

Nós e Eles: O «outro» no trabalho com pessoas idosas e muito idosas

Autores: Karina Hoßfeld, Thomas Wilde e Lars Gockel, VNB Germany

O termo «outrismo», frequentemente designado por «outrificação», deriva dos termos ingleses «other» ou «otherness», que se traduzem por «diferente» ou «outro». O outrismo descreve um processo no qual pessoas ou grupos individuais («nós») são distinguidos de outras pessoas ou grupos («os outros»). Neste processo social, as pessoas ou os grupos são, assim, construídos como «diferentes». Ao fazê-lo, o grupo «não-próprio» é sempre categorizado como «diferente» e «estranho», uma vez que se desvia da «norma», o que serve de justificação para a exclusão (ver <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/othering>).

As pessoas idosas são frequentemente vítimas de discriminação explicitamente devido à sua idade ou são rotuladas como deficientes ou incapazes (Butler, 1969; OMS, 2021). O «outrismo» não se refere exclusivamente a formas de discriminação específicas da idade; na verdade, os idosos, em particular, podem ser afetados por múltiplas formas de estigmatização — devido à sua idade, limitações de saúde, demência, origem ou situação social, ou a uma identidade ou história de vida não heteronormativa.

A sexualidade e a identidade na terceira idade são particularmente afetadas por tais processos de «outrismo». Os idosos que expressam necessidades sexuais ou desejam estabelecer relações íntimas desviam-se da norma social da «sexualidade juvenil» e são, por isso, frequentemente percebidos como inadequados ou problemáticos. Esta percepção conduz frequentemente à patologização ou moralização do seu comportamento, particularmente em contextos de cuidados institucionais. Na terceira idade, a discriminação também pode intensificar-se devido ao aumento das dependências: as pessoas dependem mais do apoio profissional, das estruturas institucionais (cuidados, apoio, habitação) e de regulamentos formalizados. Aqui, não é apenas o «apoio» que é organizado, mas também se estabelece a normalidade: às pessoas percebidas como «inadequadas» é concedido menos espaço (tanto literal como simbolicamente), menos credibilidade e menos margem de manobra. Isto é particularmente relevante nos casos em que a sexualidade e a intimidade já são socialmente tabu: as normas funcionam então não como uma proibição explícita, mas como «não sendo o pretendido» (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Um exemplo da vida quotidiana

Num lar de idosos, os funcionários, na sala dos funcionários, comentam que «os residentes estão novamente difíceis hoje». O que é que isso significa, na verdade? Essencialmente, estão a referir-se a várias pessoas diferentes, com necessidades individuais. O termo coletivo «os residentes» cria distância. As causas específicas da inquietação ou insatisfação são inicialmente ignoradas. Este pequeno exemplo ilustra o que se entende por «alterização»: foi dado um primeiro passo, presumivelmente inconsciente, no sentido de opor «nós, os cuidadores» a «estes residentes difíceis», que são vistos como um grupo homogêneo.

Sugestões para o seu próprio trabalho

Os cuidadores profissionais podem observar e refletir sobre o seu próprio comportamento no dia a dia:

- Em que situações utilizo este contraste entre «nós» e «eles» (por exemplo, «os utentes», «aqueles que estão sob cuidados», «aqueles de quem cuidamos»)?
- Que efeito tem esta linguagem na nossa atitude e nas nossas ações?
- Como poderíamos descrever a mesma situação de uma forma mais individualizada e valorizante?

Torna-se claro que no cerne do «outroismo» reside a divisão entre «nós» e «eles». Esta distinção é frequentemente feita de forma inconsciente, por exemplo, quando os profissionais se distanciam daqueles que necessitam de cuidados ou daqueles que estão ao seu cuidado, ou quando as decisões são tomadas exclusivamente no seio da equipa, sem envolver as pessoas em causa. Psicologicamente, isto serve frequentemente como um meio de autoorientação e proteção contra a sobrecarga emocional. E, muitas vezes, simplifica o trabalho quando todos são tratados de acordo com os mesmos padrões. Afinal, o inverso também é verdadeiro: quanto mais as necessidades individuais são avaliadas, maiores são as expectativas das pessoas sob cuidados de que essas necessidades serão satisfeitas. No entanto, muitas vezes isso simplesmente não é possível dentro do horário de trabalho e do orçamento disponíveis. Ainda assim, vale a pena, tanto para os indivíduos como para as instituições, refletir sobre onde podemos apoiar e evitar o «outroismo».

