

## **Preâmbulo**

### *Viagem*

*Aparelhei o barco da ilusão  
E reforcei a fé de marinheiro.  
Era longe o meu sonho, e traiçoeiro  
O mar...  
(Só nos é concedida  
Esta vida  
Que temos;  
E é nela que é preciso  
Procurar  
O velho paraíso  
Que perdemos).  
Prestes, larguei a vela  
E disse adeus ao cais, à paz tolhida.  
Desmedida,  
A revolta imensidão  
Transforma dia a dia a embarcação  
Numa errante e alada sepultura...  
Mas corto as ondas sem desanimar.  
Em qualquer aventura,  
O que importa é partir, não é chegar.  
(Miguel Torga, 1962)*

**Dedicatória**

Dedico com muito carinho este trabalho ao meu marido, José, e à Susana, minha filha, pelo apoio incondicional e confiança que sempre depositaram em mim.

Dedico também ao meu pai, que está assistindo num plano mais alto, à finalização do mesmo. Sei que ele está feliz por eu ter conseguido concretizá-lo.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os meus familiares, amigos e colegas, por terem sabido compreender as minhas ausências para me dedicar a este projecto.

Agradeço a todos os professores que me ajudaram a adquirir os conhecimentos necessários para que conseguisse chegar à elaboração deste trabalho.

Os meus agradecimentos à orientadora científica deste trabalho Prof<sup>ª</sup>. Doutora Purificação Horta.

Os meus agradecimentos, com muito amor, ao meu marido e à minha filha, por terem sabido compreender e respeitar o meu tempo e o meu empenho, para a realização deste projecto, conscientes de que este era de extrema importância para a realização de um sonho pessoal.

Agradeço a Deus pela saúde, força, capacidade de aprender e inspiração, que me levaram à concretização deste objectivo.

Agradeço a Nossa Senhora de Fátima por sempre me ter iluminado, sobretudo nos momentos mais difíceis, de cansaço e apreensão. Por ter iluminado os meus pensamentos e me ter ajudado a tranquilizar nos momentos de desalento.

A todos, por motivos diferentes e pela concretização do mesmo objectivo,  
Obrigado.

## Resumo

Na Antiguidade o estatuto de prestígio adquirido pelos mais velhos era baseado na sua experiência e sabedoria. Contudo, na sociedade contemporânea, a memória e a cultura do ancião têm sido aniquiladas, tendo sido atribuído à idade maior um papel desvalorizador, levando os idosos a internalizar a ideia de que estão ultrapassados, desactualizados e que o seu prazo terminou.

A acrescentar a esta forma de discriminação somam-se diversos tipos de violência exercidos sobre os mais idosos, o que contribui para aumentar a diminuição de auto-estima, levando-os a estados de depressão e potenciando a desesperança e perda de interesse pela vida. Concomitantemente, para além dos sintomas psicológicos referidos, as consequências mais graves dos maus-tratos parecem encontrar-se em sentimentos de culpa e negação das ocorrências. Sabe-se que a vítima é frequentemente do sexo feminino, com mais de 75 anos de idade e vive com familiares. O perfil é habitualmente de uma pessoa passiva, complacente, impotente, dependente e vulnerável. Essas características, unidas à incapacidade física e emocional, levam a que o idoso se torne incapaz de denunciar uma situação abusiva. Costumam ser pessoas solitárias e isoladas, que podem apresentar depressão e uma baixa auto-estima, reforçada por sentimentos de culpa e vergonha (Guccione, 2000).

O programa de prevenção desenhado no culminar deste trabalho de investigação, procura enfatizar a importância de trabalhar no sentido de detectar sinais de violência contra os idosos e assenta no estabelecimento de estratégias para combatê-la, com base nos indicadores apresentados, quer ao nível das vítimas como dos potenciais abusadores. Para que esse processo de informação e de acções se dissemine pela sociedade, torna-se necessário explicar às comunidades e aos agentes públicos, proteger as pessoas idosas e estimular as autoridades responsáveis a agir adequadamente, de forma a que os cidadãos não tenham medo de denunciar qualquer situação de violência ou maus-tratos praticados contra o idoso.

Palavras-chave: violência contra os idosos, maus-tratos, abusos, envelhecimento, prevenção.

**ABSTRACT**

*Since ancient times, the status of prestige acquired by the elders was based on their experience and wisdom. However, in contemporary society, the memory and culture of the elderly have been wiped out, assigning to age a devaluing role, taking the elderly to internalize the idea that they are outdated, and that they have reach the deadline.*

*In addition to this form of discrimination various types of violence against the elderly add up, which contributes to increasing loss of self-esteem, leading the elderly to a state of depression and boosting the loss of interest in life, which becomes hard, heavy and with no prospect of continuity. Many seniors suffer from depression as a reaction to frustration caused by the circumstances in which they live. The most vulnerable elderly are dependent, physically or mentally, especially when there are cognitive impairment, sleep disorders, incontinence, mobility difficulties, and therefore when the elderly need intensive care in daily living activities.*

*Concurrently, the consequences of abuse cause them to experience depression, hopelessness, alienation, post-traumatic disorder, feelings of guilt and denial of the events and situations of abuse. It is known that the victim is often female, over 75 years of age and lives with relatives. The profile is usually of a passive, complacent, powerless, dependent and vulnerable person. These characteristics, together with physical and emotional disability, mean that the elderly become unable to report an abusive situation. These people tend to be solitary and isolated, that might have depression and low self-esteem reinforced by feelings of guilt and shame (Guccione, 2000).*

*The prevention program designed in the culmination of this research seeks to emphasize the importance of working towards the detections of elder abuse and is based on establishing strategies to combat it, based on the indicators presented, both in terms of victims as of potential abusers. So that this process of sharing information and spreading in society, it is necessary to explain to communities and public as well as to protect the elderly and to encourage the authorities concerned to take appropriate action so that citizens are not afraid to report any situations of violence or abuse committed against the elderly.*

*Key-words: violence, mistreatment, abuse, elderly, prevention.*

## Índice

PÁGINA DE ROSTO.....	II
PREÂMBULO.....	III
DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
Introdução .....	8
<b>PARTE A</b>	
<b>Fundamentação teórica</b>	
<b>Capítulo I – O envelhecimento .....</b>	
1. O envelhecimento - conceito(s) .....	14
2. Teorias e factores relacionados com o envelhecimento.....	17
<b>Capítulo II – Para a inclusão do idoso .....</b>	
1. Exclusão/Inclusão do idoso.....	26
2. O idoso e a família.....	29
<b>Capítulo III – Violência na idade maior .....</b>	
1. Factores de risco e vulnerabilidade do idoso na violência .....	33
2. Tipologias de violência.....	40
3. Indicadores de risco de violência.....	43
4. Prevenção da violência nos idosos.....	48
<b>Capítulo IV – Legitimação .....</b>	
1. Legitimação do estudo.....	53
<b>Capítulo VI – Metodologia .....</b>	
1. Metodologia.....	56
<b>PARTE B</b>	
1. Cartografia do programa .....	60
VII- Considerações finais.....	64
VIII- Referências bibliográficas.....	68

## INTRODUÇÃO

Nas sociedades contemporâneas existe a tendência para desvalorizar a experiência e sabedoria dos mais velhos, o reflexo de uma crescente perda de tradição e valores morais. O estatuto social do idoso está fragilizado e os estigmas sobre a velhice ameaçam transformá-lo num ser descartável. A pessoa com mais idade, como resultado desse estigma, vê-se a si própria como um peso para a sociedade.

Portugal enfrenta actualmente uma realidade que tem adquirido um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, que acompanham um aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país. O crescente envelhecimento da população tem vindo a despertar interesse nesta temática, nomeadamente no que diz respeito à figura do idoso (Paúl & Fonseca, 2005), uma vez que viver não se trata apenas de subsistir, assenta também na promoção da saúde, bem como na adopção de estilos de vida adaptados às alterações biológicas e psicológicas próprias do envelhecimento (Squire, 2005).

É ilustrativa a pesquisa do antropólogo Simmons (1945) sobre a visão e a expectativa de velhos em 71 sociedades indígenas, em relação às suas tribos e ao lugar que ocupavam. Apesar de aquela investigação não ter sido replicada, somos da opinião que, pela sua relevância, merece ser citada, mesmo tendo passado perto de 60 anos após a sua realização. O autor afirma que encontrou os seguintes desejos expressos pelos idosos: viver o máximo possível, terminar a vida de forma digna e sem sofrimento, encontrar ajuda e protecção para a sua progressiva diminuição de capacidades, continuar a participar das decisões da comunidade, prolongar ao máximo conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito. Será que, na nossa sociedade contemporânea, variariam as expectativas da população mais velha? (Minayo, 2003).

Associado ao envelhecimento encontra-se o fenómeno da violência contra a idade maior. Embora a vitimação dos idosos seja um fenómeno cultural de raízes seculares e as suas manifestações facilmente reconhecidas, esse problema nem sempre se revestiu de relevância social. Contudo, actualmente, a diversidade crescente de informação sobre esta faixa etária tem-se tornado um tema obrigatório na reflexão sobre as questões sociais (Minayo, 2003).

Estudos recentes revelam que o fenómeno da violência contra as pessoas idosas está a aumentar em Portugal. Ferreira-Alves (2005) refere que os conhecimentos que temos em Portugal do problema dos maus-tratos contra pessoas idosas são escassos e pouco fiáveis. Apesar disso, podemos recorrer a alguns dados publicados por instituições como a APAV e a Linha do Cidadão Idoso que nos permitem obter dados reais sobre o fenómeno. Uma outra fonte conhecida é um estudo levado a cabo por este investigador, que ocorreu junto de 104 pessoas idosas que frequentavam 3 centros de dia da cidade de Braga, viviam de forma independente – deslocando-se para o centro de dia pelos seus próprios meios – e apresentavam um bom estado cognitivo. Do conjunto de dados destacamos os seguintes pontos:

a) Apenas 27% dos participantes do estudo não apresentavam qualquer indicador de maus-tratos ou negligência; 29% apresentavam um indicador; 11,5% apresentavam dois indicadores; 9,6% três indicadores; 5,8% apresentavam três indicadores e a mesma percentagem 4 indicadores. Uma pessoa apresentava os 15 indicadores de abuso.

b) Em termos qualitativos, a maioria do abuso aparecia sob a forma de negligência (nomeadamente a “falta de óculos, próteses dentárias ou auditivas” e também o de “ser deixado só por longos períodos de tempo contra a sua vontade”) e de abuso emocional (nomeadamente o de se “sentir sempre sozinho”), seguidos de muito perto pela exploração financeira (nomeadamente “dar conta de que lhe faltava dinheiro”) e, de forma mais distanciada, pelo abuso físico (nomeadamente “sentir medo de alguém em sua casa”).

c) Comparando os valores do abuso com marcadores sociodemográficos, foram encontrados os seguintes resultados: (1) As mulheres referiam significativamente mais abuso do que os homens, com excepção do abuso físico onde não havia diferenças significativas entre os géneros; (2) Os valores do abuso emocional eram significativamente maiores naqueles que não tinham escolaridade; (3) A idade também aparecia significativamente associada ao abuso físico e emocional, favorecendo sempre os grupos de idades mais novas; (4) As pessoas viúvas apresentavam significativamente mais indicadores de abuso emocional, quando comparadas com pessoas de outros estados civis. O ser casado foi o estado que estava mais associado a menor referência ao



abuso; (5) As pessoas que viviam com os filhos eram aquelas que mais indicadores de abuso emocional e negligência apresentavam, quando comparadas com as pessoas que viviam sozinhas ou com o cônjuge; (6) Finalmente, o factor mais significativamente associado ao abuso emocional, negligência e exploração financeira foi a percepção do estado de saúde, beneficiando as pessoas que tinham uma boa percepção de saúde.

Os agressores mais frequentes dos idosos são os seus cuidadores, muitas vezes, familiares próximos (Chaves, 2002). Na grande maioria dos casos o agressor é o(a) companheiro(a) ou os próprios filhos. Nos estudos efectuados sobre esta temática, o autor constatou que o maior índice de violência contra o idoso é causado pelos filhos, seguido do cônjuge ou companheiro e dos vizinhos. Estes resultados apontam para a importância de se enfatizar as pesquisas sobre a violência intrafamiliar contra os idosos. A violência que ocorre no seio da família pode ser compreendida enquanto acções ou omissões que prejudicam o estado de bem-estar, integridade física e psicológica e a liberdade.

Minayo & Coimbra (2002) referem que os maiores abusos e negligências contra os idosos perpetuam-se no contexto intrafamiliar, onde o choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras, fazem parte de um imaginário social que considera a velhice como “decadência”.

A violência contra o idoso não se reduz a espancamentos, torturas, privações e aprisionamento (que também são comuns), mas, para além destas, existem muitas outras situações de violência que são complexas, exigindo por isso, a intervenção de técnicos especializados, evidenciando nesta área grande relevo o papel do psicólogo da exclusão social.

As diferentes formas de violência alimentam sentimentos de culpa, solidão, dependência, inutilidade e aumentam o desamparo, a confusão e a dúvida nos julgamentos e juízos sobre o mundo que rodeia o idoso.

A atitude da sociedade face ao envelhecimento em nada contribui para que o estatuto do idoso seja dignificado. Assim sendo, torna-se necessário revalorizar o seu papel na esfera social, familiar, económica e política e criar oportunidades para que utilizem as suas capacidades em actividades que contribuam para dar sentido à sua existência. Torna-se fundamental respeitar a sua individualidade, sem infantilizar ou tratar como doentes ou incapazes, mas antes preservando a sua independência e autonomia, o que contribuirá para o desenvolvimento e promoção de auto-estima.

Deste modo, manter um papel activo na sociedade e promover uma boa saúde física e psicológica torna-se de crucial importância para que o idoso se sinta integrado e com os olhos postos no futuro, ao invés de encarar a velhice como o fim da vida (Paúl & Fonseca, 2005).

E desta forma falamos da necessidade de intervir juspsicologicamente (Poiares, 2001), na medida em que, neste domínio de exclusão social (idosos), ainda existe muito caminho para desbravar, devido ao carácter delicado e íntimo desta problemática. Daí decorre, então, a emergência de uma abordagem feita por profissionais especializados. É urgente que o psicólogo da exclusão social comece a intervir nesta área e, embora esta acção já se verifique e se comecem a ver resultados, torna-se importante o alargamento desta acção, transformando em prática efectiva a aplicação de todos os apetrechamentos teóricos e práticos que aqueles profissionais detêm, pela sua preparação e qualificação.

O presente estudo faz uma abordagem ao significado de envelhecimento, dando enfoque a algumas teorias e factores subjacentes. Procura compreender teoricamente a concepção da família na sociedade actual e os principais factores que estão relacionados com o envelhecimento, uma vez que o contexto familiar e os factores associados a este processo vão repercutir-se na qualidade de vida do idoso, favorecendo ou influenciando situações de violência, abuso e maus-tratos. Através de uma revisão bibliográfica nacional e internacional, procura enfatizar a dimensão da problemática da violência no idoso e, a partir de uma visão ampliada, discutir as principais questões, gerais e específicas, associadas ao problema da violência contra a idade maior, passando por uma exposição dos factores que mais contribuem para que o idoso fique mais vulnerável e, por isso, mais exposto aos actos de violência. Pretende-se ainda chegar à compreensão das situações de violência vivenciadas pelos idosos, as tipologias de violência que são exercidas contra a idade maior, bem como factores determinantes para a sua ocorrência e, ao mesmo tempo, reflectir sobre estratégias de prevenção e intervenção que visem proporcionar aos idosos um envelhecimento com maior dignidade, que resulte em satisfação e bem-estar, uma vez que o mesmo provoca grandes alterações na vida do indivíduo quer a nível físico, psicológico, ou mesmo social.

As interrogações levantadas ao longo de literatura sobre o tema motivaram a elaboração de um programa de prevenção, tendo em conta que também cabe ao psicólogo da exclusão social a responsabilidade de intervir no plano da violência contra

os idosos que, para além de provocar dor, também é uma forma de excluir socialmente o idoso.

Torna-se necessário alterar mentalidades de origem sociocultural acerca da idade maior e apoiar aqueles que, por obrigação, proximidade ou afectividade, são os seus cuidadores, na medida em que, muitas vezes, o adulto tem dificuldade em gerir as suas aptidões no cuidar do idoso, o que pode resultar em situações de *stress* que vão dificultar tanto a vida deste como a do próprio cuidador. É neste sentido que consideramos pertinente a elaboração deste programa de prevenção, uma vez que aborda a problemática da violência contra os idosos com um carácter informativo, não só dirigido à população idosa como a outras franjas da população, contribuindo para esclarecer familiares, cuidadores e a população em geral, sobre diversas estratégias para evitar actos de violência, abuso, maus-tratos ou negligência contra a idade maior.

