concreto, de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência (SU).

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

E ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A utilização da investigação científica nas diferentes disciplinas surge como um modo de adquirir conhecimentos, através da obtenção de "respostas a questões determinadas por meio da observação de certos factos que ressaltam do seu domínio", tendo como objetivo a sua compreensão (Fortin, Côte, & Filion, 2009, p. 16).

Relativamente aos enfermeiros, Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que aqueles que incorporam na sua prática os resultados e a evidência apurada através da investigação científica são profissionalmente responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão e fortalecem a identidade profissional da enfermagem.

No presente capítulo irão ser apresentados os principais referenciais que serviram de suporte ao desenho do estudo e consequentemente as opções metodológicas adotadas para a sua concretização. O primeiro capítulo destina-se a enquadrar a motivação para a problemática em estudo e a apresentar a justificativa da sua pertinência. Posteriormente, será descrita a questão orientadora e os objetivos definidos, bem como o tipo de estudo, os participantes e o contexto em que a colheita de dados ocorreu, assim como os instrumentos utilizados na colheita, o processo desenvolvido para a análise dos dados e, ainda, algumas considerações relativas aos procedimentos formais e éticos atendidos nas várias fases do desenvolvimento desta investigação.

1.1. PROBLEMÁTICA E CONTEXTO DO ESTUDO

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a finalidade da investigação em enfermagem consiste em "responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão de enfermagem" (p. 32).

Como já foi abordado neste trabalho, atualmente, a violência enquanto fenómeno emergente no atual cenário do envelhecimento demográfico, tem vindo a ganhar visibilidade crescente, quer a nível internacional como nacional.

Concretamente em Portugal, das vítimas de violência com mais de 60 anos, cerca de 4,5% realizou a denúncia recorrendo ao auxílio de um profissional de saúde (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014). Esta evidência permite reconhecer que a notificação de situação de violência pelos profissionais de saúde assume responsabilidade profissional, ética e social. O papel dos enfermeiros neste contexto assume um

comprometimento acrescido, dado que se encontram maioritariamente na linha da frente para o reconhecimento de possíveis situações de violência nos seus contextos de trabalho.

Importa, ainda, referir que os diversos tipos de violência contra pessoas idosas podem ser subsumíveis a vários crimes vigentes no Código Penal português, sendo os mais comuns o Crime de Violência Doméstica ou o Crime de Maus-tratos (Fonseca, Gomes, Lobato Faria, & Gil, 2012). Assim, a deteção de situações de violência contra os idosos assume uma responsabilidade acrescida na colaboração com o sistema jurídico-legal na proteção dos idosos.

Concretamente, procura-se com este estudo conhecer a perceção dos enfermeiros nos seus contextos de trabalho, quanto aos métodos de deteção, limitações existentes e estratégias necessárias para a melhoria da prática, baseado na conjuntura nacional, instituindo-se como mais uma referência no caminho da excelência profissional.

A identificação desta problemática surgiu da experiência profissional da investigadora principal que, no seu quotidiano de trabalho num serviço de internamento, recebeu idosos vítimas de violência, vindos do serviço de Urgência sem referenciação ou sinalização anterior. Perante esses contextos, surgem dificuldades na sua atuação dada a complexidade do contexto médico-legal, acompanhados de sentimentos de angústia e revolta pessoais. Estas situações constituíram-se como um desafio pessoal e despertaram o interesse em compreender o papel dos enfermeiros na conjuntura de responsabilidade profissional em contribuir para a segurança da pessoa vítima de violência.

Relativamente à escolha do âmbito da pesquisa, pode-se enunciar que se tratou não só de uma questão de interesse pessoal e profissional, mas, sobretudo, pelo facto de se inserir num domínio de primordial importância para o Enfermeiro Especialista, especificamente o da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Peculiarmente, enuncia-se que o enfermeiro, enquanto especialista, "demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746). Em complemento, ainda neste Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, identifica-se que este "demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes"

(p. 4746). Em plano concreto, enquanto Enfermeira Especialista urge a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos e competências conducentes com o potencial de ação diferenciado.

Concretizando, sabe-se que, maioritariamente, quando uma pessoa idosa recorre ao serviço de Urgência, é o enfermeiro da triagem que estabelece o primeiro contacto com as pessoas admitidas nos serviços de saúde, independentemente do motivo. Muitas vezes a razão que motivou o recurso ao serviço de Urgência, não é explícito na admissão ou na triagem, sendo omitida ou deliberadamente escondida. Assim, o enfermeiro tem de estar preparado para, perante estes condicionalismos, despistar a situação o mais rapidamente possível para uma avaliação inicial e diagnóstico corretos. Frequentemente pode ter de se considerar a hipótese de suspeita de violência, para poder atuar e encaminhar a vítima de acordo com as suas potenciais ou reais necessidades (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012). Assim, preconiza-se a realização deste estudo junto de enfermeiros que exerçam funções no serviço de Urgência.

A pertinência desta análise prende-se com a complexidade das intervenções desenvolvidas, que exigem a estes profissionais a mobilização na ação de conhecimentos e, a demonstração de uma atitude de interesse e sensibilidade para conseguirem dar resposta às necessidades da pessoa idosa, vítima de violência. Para além de que a fragilidade e vulnerabilidade em que as vítimas se encontram, constituem um desafio próprio na medida em que a abordagem desta temática carece de uma capacitação dos intervenientes para a intervenção específica com esta população.

Em acréscimo, pretende-se ter como referência enfermeiros de serviços de Urgência da região centro, particularmente dos serviços de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e dos serviços de Urgência Polivalentes (SUP). A escolha da tipologia do serviço baseou-se na caracterização e níveis de intervenção tendo como fundamento o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, dado que estes aprestam os mais elevados níveis de resposta da Rede de SU, tanto em recursos humanos como em capacidade de resposta diferenciada, considerando uma mais-valia para a colheita de informação. Considerou-se a região centro, uma vez que se relaciona com a área de conveniência da investigadora.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, os SUMC caraterizam-se como o "segundo nível de acolhimento das situações de urgência, (...) localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de serviço de Urgência Básico e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC" (p. 20673), garantindo que a

distribuição nacional de SUMC e SUP deve garantir uma distância temporal de acesso de, no máximo, 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços. Ainda no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, surge a caracterização dos SUP como "o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área" (p. 20674), definido um rácio de um SUP por cada 750.000 - 1.000.000 habitantes em Portugal continental.

Perante esta descrição, preconizou-se a realização do projeto nos Hospitais da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro identificados na Tabela 5, caracterizados de acordo com o tipo de serviço de Urgência e sua localização, definido pelo Ministério da Saúde na Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, de 24 de novembro.

Tabela 5 – Caracterização dos serviços de Urgência da ARS Centro.

Tipo de Serviço de Urgência	Distrito	Nome do Serviço de Urgência	Entidade/Grupo Hospitalar
SUP	Coimbra	Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
	Viseu	Urgência do Hospital São Teotónio	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E.
SUMC	Aveiro	Urgência do Hospital Infante Dom Pedro	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
	Castelo Branco	Urgência do Hospital Pêro da Covilhã	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
		Urgência do Hospital Amato Lusitano	Hospital Amato Lusitano – ULS de Castelo Branco, E.P.E.
	Coimbra	Urgência do Hospital Geral dos Covões	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
		Urgência do Hospital Distrital da Figueira da Foz	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
	Guarda	Urgência do Hospital Sousa Martins	Hospitais da ULS da Guarda, E.P.E.
	Leiria	Urgência do Hospital Santo André	Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Uma vez definida a problemática e o contexto do estudo, pretende-se ao longo dos próximos capítulos apresentar as decisões metodológicas assumidas como necessárias para o seu desenvolvimento.

1.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

A questão a partir da qual se inicia uma investigação é “uma pergunta explícita (…) um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, Côte, & Filion, 2009, p.72-73).

Independentemente do nível de cuidados em que atuam, os enfermeiros são os que primeiro contactam com a pessoa sujeito de cuidados, desde o momento da triagem. Assim, estes devem estar mais sensibilizados para a deteção destas situações, prestando especial atenção a dados objetivos e subjetivos indiciadores de que aquela pessoa pode ser vítima de violência. Deste modo, constata-se que, dada a complexidade e abrangência da intervenção dos enfermeiros nos serviços de Urgência perante situações de violência contra pessoas idosas, importa explorar e conhecer esta realidade investigando-a.

De acordo com a problemática definida para este estudo, enuncia-se como questão de investigação: *Qual a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos?*

Na investigação, a definição de objetivos reporta-se ao modo como se pretende dar resposta ao problema e, devem constituir-se como um enunciado que deve “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin, Côte, & Filion, 2009, p.160). Assim, o objetivo geral deste estudo consiste em conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos, constituindo como objetivos específicos:

- Descrever a perceção dos enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre a violência contra idosos;

- Identificar quais as situações de violência contra os idosos percebidas por enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência;

- Identificar formas de deteção de situações de violência contra os idosos;

- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de violência contra os idosos;

- Identificar obstáculos percebidos pelos enfermeiros na presença de situações de violência contra os idosos;

- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros na abordagem de situações de violência contra os idosos.

1.3. TIPO DE ESTUDO

A escolha do método de investigação depende diretamente da questão formulada pelo investigador (Streubert & Carpenter, 2013) pelo que, neste estudo, uma vez que a finalidade consiste em conhecer um evento ou uma situação através de dados narrativos que os participantes envolvidos no processo disponibilizam, preconiza-se uma abordagem qualitativa.

Pais Ribeiro (2008) elucida que a investigação de abordagem qualitativa visa estudar as pessoas nos seus contextos naturais, verificando-se uma forte ligação dos dados da investigação com as circunstâncias da sua produção, cujo grande objetivo é "compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspetiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo" (p. 66).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), nos estudos qualitativos, os investigadores visam salientar os aspetos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, de forma a apreender estes aspetos na sua totalidade e no contexto daqueles que os estão a vivenciar.

Em complemento, Streubert e Carpenter (2013) referem que "numa realidade humana como a enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas" (p. 3).

Assim, pretende-se efetuar um estudo descritivo de abordagem qualitativa, de forma a alcançar o objetivo de conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos.

O estudo descritivo, segundo Fortin, Côte e Filion (2009), "serve para identificar as caraterísticas de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população" (p. 236), a fim de adquirir mais informação sobre as caraterísticas de uma determinada população. Não obstante, os estudos de natureza descritiva destacam que o objetivo do investigador não se limita a investigar a verdade de um fenómeno, mas sim o de reunir e armazenar a maior quantidade de informação possível, a fim de se caminhar para a sua compreensão num sentido mais amplo (Hesbeen, 2001).

Para a efetiva condução, a pesquisa foi sustentada por entrevistas, direcionada para a perceção. Tendo por base o conceito de entrevistas de Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) trata-se de um procedimento de colheita de informações sobre determinado tema

científico, neste caso a perceção sobre a violência, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa, em concreto os idosos, podendo ser realizada a um grupo de pessoas, determinadamente aos enfermeiros de serviços de Urgência dos Hospitais da Secção Regional do Centro.

A sua concretização prendeu-se na realização de uma entrevista semiestruturada com recurso a um guião de orientação pré-formulado e submetido a pré-teste. A escolha deste instrumento baseou-se no seu caráter flexível, que possibilitou aos participantes expressarem de forma livre os pontos de vista pessoais, permitindo recolher informações mais pormenorizadas dos relatos de experiências vividas.

1.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO

Num estudo de abordagem qualitativa, tal como afirmam Streubert e Carpenter (2013), designam-se de participantes os indivíduos que transmitem informação junto de quem recolhe os dados. Concretamente, estes atribuem riqueza de informação através dos seus relatos pessoais, vivências e sentimentos e ilustram a posição assumida pelo investigador, permitindo que as pessoas sejam ativas no próprio estudo e não agindo sobre elas durante a investigação. Este tipo de envolvimento permite a melhor compreensão das suas experiências de vida e das suas interações sociais.

O processo de amostragem na investigação qualitativa é, tal como refere Poupart et al. (2012) mais frequentemente de tipo não probabilístico. Ou seja, consiste numa amostra que não se constitui ao acaso, mas sim em função de características precisas que o investigador pretende analisar sendo vários os fenómenos que não podem ser pesquisados de outra forma. Especificamente, nesta investigação, o grupo de participantes incluídos na investigação resulta de um processo de seleção intencional pois trata-se de uma amostragem de caso único, uma vez que “este método de selecionar indivíduos para participarem num estudo baseia-se no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 66). Neste caso, os dados foram recolhidos a partir do contributo dos vários participantes considerando a sua relevância para a compreensão do fenómeno que ocorreu especificamente nos serviços onde trabalham.

No entanto, torna-se necessário ressaltar as inúmeras limitações à execução do estudo em abranger a totalidade da população-alvo, nomeadamente os enfermeiros dos

serviços de Urgência, pelo que recorremos a uma amostra da população acessível, sendo esta constituída por alguns enfermeiros a exercer funções nos serviços de Urgência médico-cirúrgica ou polivalentes, da Secção Regional do Centro.

Assim, o tipo de amostragem a utilizada neste estudo compreendeu a denominada amostragem em bola de neve. Este tipo de amostragem consiste numa forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acedidos (Vinuto, 2014).

A execução da amostragem em bola de neve compõe-se tendo como início um ou vários informantes-chaves, nomeados como sementes, que identificam outras pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Esta metodologia de seleção acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a investigar o grupo a ser pesquisado (Vinuto, 2014).

Assim, para construir uma amostra baseada neste tipo de seleção, identificou-se um primeiro informante-chave com auxílio do orientador do presente estudo que, contactou outros informantes que pudessem estar interessados em participar ou que referenciassem possíveis candidatos à participação do presente estudo.

Assim, e com base na realidade própria do contexto deste estudo, definiram-se como critérios de seleção dos participantes para formar a amostra, ser enfermeiro num dos serviços de Urgência identificados no estudo. Contudo, reconhecendo as inúmeras escolhas, considerou-se pertinente limitar a amostra em dois enfermeiros por cada serviço de Urgência, especificamente um enfermeiro com título de Enfermeiro Especialista, preferencialmente em Enfermagem Médico-cirúrgica e um com título de Enfermeiro, excluindo os enfermeiros que se encontrem em integração no serviço ou que estejam ausentes do serviço. Totalizando, deste modo, um número de 18 participantes.

Mesmo estando limitado o número de participantes no estudo, teve-se em consideração que a dimensão da amostra será considerada como adequada quando for atingida a saturação dos dados, podendo haver a possibilidade de haver mais participantes referenciados e com potencial para os achados do estudo.

Deste modo, a amostra foi constituída pelos enfermeiros que aceitaram deliberadamente participar no presente estudo e a sua participação ocorreu após a leitura e assinatura do consentimento livre e informado por cada elemento.

Numa primeira fase foi realizado o agendamento da entrevista, através do contacto pessoal com todos os enfermeiros que aceitaram participar na investigação, tendo em consideração os critérios de seleção (N= 18). Neste contacto foi solicitada a participação a cada um destes enfermeiros, explicada a investigação, os seus objetivos, a pertinência da inclusão como participante e agendada a realização da entrevista. Na segunda fase, que ocorreu presencialmente, foi novamente explicada a investigação e a pertinência da sua participação, assinado o consentimento informado e efetuada a entrevista com vista à recolha de informação.

Na Tabela 6 estão reunidos os dados de caracterização geral dos participantes quanto à sua idade, sexo, e tempo de exercício profissional global e no serviço de Urgência.

Tabela 6 - Caracterização dos participantes (N = 18).

Idade (anos)	Sexo		Tempo de exercício profissional (anos)		Tempo de exercício profissional no SU (anos)	
	Masculino	Feminino				
21-25	0	1		*N*		*N*
26-30	0	1	0-5	1	0-5	4
31-35	1	5	6-10	5	6-10	4
36-40	1	2	11-15	5	11-15	4
41-45	0	0	16-20	0	16-20	1
46-50	1	4	21-25	3	21-25	2
51-55	0	2	26-30	4	26-30	3
TOTAL	3	15		18		18
	18					

Ainda relativamente à caracterização dos participantes, no que se refere à categoria profissional, 10 dos participantes têm o título de enfermeiro especialista - sendo 8 especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e 2 especialistas em Enfermagem Comunitária (em acréscimo, um dos especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica agrega outra especialidade, a de Enfermagem de Reabilitação) -, e 8 o título de enfermeiro de cuidados gerais. Nos critérios de seleção anteriormente apresentados, preconizou-se inicialmente a existência de 1 enfermeiro com o título de especialista por instituição e que a especialidade fosse preferencialmente em Médico-cirúrgica, contudo, numa das instituições houve a participação de 2 enfermeiros com o título de especialista, ambos em Comunitária, não comprometendo a pertinência dos dados obtidos.

Objetivamente, na Tabela 7 dispõe-se os participantes, quanto à sua categoria profissional e o seu local de trabalho.

Tabela 7 – Apresentação dos participantes quanto à sua categoria profissional e local de trabalho.

Instituição	Enfermeiro Especialista	Enfermeiro de Cuidados Gerais
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Pólo HUC	1	1
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Pólo Hospital Geral	2	0
Hospital Distrital da Figueira da Foz	1	1
Unidade Local de Saúde da Guarda - Hospital Sousa Martins	1	1
Centro Hospitalar de Leiria - Hospital Santo André	1	1
Centro Hospitalar Tondela-Viseu - Hospital São Teotónio	1	1
Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Hospital Infante Dom Pedro	1	1
Centro Hospitalar Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã	1	1
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano	1	1
Totais (*N*)	10	8

Relativamente à realização de formação na área específica de violência contra idosos, apenas 6 dos participantes referiram ter frequentado formações ou cursos alusivos à temática. A Tabela 8, identifica os participantes quanto à categoria profissional e realização de formação sobre a temática, de modo a estabelecer uma melhor relação com os dados obtidos.

Tabela 8 – Identificação dos participantes quanto à categoria profissional e realização de formação na área de violência contra idosos.

Participantes																	
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18
		F									F	F	F	F			F

Legenda:		Enfermeiros especialistas		Enfermeiros de cuidados gerais	F	Enfermeiros com formação na área

Como se pode auferir, existem 10 enfermeiros com o título de enfermeiros especialista e dos quais apenas 4 tiveram formação na área da violência contra os idosos, e 2 enfermeiros de cuidados gerais também refiram ter tido formação nesta área. Estas considerações poderão ser relevantes aquando da análise e interpretação dos resultados obtidos pelos participantes.

1.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A recolha de dados surge como uma das etapas fundamentais dos estudos de natureza qualitativa, podendo ser utilizadas uma variedade de estratégias para a obtenção dessa informação. Segundo Poupart et al. (2012), numa investigação desta natureza, a entrevista é uma das técnicas mais frequentemente utilizadas para colher dados, tendo sido a técnica selecionada para esta investigação.

Assim, considerou-se a realização de uma entrevista semiestruturada com recurso a um guião de orientação pré-formulado e submetido a pré-teste. A escolha deste instrumento baseou-se no seu carater flexível que permite a expressão livre dos participantes, possibilitando a obtenção de relatos de experiências vividas. Tal como refere Ribeiro (2008), a realização de uma entrevista permite ao investigador colocar questões abertas ao entrevistado, permitindo obter informações amplas acerca das suas experiências e clarificar o significado que é atribuído a termos, expressões ou acontecimentos. A realização de questões abertas permitiu uma maior liberdade nas respostas dos enfermeiros, com discursos mais ricos, não estando condicionados por respostas predeterminadas nem por uma linha de raciocínio imposta pelo investigador, tal como Streubert e Carpenter (2013) referem.