Os «outros-ismos» tornam-se mais pronunciados na velhice

Although discrimination does not begin in old age, its effects can accumulate and become institucionalmente enraizadas à medida que as pessoas envelhecem. Dois mecanismos são particularmente fundamentais neste contexto:

1. Acumulação ao longo da vida:

As desigualdades persistem ao longo dos anos e das décadas (tais como rendimentos mais baixos, acesso mais limitado aos cuidados de saúde, lacunas nos percursos profissionais e pensões mais baixas) e tornam-se mais visíveis na velhice (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).

2. Dependência institucional:

À medida que os sistemas de apoio se expandem, as regras, rotinas e quadros interpretativos das instituições tornam-se o critério central para o reconhecimento e a exclusão (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

Quadro institucional e sexualidade na terceira idade

No contexto da sexualidade e da intimidade, entra em jogo um terceiro fator: a sexualidade na terceira idade é frequentemente um tabu cultural — em consequência, as normas exercem uma influência particularmente forte através do silêncio, da evitação do tema e dos limites implícitos do que é considerado apropriado (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973). Embora a sexualidade e a identidade continuem a ser componentes centrais da vida humana ao longo de todo o ciclo de vida, estes temas são frequentemente tabu na velhice. Isto estabelece uma «ordem de normalidade» institucional na qual a autonomia e a idade adulta são desvalorizadas. Dois mecanismos convergem aqui: o idadismo, ou seja, a desvalorização ou discriminação com base na idade, e o capacitismo, ou seja, a normalização do desempenho e da autonomia como padrão, o que pode levar à dessexualização, à infantilização, à superproteção ou à dúvida generalizada quanto à capacidade de dar consentimento (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Esta convergência é central para os «outros -ismos», pois demonstra que a exclusão decorre não só de preconceitos individuais, mas também de rotinas institucionais e atribuições de estatuto (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

O «outro-ismo»: Mecanismos de estruturação da sexualidade e da intimidade

Invisibilidade

A invisibilidade significa que as necessidades não são questionadas, não são documentadas e não são tidas em conta. Consequentemente, o que «não é abordado» rapidamente se torna «inexistente» (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Isto afeta de forma particularmente grave os grupos marginalizados, uma vez que estes já enfrentam o estigma com maior frequência e a revelação da sua identidade (por exemplo, como queer ou trans) pode estar repleta de riscos.

A invisibilidade das histórias de vida queer

Muitos homossexuais mais velhos viveram numa época em que a homossexualidade era um crime e as pessoas homossexuais eram desprezadas por muitos dos seus contemporâneos. Da mesma forma, as pessoas trans* encontravam pouca compreensão no passado. Estas

experiências moldam a confiança, os sentimentos de vergonha e a forma como cada um lida com a abertura em relação à sua própria história de vida.

Ponto-chave: O silêncio ou a ocultação não são sinónimos de neutralidade. Reforçam a norma de que «velhice = assexualidade» e transferem o fardo da responsabilidade para as pessoas afetadas, exigindo-lhes que, em primeiro lugar, «proven» ou expressem «corajosamente» as suas necessidades (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Questões de reflexão para a prática profissional

- Quão diversificados, em termos de género e relações, são os nossos formulários e conversas?
- Sinalizamos ativamente que as diferentes escolhas de vida são respeitadas?

Dessexualização e infantilização

A dessexualização é mais do que apenas «ausência de sexo» — é um julgamento de estatuto: a pessoa deixa de ser considerada um sujeito legítimo de desejo, intimidade e autodeterminação. O capacitismo reforça este julgamento quando a necessidade de cuidados ou assistência é confundida com uma falta de capacidade jurídica (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Ponto-chave: Isto ilustra como os cuidados podem degenerar em incapacitação. Trata-se menos de uma questão de «conduta indevida individual» do que de um risco estrutural, quando a proteção é universalmente priorizada em detrimento da autonomia (Beauchamp & Childress, 2019).

Regulação moral através da trivialização ou da atitude defensiva

A regulação moral manifesta-se frequentemente nas reações mais subtis (olhares, piadas, desviar o olhar, trivialização) e gera vergonha (Goffman, 1963). A sexualidade na velhice entra, assim, em conflito com noções culturais nas quais a sexualidade está associada à juventude, à atratividade e ao desempenho (Gagnon & Simon, 1973).

Ponto-chave: A trivialização («engraçado») nega qualquer seriedade à intimidade e transfere-a para um registo infantil. A defensividade («isso é mesmo necessário na tua idade?») marca-a como inaceitável. Em ambos os casos, a exclusão ocorre sem uma proibição explícita.