Pretende-se com este programa intervir numa área tão delicada como é a violência intrafamiliar, nomeadamente a eventual expressão de abusos físicos, psicológicos e negligência. Através de sessões de esclarecimento sobre esta temática e sobre os mitos e crenças associados ao envelhecimento que contribuem para a estereotipização dos mais velhos, pretende-se que a população em geral se sinta sensibilizada para esta questão, sobretudo os adultos que têm idosos a seu cargo. Neste sentido, afigura-se-nos que o programa aqui apresentado, poderá ter uma importância acrescida na minimização dos actos de violência e negligência que possa ser praticados contra aqueles que, pela fragilidade da idade aliada à doença, já não se conseguem defender e, dolorosamente, querem encobrir, por amor ou por vergonha, os que praticam tais actos, que muitas vezes têm como palco o contexto familiar.

Com este trabalho procurámos alcançar uma compreensão mais aprofundada dos diversos tipos de violência exercida contra os idosos, os contextos onde é efectivada e as dinâmicas contributivas para este fenómeno, elementos que consideramos cruciais na implementação de estratégias que desmistifiquem e minimizem situações de violência na idade maior.

Esperamos ainda contribuir para alterar mentalidades acerca do ser-se mais velho, e que este trabalho possa vir a constituir um recurso no conhecimento sobre o tratamento do idoso, sobre a sensibilização da população, sobretudo junto dos profissionais que trabalham directamente com esta problemática.

**PARTE A**  
**Fundamentação teórica**

## **Capítulo I – O envelhecimento**

1. O envelhecimento – Conceito(s)
2. Teorias e factores relacionados  
com o envelhecimento

## **1. Envelhecimento – Conceito(s)**

O envelhecimento humano constitui um processo natural do desenvolvimento, sendo que atingir esta meta no próprio percurso exige uma preparação prévia, ou seja, uma prevenção desenvolvida ao longo das etapas anteriores, no sentido de o sujeito ir adquirindo estratégias que o capacitem para uma maior autonomia.

O conceito de envelhecimento é amplo e complexo, na medida em que se trata de um processo multidimensional: cronológico, biológico, social, político, económico e cultural, logo, quando nos referimos à velhice, temos que contemplá-la como uma etapa da vida de um indivíduo, que varia em conformidade com a combinação daquelas dimensões.

Neste sentido, a Gerontologia, enquanto campo do conhecimento que estuda o processo de envelhecimento, sob a óptica de uma abordagem interdisciplinar, procura alternativas adequadas de intervenção junto da população idosa, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida e a manutenção da sua capacidade funcional.

Binet & Bourliene (citados por Gonçalves, 1990) referem que o envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos.

Por seu lado, Robert (1994) define o envelhecimento como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente.

O termo envelhecimento é também utilizado por Spirduso (1995) para se referir ao processo ou conjunto de processos que ocorrem nos organismos vivos e que, com o passar do tempo, originam uma perda de adaptabilidade, danos funcionais e, eventualmente, a morte.

Barreiros (1999) caracteriza o envelhecimento como sendo um processo biossocial de regressão, observável em todos os seres vivos e com expressão particular na perda de capacidades ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis: genéticas, danos acumulados, condições de vida, factores nutricionais, entre outras.

Brodie (1985), referindo-se ao processo de envelhecimento, diz que o mesmo é inevitável e irreversível, iniciando-se no momento de concepção e continuando pela vida fora. O autor acrescenta que parece não ser possível afirmar conclusivamente que

uma pessoa é subitamente velha, uma vez que se trata mais de um processo do que um acontecimento, não sendo possível fixar um momento concreto no percurso vital. É unânime entre os diversos autores que o envelhecimento é um processo contínuo, verificando-se uma evolução mais rápida - ou pelo menos mais notória - na última fase da vida, sendo inevitável e observável em todos os seres humanos.

É também consensual que o envelhecimento é um fenómeno comum, constante e trans-histórico, representando a velhice um momento fisiológico da existência de todos os organismos (Ruffié, 1988, citado por Pereira, 1994), sendo que a crescente incidência de doenças são contributivas para o sentimento de envelhecimento (Ballesteros *et al.*, 2003).

Lidz (1983) caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas: *o idoso*, fase em que o indivíduo ainda se considera autónomo na satisfação das suas necessidades e ainda não existem grandes alterações orgânicas; *senescência*, que ocorre a partir do momento em que o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física ou psicológica, que o levam a ficar dependente dos outros, o que corresponderia a uma velhice avançada e a *senilidade*, fase em que o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se dependente e necessita de cuidados completos.

Contudo, cada uma destas fases é susceptível de variações, de indivíduo para indivíduo, sendo que alguns podem atingi-las todas de um modo faseado, outros ainda, atingi-las em simultâneo, não chegando outros a ultrapassar a primeira fase.

Deste modo, torna-se importante distinguir o envelhecimento fisiológico do envelhecimento patológico: o envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido, exclusivamente, aos efeitos da idade avançada, fazendo com que o organismo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a entrar em declínio (Firmino, 2006). Por outro lado, na perspectiva do autor, o envelhecimento patológico verifica-se a partir do momento em que as pessoas passam a aceitar que existem doenças próprias da velhice e se comportam de maneira passiva em relação à sua saúde.

Ajuriaguerra (1976) defende que o envelhecimento é um processo diferencial, sendo que cada pessoa envelhece em função de como tenha vivido, ou seja, se durante a vida a pessoa foi activa, criativa, sociável, autónoma, equilibrada, quando chegar a velha aumentará a probabilidade de continuar a sê-lo, embora dependendo das alterações naturais que o envelhecimento impõe. A este propósito Sayer & Barker, 2002

(citados por Fonseca, 2006) defendem que as condições ambientais a que os indivíduos estão sujeitos desde que nascem e a sua maior ou menor plasticidade desenvolvimental ao longo do ciclo de vida, acabam por influenciar a forma como decorrerá o envelhecimento.

Frutuoso (1990) é da opinião que é importante interrogar o envelhecimento, pois, este situa-se predominantemente no campo psicológico e manifesta-se, na prática, através da viragem para o passado, sem que o idoso consiga encarar o seu futuro e o do mundo em que está inserido, com esperança, confiança e algum optimismo. Deste modo, torna-se importante redireccionar o olhar sobre a idade maior, na medida em que o modo como a focalizamos pode contribuir para a internalização de estereótipos como, por exemplo, a convicção de incapacidade ou de que não constitui mais do que um estorvo para os que o rodeiam. Tratam-se de ideias enraizadas culturalmente, as quais se torna urgente mudar.

O envelhecimento envolve um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais em interacção recíproca, quase sempre sentidas como perdas a vários níveis: dificuldades cognitivas e sensoriais, doenças físicas, dependência, autonomia, relacionais e afectivas (*e.g.* morte do cônjuge, parentes e amigos). Face a este conjunto de realidades, o idoso pode reagir de uma forma positiva, adaptando-se às referidas transformações ou, o que acontece frequentemente, ser incapaz de se organizar (Spiriduso, 1995). O autor refere que a reacção negativa à situação depende das características individuais que determinam uma maior ou menor vulnerabilidade aos estímulos e da personalidade prévia (*estruturação e organização dos mecanismos de defesa*).

Ligado ao conceito de envelhecimento encontramos o factor idade que, segundo Levet-Gautrat (1985), deve ser entendida em diferentes dimensões: *idade cronológica*, referente ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente; *idade jurídica*, que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e determinar a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade; *idade física e biológica*, que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece; *idade psico-afectiva*, que reflecte a personalidade e as emoções de uma pessoa, não tendo, à partida limites em função da idade cronológica e *idade social*, que corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito, nomeadamente do ponto de vista socioeconómico.



Num outro plano de análise, Birren & Cunningham (1985) também consideram ser vantajoso proceder à diferenciação de diferentes categorias de idade, referindo-se à idade biológica como o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afectam os indivíduos, uma vez que se constata que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo. Já no que diz respeito à idade psicológica, é referida como as capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima. No que se refere à idade sociocultural, esta é caracterizada como o conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem. Esta idade é julgada, por exemplo, com base nos comportamentos, hábitos ou estilos de relacionamento interpessoal.

Serrazina (1990) refere-nos que João Paulo II contemplava a velhice como um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir mas, sobretudo, porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro.

## **2. Teorias e factores relacionados com o envelhecimento**

Tal como em todas as fases do desenvolvimento, também na “fase da idade maior” se torna necessário a promoção de estratégias que permitam ao idoso ultrapassar, de forma harmoniosa, factores inerentes ao processo de envelhecimento. Pimentel (2001) refere que o fenómeno do envelhecimento envolve múltiplos factores e difere de indivíduo para indivíduo.

Fernandes (2000) aponta diversos factores que influenciam o envelhecimento, apoiando-se nas teorias de alguns autores, como por exemplo Barreto (1984), que descreve determinados factores e condicionalismos como sendo responsáveis pelo comprometimento do bem-estar da pessoa idosa, da sua integração e inclusão plena (*e.g.* reforma, isolamento, rupturas, falta de recursos económicos, adaptação, reajustamento ou condições ambientais). Ainda segundo o mesmo autor, verificam-se nesta fase da

vida grandes transformações ao nível físico, psíquico e social, sendo cada um deles susceptível de afectar, de forma mais ou menos significativa, a saúde mental do idoso.

Simões (1982) propõe duas teorias sobre o envelhecimento que colocam em evidência competências que, quando diminuídas, podem ter um impacto negativo ao nível psíquico: *a teoria do desempenho*, que considera a existência de uma tendência para que com a idade a pessoa se descomprometa social e psicologicamente; e a *teoria da actividade*, que sublinha a necessidade de o idoso continuar socialmente activo, no que diz respeito ao seu desempenho.

Kuhlen (citado por Barreto, 1984) defende que, tanto quanto possível, deve ser contrariada a tendência da sociedade para afastar o idoso da vida activa, uma vez que este afastamento pode contribuir para um maior isolamento dos restantes grupos sociais, sendo causa de muita da sua infelicidade.

A satisfação que o idoso possa sentir depende, em grande medida, da imagem positiva de si mesmo, que resulta da percepção da sua capacidade para concretizar os objectivos pessoais e da manutenção de uma interacção social adequada que considere as trocas interpessoais como um fim em si mesmo. Uma compreensão positiva e realista da velhice possibilita ao idoso rever objectivos e a escala de valores, encarando com maior optimismo um fim que, inevitavelmente, se aproxima (McKenzie, citado por Simões, 1982).

Algumas teorias parecem explicar a competência do idoso na vida diária. Paúl (2005) destaca: *teoria dos componentes*, que considera a existência de diferentes dimensões latentes da competência, entre as quais, as de natureza cognitiva, relativas às trajectórias desenvolvimentais, que seriam as mais significativas, no que resultaria que a aproximação à realidade por parte dos indivíduos idosos fosse mais pragmática e concreta, mas também, por outro lado, mais subjectiva, mais sensível ao contexto interpessoal e reflectindo as vivências pessoais (Labouvie-Vief, 1992). Por outro lado, a *teoria do domínio específico* (Salthouse, 1990) contempla a competência limitada a uma determinada área de conhecimento, pelo que nos idosos a resolução de problemas está, sobretudo, relacionada com a familiaridade e a experiência num determinado domínio. Naquela perspectiva, a competência será devida à automatização, à experiência anterior e à especialização, atribuindo-se pouca relevância às mudanças desenvolvimentais relacionadas com o envelhecimento. A *teoria da adequação ambiente/indivíduo* diz-nos que o comportamento competente ocorre quando as capacidades do indivíduo combinam com as exigências e recursos do meio (citado por Kahana & Lawton, 1982).

A perda de competência resulta da incongruência entre o indivíduo e o meio, o que acontece pela diminuição das suas capacidades, pelo aumento das exigências do meio ou por uma combinação de ambos (Paúl, 1997).

Paúl & Fonseca (2005) apresentam outros dois modelos de compreensão de competência/dependência nos idosos, centrados na pessoa, e sugeridos por Baltes & Cartensen (1999): *modelo da dependência aprendida*, em que a dependência nos idosos não é um problema de envelhecimento biológico automático mas uma consequência das condições sociais, de que resulta uma tendência para sobreproteger os idosos e negligenciar as áreas em que têm maior potencialidade. A dependência pode ser, então, aprendida e funcionar de forma adaptativa, evitando a solidão e correspondendo a um *controlo passivo* (estratégia compensatória). Por outro lado, a *teoria da selectividade emocional*, formulada para explicar a diminuição dos contactos sociais nos idosos, defende que esta diminuição corresponderá a uma redistribuição de recursos e uma selecção activa de investimentos significativos em áreas para as quais tenha apetência e aptidão. É fundamental que o idoso se mantenha ocupado, em actividade, para que, por exemplo, a entrada na reforma não seja encarada como o final da vida do indivíduo, mas antes vista como uma nova etapa de vida.

Na base destas teorias encontra-se a convergência do pensamento de vários autores, entre os quais Paúl & Fonseca (2005), que concordam que o que mais contribui para a qualidade de vida do idoso é a sua participação na vida activa, bem como a interacção ao nível familiar e social, fazendo-os acreditar na sua autonomia e capacidades.

Fernández-Ballesteros (2000) introduziu a noção de *idade funcional*, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança, entre crescimento e declínio, não deixando de parte as funções que necessariamente diminuem de eficácia, como sendo as de natureza física e cognitiva (*e.g.* percepção e memória), dando ênfase a outras que estabilizam, como a personalidade e ainda outras que, na ausência de doença, evoluem num sentido de crescimento ao longo do ciclo vital, que se traduzem no uso da experiência e dos conhecimentos prévios. Assim, na sua opinião, a idade funcional constitui um conjunto de indicadores que permitem criar condições para um envelhecimento satisfatório, traduzindo-se em estilos de vida saudáveis, gestão do *stress* e na prevenção da autonomia e da doença.

O envelhecimento provoca sempre alterações que devem ser conhecidas e compreendidas, para se proceder de forma a manter o equilíbrio da pessoa idosa. Como tal, existem factores que têm que ser considerados no processo de envelhecimento, como sejam a idade, as perdas e a adaptação, associados aos factores pessoais. Há que ter em conta ainda factores situacionais, como sociodemográficos, socioeconómicos e ambientais.

No âmbito dos factores pessoais, no que se refere à idade, Simões (1982) considera que esta é uma variável vazia, na medida em que apenas traduz um índice da passagem do tempo, uma vez que através dele se sustenta socialmente que a pessoa é jovem, adulta ou idosa. Numa perspectiva sociocultural, a idade cronológica não adquire relevância se não for conhecida a significação social atribuída a esta variável. Fernandes (2000) considera assim que a idade é um índice relativamente pobre para prever a intensidade das modificações dependentes do envelhecimento.

Quanto às perdas, estas são uma experiência emocional universal presente na vivência de todo o ser humano, desde o nascimento até à morte. Existe uma perda sempre que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma separação, uma privação afectando o seu *status*, os seus objectivos ou os seus sonhos. As perdas são frequentemente palpáveis em diferentes situações, como por exemplo, o desaparecimento de uma pessoa, a perda de um órgão ou de um objecto. A estas perdas concretas associam-se, com frequência, uma rede de perdas simbólicas de natureza abstracta, que influenciam a psique do indivíduo, como por exemplo, a perda de auto-estima (Foucault, 1995).

Para além das alterações cognitivas com as quais muitos idosos têm que se confrontar, as inúmeras perdas económicas e sociais podem também influenciar um temor emotivo, mágoa, depressão, dependência, abandono, sensação de fracasso e humilhação. Na sequência das perdas podem manifestar-se ainda, reacções de *stress*, fuga e até um menor desejo de continuar a viver (Carroll, 1991), potenciado pelo facto de muitas destas perdas serem imprevistas e múltiplas (Fernandes, 2000). A autora diz existirem um sem número de situações de pesar patológico que se traduzem em consequências para a saúde física e mental do idoso. As principais perdas vividas pelas pessoas idosas dizem respeito aos papéis, expectativas e referências ao grupo social, podendo ameaçar a integridade dos idosos.

Os idosos são confrontados com diversas perdas ou estilo de vida e nem sempre dispõem do tempo necessário para se adaptarem. Alguns autores fazem a

distinção entre a perda (privação), os sentimentos que acompanham essa perda (tristeza, desgosto ou dor) e os comportamentos manifestados em resposta a essa perda. Fernandes (2000, citando Solomon & Davis, 1995) refere que as perdas suscitam nas pessoas idosas depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso.

Quanto ao factor adaptação, se envelhecer é percebido como tornar-se um ser maduro, conservar a maturidade adquirida no decorrer dos anos nem sempre se apresenta tarefa fácil. As experiências humanas são múltiplas, a adaptação a determinadas situações é influenciada pela acção do tempo, pelas estratégias escolhidas para se adaptar, pelas crises atravessadas durante a existência e pelas forças pessoais (Fernandes, 2000).

Na perspectiva de Kalish (citado por Simões, 1982), a adaptação pode ser entendida como *a maneira de responder às exigências do mundo exterior e interior*. Neste sentido, todo o indivíduo se adapta, porém, nem todo o indivíduo se adapta com facilidade.

Existem outros factores importantes que se relacionam e afectam o modo como se envelhece - são factores situacionais. Fernandes (2000) baseando-se na opinião de autores que têm investigado esta área (Blazer, 1992), que corroboram a ideia de que, embora as alterações verificadas na população sejam afectadas primariamente por alterações da fertilidade, alterações da mortalidade dentro da população em processo de envelhecimento, têm afectado a demografia na velhice.