Certo é que, toda e qualquer investigação que conte com a participação de seres humanos, pode levantar sempre questões morais e éticas (Fortin, Côte, & Filion, 2009), devendo, por isso, o investigador, em todas as etapas do processo, estar atento à qualidade ética dos procedimentos e respeito pelos princípios definidos (Flick, 2009). Na aquisição de informação necessária ao estudo, o investigador deve saber os limites que devem ser preservados, tais como, o respeito pela pessoa humana e a proteção do seu direito de viver digna e livremente. O direito a não ser prejudicado, a ter conhecimento pleno sobre o estudo, à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade estão entre os direitos considerados mais relevantes nesta investigação (Flick, 2009). Deste modo, em todas as etapas do seu desenvolvimento foram tomadas as medidas necessárias para respeitar os aspetos éticos e legais, explicitando-se aqui os procedimentos adotados.

Primeiramente, procedeu-se à elaboração de um guião de entrevista (Apêndice I) e submetido a pré-teste por um conjunto de peritos. Este guião estabelece um conjunto questões com as quais se pretende compreender a perceção dos enfermeiros sobre a sua intervenção junto das pessoas idosas vítimas de violência, sem lhe incutir um caráter demasiado rígido, que, caso existisse, poderia condicionar a natureza da investigação.

Após a criação do guião de entrevista, foi solicitada uma revisão ética independente, formulando um pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), acompanhado do projeto de investigação, do instrumento de colheita de dados e do formulário de consentimento, tendo-se obtido parecer positivo (Anexo I).

O momento para a entrevista foi previamente agendado de acordo com a disponibilidade de cada participante, e procurou-se realizar num ambiente controlado e confortável, sugerido pelo participante, para assegurar a privacidade e individualidade do momento da partilha. De modo geral, o local escolhido pelos participantes foi o hospital onde trabalham, em que o espaço utilizado variou entre gabinetes, zonas de convívio, salas de reunião e até mesmo espaço exterior. Decerto, houve momentos de pausa e interpolação por terceiros, mas sem que houvesse comprometimento do decorrer da entrevista.

Concretamente, no momento da entrevista, iniciou-se com uma breve apresentação pessoal ao participante, seguindo-se de uma explicação de todos os elementos referentes ao estudo em causa, para que pudessem tomar a decisão informada de participação. Foi-lhes apresentado o enquadramento da investigação, os seus objetivos e a natureza da sua participação, mas também lhes foi assegurado o cumprimento dos princípios éticos exigíveis numa investigação desta natureza. Para a captação pormenorizada dos achados dos participantes, propôs-se a áudio-gravação, utilizando um dispositivo apropriado. A efetivação da entrevista só se iniciou após assinado o consentimento informado (Apêndice II), referente à sua realização e gravação.

As perguntas que constam do guião foram abordadas com todos os participantes, mas cada entrevista desenvolveu-se de forma diferente, isto é, de acordo com a evolução individual, no sentido de permitir a descrição das suas conceções, experiências, sentimentos e vivências pessoais, possibilitando, assim, uma exploração do tema mais abrangente e completa. No entanto, foram ainda colocadas outras questões que não faziam parte do guião orientador que emergiram da própria entrevista, com o objetivo de clarificar algumas expressões, ideias e pensamentos apresentados, sem comprometer a expressão livre e espontânea do enfermeiro. A entrevista terminou quando cada enfermeiro dava por concluída a sua participação, expressando que nada mais teria a acrescentar ao que havia relatado sobre a temática. Ao terminar cada entrevista foi acordado com os participantes a possibilidade de análise e validação da sua transcrição, onde todos consentiram.

A realização das entrevistas decorreu entre março e junho de 2019. A participação no estudo pressupôs o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, utilizando formulário escrito que foi assinado por cada participante após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências (Apêndice II). Porém, os participantes também foram informados da possibilidade de retirar o consentimento em qualquer momento da investigação, sem quaisquer consequências, que não aconteceu. Foram, ainda, informados da facilidade de acesso aos resultados da pesquisa, caso assim o entendessem.

Relativamente à gravação áudio, também foi requerida a autorização dos participantes, evidente na declaração de consentimento (Apêndice II), permitindo que cada entrevista fosse transcrita de forma integral e depois analisada pela investigadora. De modo a manter a autenticidade da informação obtida, cada participante foi contactado via e-mail para analisar a transcrição da sua entrevista, detetar possíveis equívocos de transcrição e validar o conteúdo reproduzido.

No que concerne aos dados colhidos, assegurou-se que todos os materiais fossem guardados de forma confidencial, durante o processo de pesquisa, e destruídos após a sua realização, sem que nenhuma informação pessoal fosse divulgada. Neste contexto, procedeu-se à codificação dos instrumentos de colheita, de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes, através da atribuição de um código de identificação (E1, E2, E3, …, E18), sem qualquer ordem ou sequência no que se prende com a realização das entrevistas. De referir ainda que qualquer informação que possa ser associada ao entrevistado, foi oportunamente omitida na transcrição.

1.6. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados na investigação qualitativa começa, de acordo com Streubert e Carpenter (2013), quando a colheita desses próprios dados se inicia. É uma das tarefas mais importantes na investigação, porque é a partir da sua análise que se poderá atribuir sentido aos dados colhidos.

Os dados narrativos foram gravados e posteriormente convertidos em texto escrito sendo que esta transcrição foi realizada pela investigadora. Este procedimento de transcrição é sugerido por Gibbs (2009) que considera preferível dado que o investigador conhece bem o tema e, por isso, há menos probabilidade de cometer erros, para além de a transcrição ser uma oportunidade de começar a planear a sua análise.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua transcrição integral, e à leitura atenta e cuidadosa do seu conteúdo, no sentido de o analisar. De referir que esta transcrição alongou-se para o período de cerca de um ano, por imprevistos motivado pela vida privada da investigadora. Contudo, a realização da presente investigação nunca ficou esquecida e, pelo contrário, houve sempre uma inquietude e necessidade de a desenvolver e concluir, considerando os achados obtidos da realização das entrevistas.

A transcrição foi realizada com o cuidado e rigor exigíveis ao investigador, que ao mesmo tempo se iniciou no processo de recolha e de organização sistemática dos dados colhidos. Dado que o processo de tratamento de dados mostrou-se intricado e delongado, o método selecionado para o processo de análise dos dados passou pela utilização de um software específico e adequado, nomeadamente o WebQDA® (*Web Qualitative Data Analysis*).

De acordo com Costa e Amado (2018), é "nos contextos da investigação científica que se torna premente a reflexão e a iniciação a procedimentos que confiram, de facto, as características de rigor e de "objetividade" à recolha e análise de dados na perspetiva de construção do conhecimento" (p. 7). Para tal, considera-se necessário ter uma noção exata daquilo em que consiste e do que se pretende com esta técnica para implementar processos que permitam executá-la com rigor e fecundidade. Ou seja, a formação nesta área não pode deixar-se ao sabor do acaso. Deste modo, a investigadora realizou uma formação relacionada com a "Análise de dados qualitativos com recurso ao software WebQDA®", de modo a adquirir competências e conhecimentos indispensáveis para a necessária qualidade do trabalho.

A escolha deste software como método de tratamento de dados fundamentou-se na sua capacidade de apoio com maior rapidez, rigor e processos de alta complexidade realizáveis com segurança e do seu funcionamento na *cloud computing*. Ou seja, uma das vantagens desta inovação é a de possibilitar o trabalho colaborativo em pequenos ou grandes grupos - neste caso, permitiu a partilha do trabalho realizado na análise dos dados com o orientador desta dissertação - e, ainda, a análise de grande volume de dados, como o caso da presente investigação. Para além de tudo isto, considera-se um recurso pedagógico que contraria a muito provável desmotivação de quem procura iniciar-se na complexidade destes procedimentos (Costa & Amado, 2018).

Concretizando, o WebQDA® é um software de análise de dados qualitativos num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet. É destinado à investigação em ciências humanas e sociais e proporciona inúmeras vantagens na análise de dados

qualitativos não numéricos e não-estruturados (Souza, Costa, & Moreira, 2011). As vantagens prendem-se, sobretudo, na estruturação inteligível deste software, dado que permite uma fácil importação dos dados recolhidos, criação das categorias em estrutura de árvore e sua codificação, e ainda a obtenção de matrizes de comparação entre os elementos em análise. Os três principais eixos do WebQDA® são (Souza, Costa, & Moreira, 2011):

- Fontes - todos os dados recolhidos para análise fazem parte deste eixo. Este software permite adicionar ficheiros de texto, de imagem, áudio e vídeo;
- Codificação - nesta área inclui-se a estrutura de "nós" que será utilizada para categorizar as informações constantes nas fontes de dados. É permitida a inclusão de "nós" livres, em estrutura hierárquica (árvore), descritores e classificações;
- Questionamento - após codificadas todas as fontes de informação, a função questionamento permite criar matrizes de análise. Estas matrizes terão como propósito, quando criadas (traduzidas em questionamento), dar resposta aos objetivos inicialmente traçados.

A análise de cada entrevista envolveu um trabalho com dados, que passou por várias leituras tendo emergido um conjunto de informação que se foi reunindo desde as unidades estruturais de significado, que por sua vez foram agrupadas em subcategorias, categorias, dando origem à definição dos temas centrais (Gibbs, 2009).

Para além da partilha com o orientador da presente dissertação, os dados obtidos foram sujeitos a uma avaliação por um grupo de peritos na área, possibilitando assim possíveis correções ou alterações nas interpretações das categorias, subcategorias e atribuição das referências. A apresentação dos resultados obtidos, sua análise e consequente discussão encontram-se, seguidamente, no estudo empírico.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na terceira parte do relatório, e uma vez concluída a recolha, a organização e o tratamento dos dados, segue-se a etapa que consiste na apresentação e análise dos dados obtidos, que posteriormente serão confrontados com a literatura e/ou os resultados de outras investigações já realizadas e publicadas sobre a temática, no capítulo discussão dos resultados. O trabalho de pesquisa e consulta bibliográfica realizado permitiu colocar estes resultados dentro do contexto do que já é conhecido sobre o assunto, o que foi muito significativo a sua análise e interpretação (Streubert & Carpenter, 2013).

Nesta fase do estudo pretende-se refletir sobre os dados encontrados e reunidos, colocando em destaque aqueles que no processo de organização e tratamento se evidenciaram como dados significativos, apresentando-os sequencialmente e, de acordo com o esquema resultante da análise de conteúdo (Streubert & Carpenter, 2013).

Os fenómenos humanos não são objetiváveis o que significa que não podem ser inspecionados nem estudados na forma de objetos. Como refere Watson (2002) o fenómeno humano da enfermagem torna-os conhecidos através do estado de espírito, sentimentos e emoções de experiências.

Das entrevistas que descrevem as vivências dos enfermeiros que desenvolvem a sua intervenção com a pessoa idosa vítima de violência, no serviço de Urgência, foram extraídas e codificadas as declarações significativas que refletem a experiência dos profissionais de enfermagem. Neste processo de codificação, para dar resposta aos objetivos propostos, a transformação dos dados brutos em unidades de análise foi reformulada por diversas vezes ao longo do estudo de forma cíclica, revendo e aperfeiçoando constantemente as subcategorias através de releituras constantes. A categorização pretendeu a síntese da comunicação, destacando os aspetos mais importantes para este estudo.

A utilização do software WebQDA® permitiu estruturar a Área Temática "Violência contra os idosos" em categorias e subcategorias em forma de "árvore". Concretamente, emergiram sete categorias:

1. Conceito de violência contra idosos – onde os enfermeiros procuraram aludir à definição proposta pela OMS (2002) ou mesmo referir o que entendem por este conceito;
2. Visibilidade da temática em geral – os enfermeiros atenderam à conjuntura atual e à forma como este fenómeno é percebido pela sociedade, atendendo à realidade particular de cada interveniente;
3. Visibilidade da temática nos serviços de Urgência – em complemento da perceção geral da temática, os intervenientes descreveram a forma como vê este objeto de estudo nos locais de trabalho, tendo em consideração a sensibilidade individual e coletiva, bem como as emoções que emergem quando se deparam com esta problemática;
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência – os enfermeiros procuraram, de certa forma, enunciar os tipos de violência mais comuns percecionados nos seus locais de trabalho, onde alguns foram objetivos e outros mais detalhados quanto à realidade vivenciada;
5. Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros – os participantes descreveram como habitualmente intervêm perante esta problemática nos seus locais de trabalho, aludindo à prática individual e coletiva das suas atuações;
6. Obstáculos na identificação da violência – todos os participantes referiram impedimentos e objeções à sua atuação perante os contextos de violência contra idosos, quer a nível pessoal, institucional, ou por parte da vítima e/ou da sociedade;
7. Estratégias de melhoria – os enfermeiros sugeriram de forma objetiva intervenções e/ou resoluções que facilitassem e/ou permitissem que a atuação em situações de violência contra idosos fosse mais inteligível, quer a nível pessoal, no serviço ou interinstitucional, por parte de outros meios da Saúde ou mesmo por parte da sociedade.

De seguida, passamos a apresentar as categorias e subcategorias que emergiram da área temática, bem como as suas fontes, referências e para melhor compreensão referências exemplificativas, salvaguardando que a transição, assim como as ideias e conceções atribuídas estão interligadas, abrangendo um processo contínuo e que constroem um todo, nomeadamente a perceção dos enfermeiros acerca da violência contra os idosos.

Tabela 9 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Conceito de violência contra idosos".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
1. Conceito de violência contra idosos	**1.1** Não é apenas violência física (E3, E7, E10, E11, E16, E17 e E18)	*"Para mim, violência não é, nem de longe nem de perto, a violência física, que é aquela que vemos na Urgência. Essa nós sinalizamos com facilidade. Alguém que vem agredido, tem uma marca física e nós conseguimos identificar. Pior é ver a outra violência..."* (E3)	8	7
	1.2 Negligência (E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E14 e E16)	*"Mas a violência pelo abandono, pela negligência dos cuidados, nós vivenciamos isso diariamente."* (E8)	9	9
	1.3 Abandono dos idosos (E1, E5, E7, E14 e E17)	"*Pela minha experiência, a violência contra os idosos, nos dias de hoje, são os idosos virem à urgência e serem quase abandonados pela família e ficarem aqui."* (E1)	5	5
	1.4 Abuso financeiro (E11, E13, E14 e E17)	*"Hoje em dia vê-se mais a questão da negligência, porque as pessoas ficam com os idosos por uma questão financeira e não para cuidar deles."* (E14)	4	4
	1.5 Maus-tratos físicos (E1, E2, E4, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E16 e E17)	*"(...) os maus-tratos físicos (...)"* (E11)	12	12
	1.6 Maus-tratos psicológicos (E1, E2, E4, E7, E9, E11, E12, E13, E16, E17 e E18)	*"Acho que é sobretudo uma violência psicológica, não digo maus-tratos psicológicos diretos, mas tentar constantemente mostrar que os idosos ocupam espaço que já não deviam estar a ocupar, ou que sobrecarregam as famílias."* (E18)	12	11
	1.7 Praticada por familiar próximo (E2, E3, E5, E10, E11, E13, E15 e E17)	*"Muitas vezes, essa violência é provocada pelas pessoas mais próximas. Não do ponto de vista institucional, mas pelos familiares mais próximos. Pelo menos é a perceção que eu tenho."* (E17)	11	8
	1.8 Praticada em instituições de acolhimento (Centros de dia, lares, instituições para idosos) (E2, E5, E7, E10 e E17)	*"E eu vou ser um bocadinho drástica, mas às vezes até dos lares há um bocadinho de negligência."* (E7)	7	5
	1.9 Abuso sexual (E9 e E16)	*"Também temos a violência sexual."* (E16)	2	2

A primeira categoria diz respeito ao “Conceito de violência contra idosos” que os enfermeiros foram definindo consoante o seu conhecimento sobre a temática (Tabela 9). Concretamente, quando questionados acerca do significado de violência contra os idosos, alguns dos participantes (N=7) referiram que violência contra idosos não é apenas violência física, que ia além da agressão física, porque esse tipo de violência é mais fácil de identificar e, como tal, o conceito de violência contra a pessoa idosa assume outras dimensões. Contudo, não deixam de identificar que o tipo de violência mais característico da violência contra idosos são os maus-tratos físicos (N=12), seguindo-se dos maus-tratos psicológicos (N=11) e, ainda, a negligência (N=9) e o abandono (N=5). Os tipos de violência que os enfermeiros menos associam como praticada contra idosos são o abuso financeiro (N=4) e o abuso sexual (N=2). Os enfermeiros consideram ainda que a violência contra idosos é maioritariamente praticada por familiar próximo (N=8) e também por instituições de acolhimento para idosos (N=5), tais como lares, residenciais sénior e centros de dia.

Relativamente à segunda categoria, a “Visibilidade da temática em geral”, esta baseou-se na questão de conhecer a forma como os entrevistados inserem esta temática nos dias de hoje, na sociedade atual (Tabela 10). O que os enfermeiros mais referiram (N=13) foi que se trata de um tema menosprezado, que não é falado, encoberto ou até mesmo desconhecido pela população em geral. No entanto, alguns referiram que não deixa de ser um tema abordado socialmente (N=8), principalmente pelos meios de comunicação social, e que se encontra em desenvolvimento (N=2), ou seja, que se têm sido desenvolvidos trabalhos e projetos para a resolução desta temática.

Consideram-no, também, um tema problemático (N=11), ou seja, que é debatido, polémico e de difícil solução. Alguns enfermeiros referem que a existência de violência contra os idosos está diretamente relacionada com o modo de vida da sociedade atual, que passa pela falta de tempo e/ou de condições socioeconómicas para cuidar do idoso, menosprezando-o (N=8). Pelo que, mais de metade dos entrevistados reconhecem-no como um crime público, onde todos têm o dever de denunciar (N=10). Contudo, há enfermeiros a referir que se tem de ter em consideração a existência de situações duvidosas (N=2), que passa por acreditar que um idoso possa estar a ser vítima de violência e na verdade não estar.

Tabela 10 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Visibilidade da temática em geral".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
2. Visibilidade da temática em geral	**2.1** Tema problemático (polémico, debatido, de difícil solução, incerto) (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E12, E14 e E15)	*"Eu acho que, cada vez mais, é um flagelo, que temos de estar muito atentos a isso."* (E8)	14	11
	2.2 Tema abordado socialmente (E3, E6, E8, E11, E13, E15, E17 e E18)	*"Agora anda-se a falar um bocadinho disto. Acho que antigamente era pior. Não se falava tanto."* (E3)	8	8
	2.3 Tema menosprezado (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E11, E12, E13, E16, E17 e E18)	*"Eu acho que há muita violência contra idosos que não é falada. Não se sabe. E isso é uma coisa que me preocupa."* (E6)	18	13
	2.4 Temática em desenvolvimento (E1, E11 e E17)	*"Sabemos que muita coisa já foi feita, que há muito enfase dos mídia para este tipo de situações, mas ainda há muita coisa para fazer. O caminho faz-se caminhando."* (E11)	3	3
	2.5 Crime público / dever de denunciar (E1, E2, E3, E11, E12, E13, E14, E15, E17 e E18)	*"Qualquer um de nós pode denunciar, é um crime público."* (E3)	20	10
	2.6 Falta de tempo e/ou de condições socioeconómicas para cuidar do idoso (E1, E3, E5, E7, E10, E11, E15 e E18)	*"E depois há a questão de as famílias viverem a 100 à hora, as coisas terem de estar feitas o mais depressa possível, depois são os horários que são complicados, nós trabalhamos cada vez mais, dedicamo-nos cada vez menos à família. E as famílias começam a ser cada vez mais nucleares, são os pais e os filhos, os avós já ficam um pouquinho à parte."* (E18)	9	8
	2.7 Situações duvidosas (E3 e E8)	*"(...) temos que ver que há idosos que não se querem lavar, é uma opção deles, e ninguém os maltrata."* (E3)	3	2

A terceira categoria surgiu essencialmente dos relatos que os enfermeiros foram dando no decorrer das entrevistas, ou seja, das suas experiências e vivências alusivas aos seus contextos de trabalho com situações de violência contra pessoas idosas. Emergindo, assim, esta categoria sobre a "Visibilidade da temática nos serviços de Urgência" (Tabela 11).