Patologização

Quando a sexualidade se torna visível na velhice, é frequentemente percebida como um «problema»: como uma disfunção, um sintoma ou um risco.

Ponto-chave: Surge uma lógica dupla: 1. A sexualidade é considerada «inexistente»; 2. quando se torna visível, é enquadrada principalmente como um risco ou desvio. Isto impede frequentemente uma perspetiva centrada na qualidade de vida.

Regulamentação excessiva decorrente da incerteza («por uma questão de segurança»)

Quando faltam diretrizes, as instituições respondem frequentemente com regras generalizadas. Estas afetam de forma particularmente grave os indivíduos marginalizados, uma vez que estes dispõem frequentemente de menos redes de apoio, enfrentam maiores riscos de estigma e exposição e têm menos poder para apresentar queixas (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

Ponto-chave: Se uma questão «não estiver oficialmente na agenda», não existem vias profissionais disponíveis em caso de conflito. As normas informais (moralidade, vergonha, etc.) entram então em jogo — e é precisamente aqui que os «-ismos» são reproduzidos.

Uma perspetiva interseccional: quando as identidades se cruzam

A «alterização» tem um efeito particularmente forte quando várias características se combinam. As pessoas idosas não são apenas idosas — podem também ter um historial de migração, pertencer a uma minoria religiosa, ser queer, viver com uma deficiência ou estar em situação de desvantagem social. Estas sobreposições (intersecções) aumentam o risco de serem ignoradas, mal compreendidas ou tratadas de forma estereotipada.

Por exemplo, uma residente solteira, lésbica e de origem turca terá vivido a exclusão de forma diferente de uma mulher nascida na Alemanha, de origem alemã, que se casou com a sua parceira. É provável que esta última se adapte melhor às rotinas da instituição, uma vez que o facto de ser casada é, de qualquer forma, uma informação solicitada a todos. No entanto, os cuidados não podem limitar-se simplesmente a adaptar-se ao que convém à maioria. Isto é ainda mais verdade numa sociedade cada vez mais diversificada, onde uma solução única que sirva para todos se tornará cada vez mais rara. Agora que a sociedade evoluiu ao ponto de, com a abertura do casamento, as pessoas do mesmo sexo também serem «vistas», os cuidados devem responder em conformidade. Um homem gay que tenha sofrido discriminação não deve voltar a encontrar-se numa situação em que sinta que tem de esconder a sua identidade num lar por receio de uma nova rejeição. Um residente com um passado de refugiado pode reagir de forma sensível a ruídos altos ou a situações de controlo — sem que isso seja imediatamente reconhecido como uma reação condicionada pela sua história de vida.

O pensamento interseccional significa não reduzir as pessoas a uma única categoria, mas perceber as complexidades das suas realidades vividas e reconhecer que, nos pontos de intersecção, as pressões podem reforçar-se mutuamente.

Sugestões para profissionais

Os profissionais da educação e dos cuidados têm uma responsabilidade especial. Através de formação contínua e desenvolvimento profissional, os profissionais podem ganhar confiança nas suas ações e reforçar a sua abordagem profissional.

Os aspetos-chave do trabalho no contexto da «alterização» são:

Reflexão sobre os próprios valores, normas e incertezas relativamente à sexualidade na terceira idade.

Conhecimento e comunicação de conhecimentos sobre princípios jurídicos e éticos.

Promoção de uma cultura de equipa aberta, na qual situações difíceis possam ser discutidas.

Proteção ativa da privacidade, da intimidade e da autodeterminação.

Incorporação do trabalho biográfico para melhor avaliar as necessidades individuais.

Princípios fundamentais para evitar a «outrificação»

• Criação de espaços seguros e respeitosos

Um elemento fundamental é a criação de espaços onde a sexualidade e a identidade possam ser discutidas abertamente. Isto requer uma atitude respeitosa, uma linguagem sensível à discriminação e o combate ativo aos próprios preconceitos. Esse tipo de espaço é particularmente crucial para os idosos LGBTQIA+, uma vez que estes trazem frequentemente consigo uma vida inteira de experiências de discriminação (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Questões para reflexão

Que modos de vida são tacitamente considerados «normais» no nosso contexto?

Quem tem de se adaptar aos nossos procedimentos – e em que aspetos poderíamos ser mais flexíveis?

Como distinguimos entre limites organizacionais e mero hábito?