Por seu lado, Valente (1993) refere que o crescente relevo estatístico na faixa etária da população com idade igual ou superior a 65 anos apresenta-se como uma característica marcante deste século. O envelhecimento demográfico cresceu na segunda metade do século XX, fenómeno característico das sociedades desenvolvidas. Em termos demográficos podemos classificar dois tipos de envelhecimento: *envelhecimento na base e envelhecimento no topo* (Nazareth, 1999). O primeiro caracteriza-se por uma diminuição da percentagem de jovens, de tal forma que a base da pirâmide de idades fica acentuadamente reduzida. Por seu lado, o envelhecimento no topo surge quando a percentagem de idosos aumenta, originando um alargamento da parte superior da pirâmide de idades.

É apontado como um fenómeno da nossa sociedade actual o facto de estarmos perante um envelhecimento da população, o que se deve a um aumento da esperança de vida e a um decréscimo do índice de natalidade. Numa análise mais aprofundada

denota-se que, associadas a esta realidade, emergem várias questões. Se por um lado existem implicações demográficas, por outro lado, também são visíveis questões sociais marcadas, que se prendem com o facto de a sociedade estar preparada, ou não, para fazer face, em termos de necessidades de apoio, cuidados pessoais e de saúde a esta camada da população (Paúl, 2005).

Um outro factor a considerar é o socioeconómico, sendo a condição socioeconómica do indivíduo uma variável de grande interesse no processo de decisão e participação (ou não) em todo o processo de envelhecimento. Resultados de múltiplas investigações têm demonstrado que o baixo *status* social (os indivíduos com recursos sócio-económicos deficitários) tem influência na disponibilidade, afectiva e emocional, que lhes possibilite a participação na resolução das suas necessidades vitais. Pelo contrário, indivíduos com elevado *status* social têm maiores probabilidades de participação activa na resolução dos seus problemas (Fernandes, 2000).

Ainda do ponto de vista situacional, Ballesteros (1995) refere que as considerações ecológicas são significativas na compreensão do idoso, estando este integrado no meio familiar, ou quando institucionalizado - a acção sobre o envelhecimento dos factores ligados ao meio é ainda pouco conhecida. Sabe-se, contudo, que os idosos têm que recorrer a todos os meios à sua disposição para controlar o ambiente físico, psicológico e social, no sentido de uma tentativa de adaptação às situações que vão surgindo como resultado da idade avançada, como sejam, mudança de domicílio, ruptura com as relações sociais, o surgimento das doenças, alteração do meio familiar. Quando não conseguem dispor de meios adaptativos, por motivos variados (*e.g.* saúde fragilizada, baixa auto-estima, características temperamentais), o controlo do ambiente não se efectiva.

Na opinião de Berger (1995a), nem sempre é possível modificar os factores ambientais, mas há intervenções concretas que podem ajudar os idosos a conservar a energia, preservar o seu espaço pessoal e integrar-se no meio. A escolha dos amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização, a tomada de decisões quanto aos défices sensoriais, são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um bom nível de bem-estar e satisfação com a vida. Desta forma, parece que quanto mais o idoso se sentir integrado, menor a tendência para o sentimento de isolamento e inutilidade.

Ainda enquadrado na problemática da adaptação do idoso ao ambiente, encontra-se o factor institucionalização. Os serviços institucionais muitas vezes representam um recurso importante para os idosos, tendo em conta a perda de

autonomia. No entanto, há que ter em conta que a institucionalização também contém aspectos negativos. De entre as consequências que podem intervir negativamente, destacam-se a despersonalização, a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que não tem em conta as diferenças individuais, conduzindo a uma perda de objectivos e de liberdade (Fernandes, 2000).

Tendo em conta que o ambiente residencial por vezes ocupa um lugar capital na vida dos idosos, a satisfação com o mesmo reveste-se de grande importância para a manutenção do seu bem-estar psicológico. A institucionalização, por vezes necessária pelas mais diversificadas razões, nomeadamente as que se prendem com a diminuição das capacidades do idoso, tornando-o mais sensível ao estado de saúde, fazem com que este meio se torne um importante factor facilitador no que diz respeito à resolução de problemas de âmbito familiar, mas que poderá constituir uma barreira para a vida do idoso (Aiken, 1989).

A instituição aparece como uma determinada organização que resulta da vontade de pessoas ou grupos que, em determinado momento, decidiram criar um determinado tipo de respostas no sentido de tornarem resolúveis problemas que se punham à sociedade em que estavam integrados (Figueiredo, 2000).

A institucionalização e as mudanças de habitação constituem fenómenos relativos ao meio ambiente, de grande relevo, na medida em que, para além de implicarem uma mudança no cenário físico, acarretam, igualmente, mudanças na rede social do sujeito, pois ao passar a viver num local, à partida cheio de estranhos, portadores de usos e costumes em tudo diferentes, como gestos e formas de estar na vida e de nela participar, determina uma adaptação a uma nova realidade. Assim sendo, o mesmo local pode representar uma experiência completamente diferente, representações que dependem de um passado, de especificidades individuais, de necessidades básicas e da capacidade de adaptação a determinadas situações (Quaresma, 1982).

O lar, como uma unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre múltiplas questões, designadamente o processo que liga os idosos à sua residência, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica no momento da institucionalização, bem como a adaptação a um novo ambiente, a que ironicamente se chama de lar, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade, relativamente longo, e muitas vezes penoso (Guerreiro, 1988).

Segundo Figueiredo (2000), o exame sobre as diferentes formas de alojamento, mostra que a grande maioria dos idosos aspira viver o maior tempo possível na sua própria casa, considerando outros tipos de residência como substitutos que resignadamente aceitam.

De acordo com Ferreira *et al.* (2006), a Organização Mundial de Saúde teme que o aumento do número de idosos por todo o mundo venha de alguma maneira agravar as situações de violência/maus tratos, relacionadas particularmente com a ruptura de laços familiares e com o enfraquecimento dos sistemas de protecção social. A esta possibilidade acresce o risco de alteração do nível da auto-estima, devido às perdas e aos estereótipos existentes acerca do envelhecimento, que ainda se encontram enraizados na nossa sociedade.



## **Capítulo II – Para a inclusão do idoso**

1. Exclusão/inclusão do idoso
2. O idoso e a família

## 1. Exclusão / Inclusão do idoso

Tendencialmente, as exclusões são socialmente percebidas como verdadeiros problemas, carentes de medidas de integração e de planeamento.

Esteves (1998) caracteriza a exclusão social como um problema existente em vários países, não se reportando apenas a questões económicas. Citando Lipovetsky (1983), trata-se de um fenómeno que é resultante de uma falha na solidariedade humana, uma verdadeira *fractura na socialização*.

Bruto da Costa (2002) refere que aquelas práticas raramente recorrem à análise dos direitos humanos fundamentais. O mesmo autor, citando Castel (2002), menciona que a noção de exclusão social tem origem na tradição francesa no estudo de grupos e pessoas desfavorecidas, definindo o fenómeno como um estado limite, um acumular de sucessivas perdas, que confluem numa desvinculação do indivíduo em relação à sociedade.

A evolução e desenvolvimento científicos permitem que os indivíduos, cada vez mais, atinjam uma maior longevidade (Carvalho, 2002). Sendo uma realidade que os idosos vivem cada vez mais tempo, também se verifica que muito desse tempo é vivido pelo idoso na qualidade de excluído ou isolado da sociedade.

Bruto da Costa (2002) categorizou formas de exclusão social, nomeadamente, ao nível económico, social, cultural, de ordem patológica e por comportamentos auto-destrutivos. A ausência de laços sociais e o isolamento, muitas vezes, associados à falta de autonomia e auto-suficiência pessoal que se verifica na população idosa, poderão constituir um factor de risco, quando estes se encontram associados a comportamentos auto-destrutivos, como por exemplo, o alcoolismo e abuso de substâncias (Canotilho, 2007).

Etimologicamente, o conceito “social” está, naturalmente, ligado às questões de cidadania. Ser cidadão implica ter acesso a um grupo de sistemas sociais básicos. O indivíduo socialmente excluído possui um estatuto social desvalorizado, que se materializa em diferentes ângulos, nomeadamente, ao nível da identidade negativa, cuidados de saúde precários, habitação em locais degradados ou ausência de habitação, ausência de suporte familiar, material, relacional, emocional, agregação a comunidades percebidas como marginais, entre outros (Berger, 1995b).

Os grupos socialmente desfavorecidos ocupam uma posição inferior na hierarquia da sociedade. Tornam-se um grupo de risco, uma vez que estão sujeitos a situações de vulnerabilidade, e vão acumulando incapacidades que dificultam o acesso ao estatuto de cidadão na integração no mercado de trabalho. Esta ideia remete-nos para formas de exclusão do benefício da mão-de-obra da população envelhecida activa, podendo esta ser reintegrada no mercado de trabalho, adaptado às suas necessidades, através de formações contínuas para reforço de competências profissionais, atendendo a que os mais velhos são detentores de um saber válido (Observatório do Emprego e Formação Profissional, 1998), assim, os trabalhadores mais velhos deveriam ser requalificados e colocados, tanto quanto possível, no mesmo limiar dos trabalhadores mais novos, oferecendo-lhes oportunidades que os mantivessem activos.

Fernandes (1998) refere que as políticas direccionadas para os idosos provocam uma segregação social e contribuem para cimentar ideias (pré)concebidas de que os idosos são (apenas) indivíduos dependentes e carentes, quando conhecemos a sua importância em qualquer meio, seja ele urbano ou rural.

Centeno, Erskine & Pedrosa (2001) analogizam a essência da produtividade dos idosos com a das crianças: estas ainda não têm capacidade para produzir e os primeiros deixam de ter porque a produtividade não acompanha o ritmo da mãe natureza.

Fonseca (2006) refere que na generalidade associa-se a velhice a uma segunda infância, o que conduz à infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual dos idosos, contribuindo para a redução do seu estatuto social. Citando Hoffman, Paris & Hall (1994), o autor reforça a ideia preconceituosa que a sociedade detém acerca dos mais idosos referindo que se trata de uma visão negativa, na medida em que os idosos são considerados incompetentes e até senis, sendo estes estereótipos responsáveis pela sua discriminação e tendência para ignorá-los ou não levá-los a sério.

Rodriguez (1989) refere que a velhice depende da forma como vivemos, por isso, ninguém deveria estar desocupado, nem mesmo na idade “mais avançada”.

Staab & Hodges (1998) definem o conceito de *ancianismo* como o processo de estereotipia e de discriminação sistemática contra as pessoas porque são velhas. Este problema surge, quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. A rejeição e rotulagem de um grupo, em particular a estes indivíduos, desenvolve-se porque às características individuais são

associados traços negativos. Assim, a palavra “velhote” pode descrever os sentimentos ou preconceitos resultantes de micro-concepções e “mitos” acerca dos idosos, que geralmente envolvem crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis (Nogueira, 1996). No “mundo civilizado” de hoje, a velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável votado ao fracasso. Esta postura social atingiu tal dimensão, que Berger (1995b) chega mesmo a afirmar, que actualmente são abundantes as ideias feitas e os preconceitos relativamente à velhice.

Segundo Carvalho & Papaléo (2006) vivemos numa sociedade que tem-se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano. Frequentemente, as pessoas são valorizadas pelo critério de ter ou do poder, mais do que pelo ser. O idoso, frequentemente improdutivo e intelectualmente diminuído, corre o risco de ser considerado um indivíduo menos útil e, portanto, menos digno.

João Paulo II dizia ser necessário destruir todos os estereótipos depreciativos dos idosos. Esta mudança de mentalidades depende sobretudo de alterações individuais e colectivas (Neto, citado por Palmeirão, 2002).

Os estereótipos relativamente à pessoa idosa podem resultar em *idadismo* (Buttler, 1969), forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam, que contribui para a sua exclusão, com a argumentação de que certas coisas já não são para determinada idade ou que já nada há a esperar delas. Este conceito suscita uma atitude negativa relativamente aos mais velhos, o que pode contribuir para que olhem para si mesmos através da imagem que é passada pela sociedade acerca deles, como incompetentes e incapazes (Cavanaugh, 1997, citado por Fonseca, 2006). Esta ideia é reforçada por Nelson (2002) ao considerar que os próprios idosos podem internalizar as crenças do *idadismo*, o que pode reflectir-se negativamente na postura perante a vida.

Ferreira-Alves & Ferreira Novo (2006) referem que a idade é o factor mais relevante de discriminação em termos sociais. Este reducionismo centrado na idade acompanha a desvalorização da individualidade, o que é humanamente empobrecedor e culturalmente perigoso.

Somos da opinião de Fonseca (2006) quando cita que a única forma de evitar a caricaturização dos idosos na sociedade contemporânea é olhar para uma pessoa idosa simplesmente como uma pessoa, com direitos e obrigações, com alegrias e angústias, com desejos e frustrações, exactamente como uma criança, um jovem ou um adulto -

como um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro.

## 2. O idoso e a família

A família é a célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais – é aí que se encontram as gerações que se interajudam e completam. No entanto, na sociedade contemporânea, onde a esperança de vida está a aumentar, as relações familiares apresentam novos desafios (Nelson & Nelson, citados por Freitas *et al.*, 2002).

Foram vários os factores que contribuíram para essas transformações: as migrações obrigaram as famílias nucleares a tornarem-se mais individualistas; a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial distende os laços entre irmãos; a educação que estabelece uma clivagem no seio familiar e fá-las desintegrarem-se (Nogueira, 1996).

No passado, o idoso detinha um papel preponderante na estrutura familiar, tinha tarefas atribuídas, mantinha uma vida activa, o que, conseqüentemente, fomentava sentimentos de utilidade. Martins (2002) refere que, nos dias de hoje, só conseguimos identificar algo semelhante àquele sistema em alguns meios rurais.

Na opinião de Machado (1994) o afastamento intergeracional leva a que os idosos permaneçam sós, segregados às suas habitações e tendo pouco (ou nenhum) contacto com os familiares mais próximos. Neste sentido Pimentel (2001) refere que as pessoas idosas são a camada da população mais afectada pela transformação do conceito de sociabilidade, devido ao isolamento das mesmas e ausência de suporte relacional.

Nazareth (1999) refere que, com o passar do tempo, a solidariedade e convivência geracional que caracterizava as famílias no passado está a perder valor e qualidade. Aponta vários factores contributivos para essa mudança, nomeadamente o aumento do número de famílias monoparentais, o casamento tardio, o crescente número de divórcios, entre outros. A este respeito, Oliveira (2010) adianta que a instituição família encontra-se em contínua evolução e transformação, constituindo isso um problema para o idoso que, por vezes, se sente perdido e ultrapassado pelos filhos, netos e bisnetos. Acrescenta o autor que há muitas espécies de famílias, umas mais sadias, outras mais doentias, umas mais pacíficas, outras mais conflituosas, umas mais unidas, outras mais desunidas, umas mais rígidas, outras mais flexíveis, umas mais felizes,

outras mais infelizes, ou até mesmo deprimidas e, consoante o tipo de família, dependerá o tipo de apoio prestado ao idoso ou o abandono, a alegria ou sofrimento que os idosos vivenciam.

Martins (2007, citando Nina & Paiva, 2001), refere que o decurso e desenvolvimento da sociedade humana tem mostrado que, como unidade social, a família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos, podendo, no entanto, ser também geradora de conflitos e doenças. Neste sentido, a família deve ser uma estrutura cujo desenvolvimento se obtém através dos esforços dos seus membros na realização de diversas tarefas, nomeadamente no que diz respeito à adaptação, protecção, participação, crescimento e suporte na afectividade.

Smilkstein (1978) defende ainda outras funções que foram enfatizadas em estudos gerontológicos: adaptação, que consiste na utilização de recursos dentro e fora da família para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise; participação, ou seja, a partilha na tomada de decisões e das responsabilidades, pelos membros da família; crescimento, maturidade física e emocional e, ainda, a realização, conseguida pelos membros da família através do mútuo apoio e orientação; afecto, relações de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família; decisão, compromisso assumido de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. Quando uma família demonstra integridade nestas cinco componentes funcionais poder-se-á considerar uma família saudável ou funcional. Contudo, na sua ausência, poderemos defrontar-nos, com disfunções familiares, mais ou menos graves, onde o respeito e a complacência pelos mais velhos são frágeis.

Martins (2007, citando Salutz, 1995) salienta que ajudar cada membro da família é uma função que se concretiza diz respeito ao apoio físico, financeiro, social e emocional, aspectos relevantes para o bem-estar dos idosos. Este apoio baseia-se em estruturas organizadas de papéis familiares interdependentes e nas reacções emocionais dos seus membros. A vida em família deve ser vivida em grupo, cultivando sentimentos de pertença e de co-responsabilização. Por outro lado, o estabelecimento de autonomia e independência para cada um dos seus membros tem-se revelado uma medida geradora e facilitadora de crescimento pessoal para os indivíduos, que se desenvolvem e adaptam no seio da família, assumindo particular destaque nos elementos mais velhos.