Uma das questões colocadas prendia-se com a frequência da ocorrência deste fenómeno, onde quase unanimemente (N=17) os enfermeiros referiram que ocorre com maior frequência em alturas festivas, tais como no Natal, Ano-Novo e férias de verão. Porém, um dos participantes reconheceu que este fenómeno acontece ao longo do ano, sendo o único a identificar a transversalidade da ocorrência de violência contra idosos ao longo do ano (N=1).

Outra característica comum à maioria dos enfermeiros (N=12) é que os idosos, por norma, não fazem queixa de que estão a ser vítimas de violência, causado por diversos fatores, que estarão abordados mais à frente como obstáculos à identificação de situações de violência por parte das vítimas (ponto 6.3, da Tabela 14). Sobre esta afirmação, houve muitas referências nos relatos dos participantes em questão, sendo uma limitação para ajudar os idosos vítimas de possíveis situações de violência.

Outra questão levantada por metade dos participantes (N=9) passa por referirem que quando intervêm nestes contextos perdem o seu desenvolvimento, ou seja, ficam sem saber o que aconteceu ou vai acontecer à vítima e envolventes das situações identificadas. Este contexto levanta questões acerca da validade e veracidade do fenómeno, no sentido de saber se a intervenção realizada foi adequada, ou exagerada ou mesmo insuficiente para garantir uma correta avaliação do próprio enfermeiro. Por outro lado, alguns enfermeiros (N=4) consideraram que muitas vezes, a sua intervenção vai além da esfera da prestação de cuidados, ou seja, envolvem-se demasiado em questões que não são do domínio da enfermagem.

Ao longo dos seus testemunhos, os enfermeiros foram manifestando sentimentos que emergem quando estão perante contextos de situações de violência contra idosos. O mais demonstrado (N=9) passa pela indignação, revolta e tristeza pela existência deste fenómeno, seguindo-se a dúvida e a insegurança (N=6) na atuação destes contextos ou mesmo a impotência (N=4) de querer fazer mais e não conseguir. Contudo, houve quem manifestasse segurança (N=4) na identificação e atuação destes contextos. Pode-se perceber que os enfermeiros que referiram sentir segurança são maioritariamente enfermeiros especialistas (E1, E3 e E13), sendo apenas um enfermeiro de cuidados gerais (E4).

Tabela 11 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Visibilidade da temática nos serviços de Urgência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
3. Visibilidade da temática nos serviços de Urgência	**3.1** Maior frequência em alturas festivas (como Natal, Ano-Novo, Férias de verão) (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16 e E18)	*"Nas férias e no Natal. No Natal, então, é crítico. Ficam muitos idosos cá durante uns dias. Mesmo que não tenham nada, vêm trazê-los à urgência."* (E7)	18	17
	3.2 Ocorrência transversal ao longo do ano (E17)	*"Eu não vou dizer que é sazonal, até porque sei que existe a parte do Natal, das épocas festivas, ou nas férias no verão. Mas se nós fomos a ver, Natal e Passagem de Ano é no fim do ano. Páscoa é logo ali. Carnaval é um pouco antes. Férias, é o verão inteiro. Depois é o início da escola. Ou seja, eu acho que isto é anual."* (E17)	1	1
	3.3 Os idosos não fazem queixa (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E15, E17 e E18)	*"Só que eles também negam que tenha acontecido alguma coisa e torna-se mais difícil podermos ajudar."* (E6)	20	12
	3.4 Sentimentos dos profissionais:			
	3.4.1 Impotência (E1, E5, E6 e E7)	*"Sinto-me mesmo impotente porque sei que vai continuar a existir violência… O que é grave!"* (E5)	6	4
	3.4.2 Indignação / revolta / tristeza (E2, E5, E8, E9, E10, E14, E15, E16 e E17)	*"O meu sentimento é, essencialmente, de revolta. Porque certamente aquela pessoa, enquanto foi uma pessoa útil na sociedade, era uma pessoa querida."* (E8)	13	9
	3.4.3 Segurança (E1, E3, E4 e E13)	*"Sim, é de segurança. Não tenho constrangimentos, de todo. Identifico-me como para mais, do que para menos. Na dúvida, não vamos acusar, mas sim vamos investigar e diagnosticar para ver realmente qual é a situação."* (E3)	6	4
	3.4.4 Dúvida / insegurança (E2, E9, E10, E12, E17 e E18)	*"Logo, há um misto de sentimentos. Desde a dúvida à insegurança..."* (E2)	8	6
	3.5 Intervimos, mas perdemos o desenvolvimento (E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11 e E17)	*"Pode parecer estranho, mas perdemos o rasto desta situação. Nós identificamos e encaminhamos, mas temos que ficar no nosso posto de trabalho."* (E2)	11	9

Tabela 11 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Visibilidade da temática nos serviços de Urgência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
3. Visibilidade da temática nos serviços de Urgência	**3.6** Ir além da esfera da prestação de cuidados de enfermagem (E2, E3, E10 e E17)	*"Porque os enfermeiros existem para cuidar, não existem para andar a tratar de assuntos que não são da esfera deles. Eu acho que, às vezes, os enfermeiros tentam resolver assuntos que não são da esfera deles. E é essa a minha perspetiva. E vou voltar a dizer, a justiça é feita nos tribunais, não é feito nos hospitais. (...) A pessoa tem a autonomia dela. Se não quer denunciar, não vamos ser nós. Por isso é que eu quero as decisões tomadas em conjunto."* (E17)	6	4

A quarta categoria resultou do questionamento aos participantes acerca das suas vivências com situações de suspeita de violência contra pessoas idosas, concretamente quanto ao tipo e formas de deteção (Tabela 12). De todos os participantes, houve quem referisse (N=2) que ainda não tinha vivenciado situações de violência no SU, de forma clara e confirmada, excluindo situações de suspeita. Esta situação poderá estar relacionada com o tempo de experiência dos participantes em questão, sendo que ambos se encontram a exercer funções há menos de 6 anos no serviço de Urgência. Contudo, esta afirmação prende-se com a confirmação e clareza das situações vivenciadas, sendo que a experiência relatada prende-se, sobretudo, com as situações de suspeita, onde todos os participantes enunciaram episódios que foram ocorrendo ao longo do seu percurso profissional no serviço de Urgência.

Nesta categoria, os enfermeiros foram referindo situações particulares, onde uns apenas identificaram genericamente o tipo de violência vivenciado ao longo do seu percurso profissional e, outros, apontam pormenores da forma de deteção desses mesmos episódios. Assim, o tipo de violência mais referenciado pelos enfermeiros foi a negligência (N=13), seguindo-se a violência física (N=9), a violência psicológica (N=7), a violência financeira (N=2) e sexual (N=2).

No que se refere à negligência, quase todos os enfermeiros abordaram este tipo de violência, quer de forma genérica, quer de forma mais pormenorizada. Como forma de identificação deste tipo de violência, o mais referido foi o abandono no hospital (N=11), havendo bastantes relatos dos enfermeiros de deixarem os idosos no hospital e recusarem ou ninguém aparecer para ir buscá-los. Uma outra forma de identificação

passa pelos sinais de higiene deficitários (N=8), a desnutrição e desidratação dos idosos (N=7), o negar cuidados básicos pelo cuidador (N=6), tais como o acesso a bens essenciais como comida, cuidados de saúde, entre outros. E, ainda, abandonar a pessoa idosa sozinha por longos períodos em casa (N=3), a presença de úlceras de pressão não tratadas ou em locais pouco habituais (N=3) e a presença de más condições higiénico-sanitárias (N=1).

Os relatos dos enfermeiros relativos à negligência dos cuidados com os idosos são impressionantes e perturbantes. Alguns estão exemplificados na Tabela 12, contudo, houve tantos outros que permitiram perceber que os enfermeiros se deparam com situações horrendas e que a sua atuação é crucial para garantir a qualidade de vida à população vulnerável, neste caso, os idosos. No entanto, nos outros tipos de violência, as formas de deteção e os relatos são igualmente impressionantes.

A presença de violência física percecionada pelos enfermeiros passa pela presença de lesões cutâneas (N=9) (essencialmente hematomas e escoriações), a presença de lesões músculo-esqueléticas (N=3) (tais como luxações ou fraturas recentes mal explicadas ou consolidadas de forma anormal), repetidos atendimentos na urgência (N=3), uso impróprio de medicamentos (N=2), lesões incompatíveis com os relatos (N=5) e, ainda, haver referencia verbal de que foi vítima de agressão física (N=5).

Relativamente à violência psicológica, os enfermeiros identificam-na com situações como relatos de haver abuso verbal ou emocional contra a pessoa idosa (N=2), ou os idosos apresentam sentimentos de desamparo, de falta de atenção e/ou afeto (N=1) e, ainda, o idoso estar deprimido (N=3).

Na violência financeira, os enfermeiros facilmente identificaram uma forma de deteção comum, mais do que o tipo de violência em si, que é o acesso indevido à pensão de reforma ou outros apoios sociais (N=5).

Por último, na violência sexual, os dois enfermeiros que referiram ter vivenciado este tipo de violência, identificaram-na pela presença de hemorragia e lesões nas áreas genitais da vítima (N=1) e por relatos de abusos de índole sexual (N=1).

Para além dos tipos de violência identificados através das suas formas de deteção, os enfermeiros referiram comportamentos suspeitos de presença de violência, que por parte da vítima, como por parte do familiar e/ou prestador de cuidados, sendo que estes não são enquadrados diretamente em nenhum tipo de violência anteriormente identificados. No que se refere ao comportamento da vítima, um dos sinais identificados passa pela mudança de comportamento na presença do familiar e/ou prestador de cuidados (N=4), o não querer ter alta do SU (N=2) e a manifestação de apatia ou

indiferença na relação com o profissional de saúde (N=1). Já no comportamento do familiar e/ou prestador de cuidados, os participantes identificam como sinais o evitarem a interação do enfermeiro ou profissional de saúde com a pessoa idosa (N=4), apresentarem-se verbalmente agressivos ou extremamente carinhosos com o idoso (N=3), apresentarem-se nervosos ou manifestarem stress (N=1) e, a mais referida, apresentarem desculpas ou contarem histórias incongruentes, contraditórias ou estranhas (N=12), principalmente quando justificam o facto de não poderem ir buscar o idoso após confirmação da alta do SU.

Tabela 12 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência	**4.1** Ainda não vivenciei situações de violência no SU (violência clara e confirmada - não inclui situações de suspeita) (E14 e E16)	*"De violência confirmada, não. Houve casos em que desconfiamos, mas sem certezas. Ou seja, pelo menos na minha presença nunca houve nenhuma denúncia."* (E14)	3	2
	4.2 Física (E2, E4, E5, E6, E10, E13, E16, E17 e E18)	*"Já aconteceu também uma idosa dar entrada na Urgência por violência física por parte da vizinha."* (E16)	10	9
	4.2.1 Lesões cutâneas (E1, E2, E5, E8, E10, E11, E14, E16 e E18)	*"E mesmo se a senhora não verbalizasse, era visível que tinha sido agredida por alguém. Tinha marcas, escoriações, hematomas."* (E16)	18	9
	4.2.2 Lesões músculo-esqueléticas (E5, E9 e E10)	*"Há cerca de um mês estava uma senhora da área da medicina, em que fui posicioná-la ou fazer um procedimento que não me recordo, em que ela tinha uma luxação do ombro, já consolidada (...)"* (E5)	4	3
	4.2.3 Repetidos atendimentos na urgência (E7, E14 e E17)	*"(...) múltiplas vindas à urgência."* (E7)	4	3
	4.2.4 Uso impróprio de medicamentos (E5 e E9)	*"Uma colega entra nessa área, onde não está ninguém permanente, e vê uma neta com uma seringa de alimentação, com um líquido azul, que trouxe na carteira dela, a dar à avó. Para a tentar matar!"* (E5)	2	2

Tabela 12 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência	**4.2.5** Lesões incompatíveis com o relato (E1, E6, E15, E16 e E18)	*"Os locais das lesões, a própria queixa não ser coerente com as lesões, a história não bater certo com os sinais e sintomas que o idoso apresenta. Isso leva-nos a suspeitar de alguma coisa."* (E1)	7	5
	4.2.6 Referir agressão física (esbofetear, apertar, empurrar, beliscar) (E2, E4, E15, E15 e E17)	*"Períodos em que estamos com idosos que estão orientados, colaborantes e perfeitamente lúcidos, nos dizem que foi a auxiliar que lhes bateu."* (E15)	5	5
	4.3 Psicológica (E2, E5, E6, E9, E12, E13 e E14)	*"(...) emocional. Ou seja, psicológica. Muito muito."* (E2)	8	7
	4.3.1 Relatos de ter sido abusada verbal ou emocionalmente (E6 e E15)	*"Mas há idosos que dizem mesmo que os filhos ou o cuidador que os trata mal, que gritam com eles, que não compreendam que não consigam andar tão rápido."* (E6)	2	2
	4.3.2 Sentimentos de desamparo, falta de atenção e afeto (E7)	*"Não vão lá os filhos muitas vezes "ver os pais, ou dizem muitas vezes os meus filhos não querem saber"."* (E7)	1	1
	4.3.3 Estar deprimido(a) (E1, E6 e E12)	*"Fáceis triste, o choro fácil, ... Muitas vezes é o que eles mostram. A tristeza e a solidão deles."* (E1)	4	3
	4.4 Financeira (E13 e E15)	*"Económica (...)"* (E13)	2	2
	4.4.1 Aceder indevidamente à pensão de reforma ou outros apoios sociais (E1, E3, E9, E10 e E15)	*"A senhora vivia sozinha, o marido já faleceu, mas são as filhas que tomam conta do dinheiro e só lhe dão X por semana, que não chega para comprar os bens alimentares."* (E9)	6	5
	4.5 Sexual (E3 e E9)	*"Aqui há tempos tivemos uma senhora violada, uma idosa, que foi para o bloco operatório. Tinha estado no hospital, teve alta e foi para um lar, porque achavam que não estava bem em casa. Chegou ao lar e foi violada! Isto está em tribunal, não sabemos quem a violou."* (E3)	2	2

Tabela 12 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência	**4.5.1** Hemorragias e/ou lesões nas áreas genitais e/ou anal (E3)	*"Ela veio (...) porque vinha com diagnóstico de hemorragia. E daqui foi para o bloco operatório. Depois vieram as forças de segurança, vieram recolher as provas..."* (E3)	1	1
	4.5.2 Relatos de abuso de índole sexual (E9)	*"Uma senhora, já não me lembro da idade (isto já foi há algum tempo), que depois foi à ginecologia, diz que terá sido abusada sexualmente, isto num lar, por um utente de idêntica idade."* (E9)	2	1
	4.6 Negligência (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15 e E18)	*"Dentro da negligência, bastante. Principalmente negligência."* (E4)	17	13
	4.6.1 Abandonar e/ou deixar a pessoa idosa sozinha por longos períodos de tempo (E7, E10 e E18)	*"(...) pessoas que passam a grande parte dos seus dias sem falar com ninguém, ou isoladas no seu canto, pessoas que vivem com as famílias, mas que no fundo acabam por passar o dia sozinhos, isso vou-me apercebendo com a conversa que tenho com os utentes."* (E18)	4	3
	4.6.2 Abandono no hospital (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E10, E13, E15 e E16)	*"Eles são aqui depositados e nunca mais ninguém aparece."* (E5)	19	11
	4.6.3 Más condições higiénico-sanitárias (E3)	*"(...) e tinha-a num quarto, deitada no chão, porque podia cair da cama e talvez fosse o melhor sítio para a senhora estar, não fosse ela cair. Negligência não era, eram umas medidas de prevenção... O que é certo é que senhora dormia no chão. Os TAE's estavam tão indignados que até tiraram fotografias ao sítio onde a senhora estava."* (E3)	1	1
	4.6.4 Sinais de higiene pessoal deficitária (E3, E4, E8, E9, E10, E11, E14 e E18)	*"Vemos idosos que recorrem sucessivamente aqui à urgência ainda com vestígios de adesivos da última vez que cá estiveram. (...) Cabelos muito sujos, com muito lixo, inclusive com insetos mortos."* (E18)	14	8

Tabela 12 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência	**4.6.5** Desnutrição e/ou desidratação (E3, E4, E7, E9, E10, E11 e E18)	*"Mas o que mais vivenciei foi a desnutrição e a desidratação. Os doentes pura e simplesmente vêm porque não comem há não sei quantos dias."* (E10)	10	7
	4.6.6 Úlceras de pressão não tratadas ou em localizações pouco habituais (E5, E7 e E11)	*"Tive um caso há uns tempos em que uma idosa tinha uma marca na região sagrada, era uma auréola gigante, que parecia que esteve lá uma bacia enfiada. Viemos a saber por pessoas conhecidas que colocavam a arrastadeira de manhã e ficava o dia todo com a arrastadeira. Fez uma úlcera enorme, com flictena…"* (E5)	5	3
	4.6.7 Negar cuidados básicos (pelo cuidador) (E3, E4, E7, E9, E10 e E18)	*"E a senhora não tinha dinheiro suficiente para sobreviver. Então, não comia, passava dias sem comer."* (E9)	8	6
	4.7 Comportamento da vítima:			
	4.7.1 Comportamento muda na presença do familiar ou prestador de cuidados (E10, E14, E16 e E17)	*"(...) connosco são capazes de falar sozinhos, mas chegando o familiar já não respondem praticamente a nada. E estas mudanças de comportamento levam-nos a pensar que poderá ser vítima de violência psicológica."* (E14)	4	4
	4.7.2 Não querer ter alta do SU (E12 e E17)	*"O não quererem terem alta. Há idosos que afirmam que estão melhor no serviço de Urgência do que voltar para casa, no sentido de estarem mais seguros e terem aquilo que precisam, tais como comida, higiene, os cuidados básicos."* (E12)	2	2
	4.7.3 Apatia / indiferença na inter-relação (E12)	*"(...) a forma como ele reage ao que queres fazer, no sentido de rendição, do género "façam-me o que quiserem fazer"."* (E12)	1	1

Tabela 12 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Tipos e formas de deteção de situações de violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
4. Tipos e formas de deteção de situações de violência	**4.8** Comportamento do familiar ou prestador de cuidados:			
	4.8.1 Evitar a interação direta com a pessoa idosa (E2, E11, E12 e E17)	*"(...) o agressor querer controlar a relação do enfermeiro com o doente, que tenta manipular a conversa, que tenta manipular as palavras do idoso. Essa pessoa, provavelmente, tem ali alguma coisa que quer esconder. São aquelas subtilezas que nós vamos vendo."* (E17)	5	4
	4.8.2 Verbalmente agressivo ou extremamente carinhoso com o idoso (E5, E12 e E18)	*"Também a abordagem dos próprios familiares aos idosos, às vezes também não são as mais carinhosas, muito pelo contrário, até os culpam um bocadinho das situações em que se encontram."* (E18)	3	3
	4.8.3 Apresenta-se nervoso ou manifesta stress (E2)	*"E o filho, que estava muito ansioso, nem queria deixar a senhora sozinha, nunca, nem para nenhum cuidado... O que achámos um bocado exagerado, extremista da parte do familiar."* (E2)	1	1
	4.8.4 Apresentar desculpas ou contar histórias incongruentes, contraditórias ou estranhas (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E14, E15 e E16)	*"Os familiares também escondem, omitem e mentem mesmo situações quando são confrontados aqui no hospital. Ou seja, têm sempre desculpa para isto ou aquilo."* (E5)	16	12

Na quinta categoria, relacionada com as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros perante uma situação de violência contra uma pessoa idosa vivenciada no serviço (Tabela 13), foram identificadas sete formas de atuação pelos entrevistados. A primeira passa pela não realização da denúncia ou a não realização de qualquer intervenção, isto quando estão perante uma situação de suspeita, ou seja, caso a vítima não mostre vontade em realizar denúncia ou a situação seja duvidosa, os participantes (N=5) disseram que não tomam a iniciativa de denunciar ou intervir. Quando questionados desta opção, os enfermeiros respondiam que seria por medo de represálias, por falta de tempo ou por não confirmação de situação de violência, relacionando diretamente com os obstáculos da denúncia de situações de violência, como poderemos ver na categoria 6 (Tabela 14).