• Práticas de comunicação inclusivas

A comunicação inclusiva significa moldar a linguagem e o comportamento de forma a que todos se sintam incluídos e respeitados. Isto inclui evitar pressupostos heteronormativos («A sua mulher também vem visitá-lo?»), utilizar linguagem neutra em termos de género e praticar a escuta ativa nas conversas. Os profissionais não devem evitar conversas sobre sexualidade, mas sim orientá-las com sensibilidade e profissionalismo.

Descrever em vez de julgar: «Reparei que...» em vez de «isto é inadequado».

Perguntas abertas e sem julgamentos: «O que é importante para si em termos de intimidade/privacidade/relações?»

Não fazer suposições: não fazer suposições sobre orientação sexual, género, estado civil ou «modelo familiar» (Warner, 1991).

Língua e atribuições culturais:

Quando é que interpretamos precipitadamente um comportamento em termos culturais ou religiosos?

Que perguntas poderíamos fazer em vez de fazer suposições?

Com que abertura falamos sobre diversos modos de vida, para que os residentes do mesmo sexo também se possam sentir seguros?

- **Migração, língua e poder: a língua é um fator-chave na «alterização».** Se os idosos não falarem alemão, ou o falarem apenas de forma limitada, são mais rapidamente rotulados como «desorientados» ou «pouco cooperantes».

Em que situações confundimos barreiras linguísticas com deficiências cognitivas?

Que opções de mediação linguística profissional conhecemos e utilizamos?

Como podemos reforçar a comunicação não verbal e os cuidados culturalmente sensíveis sem reduzir as pessoas à sua «cultura»?

E ainda:

- Entrevistas/formulários de admissão: como são concebidos no nosso contexto? Os pressupostos heteronormativos («marido/mulher») também são evidentes nas entrevistas e formulários de admissão em contextos de cuidados, tornando invisíveis outras relações.

A «alterização» também surge quando os processos institucionais pressupõem tacitamente uma «biografia padrão»: heterossexual, de língua alemã, criado na fé cristã.

- **Privacidade e confidencialidade**

A privacidade é um direito humano fundamental e assume um significado particular em contextos de cuidados. Em instituições de cuidados prolongados, é frequentemente restringida por quartos partilhados, procedimentos organizacionais ou falta de pessoal. A intimidade e as oportunidades de privacidade devem ser ativamente protegidas aqui em particular, por exemplo, através de quartos com fechadura, regulamentos de visita claros e espaços confidenciais para conversação. Sem privacidade, a intimidade é praticamente impossível – especialmente em quartos partilhados.

- **Consentimento informado em casos de capacidade mental variável**

Uma questão particularmente sensível é a da capacidade de consentimento em pessoas com demência ou outras deficiências cognitivas. As abordagens éticas atuais defendem que o consentimento não seja visto exclusivamente como um estado estático, mas sim como um processo dinâmico. Os desejos, os sinais não verbais e as declarações biográficas anteriores devem ser incluídos na avaliação (Dewing, 2007).

- **Relações profissionais e responsabilidade ética**

Os profissionais encontram-se frequentemente divididos entre a necessidade de prestar apoio e a de manter uma distância profissional. É crucial reconhecer que é legítimo e necessário ter em conta as necessidades de proximidade e intimidade, sem explorar relações de dependência nem ultrapassar limites. A supervisão regular e as discussões éticas de casos podem ser úteis neste sentido.

- **Incerteza sem orientações:** Quando a sexualidade «não é abordada», surgem frequentemente restrições ad hoc em caso de conflito (Spade, 2015).

Fatores de risco e estratégias de prevenção

- **Julgamento moral**

Reações por parte do pessoal de cuidados que não são neutras, mas que, pelo contrário, julgam a sexualidade em pessoas idosas ou entre indivíduos queer — por exemplo, considerando-a «desagradável», «repugnante» ou, pelo contrário, banalizando-a de forma infantil.

Exemplos:

Um profissional de cuidados diz: «Nessa idade, isso já não devia acontecer...».

Risos ou olhares depreciativos perante a intimidade entre pessoas do mesmo sexo.

Banalização: «Oh, aqueles dois são tão fofos como adolescentes».

Estratégia: neste caso, é aconselhável estabelecer uma norma de equipa: «descrever em vez de julgar», ou recorrer à supervisão ou à consulta de casos entre pares.