Oliveira (2010, citando Bengston & Treas, 1980) refere que, embora os familiares sejam a fonte preferida de conforto e ajuda nas situações de crise, quanto

mais elevada for a expectativa de receber assistência dos familiares, mais o idoso se deprime se não obtiver tal apoio. Numa situação de necessidade mais grave pode haver uma crise nas relações deste com a família.

Entender a dinâmica familiar dos idosos é uma questão de crucial importância, na medida em que tendem, por vezes, a mascarar o seu real posicionamento no agregado familiar. Na ideologia dominante, ou concepção tradicional, compete às famílias a responsabilidade de prover o sustento dos ascendentes. Como nos refere Bee (1997), os cuidados para com os pais na velhice é um papel que cabe aos filhos e causa um efeito intenso na satisfação geral da vida.

Freitas *et al.* (2002) expressam uma opinião diferente ao considerar que os filhos não devem qualquer obrigação aos seus pais, por simplesmente serem os seus filhos. Defendem que os deveres dos filhos adultos resultam do amor entre eles e os seus pais, em vez de constituírem uma obrigação de retribuição aos sacrifícios que os seus pais fizeram por eles.

Tennstedt *et al.* (1993) defendem que, mesmo nas sociedades desenvolvidas actuais, onde a família continua a assumir a maioria das tarefas de apoio, a existência de redes de suporte social são um importante elemento para os idosos. No âmbito dessas redes a família surge como o centro de todo o apoio recebido e prestado, embora o seu carácter não voluntário possa introduzir efeitos complexos, nem sempre positivos, na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 1997). A autora refere que o envelhecimento activo é um processo que diz respeito a todas as pessoas e uma tarefa de curso de vida. A rede de suporte social de cada um e, principalmente, a existência de relações significativas, deve corresponder a um investimento afectivo e solidário, constituindo, seguramente, um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento.

Quando o lugar do cuidado é o ambiente familiar, tal permite ao idoso viver num meio conhecido e preservar o carácter de intimidade que caracteriza o auto-cuidado de saúde. Pode ainda ter repercussões altamente positivas na auto-estima dos cuidadores, permitindo desenvolver o seu lado solidário e encontrar satisfação na ajuda prestada aos outros, crescer pessoalmente com a aquisição de conhecimentos sobre a saúde e a doença, e compreender a evolução dos processos de envelhecimento (Francisco & Mazarrasa, 2000).

### **CAPÍTULO III – Violência na idade maior**

1. Factores de risco e vulnerabilidade do idoso na violência
2. Tipologias de violência
3. Indicadores de risco de violência
4. Prevenção de violência contra a pessoa idosa



## **1. Factores de risco e vulnerabilidade do idoso na violência**

Violência é um conceito referente aos processos, nas relações sociais interpessoais entre grupos, classes, género, ou objectivadas em instituições, empregues de forma mais ou menos directa, consistindo em métodos e meios de aniquilamento de outrem, causando danos físicos, psíquicos e/ou morais. À violência contra idosos, também surgem, frequentemente, associados os maus-tratos e abusos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) entende maus-tratos e negligência como uma acção única ou repetida, ou ainda a ausência de uma acção devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre numa relação em que haja expectativa de confiança.

A violência contra pessoas mais velhas precisa ser vista sob, pelo menos, três parâmetros: demográfico, sócio-antropológico e epidemiológico. No primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento da proporção de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenómeno quantitativo repercute-se nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão das suas necessidades (Minayo, 2003).

O velho é vítima de diversas formas de violência por parte da família e da sociedade. Os actos de violência, cuja prática por vezes não é percebida, têm um efeito devastador para o velho que sofre a agressão física, psicológica ou moral (Zimmerman, 2005).

Indo ao encontro desta perspectiva, a Associação Americana de Psicologia, (1999, citada por Ferreira-Alves, 2005) alega que as situações de maus-tratos não estão confinadas aos que vivem marginalizados pela sociedade, ou que estão institucionalizados, mas também estão dentro do seu próprio meio onde as pessoas idosas vivem.

Oliveira (2010) fala-nos de diversos tipos de violência exercida contra os idosos e que, na maioria das vezes, se encontra camuflada: maus-tratos físicos quer ao nível intrafamiliar como ao nível institucional; negligência de várias ordens, traduzindo-se, frequentemente, por falta de carinho e atenção; falta de tempo para os acompanhar, ouvir e tratar; ausência de estimulação em todos os sentidos; não serem tratados como pessoas individuais; manterem-se desocupados, sem qualquer actividade; extorsão de dinheiro e outros bens materiais, às escondidas ou à força; a prática do culto da juventude, renegando tudo o que não é jovem.

Trata-se de um grave problema social e familiar, devido ao aumento exponencial de pessoas idosas que se encontram particularmente vulneráveis, em consequência dos efeitos do meio, que menospreza os seus direitos e onde os estereótipos acerca dos idosos são pouco dignificantes (Oliveira, 2010).

Neste contexto Dias (2004) perspectiva que o reconhecimento da violência contra os idosos coloca em causa o mito da família moderna como espaço privilegiado dos afectos, tendo sido o seu reconhecimento como problema social algo tardio. Como na origem do abuso de pessoas idosas se pode identificar uma multicausalidade, pois, não estão apenas implicados factores sociais, mas também culturais, familiares e individuais, podem-se desenhar várias teorias explicativas para este fenómeno. Ressalta-se em cada uma delas a má qualidade da relação entre a vítima e o abusador, de onde se pode perspectivar esta circunstância como um factor de risco para a existência do maus-trato. Outros factores de risco reportam-se quer ao agressor, quer à vítima. No que diz respeito à vítima, os autores não compartilham uma opinião generalizada, sendo que, uns apontam mais para a sua situação de dependência física, e ao facto de serem mulheres mais velhas (Dias, 2004; Decalmer & Glendenning, 1997), e outros referem mais o isolamento social (Gonçalves, 2006).

Relativamente ao agressor verifica-se que este é muitas vezes um parente próximo que coabita com a vítima, que cuida dela, estando muitas vezes numa situação de dependência, ou então, sobrecarregado com a sua tarefa de cuidar de um idoso bastante dependente em termos físicos (Decalmer & Glendenning, 1997). Relativamente ao estudo dos maus-tratos aos adultos idosos, Cooper *et al.* (2006), referem que é difícil recolher informações fiáveis sobre o abuso, já que a sua existência é maioritariamente secreta, tendo em conta que as vítimas poderão sofrer de limitações físicas e cognitivas.

Em 2010, a Linha do Cidadão Idoso da Provedoria de Justiça já recebeu mais de 1900 chamadas, entre as quais 176 queixas relacionadas com maus-tratos físicos ou psicológicos a idosos, mais cinquenta do que em 2009. A responsável pela área dos idosos na Provedoria de Justiça refere que, enquanto em 2009 as questões relacionadas com os maus-tratos ocupavam o quarto lugar, agora subiram para segundo. Os casos de abandono, em casa ou nos hospitais, também são frequentes, registando 79 desde o início do ano, mais 15 do que em 2009. As queixas de maus-tratos surgem quase todos os dias, mas a Provedoria de Justiça não sabe se há mais casos ou se estes são, apenas, cada vez mais denunciados. Teresa Cadavez refere ainda que apenas quatro de todas as queixas recebidas este ano denunciavam instituições em vez de famílias (TSF, 2010).

Edmundo Martinho, Presidente do Instituto de Segurança Social, IP (ISS, IP), admite que muitos dos idosos que são deixados nos hospitais não têm familiares com capacidade para os receber, mas outros tantos, têm famílias que se desresponsabilizam. Evidencia preocupação no que se refere aos familiares que abandonam os seus idosos e que se desresponsabilizam completamente. O responsável pelo ISS-IP diz não possuir um número exacto de idosos deixados em hospitais, apesar de terem alta, mas acrescenta que o Hospital Amadora-Sintra (o que tem mais casos) tem 43 idosos nesta situação (DN, 2010).

A Associação de Apoio à Vítima (APAV) está a desenvolver um projecto dirigido aos profissionais de saúde e um dos objectivos é estudar a população idosa, dando particular destaque ao abandono, uma vez que este é considerado uma forma de violência.

A preocupação com os cuidados prestados aos idosos levou a Associação Nacional de Municípios Portugueses a propor ao Governo a criação de comissões de protecção a nível local, com o objectivo de prevenir os riscos e os problemas que afectam os mais velhos (DN, 2010).

A literatura vem aludindo que a violência contra os idosos constitui um problema universal. Estudos de várias culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas de todos os *status* socioeconómicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira. Frequentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus-tratos (Chavez, 2002; Menezes, 1999; Wolf, 1995).

Chavez (2002) e Kleinschmidt (1997) demonstraram que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem no seio familiar. Pesquisas nesta área revelam que cerca de 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges dos idosos vitimizados (Chavez, 2002; Reay & Browne, 2001; Williamson & Schaffer, 2001).

Estudos nacionais (Menezes, 1999; MS, 2001) e internacionais (Anetzberger *et al.*, 1994; Ortmann *et al.*, 2001; Wolf, 1995) evidenciam que existe um perfil do abusador familiar: por ordem de frequência, costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens (mais do que as filhas), seguidos de noras, genros e esposos. Sanmartin *et al.* (2001), numa amostra de 307 idosos maltratados, acima de 70 anos, encontraram o seguinte perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras; 8%, um dos cônjuges. Anetzberger *et al.* (1994) também evidenciaram, como principais

agressores, filhos homens em 56,5% dos casos e filhos homens solteiros com idade inferior a 49 anos, em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores, nos Estados Unidos.

Alguns autores que se interessaram pelas situações de risco que os idosos vivenciam no seio familiar, aprofundaram o estudo sobre o contexto em que as situações de violência acontecem, referindo as seguintes características: i) agressor e vítima viverem na mesma casa; ii) o facto de os filhos serem dependentes financeiramente dos pais de idade avançada poderá resultar em violência financeira e conseqüentemente física e psicológica; iii) os idosos dependerem da família e/ou dos filhos para sua manutenção e sobrevivência, poderá constituir um factor para a negligência; iv) o abuso de álcool e drogas pelos filhos, outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; v) haver, na família, ambiente e vínculos fracos ou de baixa qualidade, pouco comunicativos e pouco afectivos; vi) isolamento social dos familiares e da pessoa de idade avançada; vii) o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com os seus familiares; viii) haver história de violência na família; ix) os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica; x) sofrerem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico (Anetzberger *et al.*, 1994; Chavez, 2002; Laschs *et al.*, 1998; Menezes, 1999; Ortmann *et al.*, 2001; Reay & Browne, 2001; Sanmartin *et al.*, 2001; Williamson & Schaffer, 2001; Wolf, 1995).

Vários estudos aludem à associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química. Anetzberger *et al.* (1994) referem que 50% dos abusadores que entrevistaram tinham problemas com bebidas alcoólicas. Chavez (2002) assinala que sujeitos que exercem agressões físicas e emocionais aos idosos usam álcool e drogas numa proporção três vezes mais elevada do que os não-abusadores.

Alguns investigadores têm reforçado a ideia de que os cuidadores familiares seriam os maiores agressores, bem como as situações de maus-tratos e negligência tenderiam a piorar quanto mais o idoso fosse dependente e exigisse atenção e dedicação. Kleinschmidt (1997) e Reay & Browne (2001) constataram que essa relação *stressante*, só se transforma em violenta quando o cuidador se isola socialmente; quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos; quando são fracos os laços afectivos entre idoso e cuidador ou quando o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso. A partir de análises multivariadas Williamson & Schaffer (2001) sugerem ser a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso em relação ao

cuidador que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe o seu trabalho.

É ilustrativo o trabalho de Caldas (2002) que, através de uma abordagem fenomenológica, ouve e interpreta a óptica dos cuidadores sobre o impacto no *self* e nas famílias que convivem com idosos em processo de demência. No estudo que desenvolveu chama a atenção para o processo de sofrimento dos cuidadores que, “com toda a dificuldade e mesmo sem apoio conseguem cuidar, fazendo adaptações que geram grandes custos materiais e comprometem a sua saúde física e mental” (Caldas, 2002, p.70).

Os idosos mais vulneráveis aos actos de violência são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam *déficits* cognitivos, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos nas actividades da vida diária.

Uma investigação levada a cabo por Ferreira-Alves (2005) junto de 104 pessoas com 65 anos e mais, em três centros de dia de Braga, que vivem de forma relativamente independente, revela que três em cada quatro confessaram ser vítimas de maus-tratos, negligência, abuso emocional e exploração financeira, o equivalente a 73,1% das pessoas inquiridas. Verificou ainda que o abuso físico está relacionado com a idade, enquanto que o abuso emocional está significativamente relacionado com todas as variáveis estudadas, como a idade, o estado financeiro ou o estado civil.

O *Manual de serviços de apoio à vítima de crime* (APAV, 1995) refere as diversas situações em que os idosos podem ser vítimas de crime:

(i) Em família - Sendo a pessoa idosa um dos elementos mais vulneráveis de uma família, torna-se muitas vezes alvo dos crimes que costumam configurar situações de violência doméstica, como sejam a coacção acompanhada de violência física com a finalidade de se apoderarem dos seus pertences; a violência psicológica; a humilhação, a negligência a diversos níveis (*e.g.* médica, medicamentosa, higiene, alimentação). O isolamento relacional a que são votados, a falta de dignificação pessoal, a crescente redução da autonomia e capacidade de decisão da própria vida, a frequente infantilização por parte dos familiares, entre outras atitudes, tornam a pessoa idosa frágil e dependente, o que favorece a sua vitimação, agravada pela ambivalência de sentimentos que pode sustentar relativamente aos seus agressores;

(ii) Em instituições de acolhimento/internamento - Sujeita a regulamentos internos, votada ao abandono da família que não a visita, a ausência de intimidade

peçoal, a negligência medicamentosa ou de saúde, a violência emocional ou psicológica, a pessoa idosa institucionalizada pode tornar-se vítima de crime, que lhe retira toda a autonomia e liberdade;

(iii) Em sua casa, residindo só - O idoso que vive sozinho, sem familiares, amigos ou profissionais que a visitem, fica mais isolado da comunidade, tornando-se, por isso, alvo mais fácil de comportamentos criminosos, como por exemplo, assaltos, burlas e violência física e sexual;

(iv) Na rua - A pessoa idosa torna-se muito susceptível de ser vítima de crime na rua. Os potenciais agressores, apercebendo-se dos seus hábitos quotidianos e da sua incapacidade para se defender e resistir ao crime, vêm no idoso, uma presa fácil e lucrativa, uma vez que, na sua ingenuidade, desprevenidos, os idosos, muitas vezes, levam consigo, quantias razoáveis de dinheiro e outros objectos valiosos, como sejam, por exemplo, peças em ouro, o que leva ao roubo e, por vezes, acompanhado de agressão física;

(v) Em situação de incapacidade física ou mental - Nesta situação, o idoso fica exposto a abusos de ordem material e financeira, por não poder gerir a sua pessoa e os seus bens.

A crescente redução de autonomia e, conseqüentemente, a dependência parecem ser factores quase decisivos na qualidade de vida na idade maior, na medida em que o idoso autónomo tem menor probabilidade de ser vítima de maus-tratos, enquanto que o idoso dependente constitui uma potencial vítima de violência, de negligência ou de abandono.

Lobo (1989) define a autonomia como um estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. A pessoa autónoma impõe a si própria a lei a que obedece, ou seja, a pessoa tem capacidade de ela própria escolher os actos e os riscos que pode correr. Deste modo, o comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, determinaria a autonomia, considerando que se torna o autor das suas próprias leis e do sistema de valores que adopta, para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes.

A dependência representa, contrariamente à autonomia, a incapacidade e/ou a interdição que a pessoa tem de escolher ela própria as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr (Fernandes, 2000)

A relação entre autonomia e dependência é de difícil conceptualização e operacionalização. A mesma tem merecido reflexão por parte de diversos investigadores, dado o grau de subjectividade que acarreta e dificuldade em tornar

aquelas dimensões mensuráveis. Por exemplo, Phaneuf (1993) define autonomia como o alcançar de um nível aceitável de satisfação das necessidades pessoais, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa. Por outro lado, a dependência é definida pela autora como a incapacidade que o indivíduo apresenta para adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, acções que lhe permitam alcançar um nível aceitável das suas necessidades.

Em determinadas situações o idoso necessita de apoio para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia, a fim de manter o equilíbrio entre o corpo e a mente.

Um dos aspectos que são susceptíveis de interferir negativamente no bem-estar e integração social das pessoas de idade avançada é a solidão. O sentimento de solidão traduz a percepção subjectiva dos contactos sociais, ou seja, é uma forma de vivência subjectiva perante a interacção social e não a frequência dos contactos, que pode ter uma influência significativa no surgimento da solidão (Fernandes, 2000) que tal como defendem Oliveira (2010) e Quaresma (2004) é normalmente acompanhada de sentimentos dolorosos.

Na óptica de Berger (1995a) a solidão é uma experiência excessivamente penosa associada a uma necessidade de intimidade não satisfeita, resultante de relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias.