Quanto às formas de intervenção, os enfermeiros, numa primeira fase, procuram informar e/ou confrontar a pessoa idosa, vítima de violência (N=8), na tentativa de perceber a situação em que o mesmo se encontra ou mesmo tentar ajudá-lo através de informações pertinentes para que possa tomar medidas de proteção e de resolução para a situação vivenciada. Uma outra forma de atuação, passa por informar e/ou confrontar o cuidador ou pessoa de referência da pessoa idosa face aos factos presenciados (N=10), na medida de compreender, quais as razões que levaram ao culminar da situação presenciada e se realmente se trata de uma situação de violência, de modo a poder ajudar a pessoa idosa e a encaminhar a situação para uma melhor resolução possível.

De todas as intervenções identificadas perante uma situação de suspeita de violência contra a pessoa idosa, a mais referida pelos enfermeiros passa pelo envolvimento da equipa multidisciplinar (N=15), tais como outros enfermeiros da equipa, enfermeiro coordenador ou enfermeiro chefe, médicos, encaminhamento por outro profissional para a assistente social ou para as autoridades, e ainda envolvimento dos enfermeiros, tais como os dos cuidados de saúde primários, através de cartas de alta ou de referenciação, ou também através do registo em sistema informático legível a outros profissionais.

Uma outra intervenção identificada pelos enfermeiros passa pela sinalização da situação para a assistente social pelo próprio (N=13), de modo a que a mesma possa averiguar a situação e dar o encaminhamento necessário para a sua resolução.

Uma outra intervenção autónoma que os enfermeiros identificaram foi a denúncia direta às autoridades (N=9) perante uma situação óbvia de violência contra a pessoa idosa.

Uma outra forma de atuação, relaciona-se com o uso de protocolos existentes no serviço e/ou outros apoios específicos (N=6), tais como a participação destas situações na plataforma digital NotifiQ@ ou encaminhamento para a Casa Abrigo[1] que de certa forma facilitam a intervenção dos enfermeiros perante estes contextos de suspeita de violência contra idosos. Note-se que a Casa Abrigo apenas se adequa a idosos que não apresentam compromisso significativos dos seus autocuidados, dado que a Casa Abrigo assegura abrigo a quem precisa, não estando preparada para intervir em caso de pessoas dependentes de terceiros. Como já foi referido anteriormente, os elementos que referiram haver sensibilização da equipa para estes contextos, incluem-se nos que

[1]**Casa Abrigo** – Consiste em unidades residenciais destinadas a acolhimento temporário a vítimas de violência doméstica do mesmo sexo, acompanhadas ou não de filhos/as menores ou maiores com deficiência na sua dependência. O aparecimento das casas de abrigo em Portugal remonta à década de 90 e constituem um contexto essencial na promoção da segurança, assim como de competências e recursos necessários à reorganização do novo projeto de vida das vítimas (Decreto Regulamentar n.º 2/2018, de 24 de janeiro).

dispões de protocolos ou de apoios específicos no serviço que, de certa forma, facilita a sua atuação e intervenção juntos das vítimas, uma vez que para a sua aplicação houve previamente uma sensibilização e formação para conhecer a utilização dos mesmos. Contudo, isso não conferiu um maior sentimento de segurança por parte dos profissionais, pelo contrário houve uma referência desses mesmos enfermeiros de insegurança e de dúvida, tal como podemos observar na subcategoria 3.5 (Tabela 11).

Tabela 13 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
5. Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros	**5.1** Não há denúncia/ não há intervenção (E7, E8, E9, E10 e E17)	*"Eu vou falar da minha perspetiva. Eu não tomo a iniciativa de denunciar."* (E17)	7	5
	5.2 Informar e/ou confrontar a pessoa idosa (E1, E2, E6, E7, E11, E16, E17 e E18)	*"Temos que ir além daquilo que vemos e ouvimos, devemos parar um bocadinho e tentar explorar a história junto do idoso. Pedimos ao acompanhante para sair e perguntamos ao idoso o que realmente se passou."* (E11)	10	8
	5.3 Informar e/ou confrontar o cuidador/pessoa de referência da vítima (E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E15 e E16)	*"E depois chama-se a família e tenta-se perceber o que se passou e ver o que é que se pode fazer. A nossa parte passa por identificar, verificar junto da família, apurar a história e, se preciso, sinalizar."* (E11)	17	10
	5.4 Envolvimento da equipa multidisciplinar (outros enfermeiros, chefe de equipa, médicos, cuidados de saúde primários; encaminhamento por outro profissional para assistente social, autoridades) (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12, E14, E15, E16, E17 e E18)	*"Normalmente nestes casos, partilhamos com o médico que está responsável pelo doente. (...) Havendo uma suspeita, a primeira coisa é falar com a equipa para tentar perceber se realmente essa suspeita é verídica ou não."* (E14)	34	15
	5.5 Sinalização para assistente social (pelo próprio) (E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14, E15, E17 e E18)	*"E quando eu acho que é uma situação que deve ser sinalizada, normalmente sinalizo para a assistente social que está de apoio à urgência para ela vir investigar e investigar a família."* (E18)	32	13

Tabela 13 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
5. Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros	**5.6** Uso de protocolos do serviço e/ou de outros apoios específicos (como a plataforma NotifiQ@, casa abrigo) (E2, E3, E11, E12, E17 e E18)	*Temos um protocolo no serviço, que, quando foi construído, foi para situações de vítimas de violência doméstica (...). Mas temos conseguido, em alguns casos, em que foram identificadas suspeitas de violência contra idosos e em que a situação foi avante, (...) conseguimos transferir para o idoso."* (E12)	11	6
	5.7 Denúncia às autoridades (pelo próprio) (E1, E2, E3, E5, E6, E9, E11, E13 e E17)	*"Aqui sou muito autónoma. Se eu detetar uma situação de violência, eu vou fazer a denúncia. (...) Aliás, no outro dia tive uma situação que não é exemplo. O meu chefe de equipa disse-me "não chames ninguém, não faças nada"! Eu não sou capaz de fazer isso. Porque, para além de achar abominável essa parte da violência, acho que se ninguém fizer nada, aquela pessoa nunca vai ter coragem para denunciar."* (E13)	15	9

A categoria seguinte corresponde à mais referenciada ao longo das entrevistas, que diz respeito aos obstáculos identificados pelos participantes na identificação de situações de violência contra idosos (Tabela 14). Na identificação dos obstáculos, os participantes fizeram referência a diferentes domínios, identificando assim quatro subcategorias. Nomeadamente, obstáculos de cariz pessoal, obstáculos presentes no serviço em que trabalham, obstáculos reconhecidos por parte da vítima e, também, por parte da sociedade.

No domínio dos obstáculos pessoais, os mais identificados pelos profissionais foram a não confirmação da existência de violência (N=8), relacionada com a dúvida quanto à natureza das situações presenciadas, bem como a dificuldade em obter meios de exploração da veracidade dos factos; a existência de pressão e/ou falta de tempo para explorar a situação suspeita de violência (N=8), relacionada com as caraterísticas do serviço de Urgência, onde se preconiza tratar pessoas com eventos críticos, e onde a afluência e volume de trabalho levam maioritariamente a tender para centralizar os cuidados apenas para a queixa da vinda à urgência; e também o medo de represálias para os outros (N=8), não só para a vítima mas também para o alegado agressor e outras pessoas envolvidas. Os enfermeiros referem, também, terem medo de

represálias para si (N=6), reconhecendo poder sofrer consequências pessoais, como ser perseguido ou agredido pelo alegado agressor, como ainda de ter consequência profissionais como ser inquirido e responsabilizado pelos superiores, e, sobretudo, receio de envolvimento em questões legais (N=5). Não obstante, outras situações que levam os enfermeiros a não denunciarem determinadas situações de violência contra idosos passa pela falta de conhecimento na identificação dos sinais indicadores de possíveis situações de violência (N=3) e, também, a falta de conhecimento na forma de intervenção (N=2) perante uma situação de suspeita de violência contra idosos.

Relativamente aos obstáculos relatados pelos enfermeiros como presentes no serviço em que trabalham, são principalmente a falta de sensibilização da equipa multiprofissional (N=12), tais como colegas enfermeiros, médicos, assistentes sociais, agentes de autoridade e ainda os dirigentes do próprio hospital. Além deste aspeto, também identificam a ausência de apoios da equipa quando perante uma situação de suspeita e, também, de recursos humanos, como assistentes sociais alocadas ao serviço de Urgência e a presença permanente de agentes de autoridade (N=7). Os enfermeiros referem que a ausência de protocolos no serviço também se constitui como um obstáculo na denúncia de situações de suspeita de violência contra idosos (N=3).

Para além dos obstáculos identificados, os enfermeiros nomearam possíveis limitações por parte das vítimas em identificar situações de violência ou mesmo de realizar denúncia das situações vivenciadas, que são a vergonha (N=7) em expor a situação; o medo das consequências para si ou para os seus, principalmente se forem familiares diretos como filhos ou netos; de serem julgados pelos outros (N=9); a existência de sentimentos de culpabilização pela situação que estão a vivenciar (N=2); aceitarem a situação de violência como normal (N=3); o estar dependente do agressor (N=6), estando diretamente interligada com as consequências que daí possam advir, como ficar sem albergue ou ter que deixar a própria casa; e, ainda, a vítima ser incapaz de se expressar (N=6), por apresentar doenças neurológicas e/ou psiquiátricas incapacitantes da sua expressão ou interpretação da situação de violência, tais como a demência.

Os participantes ainda revelaram possíveis obstáculos existentes na sociedade para a identificação e denúncia deste tipo de situações, começando pela falta de sensibilização e/ou informação (N=9), a passividade das pessoas relativamente à denúncia (N=7), as falhas de atuação e intervenção por parte das entidades governamentais (N=6), também a existência de medo de represálias (N=5) e, ainda, a existência de mitos e/ou crenças que levam a descrer na possibilidade de existência de violência contra pessoas idosas (N=4), tal como sugere a expressão “ele foi mau a vida toda, merece o que lhe estão a fazer”.

Tabela 14 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Obstáculos na identificação da violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
6. Obstáculos na identificação da violência	**6.1** Pessoais			
	6.1.1 Falta de conhecimento na identificação dos sinais indicadores (E1, E11 e E12)	*"E depois existe, também, muita falta de conhecimento sobre o próprio fenómeno em si."* (E12)	4	3
	6.1.2 Falta de conhecimento na intervenção (E5 e E12)	*"Mas nós não sabemos nada porque não sabemos como atuar."* (E5)	4	2
	6.1.3 Receio de envolvimento em questões legais (E8, E9, E10, E11 e E17)	*"Profissionais, essencialmente, são as difamações e eventualmente problemas com a justiça que depois possam daí advir. Essencialmente são esses."* (E9)	7	5
	6.1.4 Não confirmação da existência de violência (E2, E3, E4, E8, E10, E15, E16 e E18)	*"Não é uma situação fácil. Tenta-se apurar a verdade, mas as limitações passam por não se ter a certeza se a pessoa é vítima ou não de violência."* (E16)	13	8
	6.1.5 Pressão e/ou falta de tempo (E2, E5, E7, E12, E13, E16, E17 e E18)	*"E a exigência do serviço de Urgência deixa-nos um bocadinho impotentes, porque estamos ali 5 minutos com aquele doente, outros 5 minutos com outro doente, e não dá para ter muita perceção das coisas."* (E7)	13	8
	6.1.6 Medo de represálias para si (E5, E12, E13, E14, E15 e E17)	*"É a nossa prática diária, apesar de sabermos isso, muitos de nós não está para isso, não denuncia. (...) Medo de me meter em problemas, de ser chamado à responsabilização."* (E15)	14	6
	6.1.7 Medo de represálias para os outros [vítima e/ou alegado agressor] (E2, E4, E10, E12, E13, E15, E17 e E18)	*"A denúncia parte efetivamente pelo medo de muitas das vezes ter a certeza de aquilo que eu estou a suspeitar é real. E que não estou a colocar ninguém em xeque. (...) Eu tenho medo das consequências e dos problemas que posso causar aos outros. Não para mim."* (E2)	8	8
	6.2 No serviço			
	6.2.1 Ausência de protocolos (E5, E9 e E13)	*"Não haver um protocolo de atuação, que é uma segurança, que nos protege, é uma falha."* (E9)	4	3

Tabela 14 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Obstáculos na identificação da violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
6. Obstáculos na identificação da violência	**6.2.2** Ausência de apoio da equipa e/ou de recursos (E1, E5, E6, E7, E10, E12 e E13)	*"Sinto é que, às vezes, somos ignorados! (...), quando abordei a médica questionei-lhe se tinha abordado a família e qual a reação da família... E fiquei com a perceção que havia receio da médica em se expor nesta situação, que acabou por ser desvalorizada. No caso em que me dirigi diretamente ao Serviço Social, eles ficam a olhar para nós…. Desvalorizam a nossa intervenção e abordagem ao serviço."* (E5)	14	7
	6.2.3 Falta de sensibilização da equipa multiprofissional [outros enfermeiros, médicos, assistentes sociais, agentes de autoridade] (E1, E2, E3, E5, E7, E10, E11, E12, E13, E15, E17 e E18)	*"Ainda não estamos completamente despertos para este assunto."* (E1) *"Eu vejo por aqui no hospital, não se denunciam muitas situações. Fecha-se um bocadinho os olhos e os idosos ficam por aí."* (E5) *"As pessoas não se querem chatear muito."* (E10)	27	12
	6.3 Por parte da vítima			
	6.3.1 Vergonha (E1, E3, E4, E11, E13, E17 e E18)	*"Quando [a violência] é praticada por descendentes diretos ou até indiretos, é envergonhada no sentido em que o meu filho nunca me iria fazer isto, ou nunca teria coragem de fazer e, no entanto, faz."* (E13)	10	7
	6.3.2 Medo [das consequências ou de serem julgados] (E1, E2, E3, E5, E9, E10, E11, E13 e E14)	*"Essencialmente por medo. Se for família, por respeito. Por medo de serem mais abandonados. É isso que eu acho que acontece. O medo de ficarem excluídos de algo, da família. Não sei, de alguma situação."* (E9)	12	9
	6.3.3 Sentimento de culpa (E1 e E17)	*"(...) ou por aquilo vai levar a que o próprio filho seja prejudicado, isso vai levar a um dilema interno no idoso. "Se eu vou agora vou fazer denúncia do meu filho, isso agora não pode ser... Se calhar ele até teve razão, não me comportei da melhor forma"."* (E17)	2	2
	6.3.4 Normalização da violência (E3, E11 e E13)	*"E o Estado não tem forma de garantir a defesa da pessoa que denuncia. Então, se calhar, mais vale estar calado e aceitar as coisas como elas são."* (E11)	4	3

Tabela 14 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Obstáculos na identificação da violência".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
6. Obstáculos na identificação da violência	**6.3.5** Dependência do agressor (E3, E5, E10, E11, E13 e E14)	*"Porque eles dependem da família! E seja como for, eles sabem que quando saírem daqui eles têm que ir para algum lado."* (E10)	6	6
	6.3.6 Incapacidade em se expressar E3, E5, E11, E13, E15 e E18)	*"Alguns deles pela condição física e mental, alguns deles têm demências..."* (E3)	6	6
	6.4 Por parte da sociedade			
	6.4.1 Falta de sensibilização e/ou informação (E4, E6, E8, E9, E11, E12, E14, E15 e E18)	*"A sociedade ainda não tem uma participação ativa neste tipo de problema. É um problema de saúde pública já identificado por grandes instituições, como a OMS, a DGS, o Programa Nacional da Saúde do idoso que também já refere a violência contra idosos. Mas ainda há todo um trabalho de sensibilização que tem de ser feito."* (E12)	15	9
	6.4.2 Falhas na atuação e intervenção das entidades governamentais (E1, E4, E10, E11, E12 e E15)	*"Vejo que é um problema em que se tem de atuar e no qual deve haver um investimento das várias entidades da sociedade e o quanto antes."* (E12)	12	6
	6.4.3 Mitos ou crenças erróneas (E6, E8, E10 e E17)	*"Há aqueles comentários de "ele foi mau a vida toda, merece o que lhe estão a fazer". Mas eu acho que é mais a sociedade a desculpabilizar aquela pessoa."* (E10)	4	4
	6.4.4 Passividade relativamente à denúncia (E2, E4, E7, E10, E13, E15 e E16)	*"Mas as pessoas não se querem meter muito na vida dos outros. Cada um está na sua vidinha."* (E7)	7	7
	6.4.5 Medo de represálias (E2, E7, E8, E12 e E15)	*"A mim, o que me parece, é que as pessoas têm medo de denunciar. Porque não sabem os problemas, ou porque acham que vão ter problemas por denunciar."* (E2)	6	5

De maneira a conseguir melhorar a atuação neste tipo de situações, os enfermeiros identificaram algumas estratégias de melhoria (Tabela 15). À semelhança dos obstáculos identificados, os enfermeiros também definiram estratégias de melhoria para

diferentes domínios, que foram categorizados como pessoais, no serviço, interinstitucional, noutros meios da Saúde e na sociedade.

Relativamente às estratégias pessoais, alguns enfermeiros (N=4) referiram estar motivados em integrar ou colaborar com a equipa de atuação específica, sendo que alguns deles já integravam essa mesma equipa. Em complemento, dois desses enfermeiros (N=2) reconheceram que, para além de quererem integrar uma equipa de atuação, seria importante que previamente existisse um investimento na autoformação acerca desta temática, reconhecendo a sua importância na medida em que precisam de meios para intervir de forma consciente e fundamentada junto dos pares. Ainda no domínio pessoal, houve um participante (N=1) que reconheceu a necessidade de ter tempo para intervir neste tipo de situações, indo de encontro a uma das limitações identificadas por alguns dos participantes.

No que diz respeito às estratégias que poderiam ser implementadas no serviço, a mais referida foi a formação da equipa (N=15), em geral, desde enfermeiros, chefias, médicos, assistentes sociais, agentes de autoridade, assistentes operacionais, ou seja, todos os profissionais que possam estar envolvidos na identificação e intervenção em situações de suspeita de violência contra idosos. Não foi só identificada a necessidade de formação, mas também de sensibilização (N=7), como sendo tão importante como a formação, pois os profissionais para saberem como atuar também precisam de estar despertos para a existência deste flagelo. Outra estratégia identificada passa pela existência de elementos de apoio, tais como assistentes sociais ou agentes de autoridade de forma permanente no serviço de Urgência, bem como a existência de uma equipa de atuação específica, ode se pudesse encaminha este tipo de situações (N=10). Para além disto, a criação de um protocolo de atuação também foi uma estratégia referida pelos participantes (N=5) de modo a facilitar a sua atuação perante situações de suspeita de violência contra idosos.