- **Lógica protetora discriminatória**

A sexualidade dos idosos é restringida ou mesmo impedida sob o pretexto da «proteção»; particularmente em casos de défice cognitivo e, muitas vezes, sem que se realize qualquer avaliação genuína da autodeterminação. O problema aqui é que a autodeterminação é restringida em favor de uma noção excessiva de proteção.

Exemplos:

Um relacionamento é impedido porque uma pessoa tem demência («Ela não pode decidir isso»).

Famílias ou profissionais proíbem as visitas de um parceiro «para a sua proteção».

A intimidade é categoricamente considerada «perigosa».

Estratégia: Recomenda-se, neste contexto, implementar uma gestão transparente do consentimento, procedimentos estruturados e diretrizes para garantir a proteção de adultos

vulneráveis (crianças, jovens) contra qualquer forma de violência, abuso, exploração ou negligência (medidas de salvaguarda), uma boa documentação e sempre uma avaliação caso a caso (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Gestos simbólicos**

«Inclusão» simbólica sem uma verdadeira mudança estrutural. O problema surge quando isto ocorre sem medidas inclusivas adicionais e sem uma atitude correspondente. Nesses casos, os gestos simbólicos tornam-se uma inclusão fictícia e os problemas reais persistem.

Exemplos:

Bem-intencionado: a bandeira arco-íris na área de entrada – mas o pessoal não tem formação.

A declaração de missão menciona a «diversidade» – mas as queixas de pessoas LGBTQI+ são ignoradas.

Embora exista um «responsável de ligação queer», este não tem autoridade para tomar decisões.

Estratégia: Análise autocrítica no seio da organização

Linguagem (utilizamos linguagem inclusiva?)

Espaços (temos, por exemplo, espaços seguros?)

Regras (são sensíveis à discriminação?)

Procedimentos de reclamação (quem pode aceder a eles e quão acessíveis e eficazes são?)

- **Culturalização**

O comportamento ou as necessidades são atribuídos precipitadamente à «cultura», em vez de se considerar a perspetiva do indivíduo. Isto reduz as pessoas a estereótipos, o que reforça a «alterização».

Exemplos:

«Isso é tabu na tua cultura, não é?»

Presumir que uma pessoa reprime a sua sexualidade devido à sua origem.

Fazer generalizações abrangentes sobre «famílias religiosas».

Estratégia:

Perguntar diretamente às pessoas, em vez de fazer suposições irrefletidas.

Focar-se em abordagens interseccionais (por exemplo, Patricia Hill Collins e Sirma Bilge).

Exemplos concretos de práticas inclusivas

Formulários/histórico médico: Utilização de termos neutros nos formulários («parceiro», «companheiro»), opcional: pronomes/títulos.

Privacidade como norma: Respeito pelos quartos/espacos privados, opções de «Não perturbar», acordo sobre regras claras de bater à porta antes de entrar.

Cultura de equipa: Estabelecer uma rotina de reflexão («O que nos afeta? Que norma está aqui em jogo?») em vez de recorrer a piadas ou atitudes defensivas (Goffman, 1963).

Resumo

A prática inclusiva significa criar as condições para que a diversidade na terceira idade se torne uma possibilidade real. Isto inclui um ambiente seguro e respeitoso, uma comunicação inclusiva, a proteção da privacidade e uma abordagem sensível ao consentimento informado. Estes aspetos constituem a base da prática ética. Especialmente em contextos de cuidados, é necessário questionar criticamente as estruturas institucionais e reforçar a autonomia individual. A «alteridade» torna-se mais complexa quando a velhice interage com experiências de migração, racismo, estilos de vida queer ou barreiras linguísticas. Uma abordagem profissional ao trabalho com pessoas idosas implica, portanto, pensar de forma interseccional: não tirar conclusões precipitadas, mas manter a curiosidade, fazer perguntas biográficas e não dramatizar nem ignorar as diferenças. Uma prática de cuidados sensível à diversidade e crítica em relação ao poder reforça a dignidade, a segurança e o sentimento de pertença — especialmente para pessoas que já sofreram exclusão ao longo das suas vidas.

References

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (letzter Aufruf: 05.02.2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8. Aufl.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist, 9(4, Part 1), 243 ff.

Campbell, F. K. (2009). Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). Intersectionality. Polity Press.

Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. The Journals of Gerontology: Series B, 58(6), S327–

S337.

Dewing, J. (2007). Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2017). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism*. Routledge.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion*. University of Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, S. 27,

S. 363–385.

Spade, D. (2015). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.

Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, (29), S. 3–17.

World Health Organization. (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content> (letzter Aufruf: 11.02.2026).