Num estudo levado a cabo por Cristina de Sousa *et al.* (2006) intitulado *Como as crianças vêem os idosos*, em que eram apresentadas imagens de idosos a uma amostra de crianças dos 3 aos 10 anos, verificou-se que, embora sem indícios claros de estigmatização, que as imagens mais rejeitadas dos idosos se referem a situações de isolamento. Por outro lado, as mais aceites envolvem o convívio intergeracional e a vida activa (*e.g.* mulher no início da velhice a cuidar de flores num jardim).

Quinn & Tomita (1997) referem que o abuso contra os idosos é um assunto sub-referenciado, sobretudo pelas próprias vítimas, uma vez que estas temem a perda do cuidador, mesmo este sendo abusador, por ficarem sós sem terem ninguém para cuidar delas ou serem colocadas numa instituição; perder a privacidade e as relações familiares ou serem recriminadas pelo alegado abusador, ou ainda, a exposição pública e intervenção exterior; temem também que ninguém acredite no abuso e sentem que são responsáveis pelo comportamento abusivo.

## 2. Tipologias de violência

A violência entre seres humanos parece fazer parte da própria história da Humanidade. No entanto, alguns aspectos e causas da violência são mais facilmente percebidos do que outros, com variações decorrentes dos sistemas de valores económicos das sociedades em que se inserem.

O entendimento da violência familiar como um problema social é muito recente. Pesquisas académicas sobre o assunto difundiram-se principalmente a partir da década de 1980 (Barnett *et al.*, 1997). A família, e, de uma forma mais concreta o lar / domicílio, são tradicionalmente entendidos, nas mais diversas culturas, como um ambiente de amor, um porto seguro contra a “violência externa”.

Os primeiros estudos sobre violência doméstica contra idosos datam de meados da década de 1970, com a publicação do artigo *Granny battered* (espancamento de avós) em 1975 (Krug *et al.*, 2002). Outro momento importante para o estudo dos maus-tratos foi a criação de uma revista dedicada exclusivamente ao tema em 1989 – *Journal of Elder Abuse & Neglect* (Barnett *et al.*, 1997).

A definição mais utilizada para os maus-tratos cometidos contra os idosos é a adoptada pela *International Network for Prevention ou Elderly Abuse – INPEA* (1998) que refere tratar-se de “*uma acção única ou repetida, ou ainda a ausência de uma acção devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra numa relação em que haja expectativa de confiança*”.

A violência contra o idoso é uma realidade e ocorre das mais diversas e cruéis formas, desde o filho que se apodera da pensão do pai idoso; o neto que desrespeita o avô fazendo-lhe ameaças; a falta de higiene no domicílio e nas instituições até ao estupro de idosos acamados; agressão física gratuita e sem limites (Minayo, 2003) exercida por cuidadores ou por familiares, seja em ambiente doméstico ou institucional.

O Comité Nacional de Abuso de Idosos nos Estados Unidos (*National Center on Elder Abuse*, 1998) e a Organização Mundial de Saúde (2002) aludem para sete tipos de abuso em idosos não institucionalizados:

i) Abusos físicos - definidos como a prática de injúria ou coerção física que causam nas pessoas idosas lesões físicas ou psicológicas visíveis como, por exemplo, a diminuição da mobilidade, confusão ou outras alterações comportamentais. As consequências deste tipo de abuso são visíveis ao nível físico e inferidas ao nível social, a partir da diminuição da mobilidade, confusão ou outras alterações de comportamento.



ii) Abusos psicológicos, que consistem em agressão verbal, insultos, ameaças, infantilização e vários processos de humilhação, sendo um tipo de abuso que se caracteriza pela falta de respeito pela intimidade e pertences da pessoa idosa, assim como pela ausência de consideração pelos seus desejos, necessidades sociais e de saúde, tendo como objectivo aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social. Aqui estão presentes a prática de actos que provocam angústia e sofrimento psíquico, sendo infligido através de acções verbais e/ou não verbais, que conduzem a uma diminuição da dignidade e da auto-estima do idoso.

iii) Abuso sexual, que se refere ao acto ou jogo sexual de carácter homo ou hetero-relacional, relacionado com pessoas idosas. Esses abusos visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Ocorrem principalmente quando a vítima não pode estabelecer contacto e é incapaz de se proteger, quer seja por motivos físicos ou devido ao isolamento.

iv) O abuso material consiste na exploração económica ou imprópria do idoso e no uso ilegal dos seus fundos e recursos. Traduz-se, por exemplo, no abuso financeiro do idoso, na apropriação indevida dos bens e propriedades, na modificação forçada do seu testamento ou outros documentos jurídicos e, ainda, na negação de acesso e controlo sobre os seus próprios fundos. Geralmente, este tipo de abuso é cometido por familiares (Ferreira-Alves, 2006) na tentativa de se apoderarem dos pertences do idoso ou para forçar procurações que lhes dêem acesso a bens patrimoniais.

v) O abandono - é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares no auxílio e acompanhamento a uma pessoa idosa que necessite de protecção e assistência. Consiste na falta de atenção para atender as necessidades da pessoa idosa, como a privação de alimentos e vestuário adequados, ausência de prestação de cuidados de saúde e higiene pessoal e privação de contactos sociais.

vi) A negligência diz respeito à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência está associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular para os idosos que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

vii) A auto-negligência consiste na adopção de determinados comportamentos pela pessoa idosa (incapacitada mentalmente para compreender as consequências das

suas decisões), que colocam em perigo a sua própria saúde ou segurança, recusando-se a prover a si mesmo um cuidado adequado (Ferreira - Alves, 2006).

Constituem indícios de maus-tratos, se observarmos na vítima: timidez para com o cuidador, relutância em fazer contacto ocular, diagnóstico de demência com história de problemas de comportamento, na pessoa demente uma resistência não explicada ou medo de contacto físico, de tirar as roupas, depressão, ansiedade, insónia (Hirsch & Loewy, 2001).

Uma série de pesquisas realizadas na América Latina acerca da percepção do idoso sobre a violência exercida contra o próprio, foram replicadas em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná) em 1997 e no Chile em 2000. Os resultados para a Argentina e Chile indicaram uma prevalência de percepção de maus-tratos na esfera intrafamiliar, como agressividade, falta de respeito, negligência e abandono e apenas uma minoria identificou a violência contra os idosos com questões sociais e económicas. No Brasil, 65% dos idosos consideraram como violência a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade em geral (*e.g.* os baixos valores das aposentadorias, o desrespeito nos transportes públicos, a falta de leitos hospitalares). De entre os aspectos micro ressaltaram o abandono por parte das famílias (Machado & Queiroz, 2002).

Esse perfil da percepção de violência pelos idosos brasileiros foi também encontrado noutra pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Machado, Gomes & Xavier, 2001). Os homens idosos declararam como primeiro sintoma de violência os baixos valores dos benefícios sociais. As mulheres, por sua vez, elegeram os maus-tratos sofridos nos meios de transporte como a principal fonte. A prevalência da violência social/estrutural foi verificada, principalmente nos países em desenvolvimento. A maior importância relativa da violência social / estrutural presente nos relatos dos idosos brasileiros poderá apontar para uma consciencialização crescente, porém, ainda pouco visível, das questões relacionadas com o processo de envelhecimento populacional e a garantia dos direitos dos idosos. Uma das questões assinaladas pelo estudo faz menção, por exemplo, ao desconhecimento por parte dos idosos dos serviços que desenvolvem acções para a garantia dos direitos civis e actuam na repressão aos crimes cometidos contra eles. Mesmo os relatos dos idosos que dizem conhecer tais serviços apontam para o descrédito quanto à sua capacidade de resolução (Machado, Gomes & Xavier, 2001).

Foram realizadas duas pesquisas pela delegacia de Protecção ao Idoso, uma no estado de São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM, 2000) e

outra em Minas Gerais feitas (Costa & Chaves, 2003) com o objectivo de analisar a questão dos maus-tratos na idade maior nas duas capitais destes estados. No primeiro caso foram analisados os boletins de ocorrência nas delegacias referentes ao período de 1991 a 1998. A pesquisa do IBCCRIM apontou os maus-tratos psicológicos como os mais frequentes, seguidos pela violência física. Das 1559 vítimas identificadas no estudo para São Paulo, 57% eram mulheres. Em Belo Horizonte, das 1388 vítimas, 72% eram mulheres.

A predominância de maus-tratos a mulheres idosas reforça resultados de pesquisas internacionais que identificam o perfil da vítima como mulher com 75 anos ou mais, viúvas, física ou emocionalmente dependentes, na maioria das vezes residindo com familiares, um dos quais é o seu agressor. No caso dos agressores, o perfil também coincide com o verificado em estudos em outros países: adulto de meia-idade, geralmente um filho, financeiramente dependente da vítima, podendo apresentar problemas mentais ou dependência de álcool ou drogas.

Em São Paulo 57% das ocorrências referiam-se a agressores do sexo masculino, geralmente, filhos, netos, familiares ou vizinhos das vítimas. Em Belo Horizonte, o percentual comparável foi de 74%. Maus tratos financeiros ou materiais, por exemplo, são, em geral, difíceis de serem identificados e tendem a ocorrer concomitantemente com maus-tratos físicos e emocionais. Muitas vezes, o convívio entre as gerações é imposto pelo empobrecimento da população, em especial nos grandes centros urbanos, ao qual se soma a sobrecarga de tarefas impostas às mulheres e a ausência de políticas públicas que auxiliem e actuem como facilitadoras das relações domésticas.

Souza *et al.* (2004), a partir de um estudo de campo realizado na cidade de Jequié na Bahia, observaram que 94% dos familiares cuidadores dependiam da reforma do idoso.

### **3. Indicadores de violência contra os idosos**

Ferreira-Alves (2006) propõe algumas teorias explicativas do abuso contra o idoso, por parte do cuidador:

(i) O modelo do *stress* situacional - os maus-tratos são um fenómeno situacional que ocorre quando se gera *stress* no cuidador, especialmente por incapacidade física ou mental da vítima, por fracas condições socioeconómicas ou por falta de competências de *coping* do cuidador.

(ii) A teoria da troca social - o cuidador poderá sentir maior poder e menor recompensa na relação, o que poderá levar à ocorrência de qualquer tipo de violência.

(iii) Modelo da violência transgeracional - o abuso dever-se-ia a uma aprendizagem ao longo do desenvolvimento, dada pela observação e/ou experiência de abuso ou maus-tratos que se perpetuaria de geração em geração.

(iv) O modelo da violência bidireccional - a violência e o abuso são um fenómeno bidireccional praticado tanto pela vítima como pelo cuidador.

(v) O modelo da psicopatologia do perpetrador - o risco de abuso estará relacionado com as características do abusador, sobretudo com os aspectos relativos à sua saúde mental.

Ferreira-Alves (2004) realça um estudo efectuado por Reis (2000) em que este autor propõe uma medida de despiste do abuso com base numa investigação em que procurou verificar a importância de uma lista de 60 itens com indicadores de abuso, sendo que dos itens iniciais verificou que 29 tinham importância enquanto indicadores de abuso, em variáveis relacionadas com o cuidador e variáveis associadas ao idoso. Considerou, relativamente ao cuidador, os seguintes indicadores de abuso: ter problemas de comportamento, estar financeiramente dependente do idoso, ter problemas mentais/emocionais, ter problemas de abuso de álcool ou outras substâncias, ter expectativas irrealistas, não compreender a situação médica do idoso, sentir relutância na prestação de cuidados, existência de conflitos conjugais ou familiares, relação actual ou passada de baixa qualidade com o idoso e a in experiência na prestação de cuidados.

Relativamente ao idoso, verificou os seguintes indicadores: foi abusado no passado, tem conflitos conjugais/familiares, tem pouca percepção da sua condição médica, sofre de isolamento social, ausência de suporte social, tem problemas de comportamento, é financeiramente dependente ou coabita com algum familiar financeiramente dependente, tem expectativas irrealistas, tem problemas de álcool ou de medicação, relação actual ou passada com o cuidador de fraca qualidade, tem problemas emocionais/mentais, é acusador; é emocionalmente dependente, não tem médico regular.

Verificou-se que os três indicadores mais fortemente associados ao abuso estavam relacionados com o cuidador, nomeadamente os problemas de comportamento, a dependência financeira do idoso e a existência de problemas mentais ou emocionais. O quarto e o quinto indicador mais fortemente associados ao abuso diziam respeito ao

idoso e referem-se a ter sido abusado no passado e a ter conflitos conjugais ou familiares.

Wolf (1998) apresenta como factores de risco itens semelhantes, sendo que, os dois principais também se relacionam com o cuidador, nomeadamente a dependência do abusador relativamente à vítima e o estado psicológico do abusador, sobretudo se consumir substâncias ou tiver história de doença mental. No primeiro caso há uma associação com o abuso físico e financeiro e, no segundo caso, uma associação com o abuso físico e psicológico. Destaca ainda outros dois factores de risco que dizem respeito ao idoso vítima e à sua família, nomeadamente o estado físico e cognitivo do idoso e o isolamento social da família, que tem maior probabilidade de ocorrência em casos de negligência e de abuso financeiro.

Ferreira-Alves (2006, citando Hirsch, 2001), sob uma perspectiva médica, dá - nos conta de sinais indicadores de abuso, assinalando sinais gerais, sinais físicos suspeitos e factores relacionados com o cuidador e com a vítima:

i) Sinais gerais - o cuidador de um idoso com défices cognitivos falta a uma consulta; o cuidador não visita o idoso no hospital; o cuidador mostra relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas, explicações vagas ou não plausíveis do cuidador ou do idoso acerca de ferimentos e tensão ou indiferença entre cuidador e idoso;

ii) Sinais físicos suspeitos - escoriações, ferimentos na forma do objecto usado para os provocar, evidência de ferimentos antigos, nariz ou dentes partidos, evidência radiográfica de fracturas, ausência de óculos, próteses dentárias ou auditivas;

iii) Cuidador - fraco conhecimento dos problemas médicos do idoso, tentativas de dominar a entrevista médica, abuso verbal ou hostilidade visíveis para com o idoso, hostilidade para com o profissional de saúde, evidência de abuso de substâncias ou de problemas de saúde mental;

iv) Vítima - evidenciar medo do cuidador, relutância em estabelecer contacto ocular, diagnóstico de demência com história de desordens de comportamento, depressão, ansiedade e insónia.

Para o autor, os principais factores de risco para o abuso encontram-se na dependência do idoso para a realização das actividades da sua vida diária e o *stress* do cuidador, podendo este ser visível na baixa qualidade da relação. Causas de *stress* podem ser factores como o emprego, a família ou as finanças pessoais, a ausência de

suporte social, o esgotamento emocional, depressão ou o aumento das necessidades de cuidados de um familiar demente.

Para além daqueles factores que lideram como factores de risco, Hirsch (2001) considera ainda a existência de outros factores como: história de violência familiar, existência de psicopatologia no cuidador - abuso de substâncias, personalidade sociopática, hostilidade dirigida a idosos, ser autoritário ou rígido com os outros; dependência do cuidador relativamente ao idoso para habitação ou suporte financeiro; habitação inadequada, personalidade exigente do idoso e vergonha por procurar ajuda fora da família.

Por seu lado, Buttler (1999) refere como factor principal de risco a coabitação do idoso com um membro familiar, sobretudo se este membro detiver todo o controlo da situação de saúde e de cuidados.

Guimarães & Cunha (2004) identificaram indicadores que servem de “guia” para a suspeita de uma situação de maus-tratos, referindo, contudo, que a ausência destes sinais e sintomas não assegura a inexistência de abuso:

a) Indicadores físicos - perda de peso, desnutrição ou desidratação sem uma patologia de base que as justifique, marcas, hematomas, queimaduras, lacerações, úlceras de pressão, ferimentos não cuidados ou mal cuidados, palidez, face abatida e olheiras, evidência de descuido e má higiene da pele, vestuário inadequado, inapropriado para a estação e ausência ou mau estado de conservação de próteses (andadores, óculos, próteses dentárias e auditivas, etc), evidência de administração incorreta de medicamentos e evidência de traumas ou acidentes inexplicáveis;

b) Indicadores de conduta - passividade, retraimento ou resignação, tristeza, desesperança ou falta de defesa, ansiedade, agitação e medo, exacerbação de quadro depressivo, relatos ambivalentes e não relacionados com a confusão mental, receio de falar livremente, esperando que o cuidador dê as respostas, relutância em manter qualquer tipo de contato verbal ou físico com o cuidador, e busca ou mudança frequente de profissionais e/ou centros de saúde;

c) Indicadores sexuais - conduta sexual incompatível com a personalidade prévia, comportamento diferente e inapropriado diante da presença de certas pessoas, conduta agressiva, isolamento, presença de sinais e sintomas, tais como infecções recorrentes, dores, hematomas, dificuldade na marcha, dor abdominal sem causa aparente e vestuário íntimo rasgado;

d) Negligência ou privação - dificuldade de acesso ao idoso, isolamento frequente, uso mínimo ou má conservação de prótese oral, auditiva, óculos, diferença acentuada na aparência, higiene e oportunidades entre o idoso assistido e seu cuidador, vestimenta inapropriada e tendência do cuidador para reforçar o isolamento do paciente.