De forma a facilitar a interligação da informação detetada pelos enfermeiros nos serviços de Urgência, os participantes identificaram como mais-valia a existência de articulação com os cuidados de saúde primários (N=8), uma vez que, tendo em conta o seu domínio, estes têm mais facilidade em explorar possíveis situações de violência contra idosos e atuar junto das famílias. Uma outra forma de interligação sugerida por alguns participantes passa pela existência de uma estrutura de apoio no esclarecimento dos profissionais, neste caso acerca de situações de suspeita de violência contra idosos (N=4). Explicitamente, os enfermeiros falam na existência de um gabinete jurídico, com um número direto para ode possam ligar e esclarecer as dúvidas inerentes à atuação correta perante uma suspeita de violência contra idosos, quer esta se encontre a nível

hospitalar ou mesmo de outra entidade reguladora para a atividade em Saúde, tal como o Ministério da Saúde. Uma outra sugestão passa pela existência de uma plataforma digital com um espaço aberto onde possam ser colocadas questões ou existir mesmo um espaço com habituais questionamentos e suas respostas acerca desta temática (N=4), as chamadas *FAQ's* (um acrónimo da expressão inglesa *Frequently Asked Questions*, literalmente traduzida como "Perguntas frequentes").

Para além de intervenções diretamente relacionadas com o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos seus serviços, estes sugeriram outras estratégias que estão ligadas indiretamente com a sua atuação e que abrange outros meios da Saúde, tais como a formação adequada nos cursos de Licenciatura em Enfermagem (N=1), a sensibilização e formação de outros profissionais da saúde e/ou cuidadores de pessoais idosas (N=3) – tais como os cuidados de saúde primários, instituições para idosos e cuidadores informais -, e, ainda, a existência de grupos de apoio e intervenção devidamente informados e competentes para uma atuação eficaz juntos das pessoas idosas vítimas de violência, inseridos nos serviços de Saúde Comunitária (N=8).

Não só os profissionais da área da saúde deverão estar envolvidos na prevenção e atuação nas situações de violência contra idosos, sendo que os participantes nomeiam algumas estratégias que também poderiam ser implementadas na sociedade. Primeiramente, a sensibilização da população (N=9), quer por meio dos cuidados de saúde primários, dos meios de comunicação, dos agentes de autoridade, e, especificamente, informação e formação dos próprios idosos (N=2). Contudo, os participantes consideraram que a efetividade das intervenções só terá sucesso se também houver mais estruturas de apoio e acolhimentos das vítimas (N=4) e se houver melhor e eficaz atuação jurídica (N=1).

Tabela 15 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Estratégias de melhoria".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
7. Estratégias de melhoria	**7.1** Pessoais			
	7.1.1 Ter tempo para intervir (E18)	*"Mas sobretudo o tempo no serviço de Urgência para despender com cada utente, para conseguirmos conversar um bocadinho."* (E18)	2	1
	7.1.2 Investir na autoformação (E5 e E12)	*"(...) é uma área do meu interesse, de investimento académico e desenvolvi recentemente um trabalho relacionado com este tema."* (E12)	2	2

Tabela 15 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Estratégias de melhoria".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
7. Estratégias de melhoria	**7.1.3** Estar motivado em integrar ou colaborar com a equipa de atuação específica (dar formação, participar em ações de sensibilização) (E3, E5, E12 e E14)	*"Existe o núcleo, o NAPV, desde 2006. É um grupo distrital. Agora com um envolvimento maior com os hospitais. O que nós fazemos (no núcleo) é dar 4 horas de formação à equipa, onde abordamos o que é a violência em geral, a violência doméstica, a legislação, falamos também da equipa, das funções e depois falamos da forma de atuação no hospital e na rede."* (E3)	5	5
	7.2 No serviço			
	7.2.1 Sensibilização da equipa (E3, E6, E8, E12, E13, E15 e E17)	*"E, efetivamente, não há uma sensibilização dos profissionais. Não é só ter uma ação de formação, é preciso também uma ação de sensibilização dos profissionais. Ou seja, saber que aquele problema existe, que é um flagelo em Portugal, que os números oficiais não refletem a realidade. Porque a situação acontece e é abafada. Tem que se quebrar este ciclo."* (E17)	11	7
	7.2.2 Formação da equipa (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14, E15 e E17)	*"E partindo, desde já, para a formação. Nós recebemos muito pouca formação, e muito menos contextos com idosos. Raramente temos formações com assuntos de idosos."* (E7)	19	15
	7.2.3 Existência de elementos de apoio ou de uma equipa de atuação específica (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E10, E14, E15 e E16)	*"Podíamos ter um núcleo de atuação. Aliás, já há um núcleo a formar-se para dar resposta à violência doméstica, onde se poderia inserir a violência contra os idosos."* (E1)	14	10
	7.2.4 Criação de um protocolo de atuação (E3, E5, E9, E12 e E13)	*"E a nível institucional, haver protocolos de encaminhamento. Tal como temos para os casos de violações, termos para situações de violência no idoso. Efetivamente também não temos para a violência doméstica. Isso são pontos que poderão ajudar a melhorar a nossa atuação."* (E9)	7	5

Tabela 15 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Estratégias de melhoria".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
7. Estratégias de melhoria	**7.3** Interinstitucional			
	7.3.1 Articulação com os cuidados de saúde primários (E1, E2, E4, E8, E11, E12, E16 e E18)	*"Se nós conseguíssemos, nos serviços de Urgência, articularmo-nos com os cuidados de saúde primários, para haver visitas, para haver uma contextualização da situação familiar (...) acho que a articulação com os cuidados de saúde primários era o ideal." (E18)*	9	8
	7.3.2 Estrutura de apoio no esclarecimento dos profissionais (Gabinete jurídico, FAQS) (E6, E9, E15 e E17)	*Por exemplo, uma situação que eu acho que poderia haver era o Ministério da Saúde, ou a Ordem dos Enfermeiros, lançar uma espécie de FAQS. (...) E não falo só dos enfermeiros, qualquer profissional de saúde fica sempre ali na dúvida de até que ponto é que pode ir, até que ponto é benéfico. Haver um gabinete de apoio em que, quando tivéssemos uma dúvida, nos explicasse como atuar. (...) Era necessário nós entrarmos em contacto e perguntar "tenho esta situação assim, o que é que eu posso fazer?". E, das duas uma, ou nos davam indicações do que é que se podia fazer, ou então eles próprios, a partir dali, assumiam a responsabilidade da situação."* (E17)	5	4
	7.4 Outros meios da Saúde			
	7.4.1 Formação adequada nos cursos de Licenciatura em Enfermagem (E17)	*"A formação tem que começar logo no primeiro ciclo de estudos de enfermagem, ou seja, na licenciatura. Formação em quê? Formação ética e legal, aprofundada neste tipo de situações."* (E17)	1	1
	7.4.2 Sensibilização e formação de outros profissionais da saúde e/ou cuidadores diretos (cuidados de saúde primários, das Instituições de idosos, cuidadores informais) (E12, E15 e E16)	*"Uma parte que podemos combater, é a parte do desconhecimento. Se houver mais formações no âmbito do cuidar, quer para os cuidadores diretos, quer para as instituições, seria mais fácil para que as pessoas estejam informadas e sensibilizadas para este tipo de situações. (...) Nos lares, os diretores permitirem que haja mais formações aos cuidadores nesse âmbito, quer 2teórica e quer prática."* (E16)	4	3

Tabela 15 (continuação) - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos* para a categoria "Estratégias de melhoria".

Categoria	Subcategoria	Referência Exemplificativa	Referências	Fontes
7. Estratégias de melhoria	**7.4.3** Grupos de apoio e de intervenção nos serviços de Saúde Comunitária (E2, E3, E4, E6, E10, E11, E16 e E18)	*Haver, também, uma participação dos Cuidados de Saúde Primários nestas situações. Eles atuam muito mais na comunidade do que nós. Nós recebemos doentes de fora, enquanto eles têm a possibilidade de ir conhecer o meio em que o doente se insere e conhecem a realidade deles, podendo participar e atuar de uma forma mais específica com aquela família e/ou situação. Nós apenas conhecemos o que vemos aqui."* (E6)	12	8
	7.5 Na sociedade			
	7.5.1 Informação e formação dos idosos (E17)	*"Haver uma formação massificada aos idosos... Houve aqui há tempos uma campanha sobre isso, sobre denunciar os familiares abusadores."* (E17)	2	1
	7.5.2 Sensibilização da população [por meio dos cuidados de saúde primários, dos mídia] (E5, E6, E9, E11, E12, E14, E15 e E17)	*"Mas a primeira linha de intervenção seria mesmo a sensibilização, mesmo da população."* (E12)	10	9
	7.5.3 Mais estruturas de apoio e acolhimento das vítimas (E1, E11, E12 e E15)	*"Eu acho que tem que haver uma retaguarda, uma proteção. Porque até denunciamos, e depois o que é que acontece? Os casos são arquivados, as pessoas voltam para o mesmo sítio, para o local das agressões. Agora é crime público, as pessoas podem denunciar, mas depois faltam estruturas, sítios onde as pessoas possam ficar, falta muita coisa."* (E11)	6	4
	7.5.4 Melhor e eficaz atuação jurídica (E15)	*"Informar as pessoas, se não cuidarem, se não tratarem as pessoas, daquilo que poderá acontecer. Penalizações. Digo isto a nível nacional. Penalizações, pequenas multas, penas de prisão, sei lá, seja o que for, uma penalização para as pessoas que não tratam os idosos, que não cuidam dos seus idosos, dos seus familiares. Começar por aí, por divulgar."* (E15)	1	1

Com a ajuda do software WebQDA®, conseguiu-se obter uma tabela com as 50 palavras mais frequentes (Apêndice III) decorrentes das entrevistas realizadas, tornando-se pertinente compreender a perceção dos participantes tendo em consideração o discurso apresentado. Por curiosidade, as três palavras mais evidentes nas entrevistas são, em primeiro o “não”, segundo a “violência” e em terceiro o “mais”.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo irá proceder-se à discussão dos resultados obtidos no decorrer do estudo, mais concretamente, da intervenção do enfermeiro no serviço de Urgência com a pessoa idosa vítima de violência. Ao considerar o problema que esteve na origem, ou evidenciou a necessidade de desenvolver este estudo, a questão de investigação e os objetivos delineados, é agora tempo de proceder a uma interpretação e apreciação dos resultados alcançados.

De modo a possibilitar uma melhor compreensão do fenómeno, ao longo do capítulo, confrontam-se estes resultados com os de outros estudos consultados relativos a temáticas que emergiram das narrativas dos enfermeiros participantes. No entanto, é de referir a limitação identificada de artigos científicos publicados, com uma abordagem explícita à intervenção do enfermeiro, no serviço de Urgência, com a pessoa idosa vítima de violência, realizados em Portugal. Em acréscimo, pode afirmar-se que, sendo a problemática da violência contra idosos um tema com uma investigação restrita, no que se prende com a intervenção do profissional de saúde em contexto de urgência, ainda se torna mais escassa a investigação e/ou divulgação. Assim, a análise crítica e comparativa realizada surge a partir dos resultados de investigação referente a contextos temporais alargados e de publicações de entidades de referência para a temática, como já pudemos explorar no enquadramento conceptual desta dissertação.

No que se reporta aos participantes, a amostra torna-se pertinente na medida em que não se centrou num único hospital, num único serviço de Urgência, mas sim em participantes com vínculos e experiências profissionais de vários serviços de Urgência de diferentes hospitais da região centro. Ou seja, diferentes contextos e diferentes populações, tendo em conta a caracterização da zona centro, onde temos uma população urbana e rural. Esta abrangência tornou possível reter dados amplos e variados aos vários contextos e, que de certa forma foram, em muito, convergentes e semelhantes na perceção dos enfermeiros perante situações de violência contra idosos. Para além disto, era certo que o contributo de enfermeiros com experiência em serviço de Urgência fosse indispensável dado que se encontram numa posição privilegiada para o diagnóstico e orientação deste tipo de casos, já que podem ser os únicos, para além do abusador, a contactar com a vítima (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015; Rosen et al., 2017).

A pertinência de inquirir enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas baseou-se na possibilidade de haver diferenças da qualidade e da quantidade dos dados obtidos, o que também não se verificou e também não era foco da nossa atenção. Ou seja, houve enfermeiros de cuidados gerais com informações tão ou mais pertinentes que os enfermeiros com título de especialista, sendo que estes no desempenho das suas funções também mostraram dúvidas e inseguranças na prestação de cuidados perante uma suspeita de violência contra idosos. Da mesma forma que os enfermeiros com formação na área não deixaram de ter dúvidas ou constrangimentos perante uma situação de violência contra idosos. A forma como todos os enfermeiros percecionam este tipo de situações são semelhantes quanto às dúvidas e inseguranças, pois consideram que não é só do domínio individual, mas sim, coletivo e multifatorial.

Na tentativa de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do conceito de violência contra os idosos, estes mencionaram que não se trata só de violência física, aludindo à existência de outros domínios tão ou mais impressionantes e que requerem igual atenção e sensibilização. Assim, para além da violência física, os enfermeiros reconhecem as outras modalidades definidas pela OMS (2002b) em que a violência contra idosos pode ocorrer, tais como a psicológica, financeira, sexual e negligência. Contudo, houve enfermeiros a destacar o abandono dos idosos da negligência, à semelhança do que a APAV (2010) enuncia, e, por isso e para uma melhor apreciação dos dados obtidos, respeitou-se essa separação. Contudo, apesar de não ser consensual, o abandono da pessoa idosa pode ser integrado neste tipo de violência (Tortosa, 2004; Burnett, Achenbaum, & Murphy, 2014; Santos & Vieira, 2014), tendo sido esta a abordagem adotada na apresentação dos tipos de violência.

Além disto, os enfermeiros na descrição do conceito de violência contra idosos, foram ao encontro da definição da OMS, na medida em que "... ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expetativa de confiança, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa" (World Health Organization, 2002b, p. 2). Esta definição de abuso compreende a noção de confiança, em que, para os enfermeiros, pode ser praticada por familiar próximo ou mesmo em instituições de acolhimento para idosos, tal como sugere Hoover e Polson (2014). Isto é, os atos são perpetrados por alguém em quem o idoso deposita confiança ou que depende para a sua sobrevivência, o que, por si só, é suscetível de constituir fator favorecedor da ocultação prolongada da situação abusiva por parte da vítima, com o intuito de proteger o abusador. Há estudos que referem que na maioria dos casos, os abusadores são familiares da vítima (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014; Vognar & Gibbs, 2014; Gil et al., 2015). Particularmente, um estudo

realizado por Ferreira, Santos e Vieira (2015), revelou que os profissionais de saúde de cuidados primários de unidades da região de Coimbra que integraram a amostra, também indicaram acreditar que o abuso de idosos acontecia com maior frequência em contexto familiar. Apesar de não ter constituído uma questão direta aos enfermeiros entrevistados no nosso estudo, ao longo das suas declarações, estes também identificaram os familiares como os possíveis agressores, tendo-se constituído como uma das 50 palavras mais frequentes nas entrevistas (Apêndice III), não deixando de fazer referência à prática de violência em instituições para idosos.

Quanto à visibilidade que os enfermeiros têm sobre esta temática atualmente e na sociedade portuguesa, consideraram ser um tema problemático, na medida em que é "polémico" (E2), que se encontra em "crescente desenvolvimento" (E2), uma vez que "há cada vez mais violência" (E8), e que é uma "problemática com difícil resolução" (E1). A APAV (2019) esclarece que o próprio processo de envelhecimento pode aumentar a vulnerabilidade física, psíquica e social à vitimação, tornando a população idosa particularmente vulnerável. Neste sentido, a violência é, geralmente, perpetrada pelo mais forte contra o mais fraco, sendo que as pessoas idosas representam, habitualmente, o posto de elo mais fraco. Por outro lado, o fenómeno do envelhecimento populacional faz com que este tipo de violência seja cada vez mais frequente (Lopes & Gamito, 2016).

O que se sabe sobre a prevalência de violência contra idosos relativamente à realidade nacional, o estudo Envelhecimento e Violência de Gil, Santos, Kislaya e Nicolau (2014) estimou que 12,3% da população portuguesa acima de 60 anos foi vítima de, pelo menos, um ato de abuso nos 12 meses anteriores à sua realização. Contudo, Eslami et al. (2016) numa revisão sistemática da literatura internacional, afirmam que o abuso de idosos pode atingir mais de metade da população idosa, com uma prevalência de 2,1 a 61,1%, sendo este o valor mais alto sugerido até à data.

Apesar de ser considerado um tema abordado socialmente e em desenvolvimento progressivo, os enfermeiros consideraram ser ainda um assunto menosprezado, no sentido em que é um assunto "camuflado" (E11), "que não é falado" (E4), onde "ainda há uma desvalorização da situação" (E6), que "não é uma vertente muito estudada, não olham muito para ela" (E9) e, como tal, "não há investimento" (E5). Estas descrições suportam a tese defendida por alguns autores de que os casos reportados constituem meramente a "ponta do icebergue" e que mais de 80% dos casos de abuso de idosos nunca são denunciados ou reportados a nenhuma entidade apesar de se tratar de uma situação transversal a todas as classes socioeconómicas a nível mundial (Daly & Coffey, 2010; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015; Rosen et al., 2017). No nosso estudo, dois dos

enfermeiros entrevistados, referiram que, nos seus contextos de trabalho, ainda não haviam vivenciado situações de violência contra idosos, excluindo situações de suspeita, podendo estar na génese desta afirmação o tempo de serviço. A APAV (2019) também reconhece que, em Portugal, a violência contra pessoas idosas já possui reconhecimento social, na medida em que representa uma violação dos direitos humanos. Contudo, continua uma realidade ainda pouco conhecida e que carece de maior visibilidade (APAV, 2019).

A maioria dos participantes reconheceu esta situação como um crime público onde se tem o dever de denunciar, indo ao encontro dos resultados do estudo realizado por Ferreira, Santos e Vieira (2015) em que, no que diz respeito à perspetiva dos profissionais de saúde sobre a obrigatoriedade de denunciar um caso suspeito de abuso de idosos, 63% da amostra considerou que é obrigatório denunciar às autoridades qualquer suspeita de comportamentos abusivos contra pessoas idosas.

Em complemento, os enfermeiros entrevistados reconhecem que esta problemática pode ser justificada pela falta de tempo, característica da sociedade atual e da azáfama do dia-a-dia, e/ou a falta de condições socioeconómicas para cuidar do idoso, sugerindo a identificação de perfis e fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa. Segundo a OMS, o grau de ocorrência de atos abusivos contra pessoas idosas pode ser ponderado através da análise de fatores individuais, referentes à potencial vítima e abusador, e fatores associados ao relacionamento entre eles, ao enquadramento comunitário e ao contexto social (Direção-Geral da Saúde, 2016). A maioria dos autores acredita que pessoas idosas do sexo feminino, com maior idade (superior a 74 anos), baixo nível de escolaridade, dependência física e/ou intelectual, demência, depressão ou comportamento agressivo e desafiante se encontram em risco acrescido de sofrerem abuso (Hoover & Polson, 2014; Martins, Neto, Andrade, & Albuquerque, 2014; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015; Gil et al., 2015; Direção-Geral da Saúde, 2016). Concretamente, sobre a ideia referida pelos enfermeiros pela falta de tempo dos cuidadores (ou potenciais agressores), há autores que identificam o *stress/burnout* do cuidador como fatores associados a maior probabilidade de cometer abuso (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2016). No que diz respeito ao enquadramento comunitário e contexto social, acredita-se que o isolamento social da possível vítima e a carência de suporte social estão associados a maior probabilidade de sofrer abuso (Gil et al., 2015; Direção-Geral da Saúde, 2016).