Ramsey-Klawnsnik (2000) distingue cinco tipos de abusadores: os *stressados*, que pode tornar-se um abusador episódico quando a sobrecarga de trabalho e de responsabilidade excedem a sua capacidade de cuidadores; os *limitados*, que são os cuidadores que exercem os maus-tratos, principalmente sob a forma de negligência mas podem igualmente recorrer ao abuso físico ou psicológico; os *narcisistas*, que exercem sobretudo a exploração financeira e negligência de forma crónica, os *dominadores* e os *sádicos*, que são os dois tipos de cuidadores que as vítimas mais temem e os maus-tratos tendem a ser crónicos.

Ferreira-Alves (2004) refere vários factores que poderão constituir complexidade na detecção de risco de violência contra os idosos:

(i) O abuso emocional e financeiro não ser muitas vezes detectável pela observação;

(ii) O idoso evita fazer revelações quando estão presentes todos os membros da família, sobretudo se forem cuidadores;

(iii) As vítimas vivenciam receios que podem ir desde o medo do abandono, medo da institucionalização, ou até, de serem eles os responsáveis pelo abuso;

(iv) Muitas vezes nem a vítima nem o abusador querem revelar o problema;

(v) Com frequência a vítima desconhece os apoios ou recursos que poderá ter se denunciar a situação e se se tornar menos dependente do agressor;

(vi) Por sua vez, o agressor sente muitas vezes vergonha do seu comportamento e não quer manchar o nome da família, especialmente quando se trata de abuso financeiro;

(vii) O abuso é um assunto bastante subreferenciado e deve ser sempre considerado sobretudo se estivermos na presença de idosos frágeis ou dependentes;

(viii) Deve ser considerado de grande risco para a ocorrência de abuso, um idoso que já foi abusado no passado e que tem pouco suporte social, se este tiver como cuidador uma pessoa problemática e com dificuldades de relacionamento;

(ix) Embora não se deva estereotipar todos os idosos como sendo vítimas de abuso, também não se deve deixar de colocar e explorar sempre essa possibilidade;

(x) Em situações potenciais de maus-tratos é importante fornecer às vítimas, conhecimentos sobre recursos sociais, médicos e legais.

#### **4. Prevenção de violência contra a pessoa idosa**

Perante a realidade que vivemos actualmente, envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e crescimento da violência, são algumas questões colocadas à família, sociedade e poder público, sobre as quais é importante reflectir, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas na idade maior.

Estudos efectuados por Kleinschmidt (1997) e Reay & Browne (2001) referem que a relação cuidador/idoso só se transforma em violenta quando o primeiro se isola socialmente, quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos, quando os laços afectivos com o idoso são frágeis ou quando o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

É importante considerar que a implementação de programas de orientação e apoio ao cuidador promoveria também a prevenção da negligência doméstica, que corre um sério risco de ser praticada por cuidadores *stressados*, como apontam alguns estudos (Machado & Queiroz, 2002).

Todas as formas de apoio e ajuda comunitária são inseparáveis de uma política social centrada na família. Isto pressupõe, em primeiro lugar, que haja uma necessidade urgente de se conhecer as dinâmicas familiares que envolvem “tomar conta” de idosos dependentes. É preciso conhecer bem os contextos de inserção familiar, as verdadeiras necessidades das famílias, como se organizam, como se articulam com as outras redes de suporte, e saber que tipos de intervenções são necessárias para colmatar as limitações familiares e comunitárias e resolver os problemas (Lavoie, 2000).

É possível apetrechar o prestador de cuidados de conhecimentos e técnicas que permitam, a partir das suas ideias, conhecimentos e criatividade, ter um olhar mais direccionado para as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Boff (1999) considera que, para além dos cuidados do corpo, há que levar em conta os aspectos emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções do idoso.

O processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente, em termos da sua saúde mental (Paúl, 1997).



Segundo Anderson (1998), uma das mais difíceis tarefas para o familiar é ver-se no papel de um (bom) cuidador. O autor propõe que a responsabilidade de cuidar não seja só de um familiar, que ficaria sobrecarregado, com prejuízo para si e para o idoso. No entanto, o que mais comumente acontece é que, a despeito de todos os encargos que recaem sobre quem cuida, na maioria das vezes apenas um membro da família ocupa esse lugar, sem a ajuda de outros parentes ou de um cuidador profissional.

O *Guia Prático do Cuidador* (2008) alude que nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das actividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

A tarefa de cuidar de um familiar dependente expõe invariavelmente o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador (Cerqueira & Oliveira, 2002). Existem uma variabilidade de respostas a essas mudanças, que divergem de indivíduo para indivíduo, como também no mesmo indivíduo ao longo do tempo (Lavinsky & Vieira, 2004). Algumas pessoas são capazes de lidar mais adequadamente com as adversidades do cuidar, enquanto muitas reagem de maneira inapropriada, geralmente quando o *stress* se sobrepõe, gerando sobrecarga (Martins *et al.*, 2003).

A relação entre cuidar, *stress* e saúde do cuidador ainda pode ser intensificada pela quantidade de assistência requisitada pelo paciente (Schulz *et al.*, 1997), tipo de relação familiar, processos cognitivos de avaliação e enfrentamento do *stress*, bem como características individuais, sociais e culturais.

A infantilização acarreta inúmeras consequências, podendo provocar um aumento da dependência do idoso, uma possível regressão nos seus comportamentos, uma falsa incapacidade, a perda da confiança em si próprio e a perda da dignidade como pessoa. Também os mitos e estereótipos sobre a velhice ameaçam os idosos. Mitos como os que relacionam a velhice à doença, ao egoísmo, à não produtividade e ao aborrecimento e os estereótipos que veiculam imagens de declínio, de senilidade, de apatia, de isolamento, de fraqueza, originam barreiras que se torna importante derrubar (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, Lauzon & Adam, 1996).

O cuidador familiar está sujeito ao mesmo *stress* que todos os outros familiares. Voluntário ou designado pela família é sobre ele que o *stress* físico e mental resultante da vivência diária e contínua das dificuldades do dependente é agravado, tornando-o

mais vulnerável à perda da saúde (Carnwarth, 1987; Puig & Gervas, 1992; Brotman, 1994; Starfield, 1996; Marau, 1996).

Os cuidadores têm tendência para vidas sociais limitadas e reduzidos tempos livres (Brotman, 1994; Puig & Gervas, 1992). São comuns as perturbações do humor dos prestadores de cuidados (Puig & Gervas, 1992, Brotman, 1994; Marau, 1996) mas nem sempre estas são reconhecidas pelos médicos.

Referindo-se à prevenção do abuso na pessoa idosa, a *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) relembra que é preciso conhecer os desafios que se colocam na velhice, nomeadamente a crescente urbanização das sociedades, as mudanças nos núcleos familiares e desigualdades sociais associadas a situações de pobreza (OMS, 2002). Alega também que não basta uma atitude de passividade perante o conhecimento desta realidade, ou seja, é necessário o envolvimento de todos os grupos etários da sociedade.

Reflectindo sobre as considerações tecidas pela Organização Mundial de Saúde e outros autores que se têm debruçado sobre a temática, crê-se como premente efectuar novos estudos de incidência e prevalência, tentando também analisar factores de risco e as próprias experiências de abuso, para que se possa compreender em profundidade a realidade e, assim, modelar acções interventivas direccionadas a cada problema encontrado.

Quaresma (1999) enaltece a importância da intervenção como um instrumento orientador e disciplinador num dado território, tendo como finalidade, fornecer respostas adequadas e coordenadas aos diversos problemas que afectam as pessoas idosas. Pimentel (2001) corrobora esta ideia acrescentando que esta medida pressupõe um trabalho com equipas multidisciplinares, partindo da execução de projectos em função dos grupos e das zonas consideradas como prioritárias.

Quanto mais prematura for a intervenção, maiores serão as probabilidades de minimizar ou de prevenir as formas de exclusão e de violência a que os idosos frequentemente estão expostos. A consciencialização de todos os que possam intervir é o primeiro passo para conseguirmos alcançar esta meta. Não obstante a evolução científica permitir nos nossos dias o aumento da esperança média de vida, não são dados suportes aos que vivem cada vez mais tempo.

O psicólogo da exclusão social poderá ter um papel preponderante no processo de intervenção, aplicando todos os conhecimentos e estratégias adquiridos ao longo da sua formação. Tendo como base a observação dos fenómenos e a recolha de

informação, este profissional da exclusão social, chega à compreensão da problemática existente num contexto específico e que poderá ser similar noutros contextos. Após ter estudado e compreendido as necessidades de determinada população, o psicólogo da exclusão social define um método estratégico de intervenção, em busca de uma solução. Define os objectivos gerais e específicos e os indicadores que irão conduzir a uma alteração (positiva) da problemática, visualizada no início do projecto. Nenhum projecto é iniciado sem previamente se ter visualizado uma solução possível para a resolução do problema programa, conforme forem surgindo necessidades que o justifiquem.

## **Capítulo IV**

### **1. Legitimação**

## 1. Legitimação do estudo

Tratando-se de uma problemática actual e preocupante, e atendendo a que nesta área existem ainda muitos caminhos a percorrer, torna-se urgente a necessidade de investir na mudança de mentalidades, promover renovadas visões relativamente aos idosos e estar atento às suas necessidades, que decorrem do estado de fragilidade de uma sociedade modernizada e galopante, em que o lugar da pessoa idosa se torna invisível.

É justamente em níveis de interacção familiar, institucional e de sociedade que muitas vezes nascem diversos tipos de violência a que o idoso também está sujeito, formas que podem ser traduzidas em actos ou omissões.

A motivação deste estudo é baseada na reflexão dos aspectos acima realçados, tendo em consideração o caminho ainda a percorrer até convivermos numa sociedade mais respeitosa e justa para com a idade maior.

Novo (2003) refere que a avaliação positiva e aceitação de si mesmo, o sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a própria vida e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação face à realização de objectivos pessoais, constituem as vias de construção do bem-estar psicológico e reflectem os sentimentos de satisfação e auto-estima para com as condições de vida sociais, relacionais, realizações pessoais do passado e expectativas para o futuro.

Vários autores têm estudado a problemática da violência contra os idosos (*e.g.* Ferreira-Alves, Paúl & Fonseca) permitindo perceber e reconhecer vários tipos de maus-tratos (*e.g.* agressões verbais, insultos, negligências, abusos financeiros ou agressões físicas). Um dos factores que parece contribuir para a violência contra as pessoas idosas é a crença ainda vigente de que os idosos não têm mais utilidade nem papéis a cumprir, desconsiderando-se a sua experiência e negando a possibilidade de uma vivência digna e cidadã. Essa visão distorcida e marginalizante sobre as pessoas idosas refletiu-se em outros sistemas, dificultando o processo de interacção positiva com o ambiente, aspecto necessário para a vivência com qualidade e, conseqüentemente, para um envelhecimento bem-sucedido.

Na intervenção sobre este problema torna-se importante planear acções conjuntas entre familiares, instituições e demais sectores da comunidade. É preciso

investir em programas de famílias e às instituições, dando suporte aos cuidadores, o que poderá passar por acções formativas para o estar atento às necessidades e prevenção de maus-tratos e agressões.

Torna-se importante que os próprios idosos aprendam a auto-valorizar os seus conhecimentos e experiências, para que desenvolvam uma visão positiva sobre as suas competências e aptidões, contribuindo para um aumento dos níveis de auto-estima.

Este trabalho aborda o modo como o idoso vem sendo tratado nos últimos anos. A violência, não só física como também a psicológica, abrange idosos de todos os extractos sociais, contudo, nos mais desfavorecidos economicamente essa tendência agrava-se.

Na maioria das vezes a agressão vem de pessoas da própria família ou pessoas próximas. O abandono nos asilos, a falta de carinho, a pressão psicológica e o abandono são formas de agressão que muitas vezes passam despercebidas. No entanto, os familiares deveriam ser os primeiros a proteger os seus idosos e estar atentos a qualquer sinal de agressão.

O programa desenvolvido promove o despertar o interesse da comunidade, alertar contra os maus-tratos e a negligência sofrida pelos idosos e identificar, prevenir e intervir em situações de maus-tratos contra os mesmos.

Freitas *et al.* (2006) definem maus-tratos como uma acção única ou repetida, ou ainda a ausência de uma acção devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre numa relação onde haja expectativa de confiança. Os maus-tratos contra idosos por pessoas que deles cuidam não representam um problema novo. O abuso é geralmente praticado por pessoas nas quais os anciãos depositam confiança: familiares, vizinhos, cuidadores, funcionários de banco, médicos, advogados.

De acordo com Freitas *et al.* (2006), fruto das pesquisas pioneiras realizadas nos últimos anos, já é possível descrever o perfil da vítima e do agressor e os factores de riscos mais prevalentes em maus-tratos e negligência em idosos. A conclusão de um estudo realizado nos Estados Unidos na década de 1980 confirmou a existência de situações de violência contra o idoso no interior da família, apontando o seguinte perfil da vítima: mulher com 75 anos de idade ou mais, viúva, física ou emocionalmente dependente, na maioria das vezes residindo com familiares, um dos quais é o seu agressor. O perfil básico desse agressor é um adulto de meia-idade, geralmente um filho, em geral financeiramente dependente da vítima e com problemas mentais e/ou dependente de álcool ou de drogas. Devido ao preconceito cultural que ainda existe

contra o idoso na nossa sociedade, torna-se difícil conhecer a violência contra os idosos, para tal, torna-se necessário que os profissionais que intervêm nesta área sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos em idosos. Essas características, aliadas à falta de opções, fazem com que a vítima tenha dificuldade de escapar de uma situação abusiva (Guimarães & Cunha, 2004).

Guimarães & Cunha (2004) afirmam que pode existir entre a vítima e o agressor uma ampla e completa história de dificuldades, conflitos e necessidades recíprocas não satisfeitas. Nas situações que envolvam maus-tratos, a dependência do agressor (financeira ou habitacional) é mais relevante do que a de dependência da vítima.

Assim, com o programa de prevenção propomo-nos iniciar uma acção preventiva e minimizadora dos efeitos da violência contra os idosos, numa Freguesia com um nível alargado de população naquela faixa etária, como é a Freguesia de Quinta do Anjo.

Atendendo a que é uma área maioritariamente rural, preenchida por um elevado número de residentes idosos - 1486 indivíduos com mais de 65 anos (INE, censos 1991-2001), consideramos uma mais-valia a implementação deste programa naquela Freguesia, na medida em que deverá contribuir para a prevenção de maus-tratos contra a população idosa.

O carácter informativo do programa irá permitir à população em geral e em particular àqueles que trabalham com idosos ou aos que os têm a seu cargo, reflectir sobre aspectos relacionados com a velhice, aprender estratégias para aliviar o *stress* associado ao cuidar e, paralelamente, desenvolverem competências que tornem mais harmonioso o seu relacionamento com o idoso, evitando situações de violência, abusos, maus-tratos e negligência.

Consideramos pertinentes algumas *nuances* deste programa, não só o seu carácter esclarecedor das formas de violência, nem sempre conhecidas ou pensadas como tal, mas também pela constituição da equipa técnica e parcerias (multidisciplinaridade e associações diversificadas), que poderão desenvolver esforços e conhecimentos na defesa de uma causa sobre a qual se torna cada vez mais urgente investigar, intervir e apoiar - minimizar os actos de violência contra a “idade maior” é o fim último do programa, que passará pelo esclarecimento e informação à população e securização de vítimas, através de acções específicas de formação e sensibilização.

## **Capítulo V**

### **1. Metodologia**



## 1. Metodologia

Este trabalho elenca como objecto de estudo o fenómeno da violência exercida sobre os mais idosos, passando por uma revisão sobre a questão do envelhecimento e factores associados, bem como pela reflexão da questão da violência na idade maior. Deste modo, apresenta uma pesquisa de carácter qualitativo exploratório, visando aprofundar o conhecimento sobre as particularidades do objecto em estudo.

O objectivo da Psicologia, enquanto Ciência Social e Humana, consiste no conhecimento da realidade para a explicação dos fenómenos, no sentido de procurar soluções para os problemas emergentes (Silva & Pinto, 1986).

Eco (1991) refere que a metodologia de investigação assenta em duas etapas: a descoberta da verdade (formulando hipóteses e procurando soluções para o problema em estudo) e a transmissão da verdade descoberta para um determinado sistema.

Na metodologia da Psicologia Forense e da Exclusão Social há que considerar quatro momentos importantes (Poiares, 2002): a captação/assimilação (conseguida através da observação da interacção do sujeito com o meio envolvente, no sentido de conhecer a constituição da população onde se pretende que o programa seja implementado); a descodificação (análise intensa dos fenómenos em estudo e o levantamento das necessidades mais prementes que aí existam); a compreensão da problemática (que é obtida a partir da descodificação); e por último, a explicação (momento da revelação do objecto, uma explicação clarificadora do fenómeno).