Quanto à perceção dos enfermeiros sobre situações de violência contra idosos nos seus contextos de trabalho, a grande maioria dos participantes do nosso estudo reconheceu

que a sua ocorrência tem maior frequência em períodos festivos, tais como o Natal, Ano-Novo e férias de verão. Contudo, na literatura, não há uma referência clara a este fenómeno. Em concordância, a APAV (2010) afirma que as situações particulares de abandono de idosos, segundo indica a experiência das organizações não governamentais e de algumas unidades de saúde, acontecerão sobretudo nas proximidades e nos finais de grandes festas/férias como o Natal ou o Ano Novo. E, ainda, aludem à inexistência de estudos que demonstrem estas afirmações com segurança (APAV, 2010).

Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros quando perante uma situação de suspeita de violência contra idosos, são sobretudo de indignação e revolta – "(...) é um sentimento de revolta, de que as coisas, com um bocadinho de mais vontade, poderiam de ser feitas de outra maneira" (E15) –, seguido de dúvida e insegurança – "(...) a perplexidade de como é que vou atuar perante esta situação. Será que existe mesmo?" (E2) – e, ainda, de impotência – "sinto-me mesmo impotente porque sei que vai continuar a existir violência…" (E5). Frazão, Silva, Norton e Magalhães (2014) consideram que, apesar de os profissionais de saúde estarem numa posição privilegiada tanto para controlar e intervir nos fatores de risco, como para identificar precocemente sinais e/ou sintomas de abuso, esta é uma temática que, além de preocupação, suscita também dúvidas e insegurança entre os profissionais de saúde, resultando na falta de denúncia destes casos. A DGS reconhece que raramente é referida uma sensação de impotência e incapacidade de fazer a diferença nestes contextos (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Para além disto, houve enfermeiros a identificar sentimentos de segurança e confiança quando perante situações de violência contra idosos: "(...) sinto-me confiante. Não tenho medo. Se tiver que ir depor vou" (E1); "eu não tenho problemas quanto à denúncia destas situações" (E13). Segundo Daly e Coffey (2010) um dos pilares que fornece aptidão e confiança aos profissionais de saúde para detetar e reconhecer sinais e sintomas de abuso de idosos é a formação que recebem sobre o tema. Neste caso, 2 dos 4 participantes que mencionaram segurança na atuação em contextos de violência contra idosos referiram ter tido formação.

Os enfermeiros por nós entrevistados identificaram ainda que, a temática da violência contra pessoas idosas pode gerar falsas identificações, ou seja, há caracterizações que suscitam dúvidas. A DGS (2016) esclarece que a deteção de fatores de risco e de sinais e sintomas associados a abuso, quando identificados isoladamente, não permite estabelecer, de forma imediata e clara, um diagnóstico de abuso de idosos. Concretamente, a realização do diagnóstico de uma situação de violência assume-se

como complexa na medida em que os profissionais têm que se capazes de fazer a diferenciação entre os processos fisiopatológicos ou fisiológicos do envelhecimento normal e as lesões físicas decorrentes do contexto de abuso (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014; Hoover & Polson, 2014; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015).

Assim, é também importante conhecer os diversos sinais e sintomas possivelmente associados aos vários tipos de abuso de idosos. Nas descrições feitas pelos enfermeiros entrevistados, estes identificaram abusos de natureza física, psicológica, financeira, sexual e a negligência, tal como sugere a OMS (2002b).

À semelhança do que descreveram Novo, Prada, Fernandes e Cerqueira (2016), os enfermeiros que participaram no nosso estudo consideraram suspeitar estar perante uma situação de violência contra a pessoa idosa quando as vítimas apresentam determinados sinais e sintomas, alusivos aos vários tipos de violência. Concretamente, consideraram: estar perante violência física quando existem marcas ou lesões cutâneas inexplicadas (tais como hematomas ou feridas), lesões músculo-esqueléticas (como fraturas, luxações ou entorses), a existência de repetidos atendimentos na urgência, o uso impróprio de medicamentos, a existência de lesões incompatíveis com o relato e, ainda, referir agressão física (como esbofetear, apertar, empurrar, beliscar); estar perante violência psicológica quando há relatos de ter sido abusada verbal ou emocionalmente, ou manifestam sentimentos de desamparo ou falta de atenção e o estar deprimido(a); estar perante violência financeira quando há acesso indevido por parte do abusador à pensão de reforma ou outros apoios sociais; estar perante violência sexual quando há presença de hemorragias e/ou lesões nas áreas genitais e/ou anal, ou quando a vítima relata ter sido vítima de abuso sexual; e, ainda, estar perante negligência, quando há situações como abandono do idoso por longos períodos de tempo, abandono no hospital, a existência de más condições higiénico-sanitárias, a existência de sinais de higiene pessoal deficitária, a desnutrição e/ou desidratação, a presença de úlceras de pressão não tratadas ou em locais pouco habituais e, ainda, o negar cuidados básicos por parte do cuidador.

Os participantes ainda fizeram referência a comportamentos adotados pelas vítimas e pelos cuidadores, que podem induzir à existência de uma conduta de violência. Por parte da vítima, são eles a “mudança de comportamento” (E14) na presença de um familiar e/ou prestador de cuidados, o “não querer ter alta do SU” (E12), e a apatia e/ou indiferença da vítima na inter-relação com o profissional de saúde, no “sentido de rendição, do género “façam-me o que quiserem fazer”” (E12). Por parte do familiar ou prestador de cuidados, o evitar a interação direta com a pessoa idosa, na medida em que “tenta manipular a conversa, tenta manipular as palavras do idoso” (E17), o ser

verbalmente agressivo ou extremamente carinhoso, apresentar-se nervoso ou manifestar stress e o apresentar desculpas ou contar histórias incongruentes, contraditórias ou estranhas face à situação da vítima, ou seja, arranjam "sempre desculpa para isto ou para aquilo" (E5). A APAV (2010) reconhece a presença destes comportamentos como um indicador, e isso não significa ser um definidor, ou seja, a sua presença não confirma necessariamente a existência da vitimação. Pelo contrário, deve colocar-nos de sobreaviso e obriga-nos a indagar sobre a situação para podermos, com maior informação, ter a certeza de que estamos diante de um novo caso de crime e de violência contra pessoas idosas (APAV, 2010).

Apesar de haver uma significativa referência dos enfermeiros do nosso estudo à existência de negligência com os idosos, no projeto "Envelhecimento e violência", em Portugal, a negligência e o abuso sexual foram identificados como os tipos menos frequentes de abuso, enquanto que o abuso financeiro e psicológico como os tipos mais frequentes (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014). Contudo, num estudo realizado sobre a violência contra os idosos na região centro de Portugal, aponta-se o abuso psicológico e a negligência como as formas mais detetadas de abuso (Martins, Neto, Andrade, & Albuquerque, 2014). Já outros autores estudaram a perceção que os profissionais de saúde, dos cuidados de saúde primários da zona de Coimbra, tinham sobre a prevalência de abuso de idosos em Portugal, sendo que a negligência e o abuso psicológico foram escolhidos por 32,3% e 22,1% dos profissionais, respetivamente, como os tipos de abuso mais prevalentes (Ferreira, Santos, & Vieira, 2015). Este estudo de Ferreira, Santos e Vieira (2015) vai, de certa forma, ao encontro do que os enfermeiros entrevistados descreveram como os tipos e formas de violência que percecionam nos seus contextos de trabalho, sendo que a negligência foi o tipo de violência com mais referências, seguindo-se da violência física e depois violência psicológica.

A respeito da violência financeira, houve referências por parte dos participantes, contudo, é difícil para os profissionais de saúde identificar o abuso financeiro, aquando de uma ida ao serviço de Urgência, mas não deixa de ser importante perceção da sua possível ocorrência, uma vez que, apesar de poder não ter consequências imediatas, pode culminar em negligência (Hullick et al., 2017). E as pessoas idosas acumulam recursos ao longo da vida, o que as torna particularmente vulneráveis a este tipo de abuso (Eslami et al., 2016).

Relativamente ao abuso sexual, este pode ser ocultado pelo facto de o sexo na população idosa ainda ser visto como um tabu na nossa sociedade (Frazão, Silva, Norton, & Magalhães, 2014).

A descrição pormenorizada de certos episódios vivenciados pelos participantes quando perante situações de suspeita de violência contra idosos foi impressionante e aterradora. Reconhecendo, assim, a importância da sua participação e intervenção nestes contextos. No entanto, compreende-se o misto de sentimentos que os enfermeiros identificaram quando perante uma situação de violência contra idosos.

De modo a intervir, a maior parte dos participantes referiu envolver a equipa multiprofissional, desde outros enfermeiros, a chefes de equipa e/ou médico responsável, de maneira a haver uma partilha de ideias e suspeitas, bem como para respeitar a hierarquia do serviço, reportando, assim, a informação a alguém que detenha de mais competências para intervir. No entanto, os participantes referiram ter autonomia para sinalizar determinadas situações de suspeita de violência contra idosos diretamente ao assistente social. Um estudo de Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuch e Jogerst (2012) afirma que os assistentes sociais, apesar de possuírem mais experiência para lidar com este assunto, confiam nos clínicos e enfermeiros para identificarem comportamentos abusivos.

No entanto, quando os enfermeiros identificam situações de violência contra idosos e encaminham para outros profissionais, relataram que perdem o seu desenvolvimento. “E depois falta-nos a questão da continuação do caso, porque não sabemos como é que se desenvolveu. Qual o desfecho...” (E11). Perante este relato, Daly, Klein e Jogerst (2012) já haviam corroborado esta afirmação e acrescentam que, se os enfermeiros suspeitarem de abuso limitam-se, na maioria das vezes, a informar o clínico ou o assistente social para que estes aprofundem o assunto, contexto que leva a que nunca recebam feedback sobre o caso, reprimindo, consequentemente, a sua vontade de denunciar casos futuros.

Em complemento, os enfermeiros também intervêm nestes contextos abordando ou confrontando a pessoa idosa vítima de violência e, também, o cuidador/prestador de cuidados. Na participação dos enfermeiros, houve maior referência à abordagem do cuidador em detrimento da vítima, indo ao encontro de um estudo realizado por Sandmoe e Kirkevold (2013), onde realça que somente dois em cada 52 enfermeiros abordam a situação diretamente com a vítima se suspeitarem de abuso, enquanto metade opta por falar com familiares e/ou com o abusador. Esta conduta é oposta ao preconizado por Hoover e Polson (2014), que destacam ser essencial falar com o idoso sozinho, sempre que possível, e encorajá-lo a fornecer detalhes sobre a sua situação.

Uma outra forma de intervenção identificada, diz respeito ao uso de protocolos desenvolvidos nos serviços para facilitar a atuação dos profissionais perante os

contextos de violência, ou o uso de plataformas específicas para fazer denúncia, como o caso da plataforma digital NotifiQ@. Além de tudo isto, houve participantes a referir que também denunciam situações de suspeita ou mesmo situações confirmadas pela própria vítima às autoridades, coincidindo, em parte, com os enfermeiros que identificam o dever de denunciar estas situações. Estas afirmações contrariam o que concluíram Ferreira, Santos e Vieira (2015), onde a maioria dos profissionais considera apenas os Serviços Sociais e o Ministério Público. Contudo, importa conhecer que a queixa pode ser apresentada pela vítima ou haver uma denúncia por outrem aos órgãos de Polícia Criminal (Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública ou Polícia Judiciária), às Delegações ou Gabinetes Médico-legais e Forenses do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, no portal Queixas Eletrónicas do Ministério da Administração Interna ou, em alguns casos, ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (Direção-Geral da Saúde, 2016). Note-se que é possível denunciar estes casos mesmo que não se saiba a identidade do autor, pois a identificação é uma função que compete às autoridades na sua investigação subsequente (idem).

Houve participantes a referirem que as suas intervenções nestes contextos vão, muitas das vezes, "além da esfera da prestação de cuidados de enfermagem" (E17), ou seja, a "ter que fazer um papel, que não é o meu papel" (E2). Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuch e Jogerst (2012) descreveram que os enfermeiros sentem que não faz parte do seu papel explorar possíveis situações abusivas e sentem-se mesmo desconfortáveis ao inquirir sobre abuso, pois foram orientados para concretizarem as suas funções rapidamente, neste caso específico, situações que motivaram idas ao serviço de Urgência.

Além disso, o facto dos idosos habitualmente não fazerem queixa de que são vítimas de violência, constitui-se como uma das causas apontadas para a falta de denúncia por parte destes profissionais (Almogue, Weiss, Marcus, & Beloosesky, 2010). "É difícil ajudar quando são os próprios idosos a negar que algo possa ter acontecido." (E6). Frazão, Silva, Norton e Magalhães (2014) também reconhecem que, apesar de muitas vezes os comportamentos abusivos serem algo que se repete ao longo do tempo, é chocante que a maioria das vítimas não o denuncie. Mesmo quando o abuso é exposto, 13,5% das vítimas recusou identificar o abusador (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014). O que, segundo Gil et al. (2015) acontece maioritariamente para proteção do abusador e da família, já que, como previamente salientado, o abuso ocorre frequentemente no seio familiar.

Nas entrevistas realizadas, houve enfermeiros que disseram não fazer denúncia ou não intervir perante uma situação de suspeita de violência contra idosos, remetendo para os

obstáculos e limitações percecionadas pelos mesmos. Assim, os obstáculos de ordem pessoal identificados passam pela "falta de conhecimento do próprio fenómeno em si" (E12), ou seja, na identificação dos sinais indicadores e também na intervenção destas situações, indo de encontro ao que afirmam Hoover e Polson (2014) e também Vognar e Gibbs (2014), o facto de haver um conhecimento limitado sobre o tema. Para estes autores, esta circunstância correlaciona-se com a formação inadequada relativamente a este assunto e, consequentemente, à falta de conhecimento necessário para detetar casos de abuso ou abordar potenciais situações de risco (Hoover & Polson, 2014; Vognar & Gibbs, 2014). Aliás, dos 18 enfermeiros entrevistados, apenas 6 referiram ter tido formação sobre a temática, porém, estes mesmos enfermeiros não deixam de referir a existência de dúvidas na atuação destes contextos ou a existência de outros obstáculos que limitam a sua intervenção nestes contextos. Também no estudo de Ferreira, Santos e Vieira (2015) refere-se que a maioria dos profissionais de saúde nunca teve qualquer referência a abuso de idosos durante a sua formação e, dos poucos que referem ter tido algum contacto com esta temática, a maioria acredita que deveria ter existido uma abordagem mais abrangente. Certo é que o problema parece não estar a ser abordado devidamente, já que os profissionais que integraram a amostra, com idade inferior a 30 anos, indicam não ter tido qualquer formação dirigida especificamente para o abuso de idosos.

Para além destes, os enfermeiros ainda identificaram o receio de envolvimento em questões legais, apoiados pelo sigilo profissional descrito e fundamentado no Código Deontológico que rege a profissão. Contudo, este mesmo Código Deontológico, no artigo 102º, reforça a ideia de que o enfermeiro deve salvaguardar os direitos da pessoa idosa, acrescentando ainda que, pelo artigo 106º, nas situações previstas na lei, o enfermeiro assume o dever de divulgar informação confidencial (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A não confirmação de existência de violência ou de estarem enganados, também constituiu uma das limitações apontadas pelos enfermeiros. "Temos que ter muito cuidado na forma como se abordam estas situações. Porque a nossa perceção pode não estar correta. Poderá parecer-nos que o idoso é vítima violência e às vezes nem é!" (E3). Tal como Schmeidel, Daly, Rosenbaum, Schmuch e Jogerst (2012) relatam no seu estudo, os profissionais de saúde hesitam em denunciar estes casos porque procuram ter a certeza absoluta da ocorrência de abuso e querem possuir informação suficiente antes de comunicar às autoridades.

Uma outra limitação bastante referenciada pelos enfermeiros passa pela pressão laboral e/ou a "falta de tempo" (E18) para explorar estes contextos, característico de um serviço

de Urgência. No entanto, a DGS (2016) esclarece que esta característica também influencia a denúncia por parte das vítimas, pois no que diz respeito à relação com os profissionais de saúde, podem acreditar que estes não se interessam, já que têm pouca disponibilidade de tempo e nunca questionam os idosos sobre esta temática.

Adicionalmente, a todas as razões enumeradas há a considerar ainda o medo de represálias, tanto para os enfermeiros, como para a vítima e/ou outras pessoas envolvidas.

Os enfermeiros também identificaram limitações no serviço em que trabalham que condicionam a denúncia de situações de violência contra idosos. São eles a ausência de protocolos, a ausência de apoio de recursos humanos, tais como a existência de assistente social ou de agentes de autoridade no serviço de Urgência e, ainda a falta de sensibilização da equipa multiprofissional, na medida em que desvalorizam ou ignoram as situações identificadas pelos participantes. O estudo realizado por Reingle-Gonzalez, Cannell, Jetelina e Radpour (2016) corrobora estas informações, dado que, além das restrições de tempo a que estão sujeitos, a falta de protocolos e os problemas de comunicação aquando da tentativa de denúncia são fatores que favorecem a falta de denúncia, dado que se trata de uma grande responsabilidade moral, considerando que se poderá destruir a vida de alguém com base apenas na intuição.

Perante estas limitações, os enfermeiros determinaram algumas estratégias que poderiam ser adotadas de forma a colmatar a falta de denúncia de situações de violência contra idosos. A título pessoal, realçaram a necessidade de ter tempo para intervir nestes contextos, “sem ter aquela pressa de mandar o doente para casa o mais rapidamente possível” (E18), integrar uma equipa de atuação específica nestes contextos e, ainda, a realização de formação para incremento pessoal. No serviço, identificaram a necessidade de existência de protocolos, a existência de uma equipa de atuação específica nestes contextos - onde pudessem reportar estas situações para que fossem exploradas por profissionais especializados nesta área e com disponibilidade para investigar os contextos envolvidos -, a existência de elementos de apoio, de forma a colmatar a inexistência dos mesmos e, sobretudo, a sensibilização e formação da equipa multiprofissional. De acordo com Daly e Coffey (2010), um dos pilares que fornece aptidão e confiança aos profissionais de saúde para detetar e reconhecer sinais e sintomas de abuso de idosos é a formação que recebem sobre o tema. Contudo, esta formação verá ser transversal a toda a equipa, Almogue, Weiss, Marcus e Beloosesky, (2010) constataram que os enfermeiros tendem a conhecer melhor a burocracia relacionada com o abuso de idosos do que os clínicos, o que se atribui a possíveis diferenças na formação superior.

Houve ainda um participante a considerar importante a formação acerca desta temática "tem que começar logo no primeiro ciclo de estudos de enfermagem" (E17), ou seja, ainda no curso da Licenciatura. Estudos realizados neste âmbito sugerem que se deve fomentar a educação tanto dos atuais como dos futuros profissionais de saúde e que é necessária uma formação mais especifica e focada nesta temática para proporcionar aos profissionais o conhecimento e a confiança para identificar e orientar eventuais situações abusivas (Almogue, Weiss, Marcus, & Beloosesky, 2010; Daly & Coffey, 2010; Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014).

Segundo a OMS (2002b), durante a formação dos profissionais de saúde deve ser feita uma introdução ao tema, incluindo os sinais e sintomas associados ao abuso de idosos, destacando as organizações locais que possam dar assistência às vítimas e a avaliação de casos de abuso e sua gestão, salientando a importância de trabalhar com outros profissionais numa equipa multidisciplinar. Assim, os enfermeiros também consideraram necessária a formação junto de profissionais que possam estar envolvidos na prestação de cuidados a pessoas idosas, sendo eles profissionais dos cuidados de saúde primários, de instituições para idosos ou mesmo cuidadores informais.