Assim, o presente estudo, através do contacto com a população procura captar as necessidades das mesmas, no que concerne ao fenómeno da violência contra a idade maior em contexto domiciliário, tendo em conta as considerações levantadas em diversos estudos (*e.g.* Ferreira-Alves, Paúl & Fonseca).

Baltes & Smith (2003) defendem uma política de envelhecimento orientada para o futuro, que deve evitar centrar-se exclusivamente no bem-estar da população idosa, preconizando que as populações idosas beneficiarão quando deixarem de ser vistas como uma preocupação específica.

Neste sentido, o papel do psicólogo da exclusão social torna-se fundamental. Dotados e apetrechados de conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, estes técnicos actuam sobretudo no terreno, em contacto directo com o meio geral e específico, observando e recolhendo informação que lhes permite efectuar uma análise da situação, compreendê-la, para desconstruir os factos e voltar a construí-los. Após a compreensão do fenómeno, o psicólogo da exclusão social organiza estratégias para minimizar os efeitos negativos do mesmo.

Após o levantamento do estudo efectuado acerca da população habitante desta Freguesia (número de habitantes por faixas etárias, hábitos, actividades, perfil socioeconómico da média da população, quantidade e tipos de associações comunitárias existentes, projectos em acção), considerou-se que a aplicação deste programa de intervenção se ajustava a este contexto, na medida em que a população idosa atinge um número considerável, sendo na sua maioria analfabeta e tendo baixo nível socioeconómico. Tendo ainda em conta os casos sinalizados de carência e extrema pobreza, afigura-se-nos necessário e importante realizar um estudo mais aprofundado desta população, no terreno, com a finalidade de investigar em que medida a prática da violência contra os idosos é aí exercida. Não obstante, a realidade captada reforça a necessidade de prevenir estas práticas.

Percorridas estas etapas da investigação juspsicológica, julga-se possível implementar o desenho deste programa de intervenção, cujas estratégias julgamos apropriadas e ajustadas a esta população, não só pelo seu cariz educativo/informativo, mas pela valência de intervenção securizante, sempre que se afigure necessário.

## **PARTE B**

### **1. Cartografia do programa**

#### 1. 1 Identificação do consórcio

### **1. 2 Apresentação do programa**

#### 1. 2. 1 Enquadramento geral da problemática

#### 1. 2. 2 Área geográfica de implementação

#### 1. 2. 3 População alvo/destinatários

### **1. 3 Planificação do programa**

#### 1. 3. 1 Objectivos gerais

#### 1. 3. 2 Objectivos específicos

#### 1. 3. 3 Indicadores

#### 1. 3. 4 Acções a desenvolver

### **1. 4 Estrutura organizativa e gestão do programa**

#### 1. 4. 1 Constituição da equipa

#### 1. 4. 2 Parcerias

#### 1. 4. 3 Duração/Calendarização

#### 1. 5 Responsável do projecto

#### 1. 6 Supervisão técnica

#### 1. 7 Avaliação interna

#### 1. 8 Avaliação externa

## **1. Cartografia do programa**

### **1.1 IDENTIFICAÇÃO DAS PARCERIAS**

Tem como entidades responsáveis e parcerias:

- i) Junta de Freguesia de Quinta do Anjo
- ii) Centros de Dia
- iii) Associações Comunitárias
- iv) Paróquia
- v) PSP

### **1.2 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA**

#### **1. 2. 1 Área geográfica de implementação**

Área abrangida pela Freguesia de Quinta do Anjo, Concelho de Palmela, Distrito de Setúbal.

#### **1. 2. 2 Enquadramento geral da problemática**

Considerando que muito terreno se encontra ainda por desbravar no concerne à questão da violência na terceira idade, este programa acentua a pertinência na informação e consciencialização da população para esta problemática, tendo por objectivo, alterar mentalidades no que diz respeito aos estereótipos sociais acerca da idade maior, avaliar a qualidade do relacionamento entre o cuidador e o idoso, avaliar o contexto e as dinâmicas familiares e compreender as razões do potencial agressor e da vítima.

O presente programa de prevenção visa a realização de sessões de esclarecimento à população, aproximação no que diz respeito ao contacto com a mesma, intervir junto de idosos.

É importante que o técnico que avalia para além de poder detectar o abuso, compreenda a sua dinâmica (José Ferreira-Alves, 2006).

#### **1. 2. 3 População alvo/destinatários**

A população destinatária será constituída por pessoas idosas e as respectivas famílias. Tendo em conta a vertente informativa que constitui o programa poderão

existir beneficiários no mesmo, isto é, figuras com as quais não se irá intervir directamente/individualmente, mas que beneficiarão das acções de esclarecimento e informação (actores associados à defesa dos direitos dos idosos, profissionais que trabalham nesta área e população da Freguesia em geral).

## **1. 3 PLANIFICAÇÃO DO PROGRAMA**

### **1.3.1 Objectivos gerais**

Esclarecer a população sobre as formas de violência exercidas contra os idosos, concretamente aquela que frequenta Centros de Dia e Associações Comunitárias na Freguesia.

### **1.3. 2 Objectivos específicos**

1) Através de sessões de esclarecimento, fomentar na população o sentido de responsabilização pelos idosos em geral e os que os têm a cargo, em particular.

2) Dotar a população-alvo (centros de dia e associações comunitárias) de conhecimentos que permitam identificar sinais de violência e/ou maus-tratos.

### **1. 3. 3 Indicadores**

1.1) Número de sessões realizadas

1.2) Número de participantes nas sessões

1.3) Número de participantes regulares nas sessões realizadas

2.1) Número de situações que carecem de intervenção

2.2) Número de casos/situações com indicadores de violência ou maus-tratos

### **1. 3. 4 Acções a desenvolver**

O programa terá as seguintes acções:

1) Serão desenvolvidas sessões de esclarecimento junto da população sobre a violência na idade maior, com abordagem aos tipos de violência exercidos, motivos e contextos determinantes. Procurar-se-á, ainda fomentar reflexões sobre as formas de discriminação dos idosos e estereótipos sociais sobre os mesmos

2) Serão promovidas acções de sensibilização/formação aos cuidadores que possibilitem o trabalho com a família do idoso, dotando-a de competências pessoais e sociais, fomentando a importância da participação do idoso na actividade familiar.

3) Semanalmente serão exibidos filmes alusivos à violência contra a idade maior, assistidos pelos idosos, familiares, cuidadores, e população em geral, cuja análise de conteúdo irá ser efectuada em conjunto com a equipa técnica, os idosos e a população.

4) Alternadamente, nas visitas aos Centros de dia, Associações Comunitárias e Paróquia, a equipa técnica irá recolher informação junto dos idosos acerca das suas necessidades ou da forma como gostariam de viver e das suas dinâmicas familiares.

5) Sempre que se afigure necessário, será prestado, também, apoio psicológico ao idoso e à sua família ou respectivos cuidadores.

## **1. 4 ESTRUTURA ORGANIZATIVA E GESTÃO DO PROGRAMA**

### **1. 4. 1 Constituição da equipa**

O programa será constituído por uma equipa multidisciplinar.

Pretende-se uma equipa multidisciplinar quanto possível. Assim, a equipa técnica deste programa será constituída por uma psicóloga da exclusão social - responsável pelo programa - um elemento da APAV com formação em Direito e um outro elemento da APAV que represente a PSP.

### **1. 4. 2 Parcerias**

As parcerias são no âmbito da Junta de Freguesia de Quinta do Anjo. Afigura-se-nos pertinente uma associação desta natureza, porque sendo a Junta de Freguesia um organismo de referência para a população vai permitir-nos facilitar o contacto com as populações, uma vez que estas costumam aderir aos programas divulgados através da Junta de Freguesia, sobretudo nas zonas mais rurais, considerando que estas agem sempre com questões do seu interesse. Para além disso, e não menos importante é o facto de as Juntas de Freguesia serem receptoras de denúncias de violência e terem um conhecimento alargado sobre as problemáticas da sua população.

A parceria com Centros de Dia, Associações Comunitárias, Paróquias e PSP vai permitir-nos um contacto mais próximo com a população e, assim, obter uma melhor compreensão acerca dos idosos, do meio envolvente, do espaço familiar e da problemática da violência.

### **1. 4. 3 Duração/Calendarização**

A duração do programa é previsível para um ano, renovável por iguais períodos de tempo. As actividades serão ajustadas de acordo com necessidades que forem surgindo no decorrer do programa.

### **1.5 SUPERVISÃO TÉCNICA**

Será solicitada à Associação de Apoio à Vítima, gabinete de Setúbal.

### **1.6 AVALIAÇÃO INTERNA**

A avaliação interna do projecto será efectuada através de reuniões quinzenais com todos os elementos que fazem parte da equipa técnica. As reuniões quinzenais com a equipa técnica do projecto irão permitir a avaliação contínua da evolução do programa e a definição de estratégias em consonância com as necessidades de aplicação que se forem evidenciando.

### **1.7 AVALIAÇÃO EXTERNA**

A avaliação externa será feita por uma instituição externa especializada na avaliação de aspectos na área da exclusão social, sugerindo-se que seja a *PSIJUS - Associação para a Intervenção Juspsicológica*.

## VII. Considerações finais

O envelhecimento é uma realidade universal. Diversos autores contemporâneos têm afirmado que o envelhecimento não pode ser considerado o fim do desenvolvimento, contribuindo para que este seja considerado actualmente antes como um desafio para o desenvolvimento, deixando a velhice de ser encarada como uma sombra, uma maldição ou uma ameaça (Fonseca, 2006).

A velhice tem ainda forte relação com perdas, doenças, desprestígio social, isolamento e sentimento de inutilidade. Os idosos de hoje, de acordo com Sá (2006), sentem-se "parte de uma sociedade excludente, injusta e opressora", e relegados à posição de subalternidade (p. 1477).

Torna-se então necessário adoptar medidas preventivas para controlar e reduzir o impacto negativo das perdas desenvolvimentais que venham a ocorrer na sequência do processo de envelhecimento (Fonseca, 2006).

O respeito pelo idoso deve partir, em primeiro lugar, da família onde este se encontra inserido. Para Pimentel (2001) a família possui um papel indispensável na vida dos indivíduos. A autora refere que *“as famílias actuais, maioritariamente de tipo nuclear, não estão de um modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel predominante como instituição de suporte e referência”* (2001, p.18). Atendendo a que para o idoso é importante manter um meio familiar e social, a *“permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interacção com as pessoas que lhe são próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vivê-la de forma equilibrada e sem graves discontinuidades”* (Pimentel, 2001, p.36). Contudo, segundo Caldas (2002), o cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou estão sobrecarregados por essa responsabilidade. Nesse contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos.

Os maus-tratos, a negligência e o abandono de idosos constituem um problema cada vez com maior visibilidade na sociedade actual. Torna-se importante alertar e consciencializar a comunidade para este fenómeno, intervindo de uma forma eficaz e minimizadora destes actos.

Entende-se por violência doméstica qualquer conduta ou omissão que infrinja sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo directo ou indirecto,



a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes (*III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2007-2010*).

A violência familiar sempre existiu, porém assumia outras formas. Hoje em dia o conceito de violência familiar é mais abrangente do que o era há uns anos atrás, alargando a sua designação a situações que antes não eram contempladas. A violência familiar deixou de ser apenas conjugal, para se estender a outros indivíduos do agregado, nomeadamente filhos, avós... É por este mesmo motivo que as denúncias de violência sobre os idosos são, cada vez mais, uma realidade.

A Declaração de Toronto (2002) definiu maus-tratos aos idosos como qualquer acto isolado ou repetido, ou a ausência de acção apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento com uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incómodo a uma pessoa idosa. Esta situação deve-se directamente ao aumento da longevidade e, como tal, com o aumento da proporção de idosos nas sociedades modernas, o que faz com que existam mais idosos a necessitar dos cuidados familiares, o que nem sempre é uma situação pacífica, podendo fomentar situações de violência.

No contexto de maus-tratos e negligência a idosos no âmbito intrafamiliar, existem sempre os factores de risco, como a história de violência familiar, dependência (idoso fragilizado e agressor dependente da vítima), incapacidade funcional com alto grau de dependência para os cuidados, *stress* do cuidador, isolamento social, problemas na área da saúde mental, presença de alcoolismo entre os membros da família, entre outros (Machado & Queiroz, 2002).

A pessoa em desenvolvimento, no caso, idosos, familiares, cuidadores e outros, compartilham desses contextos de forma estável no tempo, e as relações saudáveis devem envolver coesão ecológica, hierarquia de poder e reciprocidade. A presença de violência nesses contextos implica identificação das características da vítima, do perpetrador, o momento vivido, os aspectos envolvidos no processo e o contexto em que acontecem os factos. Tais dados são necessários para o planeamento, a execução, a intervenção e a prevenção de futuros casos de agressões, maus-tratos, negligências, abusos e outras acções que firam os direitos dos cidadãos envolvidos no processo (De Antoni & Koller, 2004).

Os estigmas a que os idosos são sujeitos nos nossos dias, funcionam como tipos de exclusão e de discriminação e podem ser assumidos como tipos de violência, exercida de uma forma mais ou menos subtil, mas que não implica necessariamente o

confronto físico, tornando o idoso vulnerável a situações de constrangimento físico, emocional e social, tanto em contexto familiar como institucional. De um outro prisma de análise do fenómeno de desvalorização do papel social do idoso temos a própria concepção que o idoso faz de si mesmo.

Ao verem-se privados dos seus direitos, os mesmos tomam consciência da desvalorização do seu papel na sociedade, sendo esta também uma forma de violência. Valores sociais sem bases na realidade ou preconceitos acerca do envelhecimento exercem um impacto negativo na auto-estima do idoso (Erbolato, 2000).

Verificam-se ainda situações de abandono familiar, em que idosos são deixados pelas famílias em instituições, ou nas próprias casas, não havendo uma relação próxima dos idosos com a sua parentela. É de referir que a violência sobre os idosos não acontece apenas em contexto familiar. Quando a família não consegue dar resposta às necessidades do seu idoso, vê-se obrigada a procurar outras formas de conseguir obter esse apoio.

As famílias podem não dispor de condições para cuidar de um idoso seja devido à dificuldade de conciliar cuidado, actividades do lar e de trabalho ou mesmo pela impossibilidade de outros familiares dividirem a tarefa de cuidar. Nestes casos a institucionalização pode ser uma solução para o problema (Perlini, Leite & Furini, 2007). No entanto, os agentes institucionais nem sempre estão sensibilizados para uma prestação de serviços individualizados, tendo em conta as experiências de cada um. Os idosos institucionalizados devem reger os seus comportamentos pelas normas instituídas, sendo obrigados a assumir padrões de comportamento com os quais não se identificam. Existe uma despersonalização do indivíduo idoso, ao qual é destituído de qualquer tipo de poder ou livre vontade. Porém, e dada a inexistência de alternativas verifica-se um total conformismo e ausência de capacidade reivindicativa, quer da parte dos idosos, quer da parte dos familiares que, na maior parte dos casos, revelam um completo desinteresse pelo bem-estar do idoso. Existem factores de risco para os maus-tratos em instituições, tais como a má formação do pessoal técnico, a sobrecarga de trabalho aliada à falta de pessoal; a má adequação das instalações às necessidades dos idosos, ligadas a falta de recursos materiais e à inadequação das normas de funcionamento.

Santos (2008) refere que o cuidar é comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas; cabe à família esse papel, pois é

essencialmente ela que executa e se responsabiliza pelo cuidado. A prestação de cuidados requer um esforço contínuo ao nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado. Cuidar de quem cuida é também uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos nós, bem como dos decisores políticos. Os cuidadores familiares representam novos desafios para a sociedade.

Na opinião da autora, o apoio cedido por parte da rede informal que assume maior evidência é o emocional/ psicológico. As mudanças sentidas pelo facto do cuidador prestar cuidados ao idoso passam por alterações ao nível familiar, com maior incidência numa maior aproximação entre o cuidador e o idoso e um afastamento por parte da rede informal familiar. O cuidador passa a ter menor disponibilidade de tempo para si próprio, bem como uma menor disponibilidade de tempo para a execução das actividades domésticas. No âmbito profissional, em algumas situações o cuidador é obrigado a renunciar ao emprego, faltar ao trabalho e/ ou ajustar o seu horário de acordo com as necessidades do idoso dependente. Na saúde, verificam-se alterações no domínio físico e psicológico. Por último, no campo social evidencia-se uma restrição na actividade social do prestador de cuidados.

Torna-se, por isso fundamental, o apoio ao cuidador e à pessoa cuidada, informando, esclarecendo e securizando, no sentido de evitar situações de *stress*, que possam conduzir a situações de violência contra os idosos.

E foi neste âmbito que foi elaborado este programa de prevenção, com o intuito de minimizar os efeitos desta problemática, alertando para a sua existência, e actuando no sentido de uma maior compreensão do que é ser-se velho, ou seja, ter-se uma Idade Maior.

Reforçamos a ideia da necessidade de um melhor aproveitamento dos profissionais, nomeadamente o psicólogo da exclusão social, o que facilitaria bastante a identificação de maus-tratos nos domicílios, nas instituições e nas ruas, dado que estes técnicos foram apetrechados com conhecimentos nesta área, detendo capacidades para definir estratégias de intervenção conducentes a possíveis soluções para as problemáticas da violência na “idade maior”.