Sobre a utilização de protocolos, esta é considerada, por alguns autores, como uma metodologia facilitadora para a gestão destes casos e que apoiam os profissionais de saúde, assim como a utilização de uma *checklist* a aplicar em situações de risco ou de suspeita (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014; Ferreira, Santos, & Vieira, 2015; Reingle-Gonzalez, Cannell, Jetelina, & Radpour, 2016).

Relativamente à existência de equipas de atuação específica, houve um participante a referir a existência desta mesma equipa no seu local de trabalho, que se trata de uma Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), onde se insere a violência contra a população idosa. Concretamente, ao nível dos serviços de saúde, ao longo dos anos, têm sido evidenciadas ações tendentes a prevenir a Violência Familiar e os demais Crimes Públicos. A criação destas equipas visa minimizar o seu impacto nos diferentes protagonistas, proteger a vítima, reverter a conduta de quem é perpetrador e estimular dinâmicas familiares mais equilibradas, contando com a articulação entre instituições locais e nacionais. Em 2013, surge a criação destas equipas EPVA no contexto nacional, com o Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio, com a pretensão de serem implementadas ao nível das várias instituições de saúde. No decorrer das entrevistas, pudemos apurar que, apenas num dos hospitais que contemplam a amostra deste estudo, havia a criação deste grupo de intervenção, e que este reunia de condições para poder desenvolver planos de atuação sobre esta temática, a nível hospitalar e com interligação com outros meios intervenientes. Contudo, num outro hospital, aquando da

realização das entrevistas (março-abril de 2019) também havia sido iniciada a formação deste grupo de trabalho, mais ainda não detinham de condições necessárias para o seu funcionamento junto dos serviços hospitalares.

De notar que o ponto 6 do Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio, preconiza que um dos elementos do grupo seja um enfermeiro, sendo que nos dois hospitais referidos, os dois enfermeiros que fazem parte do grupo foram participantes do presente estudo. Dos restantes elementos dos outros hospitais, não havia conhecimento da existência de grupos de trabalho, mas reconheceram que a sua existência seria uma mais-valia para a participação de situações de suspeita de violência contra idosos.

Uma outra estratégia identificada pelos participantes, consistia na articulação com os cuidados de saúde primários, na medida em que estes têm um maior conhecimento e proximidade das famílias, ao contrário dos profissionais do serviço de Urgência, uma vez que o tempo não abona a favor deles. Em complemento, seria também favorável a existência de grupos de apoio na comunidade a este grupo de risco, para dar resposta "não só na identificação, como na própria atuação e também na prevenção destas situações" (E1). Ou seja, os profissionais esperam que a sua participação de situações suspeitas aos profissionais dos cuidados de saúde primários permita, não só explorar e intervir de forma mais direcionada às necessidades percecionadas para aquela vítima e/ou família, mas também que haja ações preventivas, tais como "visitas regulares aos domicílios para conhecer os contextos e despistar possíveis situações de risco" (E12).

Ao longo das entrevistas, alguns enfermeiros mencionaram a existência de interligações com grupos de apoio a vítimas de violência e de protocolos para situações de violência doméstica. Contudo, também reconheceram que estes grupos de trabalho se direcionam essencialmente a situações de violência conjugal, menosprezando a situações de violência contra idosos.

Uma outra estratégia apontada pelos participantes, passa na existência de uma estrutura de apoio para esclarecimento dos profissionais, ou seja, a existência de um gabinete jurídico, quer fosse a nível hospitalar, da Ordem dos Enfermeiros, ou mesmo no Ministério da Saúde, ou então, uma plataforma digital com a existência de um espaço para questionamento acerca de situações de suspeita contra idosos, com a possibilidade de haver Dúvidas Frequentes (as FAQs). Esta medida poderia anular o obstáculo identificado do receio no envolvimento de questões legais, trazendo uma segurança na atuação destes contextos.

No que concerne aos obstáculos identificados pelos enfermeiros relativos à não participação de situações de violência por parte das vítimas, estes creem que passa

pela vergonha, pelo medo de agravarem a situação, do abandono, ou de serem julgados, por se sentirem culpados pela situação e tornarem a violência numa situação normal, por dependerem do agressor ou, ainda, por a vítima não ter capacidades para se expressar, quer físicas ou cognitivas. Já as limitações associadas à sociedade, assentam na falta de sensibilização da população em geral, nas falhas na atuação e intervenção das entidades governamentais (relacionadas com a falta de apoios estatais, na demora dos processos judiciais e mesmo na sua atuação insuficiente junto das vítimas), a presença de mitos ou crenças características da sociedade que levam à passividade quanto presença de violência, ou, também, o medo das consequências que a denúncia poderá trazer.

Relativamente à presença de crenças ou mitos, os enfermeiros identificaram algumas expressões que assumem esta denotação, tais como “ele sempre foi mau, merecem o que lhe estão a fazer” (E10). Para compreensão deste fenómeno, considere-se a abordagem realizada no enquadramento concetual, na tentativa de compreender o envelhecimento, contrariando os estereótipos e preconceitos inerentes à relação com o ser humano e à cultura de cada sociedade.

Como já foi referido, existem associações como a APAV e outras que estão diretamente relacionadas como o apoio e defesa das vítimas de violência. Contudo, a sua divulgação e intervenção junto das vítimas ainda se torna insuficiente e pouco percecionada pelos participantes deste estudo. No Relatório mundial sobre prevenção de violência (2015), é também realçado o facto de que, entre todos os serviços disponíveis para ajudar as vítimas de todo o tipo de violência, os serviços de proteção aos idosos são os menos referidos, com somente um terço dos países a relatar possuir serviços para investigar os possíveis casos de abuso de idosos e fornecer apoio a idosos vulneráveis. No que diz respeito à realidade portuguesa, o mesmo relatório apurou que foram implantadas em larga escala campanhas de consciencialização de profissionais de saúde e programas de apoio ao cuidador; todavia, apenas foram realizadas campanhas de consciencialização dirigidas ao público em geral ocasionalmente (Organização Mundial de Saúde, 2015).

De acordo com OMS (2002b) e Gil, Santos, Kislaya e Nicolau (2014), é crucial alertar o público em geral para os vários tipos de abuso, os seus sinais e sintomas, o processo de denúncia e quais as instituições disponíveis para ajudar as vítimas. Wagenaar, Rosenbaum, Page e Herman (2010) acrescentam que se deve evidenciar também as suas consequências e a importância da deteção precoce. Em complemento, também se considera necessário aprimorar-se as políticas e práticas das instituições de cuidados para idosos, melhorando o seu ambiente físico e social e equacionar a implementação

de programas de apoio ao cuidador, tais como a promoção do seu descanso (Organização Mundial de Saúde, 2015). Esta é uma medida já implementada em Portugal, o chamado “descanso do cuidador”, inserida no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em que alberga um conjunto de intervenções que providenciem períodos de alívio ou descanso efetivo aos cuidadores, libertando-os temporariamente das atividades inerentes à prestação de cuidados (Instituto da Segurança Social, I.P., 2019). Este serviço pode ser utilizado por um período máximo de 90 dias por ano e pressupões um contacto com qualquer profissional dos Cuidados de Saúde Primários - Agrupamento Centros Saúde (ACES) ou Centro de Saúde da área de residência, onde será elaborada uma proposta de referenciação que será enviada para validação da Equipa Coordenadora Local da área de influência do ACES (idem).

Face do exposto, pode afirmar-se que, embora reconhecendo os múltiplos passos já concretizados no sentido de melhorar o panorama nacional, considera-se ser indiscutível que existe ainda um longo caminho a percorrer, nomeadamente visando melhorar a consciencialização pública sobre o abuso de idosos e a prevenção deste tipo de situações.

CONCLUSÃO

Atualmente, assiste-se a um cenário de envelhecimento demográfico, em que a população idosa cresceu substancialmente em todo o mundo, ocasionado pelo avanço da medicina e pela melhoria das condições de vida. Em Portugal, este fenómeno também se encontra vigente, dado que foi considerado o 4º país da UE com mais idosos.

Decerto que a idade avançada assume algumas especificidades que permitam a garantia do respeito pela dignidade da pessoa humana. Contudo, os cidadãos idosos estão frequentemente expostos a práticas que atentam contra os seus direitos mais elementares, cuja defesa importa assegurar.

A violência é entendida como um fenómeno emergente e com visibilidade crescente, quer a nível internacional como nacional, tornando-se imprescindível proceder à compreensão das suas circunstâncias e, em consequência, procurar estabelecer ações sistémicas e resilientes. O contexto de violência contra o idoso está associado às mudanças observadas nos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto da pessoa idosa. Uma vez que é difícil envelhecer num mundo que se empenha em permanecer jovem.

O aumento demográfico dos idosos leva a questionar acerca da continuidade da sua segurança, receando a ocorrência de situações de violência e maus-tratos devido à rutura de laços familiares e com a redução e ineficácia dos sistemas de proteção social.

Os termos violência, abuso e maus-tratos apresentam ténues fronteiras conceptuais, onde facilmente se compreende a incerteza relativamente à existência de uma opção única quanto ao conceito ideal a utilizar. Porém, considera-se que o mais adequado consiste em seguir as especificidades culturais, tais como os ordenamentos jurídicos estatais, uma vez que estas são responsáveis por moldar as condutas de violência e enquadrá-las nas normas e processos jurídico-legais de cada país.

Em Portugal encontra-se uma sistematização das condutas de violência, relacionadas com os crimes tipificados no Código Penal português. Saliente-se que violentar a pessoa idosa no contexto familiar pode constituir vários crimes e não apenas o de violência doméstica.

Concretamente, em estudos nacionais, constatou-se que uma pequena percentagem de idosos, vítimas de violência, denunciaram a situação vivenciada recorrendo ao auxílio de um profissional de saúde. Deste modo, facilmente se entende o papel

preponderante dos enfermeiros na deteção de situações de violência contra os idosos, dado que estão, maioritariamente, na linha da frente para o reconhecimento destas situações nos seus contextos de trabalho. E, principalmente, por este contexto ser parte integrante da promoção de cuidados de saúde e, concomitantemente, dos direitos dos idosos refletida numa conduta legal regida pela ética e deontologia profissional e, sobretudo, pela justiça humana.

A exposição dos idosos a fenómenos abusivos acarreta impactos relevantes para a sua saúde, podendo conduzir a situações mais graves e até potencialmente letais. Deste modo, torna-se relevante a tónica colocada na deteção precoce e subsequente orientação adequada destes casos e o contributo indispensável dos profissionais de saúde para a concretização deste desiderato. Assumindo particular destaque aos enfermeiros dos serviços de Urgência, dado que estão a linha da frente para deteção de sinais indicadores de violência contra idosos.

Os enfermeiros de serviços de Urgência da região centro do país interpretam a violência contra os idosos como sendo mais que a violência física, considerando haver mais casos de negligência, como o abandono de idosos. Estes acontecem, sobretudo em épocas festivas, como Natal, Ano-Novo e férias de verão. Apesar de ser um tema problemático, os enfermeiros consideram-no menosprezado.

Esta problemática, segundo os enfermeiros, poderá acontecer por um familiar como em instituições para idosos e que se poderá justificar pela falta de tempo ou de condições socioeconómicas para cuidar do idoso. No entanto, não deixa de ser um crime público e que deve ser denunciado.

Nos serviços de Urgência, os enfermeiros deparam-se com situações de violência de ordem física, psicológica, financeira, sexual e por negligência. Reconhecem, ainda, que nem sempre se consegue identificar a violência quanto ao tipo, mas há comportamentos da vítima e/ou do alegado agressor que podem levar à suspeita de indícios de violência para com aquele idoso. Os sinais indicadores da existência de situações de violência identificados pelos enfermeiros assumem descrições de horrores e que atentam contra a dignidade humana.

Para intervir, os enfermeiros optam por envolver a equipa multiprofissional nos contextos suspeitos, podendo sinalizar para a assistente social ou denunciar o caso às autoridades. Para além disso, procuram confrontar o idoso e/ou o cuidador responsável com a situação suspeita, se modo a esclarecer possíveis equívocos. Um outro método de intervenção utilizado, passa pela utilização de protocolos que facilitam e orientam a

sua intervenção perante uma situação de suspeita de violência contra uma pessoa idosa.

Contudo, existem obstáculos que limitam a sua atuação. Os enfermeiros identificaram limitações pessoais, tais como a falta de formação, a pressão e/ou a falta de tempo e o medo de envolvimento em questões legais de represálias ou de outras consequências, quer para si como para a vítima e pessoas envolvidas. Além disso, no serviço consideraram que a inexistência de protocolos, a ausência de recursos e a falta de sensibilização da equipa multiprofissional também são obstáculos à sua intervenção na denúncia de possíveis situações de violência contra idosos.

Os enfermeiros também reconheceram que os idosos não fazem queixa, constituindo-se como uma limitação para a sua atuação. Ainda para mais, os idosos também podem ter vergonha, medo, serem dependentes do agressor, acharem a violência uma normalidade, ou ainda não se conseguirem exprimir, tornando-se, também, em limitações para a denúncia.

Na sociedade, os enfermeiros também apontaram alguns obstáculos, tais como a falta de sensibilização da população, as falhas na atuação e intervenção das entidades governamentais, a passividade relativamente à denúncia, a existência de crenças ou mitos e o medo de represálias.

De modo a colmatar estas limitações, os enfermeiros apontaram algumas estratégias passiveis de implementar e que poderiam resolver as necessidades levantadas. Começando pela formação pessoal e da equipa multiprofissional, e, ainda, a formação e sensibilização de outros profissionais de saúde e cuidadores de idosos, bem como da população em geral e, em particular, dos idosos. Não esquecendo da possibilidade de implementação de formação deste âmbito ainda nos cursos de Licenciatura em Enfermagem.

A existência de equipas de atuação especificas nos serviços de Urgência e na comunidade, de modo a encaminhar situações de suspeita contra idosos e que pudesse ser abordado por profissionais especializados. Decerto que estas equipas já existem, mas face ao levantamento desta necessidade pelos enfermeiros, considera-se a necessidade de divulgar e despertar consciências para a sua existência e para o seu desenvolvimento nos serviços de saúde onde ainda não existam.

O desenvolvimento de protocolos em serviços onde estes ainda não existam, articulação com os Cuidados de Saúde Primários e a existência de um gabinete de apoio aos profissionais para o esclarecimento de dúvidas acerca da intervenção em situações de violência contra idosos, foram outras medidas sugeridas pelos enfermeiros.

Outras estratégias do domínio político, prende-se com a existência de mais estruturas de apoio e acolhimento das vítimas, bem como uma melhor e eficaz atuação jurídica.

De tudo isto, compreende-se a necessidade de dar voz às preocupações da pessoa idosa, sendo essencial um trabalho com e não para a pessoa idosa. Não basta responder em termos assistenciais, pois pode-se correr o risco de acentuar o problema da pessoa idosa, pelo que se pressupõe promover e potenciar a participação da vítima de modo a que esta seja respeitada enquanto pessoa numa sociedade que lhe merece respeito e a qual deve ser autora da sua própria história. E, para isso, também se deve investir na desconstrução de imagens estereotipadas da velhice, em que o futuro da humanidade depende das soluções que encontramos dentro de uma atmosfera de diálogo, tolerância e respeito, potenciadoras do direito de viver com liberdade e dignidade.

O ser enfermeiro num serviço de Urgência, onde se trabalha com todas as pessoas, independentemente da idade, estatuto social, cultural ou económico, leva a pensar que esse enfermeiro também uma pessoa desse mesmo mundo. Contudo, não deixa de garantir o compromisso e a responsabilidade que lhe é exigida como profissional regido por um código deontológico, e também pela responsabilidade civil e respeito pela vida humana defendida na constituição portuguesa e nos direitos humanos, assegurando o cumprimento dos ordenamentos jurídicos nacionais.

Em complemento, o enfermeiro não deve estar sozinho nesta problemática e, para tal, reconhece que qualquer diagnóstico e intervenção na violência exige uma participação multiprofissional e um efetivo trabalho em rede, de serviço e instituições, sendo imprescindível, para tal, o estabelecimento de critérios éticos do ponto de vista interprofissional e interinstitucional.

Neste estudo, considerou-se como uma significativa limitação a escassa produção de investigação científica, que tenha como objeto de estudo a perceção de enfermeiros sobre a violência contra idosos, independentemente da sua residência e contextos de trabalho. Este aspeto dificultou o confronto e análise dos resultados obtidos à luz de outros autores, que permitissem comparar perceções de enfermeiros, com vista ao enriquecimento e fortalecimento dos pressupostos e a sua relação com os cuidados de saúde, na busca de influências pessoais, estruturais e/ou culturais de cada contexto. Com isto, esta limitação poderá constituir-se como um ponto de partida para a produção de investigação neste âmbito.

A pertinência deste estudo centrou-se no facto de não se remeter a um único hospital, mas sim em participantes com vínculos e experiências profissionais de vários serviços

de Urgência de diferentes hospitais da região centro. Esta abrangência tornou possível reter dados amplos e variados aos vários contextos e, que de certa forma foram, em muito, convergentes e semelhantes na perceção dos enfermeiros perante situações de violência contra idosos. Contudo, esta investigação poderá constituir-se como um exemplo a considerar, na medida em que poderá ser replicado a outros hospitais em território nacional e, assim, comparar as perceções dos enfermeiros de outras regiões, ou mesmo a nível de todo o território nacional, de modo a conseguir focar os aspetos essenciais levantados pelos mesmos, e, consequentemente, procurar melhorar a sua intervenção junto dos idosos vítimas de violência.

A problemática da violência contra a pessoa idosa requer uma intervenção multifatorial, interdisciplinar e detentora de um vasto conhecimento para atuar de forma assertiva e adequada em cada caso de vitimização. Certo é que a intervenção dos enfermeiros nos contextos de violência contra idosos não é resolutiva desta problemática, mas assumem um papel importante na participação e intervenção nestes contextos.

A perceção global dos participantes é que este é um fenómeno complexo, pouco abordado, que carece de maior visibilidade e com necessidades de resolução emergentes. E, sobretudo, reconhecem que o seu nível de preparação para lidarem com os idosos vítimas de violência não é suficiente, há dificuldades em abordar a problemática com as vítimas e em intervir assertivamente, de modo a proteger a vítima e a garantir o seu bem-estar.

É importante dar voz a quem lida diretamente com esta problemática e assume as limitações e fragilidades que a sua atuação pode ter, e, acima de tudo, perceber como se pode melhorar, através da implementação de algumas das estratégias concretas, legítimas e sensatas.

Com este estudo, houve a identificação de constrangimentos e obstáculos percecionados pelos enfermeiros e, também de possíveis estratégias resolutivas dos mesmos. Seria importante que as perceções dos enfermeiros que participaram neste estudo fossem tidas em consideração e que se conseguisse o implemento de algumas das estratégias sugeridas para melhorar a sua participação e oferecer meios para uma atuação segura, responsável e consciente quando perante suspeita de situações de violência contra idosos.

Concluindo, os resultados deste estudo evidenciam a importância do desenvolvimento de estratégias para que os serviços de saúde respondam de forma apropriada e eficaz à questão da violência. Estas estratégias passam por: promover o aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para o tema nomeadamente através da

formação; promover também uma cultura institucional de atendimento a estas pessoas através da colaboração de uma equipa de atuação especifica, desenvolvimento de protocolos de intervenção e encaminhamento adequados; assegurar formas de resposta rápida e integrada com a colaboração de diferentes instituições, criando-se uma rede de parcerias na área geográfica de intervenção da unidade/serviço de saúde em que a vítima é assistida; assegurar apoio dos profissionais com a criação de espaços próprios para a exposição e esclarecimento de dúvidas ético-legais; promover a consciencialização da população; criar mais estruturas de apoio e acolhimento das vítimas; e melhorar a eficácia dos sistemas de proteção social.

Este não é um estudo concluído. É sim mais um passo dado no sentido de se dar continuidade à investigação nesta temática. E, por isso, espera-se que os resultados evidenciados possam constituir uma base de reflexão para uma maior sensibilização para a violência contra os idosos nos processos formativos em saúde e alicerçar a importância de os integrar nas práticas clínicas desses profissionais. Remetem ainda, para a importância da comunicação em saúde como ferramenta favorecedora de relações organizacionais, interprofissionais e profissional/utente mais favorecedoras da intervenção em saúde e no processo de doença, do trabalho interdisciplinar e de relações profissionais mais gratificantes.

Contudo, não se pode deixar de refletir sobre a atual situação mundial, caraterizada pela pandemia relacionada com o novo coronavírus (SARS-CoV-2), que veio gerar uma maior instabilidade social, económica e política, que se reflete no seio de cada família e em cada um de nós. A população idosa, pela sua vulnerabilidade é um grupo de risco. O confinamento e as privações nas deslocações obrigam a que as famílias permaneçam mais em casa. O desemprego e a imprevisibilidade do dia a dia promovem um maior stress e depressão. Os idosos estão cada vez mais isolados. Portanto, a eventual saída de um idoso a um serviço de Urgência, por exemplo, poderá constituir-se como um meio de auxílio para aquele idoso que possa estar a ser vítima de violência, e que a sua situação só poderá ser notada pelos profissionais com quem contactar. Mas, para isso, estes têm que estar sensibilizados e ter formação para atuar e ajudar a vítima.

Assim, com este estudo, pretende-se realçar a necessidade e importância do esforço de consciencialização coletiva para a necessidade de controlar a agressividade inter-relacional, sendo que também cabe a todos e a cada um de nós, como cidadãos, participar nos esforços desenvolvidos para a deteção e intervenção precoce em situações problemáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, P. (2010). *Comentário ao Código Penal à luz da Constituição da República Portuguesa e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Almeida, I., Santos, C., & Vieira, D. (2020). Abuso de idosos e o papel dos profissionais de saúde. *Rev Port Med Geral Fam*, pp. 24-34.

Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E., & Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*, pp. 86-91.

APAV. (2010). *Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência.* Lisboa: APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

APAV. (2019). *Manual EMAV: Atendimento e encaminhamento de vítimas de violência doméstica e de género: procedimentos & roteiro de recursos.* Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

APAV. (2020). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2019.* APAV.

APAV. (s.d.). *Direitos das vítimas de crime - Guia para Formação de Profissionais à luz da Diretiva e do Estatuto da Vítima.* APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Burnett, J., Achenbaum, W., & Murphy, K. (2014). Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, pp. 743-759.

CIG. (2016). *Guia de Requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de génro.* Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

CIG, Massena, A., Fernandes, C., Ravara, D., Ribeiro, F., Susano, H., & Pena, S. (2016). *Violência Doméstica: Implicações sociológicas, psicológicas, e jurídicas do fenómeno.* Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.

Costa, A., & Amado, J. (2018). *Análise de conteúdo suportada por software.* Oliveira do Hospital: Ludomedia.

Daly, J., & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nurse Older People*, pp. 466-472.

Daly, J., Klein, A., & Jogerst, G. (2012). Critical care nurses' perspectives on elder abuse. *Nurs Crit Care*, pp. 172-179.

Declaração de retificação n.º 1032-A/2015 de 24 de novembro. Diário da República, 2ª série - n.º 230. *Ministério da Saúde*, 34158-(3-5). Lisboa.

Decreto Regulamentar n.º 2/2018 de 24 de janeiro. Diário da República, 1ª série – n.º 17. 674-684.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Diário da República I Série A. (109), 3856-3865.

Depacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. Diário da República 2ª série - n.º 94. *Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*, 15644-15645. Portugal.

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República, 2ª série - n.º 153. *Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto*, 8174-8175. Lisboa.

Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma Abordagem Sociológica.* Porto: Edições Afrontamento.

Dias, I. (2009). *Os maus-tratos aos idosos. Abordagem Conceptual e Intevenção Social.* Porto: FLUP.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde.* Lisboa: DGS.

Eslami, B., Viitasara, E., Macassa, G., Melchiorre, M., Lindert, J., Stankunas, M., ... Soares, J. (2016). The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *Int J Public Health*, pp. 891-901.

Ferreira, M., Santos, C., & Vieira, D. (2015). Detection and intervention strategies by primary health care professionals in suspected elder abuse. *Acta Med Port*, pp. 687-694.

Flick, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, R., Gomes, I., Lobato Faria, P., & Gil, A. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2)*, pp. 149-162.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento.* Lisboa: Editora Climepsi.

Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.

Frazão, S., Silva, M., Norton, P., & Magalhães, T. (2014). Domestic violence against elderly with disability. *Journal of Forensic Legal Medicine*, pp. 19-24.

Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A., & Vieira, N. (2015). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, pp. 1234-1246.

Gil, A., Santos, A. J., Kislaya, I., & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e Violência.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Gil, A., Santos, A., Kislaya, I., & Nunes, B. (2014). *Envelhecimento e Violência - Relatório científico.* Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Gonçalves, C. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 739-745.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência.

Hoover, R., & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician*, pp. 453-460.

Hullick, C., Carpenter, C., Critchlow, R., Burkett, E., Arendts, G., Nagaraj, G., & Rosen, T. (2017). Abuse of the older person: is this the case you missed last shift? *Emerg Med Australas*, pp. 223-228.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 – v4.24).* Instituto da Segurança Social, I.P.

Instituto Nacional de Estatística. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: Informação à comunicação social*, pp. 1-8.

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas Demográficas – 2018.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Lopes, M., & Gemito, M. (2016). Violência e Envelhecimento: Compreender para Intervir. Em A. Sani, & S. Caridade, *Práticas de Intervenção na Violência e no Crime* (pp. 205-219). Lisboa: Pactor.

Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir.* CIG, Lisboa: Sersilito.

Martins, R., Neto, M., Andrade, A., & Albuquerque, C. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*, pp. 206-209.

Minayo, M. (2003). Violência Contra Idosos: Relevância Para Um Velho Problema. *CAD Saúde Pública, 19 (3)*, pp. 783-791.

Ministério da Justiça. (2015). Estratégia de proteção ao idoso. *Um memorandum para o futuro: Legislação do XIX Governo Constitucional.* Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Justiça.

Neri, A. (2007). *Desenvolvimento e Envelhecimento - Perspectivas biológicas.* Campinas: Papirus editora.

Novo, R., Prada, A. R., Fernandes, T., & Cerqueira, V. (2016). *Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar - Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização* (Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação ed.). Bragança.

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.* Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). P*adrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos.* Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014.* São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo.

Pais Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde.* Porto: Legis Editora/Livpsic.

Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Silva, M., & Prazeres, V. (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde.* Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, pp. 194-205.

Pinheiro, J. (2011). *O Direito da Família Contemporâneo* (3ª ed.). Lisboa: AAFDL.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.-P. (2012). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed.). Petrópolis, Brasil: Vozes.

Prata, A. (2016). *Dicionário Jurídico* (I ed.). Coimbra: Livraria Almedina.

Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *Manual sarar: Sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar: Uma proposta de manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos.* Ceira, Portugal: entro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Sobral Cid, Serviço de Violência Familiar.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – n.º 26. 4744-4750. Portugal.

Reingle-Gonzalez, J., Cannell, M., Jetelina, K., & Radpour, S. (2016). Barriers in detecting elder abuse among emergency medical technicians. *BMC Emerg Med*, p. 36.

Rosen, T., Lien, C., Stern, M., Bloemen, E., Mysliwiec, R., & McCarthy, T. (2017). Emergency medical services perspectives on identifying and reporting victims of elder abuse, neglect, and self-neglect. *J Emerg Med*, pp. 573-582.

Sandmoe, A., & Kirkevold, M. (2013). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers. *Int J Older People Nurs*, pp. 83-92.

Santos, C., & Vieira, D. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. Em M. T. Veríssimo, *Geriatria fundamental: Saber e Praticar* (pp. 413-421). Lisboa: Lidel.

Schmeidel, A., Daly, J., Rosenbaum, M., Schmuch, G., & Jogerst, G. (2012). Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *J Elder Abuse Negl*, pp. 17-36.

Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia, 25 (4)*, pp. 585-593.

Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penahle, B., Iborra-Marmolejo, I., ... Manthorpe, G. (2011). *European report on preventing elder maltreatment.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2006). *Envelhecer em Família: Os Cuidados familiares na velhice* (2ª ed.). Porto: AMBAR.

Souza, F., Costa, A., & Moreira, A. (2011). Questionamento no Processo de Análise de Dados Qualitativos com apoio do software WebQDA®. *EduSer-Revista de educação*, pp. 19-30.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humano* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Vaz, C., & Catita, P. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*, pp. 14-17.

Vinuto, J. (2014). Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. (Campinas, Ed.) *Temáticas, 22 (44)*, pp. 203-220.

Vognar, L., & Gibbs, L. (2014). Care of the victim. *Clin Geriatr Med*, pp. 869-880.

Voss, C., Tsikrikrsis, N., & Frohlich, M. (2002). Case research in operations management. *International Journal Of Operations & Production Management, v. 22, n.º 2*, pp. 195-219.

Wagenaar, D., Rosenbaum, R., Page, C., & Herman, S. (2010). Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc*, pp. 703-711.

Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma de Enfermagem.* Loures: Lusodidacta.

World Health Organization. (2002a). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. (Geneve: World Health Organization) Obtido em Dezembro de 2016, de http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf

World Health Organization. (2002b). *World Report on Violence and Health*. (Geneva: World Health Organization) Obtido em Dezembro de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

World Health Organization. (2020). *Elder abuse*. Obtido em setembro de 2020, de World Health Organization: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse

Zimerman, L. (2000). *Velhice - aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P553/01-2019

Título do Projecto: A percepção de Enfermeiros do Serviço de Urgência sobre violência contra idosos.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Investigador Responsável/Orientador: Prof. Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves

Relator: [redacted]

Parecer

O estudo apresentado integra-se em Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
Centra-se na temática da violência sobre idosos, justificando a pertinência do estudo com "*... o papel preponderante dos enfermeiros nos serviços de Urgência, dado que estão, maioritariamente, na linha da frente para o reconhecimento de possíveis situações de violência nos seus contextos de trabalho.*"
Tem como objectivos específicos "*Descrever a perceção do enfermeiro do Serviço de Urgência sobre violência contra idosos; Identificar quais as situações de violência contra os idosos percebidas por enfermeiros dos serviços de urgência; Identificar formas de deteção de situações de violência contra os idosos; Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de violência contra os idosos; Identificar dificuldades/limitações percebidas pelos enfermeiros na presença de situações de violência contra os idosos; Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros na abordagem de situações de violência contra os idosos.*"
Metodologicamente o estudo é apresentado como "*... descritivo de abordagem qualitativa, de forma a alcançar o objetivo de conhecer e descrever a perceção de enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência sobre violência contra os idosos.*"
Os participantes são "*enfermeiros que exerçam funções em contexto de ...Serviço de Urgência da região centro...*", *apontando para* "*... 18 participantes*", com "*... amostragem em bola de neve....*"
A recolha de dados será efectuada com recurso a "*Entrevista semiestruturada*" gravada.
No documento submetido:
- Estão definidos os critérios de inclusão e exclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (guião de entrevista semiestruturada);
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e destruição das gravações áudio.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator: [redacted]

Data: 13/02/2018 O Presidente da Comissão de Ética: [redacted]

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCT

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da Entrevista

PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca

- Enfermeira no Centro de Cirurgia Cardiotorácica do CHUC • Enfermeira com o título de Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica • Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Professor Doutor Rui Gonçalves

- Orientador científico • Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Objetivo geral da investigação

Conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos, visando constituir um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, vítima de violência e que a divulgação dos seus resultados seja mais uma peça fundamental na construção do conhecimento da disciplina a partir da evidência científica obtida na prática.

Objetivo da entrevista semiestruturada

Discutir, refletir, trocar experiências, apresentar e confrontar perspetivas, sensibilidades e perceções particulares de cada enfermeiro sobre o que pode estar envolvido no processo de deteção de situações de violência contra os idosos no seu contexto de trabalho.

Neste momento de entrevista, serão colocadas algumas questões de modo a contemplarem respostas que se direcionem ao objetivo da investigação supracitado. Numa primeira fase, será realizada uma contextualização abrangente da temática; seguidamente serão questionados os dados sociodemográficos do participante, sem que a sua identidade seja revelada, mas para caraterizar o grupo entrevistado e, consequentemente, conseguir estabelecer relações pertinentes para a investigação; por

último, proceder-se-á à realização das questões de entrevista direcionada para a perceção do enfermeiro no seu local de trabalho relativamente à violência contra os idosos.

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista n.º ____

Data ___/___/_____ **Hora** ___h___

Legitimação da entrevista

Antes de começar a responder às questões, quero deixar o meu agradecimento pessoal pelo facto de ter aceitado colaborar neste estudo. Os objetivos do mesmo estão supra identificados. Os dados recolhidos serão alvo de uma análise de conteúdos com fins meramente académicos, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos. Agradeço respostas coerentes e que manifestem as convicções do entrevistado.

Contextualização abrangente da temática

Em Portugal, num estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2014), apenas 35% das vítimas de violência com mais de 60 anos denunciou ou apresentou queixa acerca da situação de violência que viveu, e, particularmente, 4,5% das vítimas realizou a denúncia recorrendo ao auxílio de um profissional de saúde.

Torna-se imperativo referir que os diversos tipos de violência podem, de acordo com o disposto nos artigos 152º e 152º-A do Código Penal português, ser todos eles considerados como subsumíveis ao "crime de violência doméstica", ou ao "crime de maus tratos" (Fonseca, Gomes, Lobato Faria & Gil, 2012). Assim, a deteção de situações de violência contra os idosos assume uma responsabilidade acrescida na colaboração com o sistema jurídico-legal na proteção dos idosos.

Perante o exposto, reconhece-se que a notificação de uma situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. Assim, facilmente se depreende o papel preponderante dos enfermeiros neste contexto, dado que estão, maioritariamente, na linha da frente para o reconhecimento de possíveis situações de violência nos seus contextos de trabalho.

Identificação dos dados sociodemográficos

O preenchimento deste breve questionário, onde são pedidas algumas informações específicas acerca de si próprio, tem como único objetivo poder alcançar uma caraterização sociodemográfica e profissional de todos os enfermeiros participantes deste grupo, essencial para a posterior análise dos dados.

As informações conseguidas neste questionário são confidenciais e só a investigadora terá acesso às mesmas.

Desde já se agradece o provimento desta informação.

Assinale com uma cruz a quadrícula correspondente à sua situação.

1. Idade: (anos)

2. Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3. Categoria profissional:

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro graduado
- ☐ Enfermeiro especialista (área de especialização)

4. Habilitações literárias:

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outra (especificar):

5. Instituição onde trabalha:

6. Tempo de exercício profissional: (anos)

7. Tempo de exercício no serviço de Urgência: (anos)

8. Tem alguma formação específica na área de violência contra idosos?

- ☐ Sim (especifique): (designação, duração e o ano de realização da formação)
- ☐ Não

Questões direcionadas para a temática

1. O que é, para si, a violência contra os idosos e como enquadra na sociedade atual?

2. Conhece algumas crenças ou mitos relativos à suspeita de situações de violência contra idosos?

3. No seu local de trabalho, identificam-se situações de suspeita de violência contra os idosos? Com que frequência ocorrem essas identificações? Quais os tipos de violência contra idosos mais frequentes?

4. Enquanto enfermeiro(a) num serviço de Urgência, já vivenciou alguma situação de identificação de violência contra os idosos?

5. Reconhece alguma altura do ano cujas situações de violência contra os idosos sejam mais recorrentes?

6. Como identifica os sinais indicadores de ocorrência de violência nos idosos?

7. Qual o encaminhamento que adota ou qual sua intervenção quando se encontra perante uma situação de violência contra um utente idoso?

8. Na abordagem à pessoa idosa, vítima de uma situação de violência, sente-se confiante e considera ter competências/conhecimentos específicos para intervir?

9. Na sua opinião, qual ou quais o(s) elemento(s) da equipa multiprofissional mais adequado(s) para abordar uma situação de violência contra a pessoa idosa?

10. Pessoalmente, que consequências poderão ocorrer na denúncia de situações de violência contra os idosos?

11. Enquanto enfermeiro de um serviço de Urgência, a intervenção em situações de violência contra idosos encontra-se clarificada no seu local de trabalho? Que dificuldades ou limitações encontra?

12. Na sua opinião, que estratégias ou recomendações considera importante implementar para intervir em situações de violência contra idosos, quer a nível pessoal, da equipa, institucional e/ou nacional?

Agradecimentos

Enquanto investigadora da temática central da presente dissertação de mestrado, agradeço a colaboração na investigação, sem a qual ficaria mais pobre, uma vez que o seu contributo permitirá estabelecer comparações e acrescentar conceções para o estabelecimento de conclusões importantes neste estudo e, sobretudo, para a temática em geral.

APÊNDICE II – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Caro(a) colega,

A investigação para a qual se solicita a sua colaboração "Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos", realizada por Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca, está integrada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves.

Neste percurso, em que se pretende conhecer a perceção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos, a presente investigação integra um estudo de natureza qualitativa.

Na procura da concretização dos objetivos propostos, para este estudo optou-se pela realização de uma entrevista individual semiestruturada enquanto estratégia de recolha de informação, para o qual se solicita a sua participação e autorização para o seu registo em áudio, de modo a que possam ser transcritos para papel e depois analisados pela investigadora. No decorrer do processo será contactado pela mesma para que analise a transcrição e valide o seu conteúdo.

A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros. A gravação será cuidadosamente guardada e no final da investigação será eliminada. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita da entrevista semiestruturada (a sua identificação terá a atribuição de um código). Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através da consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou do contato direto com a investigadora.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido, podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advenha quaisquer consequências.

Caso concorde em participar, solicita-se que assine o consentimento.

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Telemóvel: **E-mail:**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Declaro ter compreendido a informação que me foi disponibilizada acerca da investigação "Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre violência contra os idosos", desenvolvida por Andreia Vanessa Pessoa da Fonseca no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves.

Concordo que a minha participação na entrevista semiestruturada seja registada sob a forma de gravação áudio.

Fui informado(a) acerca da garantia do anonimato e confidencialidade de todos os dados.

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo de forma voluntária, fornecendo dados que apenas serão utilizados para o estudo em epígrafe.

_____(local), _____(data),

_____

(Assinatura do participante)

APÊNDICE III – As 50 palavras mais frequentes das entrevistas

Dados qualitativos - mestrado

Emitido por Vanessa

As 50 palavras mais frequentes

Palavra	Repetição	Carateres
não	929	3
violência	413	9
mais	295	4
porque	270	6
situações	256	9
idosos	217	6
nós	184	3
depois	170	6
contra	159	6
muito	155	5
acho	141	4
pessoas	141	7
urgência	130	8
social	126	6
idoso	125	5
pessoa	107	6
suspeita	100	8
aqui	96	4
sim	92	3
serviço	90	7
assistente	86	10
doente	82	6
equipa	82	6
casa	73	4
estar	73	5
família	67	7
sei	66	3
saúde	64	5
formação	61	8

Palavra	Repetição	Carateres
bem	57	3
denunciar	57	9
sociedade	56	9
muitas	55	6
tempo	55	5
médico	54	6
senhora	53	7
denúncia	52	8
agora	52	5
física	51	6
negligência	48	11
entrevista	46	10
falar	46	5
cuidados	46	8
exemplo	44	7
trabalho	43	8
dar	42	3
familiar	42	8
medo	42	4
quer	42	4
doméstica	41	9