## Referências bibliográficas

- Aiken, R. (1989). *Later Life*. New Jersey: Ed Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajuriaguerra, J. (1976). *Psicologia de la senescencia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anderson, M. I. P. (1998). Demência. In: Caldas, Célia Pereira (Org.). *A Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, pp.78-83.
- Anetzberger, G. J.; Korbin, J. E. & Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9: pp.184-193. Acedido em 23 de Agosto de 2010 Em <http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0102-311X2003000300010&...> – 80k -.
- APAV (Associação de Apoio à Vítima) (1995). *Manual dos serviços de apoio à vítima de crime na APAV*. Lisboa: APAV.
- 49ª Assembléia Mundial de Saúde (resolução WHA 49.25).
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49: pp. 123-135.
- Barnett, O. et al. (1997). History and definitions. In: Family violence across the lifespan: an introduction (O. Barnett, C. Miller-Perrin, & R. D. Perrin, Ed.), London: SAGE Publications, (pp. 3-17).
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e lentidão psicomotora. In: Pedro Pizarat Correia, Margarida Espanha, João Barreiros (Eds), *Envelhecer melhor com a Actividade Física*. Actas do Simpósio 99, pp. 63-71. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Ciências da Motricidade. Universidade Técnica de Lisboa.
- Barreto, J. M. M. T. (1984) - Envelhecimento e Saúde Mental. Estudo de Epidemiologia Psiquiátrica no Concelho de Matosinhos. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Dissertação de Doutoramento.
- Bee, H. (1997). *O Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berger, L. (1995a). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger (Ed.). *Pessoas Idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995b). Atitudes, mitos e estereótipos, in Louise Berger. *Pessoas Idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusididacta.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas - uma abordagem global*:

- processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 594-595.
- Birren, J. & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, Concepts and theory. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, pp. 3-34. New York: Van Nostrand.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brodie, J. N. (1985). Contributo par uma teoria negentrópica do envelhecimento. *Servir*, 33:1, pp. 3-13.
- Brotman, S. L. & Yaffe, M. J. (1994). Are Physicians meeting, the Needs of Family Care Givers of the Frail Elderly? *Canadian Fam. Physician*; 40: pp. 679- 685.
- Bruto da Costa, A. (2002). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Buttler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, pp. 243-246.
- Buttler, R. N. (1999). Warning signs of elder abuse. *Geriatrics*, 54, pp. 3-5.
- Caldas, C. P. (2002). O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr., *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (Org.), pp. 51-72. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Canotilho, A. (2007). *Factores de Risco para o Alcoolismo*. Acedido em 23 de Agosto de 2010 em <http://clinotavora.planetaclix.pt/saude-escolar>.
- Carnwarth, T. C. M. & Johnson, D-A.W. (1987). Psychiatric morbidity among, spouse of patients with stroke. *B.M.J.*, 294, pp. 409 - 411.
- Carrol, M. (1991). *Enfermagem para idosos*. São Paulo: Organização Andrei.
- Carvalho, A. (2002). Dilema das Representações Contemporâneas da Velhice. In Departamento de Ciências Históricas e da Educação da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. *Terceira Idade: uma questão para a Educação social*, pp. 7-9. Porto: Universidade Portucalense.
- Carvalho, E. T. F. & Papaléo, N. (2006). *Geriatrics – fundamentos, clínicas e terapêutica*. (2ªEd.) São Paulo: Edições Atheneu.
- Centeno, L., Erskine, A., & Pedrosa, C. (2001). *Percursos Profissionais de Exclusão Social*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Cerqueira, A. T. & Oliveira, N. (2002). I Programa de apoio a cuidadores: uma acção terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, São Paulo, V. 13, Nº. 1, pp.133-150.

- Chaves, L. M. (2002). *Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO*. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Dissertação de Mestrado.
- Chavez, N. (2002). *Violence against Elderly*. Acedido em 23 de Agosto de 2010 Em <[http:// www.health.org/referrals/resguides.asp](http://www.health.org/referrals/resguides.asp)>.
- Cooper, C., et al. (2006). A Crossnational Comparison of Psychiatric Morbidity and other Determinants in the Ad-HOC Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.14, pp. 489-497.
- Costa P. L. & Chaves, P.G. S. (2003). *A vivência afetiva e a violência doméstica contra os idosos*. Belo Horizonte.
- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2004). A pesquisa ecológica sobre violência no microssistema familiar. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 311-335). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds.) (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- Diário de Notícias (2010, 21 de Setembro). *Idosos*.
- Diário de Notícias (2010, 22 de Setembro). *Segurança Social*.
- Dias, I. (2004). *Violência na família: uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Eco, U. (1991). *Como se faz uma tese em Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Erbolato, R. M. P. L. (2000). *Gostando de si mesmo: a auto-estima*. In NERI, Anita Libereasso. *Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice. Segundo brasileiros e não idosos*. Campinas: Unicamp Presença.
- Esteves, M. (1998). Exclusão Social à Entrada do Século XXI. In Debates Presidência da República. *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção – Debates Presidência da República*, pp. 85-90. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Fernandes, A. (1998). Velhice e Sociedade: Alterações nos calendários demográficos e políticas sociais. In *Actas dos V Cursos Internacionais de Verão de Cascais (1999), Vol, 4*, pp. 51-60. Cascais: Câmara Municipal de Cascais.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social- Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social*, pp.31-54. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fernández-Ballesteros, R. et al. (2003). Assesin competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP), *Gerontology*, 50, pp. 330-347.
- Ferreira, M. A. L., Nunes, I. C. M. R., Carvalho, R. P., Silva, P. C. P. & Martins, S. A. F. (2006). Maus Tratos nos Idosos. *Nursing*, Dezembro-06, pp. 16-49.
- Ferreira-Alves, J. (2004). *Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J. (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade De Braga: estudo preliminar*. Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15.
- Ferreira-Alves, J. (2006). Abuso e negligência de pessoas idosas – Contributos para uma visão forense dos maus-tratos. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense*, pp. 319-342. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R. F. (2006). *Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal*. International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1697 – 2600. 6:1, pp. 65-77. Asociación Espanola de Psicología Conductual. (AEPC).
- Ferreira-Alves, J., Borralho & O., Lima, M. P. Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: *Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital central*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010, pp. 471-477.
- Figueiredo, A. (2000). *O Sentimento de Valor Pessoal em Idosos*. Manuscrito Não Publicado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Lisboa Universidade Católica Editora (Coleção Campus do Saber).
- Foucault, C. (1995). *L' art de soigner en soins palliatifs – Perspectives infirmières*. Québec: Les Presses de L' Université de Montréal.

- Francisco, C. & Mazarrasa, L. (2000). La família y la clase social, in A. Sanchez Moreno (Ed.), *Enfermería comunitária: concepto de salud y factores que la condiciona*. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana.
- Freitas, E. et al. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, E. et al. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ªEd.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Frutuoso, M. J. (1990). Pessoas idosas. Não entremos na velhice como numa armadilha. *Hospitalidade*, 54:213, pp. 51-52.
- Gonçalves, C. (1990) - A Atitude dos enfermeiros perante o doente idoso. Coimbra, Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp.739-745.
- Guccione, A. A.(2000). *Fisioterapia geriátrica*. (2.ª Ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guerreiro, M. (1988). A psicometria do envelhecimento. *Psicologia*, 6:2, pp. 219-225.
- Guimarães, R. M. & Cunha, U. G. V. (2004). *Sinais e sintomas em geriatria* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Edições Atheneu.
- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The Physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 15; 113 (10): pp. 384-92.
- IBCCRIM (2000). *O Idoso em Risco*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais.
- INE, censos 1991-2001- Freguesia de Quinta do Anjo – Concelho de Palmela
- Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine*, 30 (4): pp. 463-472.
- Krug, E. G. et al. (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO.
- Laschs, M. S.; Williams, C. S.; O'Brien, S.; Pillemer, K. A. & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280, pp. 428-432.
- Lauzon, S. & Adam, E. (1996) - La Personne âgée et ses besoins: *Interventions Infirmière*, pp. 867-868. Paris: Editions Seli Arslan.
- Lavinsky, A. E. & Vieira, T. (2004). Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimento dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, V. 26, N°.1, pp. 41-45.



- Lavoie, J. P. (2000). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris: L'Harmattan.
- Levet-Gautrat, L. M. (1985). *A la recherche du Troisième Âge*. Paris: Armand Collin.
- Lidz, T. (1983). *A Pessoa - Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lobo, A. (1989). *Dicionário de filosofia*. Lisboa: Plátano Editora.
- Machado, P. (1994). A (C)idade maior – Para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa, *Sociologia – Problemas e Práticas*, n° 15, pp. 21-52.
- Machado, L., Gomes, R. & Xavier, E. (2001). *Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava*. In *Insight Inteligência*, ano IV, n° 15.
- Machado, L. & Queiroz, Z. V. (2002). *Negligência e maus - tratos*. In: Freitas, E.V. et al. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, pp. 1152-1159. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Marau, J. (1996). *Identificação dos cuidadores familiares e avaliação das suas necessidades*. FCM. UNL.
- Martins, R. (2002). *Envelhecimento Demográfico*. Acedido em 23 de Agosto de 2010 em [http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26\\_23.htm](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium26/26_23.htm).
- Martins, T.; Ribeiro, J. P. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação dos Questionário de Avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, V. 4, n. 1, pp. 131-148.
- Martins, R. M. L. (2007). *O idoso na sociedade contemporânea. Envelhecimento e políticas sociais*. Educação, Ciência e Tecnologia, pp. 126-140.
- Menezes, M. R. (1999). *Da Violência Revelada à Violência Silenciada*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado.
- Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra os Idosos: relevância para um velho problema. *Caderno de Saúde Pública* 19 (3), Maio – Junho, pp. 783-791. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr., C. E. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: MS. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/01e 18.05.2001. Publicada no Diário Oficial da União Nº 96, Secção 1. Acedido em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf> em:

24 de Setembro de 2010.

- MS (Ministério da Saúde), 2003. Estatuto do idoso. Série E. Legislação de Saúde, (1.<sup>a</sup> Ed.). Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 2008. Secretaria de Atenção à Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS.
- Nazareth, J. (1999). *Todas as Idades na Construção da Sociedade. A Nossa Responsabilidade Individual e Colectiva – Seminário sobre o Envelhecimento Humano*. Lisboa: Centro de estudos e Formação Permanente.
- Nelson, T. (Ed.) (2002). *Ageism, stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press.
- Nogueira, P. C. A. (1996). O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Monografia de fim de Curso.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Observatório do Emprego e Formação Profissional (1998). *Grupos Desfavorecidos Face ao Emprego*. Lisboa: Direcção Editorial IEFP.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4<sup>a</sup> Ed. Revista). Porto: Legis Editora. Colecção Livpsic.
- OMS (Organização Mundial de Saúde, 2002). INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse).
- Ortmann, C.; Fechner, G.; Bajanowski, T. & Brinkman, B., (2001). Fatal neglect of the Elderly. *Journal of Legal Medicine*, 114: pp. 191-193.
- Palmeirão, C. (2002). Derrubar para mudar. In Departamento de Ciências Históricas e da Educação da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. *Terceira Idade: uma questão para a educação social*, pp.35-50. Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (Coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, L. S. (1994). *A Velhice: Variabilidade Histórica e Social da sua*

- Conceptualização*. In M. Paiva & M. Matos (Coord.). *Actas do Congresso Envelhecer: Os Desafios do Séc. XXI*. Porto: Orgal, pp. 49-55.
- Perlini, N. M. O.; Leite, M. T. & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 41(2): pp. 229-236.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermerie. El proceso de atencion de enfermerie*. Madrid: McGaw-Hill, pp. 28-30.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na familia: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica, 2007-2010 (2007). Lisboa: CIDM.
- Poiares, C. A. (2002). Sub Judice 22/23 - Psicologia e Justiça: Razões e Trajectos...  
-Da justiça à psicologia: razoes & trajectória.
- Puig, C. & Gervas, J. J. (1992). Los Enfermos Crónicos Recluidos en el Domicilio y su repercusión en la família: una investigacion cualitativa. *Atención Primária*; 10: 40: pp. 550 - 552.
- Quaresma, M. (1982). Velhice ou Envelhecimento? *Servir*, 30:1, pp. 18-19.
- Quaresma, M. (1999). Plano Gerontológico Social. Porquê? *Cidade Solidária nº 3, Ano II*, Santa Casa da Misericórdia, pp. 40-41, Lisboa.
- Quaresma, M. L. (Coord.) (2004). *O sentido das idades da vida – Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CESDET Edições.
- Quinn, M. J. & Tomita, S. K. (1997). *Elder abuse and neglect: causes, diagnosis and intervention strategies* (2ª Ed.). New York: Springer-Verlag.
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder abuse offenders: A typology. *The gerontologist*, 28, 1: pp. 51-57.
- Reay, A. M. & Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physical abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, 5 (1): pp. 56-62.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodríguez, S. (1989). *La Vejez: História Y Actualidad*. Salamanca: Universidade de Salamanca.
- Sá, J. L. M. (2006). A formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In E. V. Freitas, L. Py, F. L. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª Ed., pp.

- 1473-1479). Rio de Janeiro: Koogan.
- Sanmartin, R.; Torner, A.; Marti, N.; Izquierdo, P.; Solé, C. & Torrelas, R. (2001).  
Violência doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos.  
*Atención Primaria Março, 27 (5):* pp. 331-334.
- Santos, Dina Isabel Francisco Alberto (2008). As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no Concelho da Lourinhã. Universidade Aberta, Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Acedido em 6 de Outubro de 2010 em <http://hdl.handle.net/10400.2/732>.
- Schulz, R.; Newson, J.; Mittelman, M.; Burton, L.; Hirsch, C. & Jackson, S. (1997).  
Health effects of caregiving: The Caregiver Health Effects Study: An Ancillary Study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine, 19*, pp. 110-116.
- Serrazina, P. J. M. (1990). Relações humanas e problemas de Marginalização.  
*Hospitalidades, 54: 213*, pp. 35-44.
- Silva, A. & Pinto, J. (1986). Depressão nas idades avançadas. *In Sociedade Portuguesa Uma visão global sobre as ciências sociais – Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Simões, A. (1982). Aspectos de Gerontologia (No ano internacional da terceira idade).  
*Revista Portuguesa de Pedagogia, 16*, pp. 39-92.
- Smillkstein, G. (1978). *The family APGAR: a proposal for a family function test and its Use by physicians*. The Journal of family Praticce, Vol.6, Nº 6: pp.1231-1239.
- Sousa, C. *et al.* (2006). Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010. Acedido em 19 de Setembro de 2010 em [420http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiSoc\\_15.pdf](http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/PsiSoc_15.pdf) - -1k -.
- Souza, A. S. *et al.* (2004). Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência familiar. *Textos sobre envelhecimento, V.7, Nº 2*, Rio de Janeiro.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

- Staab, A. S. & Hodges, L. C. (1998). *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México: MacGraw-Hill Interamericana.
- Starfield, B. (1996). Health Policies and their influence on Primary Care Practice. XIII Enc. C.G. Vilamoura.
- Tennstedt, S.; Crawford, S. & Mcinlay, J. B. (1993). Determining the pattern of Community care: is coresidence more important than caregiver relationships? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48 (2), pp.74-83.
- The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS) (1998). Final report. The National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc., for the Administration for Children and families and the Administration on Aging in the U.S. Department of Health and Human Services. Washington DC: American Public Health Services Assoc; 1998. em URL. Acedido em 23 de Agosto de 2010 em [http://www.aoa.gov/eldfam/Elder\\_Full.pdf](http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Full.pdf).
- The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (2002) = Declaração de Toronto pela Prevenção Global do Abuso de Idosos. Genebra: WHO.
- Torga, M. (1962). Câmara Ardente. *Poemas*. Coimbra: edição do autor.
- TSF (2010, 23 de Setembro). *Maus-tratos e abandono de idosos aumentam em 2010*.
- United Nations (2002). Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context. Acedido em 23 de Agosto de 2010 em <http://www.un.org.ageing/ecn52002pc2eng.pdf>.
- Valente, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, XXVIII (122), pp. 679-681.
- WHO/INPEA Missing Voices: views of older persons on Elder abuse (2002). World Health Organization. Geneva: WHO.
- Williamson, G. M. & Schaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially Harmful Behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. The Family relationship in late life project. *Psychology Aging*, 16: pp. 217-226.
- Wolf, R. S. (1995). Maltrato en ancianos. In: *Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa* (E. Anzola-Perez, Org.), pp. 35-42, Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In I. H. Nordhus & G. R.

Maria Manuela da Silva Patrício Matias – Um olhar juspsicológico sobre a violência, maus-tratos e abusos na “idade maior”: programa de prevenção

VandenBose (Eds.), *Clinical geropsychology*, pp. 161-165. Washington:

American Psychological Association.

Zimerman, D. E. (2005). *Psicanálise em perguntas e respostas*. Porto Alegre: Artmed.